

Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn

Hemrehabilitering sett ur de involverade

yrkesgruppernas perspektiv

Elisabeth Eklöf

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	3994
Författare:	Elisabeth Eklöf
Arbetets namn:	Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn – Hemrehabilitering sett ur de involverade yrkesgruppernas perspektiv
Handledare (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Uppdragsgivare:	Mariehamns stads äldreomsorg i samarbete med Ålands hälso- och sjukvård samt Arcada
<p>Sammandrag:</p> <p>Antalet äldre ökar hela tiden och därför gäller det att organisera vården av dessa på ett effektivt sätt. Av detta har begreppet hemrehabilitering uppkommit, vilket betyder rehabilitering av klienten i hemmiljö med hjälp av ett multiprofessionellt team. Mariehamns stads äldreomsorg har startat ett pilotprojekt där man utvecklar arbetet inom hemrehabiliteringen i samarbete med Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) samt Arcada. Detta examensarbete är en del av projektet och syftet är att ta reda på hur de olika yrkesgrupperna involverade i hemrehabiliteringsprojektet arbetar och hur projektet upplevs. Studien gjordes som en kvalitativ forskning där två fokusgruppsintervjuer utfördes, den ena bestående av projektledningsgruppen och den andra av personalen i hemrehabiliteringsteamet. En intervjuguide användes för att få svar på frågeställningarna. Som analysmetod för intervjuerna valdes long-table approach. I resultatet framkom att projektet upplevdes som positivt och att samarbete och planering utgör grunden för arbetet. Förslag till förbättringar var effektivare kommunikationen mellan de olika länkarna i projektet, ökad förståelse för arbetssättet samt utökning av projektet. Resultaten av intervjuerna kan användas av projektet i Mariehamn för att utveckla hemrehabiliteringsarbetet.</p>	
Nyckelord:	Hemrehabilitering, hemvård, multiprofessionellt team, sköra äldre, Mariehamns stads äldreomsorg och Ålands hälso- och sjukvård
Sidantal:	44
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	18.12.2012

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	3994
Author:	Elisabeth Eklöf
Title:	Rehabilitation in home environment in Maarianhamina – Home rehabilitation seen from the perspective of the involved professional groups
Supervisor (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Commissioned by:	Maarianhamina city's elderly care in cooperation with the health care in Ahvenanmaa and Arcada
<p>Abstract:</p> <p>The number of elderly people is constantly growing, and because of this it's important to organize the treatment for them in an efficient way. The concept home rehabilitation has come from this, and is described as rehabilitation for the client in the home environment with a multi professional team. Maarianhamina's elderly care has started a pilot project where they are developing the home rehabilitation work in cooperation with the health care in Ahvenanmaa (ÅHS) and Arcada. This thesis is a part of the project and the aim is to find out how the different professional groups involved in the home rehabilitation project work and how they experience the project. The study was made as a qualitative research where two focus groups were interviewed, one consisting of the project's management team and the other of the staff in the home rehabilitation team. An interview guide was used in order to get the answers for the research questions. The long-table approach was used as analysis method for the interviews. The results showed that the project was experienced as something positive and that cooperation and planning is the basis for the work. Suggestions for improvement were more efficient communication between the different links in the project, increased understanding for the work and an extension of the project. The results from the interviews can be used by the project in Maarianhamina to develop the home rehabilitation work.</p>	
Keywords:	Home rehabilitation, home care, multi professional team, frail elderly, Maarianhamina's elderly care and the health care in Ahvenanmaa
Number of pages:	44
Language:	Swedish
Date of acceptance:	18.12.2012

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	3994
Tekijä:	Elisabeth Eklöf
Työn nimi:	Kuntoutus kotioloissa Maarianhaminassa – Kotikuntoutus katsottu työntekijöiden näkökulmasta
Työn ohjaaja (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Toimeksiantaja:	Maarianhaminan kaupungin vanhustenhoito yhteistyössä Ahvenanmaan terveydenhuolto ja Arcada
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Vanhusten määrä kasvaa koko ajan, ja tämän takia on tärkeää järjestää näiden hoitoa tehokkaasti. Tästä käsite kotihoito on syntynyt. Se tarkoittaa kuntoutusta potilaan kodissa moniammatillisen tiimin avulla. Maarianhaminan kaupungin vanhustenhoito on aloittanut piloottiprojektin yhteistyössä Ahvenanmaan terveydenhuollon (ÅHS) ja Arcadan kanssa. Tämä tutkimus on osa projektista ja sen tavoitteena on selvittää miten eri työntekijät kotikuntoutusprojektissa tekevät töitä ja miten he kokevat projektin. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena jossa kaksi ryhmähaastattelua tehtiin, toinen niistä projektihallintaryhmän kanssa ja toinen kotikuntoutustiimin henkilöstön kanssa. Haastattelu-opasta käytettiin jotta saataisiin vastaukset tutkimuksen kysymyksiin. Long-table approach valittiin analyysi menetelmäksi haastattelijoihin. Tulokset osoittivat että projekti oli koettu myönteisesti ja että yhteistyö ja suunnittelu muodostavat perustan työlle. Parannusehdotukset olivat: tehokkaampi kommunikaatio projektin eri ammattiryhmien välillä, työmuodon suurempi ymmärtäminen sekä projektin laajennus. Tulokset haastatteluista voidaan käyttää Maarianhaminan projektissa kotikuntoutustyön kehittämiseen.</p>	
Avainsanat:	Kotikuntoutus, kotihoito, moniammatillinen ryhmä, hauraat vanhukset, Maarianhaminan kaupungin vanhustenhoito ja Ahvenanmaan terveydenhuolto
Sivumäärä:	44
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	18.12.2012

INNEHÅLL

1	Inledning.....	7
2	Centrala begrepp	9
3	Bakgrund.....	10
3.1	Hemrehabilitering	10
3.1.1	<i>Det multiprofessionella teamet</i>	<i>11</i>
3.1.2	<i>Målgruppen för hemrehabiliteringen.....</i>	<i>12</i>
3.1.3	<i>Rehabilitering.....</i>	<i>13</i>
3.1.4	<i>Hemrehabiliteringsprocess och verksamhetsmodell i Mariehamn</i>	<i>14</i>
3.2	Tidigare forskning	15
3.2.1	<i>Hemrehabiliteringsprojekt.....</i>	<i>15</i>
3.2.2	<i>Förebyggande av funktionsnedsättningar</i>	<i>16</i>
3.2.3	<i>Teamarbete</i>	<i>16</i>
3.2.4	<i>Hemtjänst med arbetsterapi</i>	<i>17</i>
4	Syfte och frågeställning	18
5	Metod.....	18
5.1	Urval och design.....	20
5.2	Analys av data	22
5.2.1	<i>Syftet med analysen</i>	<i>22</i>
5.2.2	<i>Transkription.....</i>	<i>23</i>
5.2.3	<i>Analysprocessen</i>	<i>23</i>
5.2.4	<i>Resultatets trovärdighet.....</i>	<i>24</i>
5.3	Etiska aspekter	25
6	Resultatredovisning	25
6.1	Projektleddsgruppen.....	26
	<i>Trygghet, samarbete och multiprofessionalitet</i>	<i>26</i>
	<i>Planering och struktur</i>	<i>27</i>
	<i>Tankar om arbetssättet</i>	<i>27</i>
	<i>Effektivering och utökning</i>	<i>28</i>
6.2	Personalen	29
	<i>Helhetstänkande.....</i>	<i>29</i>
	<i>Fungerande team och delaktighet.....</i>	<i>30</i>
	<i>Utökning av projektet och målgruppen.....</i>	<i>31</i>
	<i>Förbättring av kommunikation och arbetssätt</i>	<i>32</i>
6.3	Relevans för arbetslivet.....	33

7 Diskussion	33
Källor	36

Figurer

Figur 1. Andelen klienter in inom regelbunden hemvård som fyllt 75 år av befolkningen i samma ålder 1995-2010 (THL 2009)	8
--	---

Bilagor

Informationsbrev till intervjuerna	Bilaga 1.
Intervjuguide för projektledningsgruppen	Bilaga 2.
Intervjuguide för personalen.....	Bilaga 3.

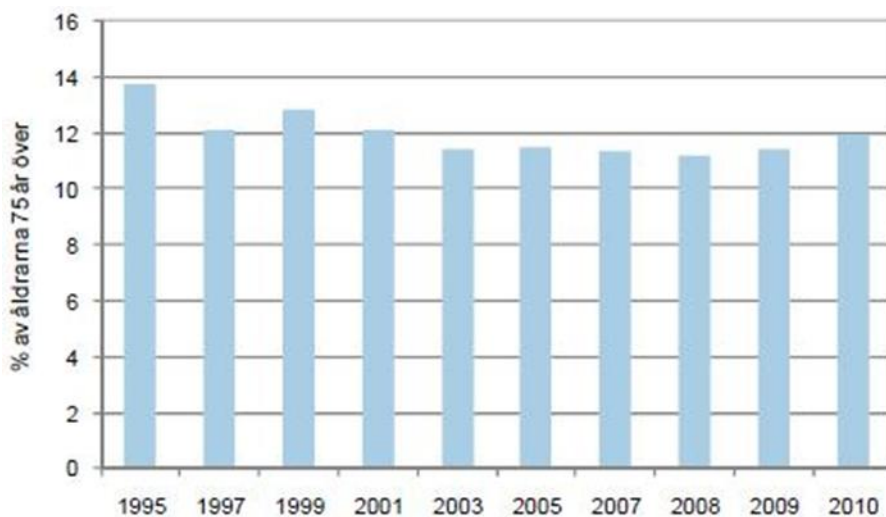
1 INLEDNING

Hemrehabiliteringen är en process som utförs i olika steg där klientens mål och behov styr insatserna och där denne är delaktig. Hemrehabilitering definieras som rehabilitering som sker i det egna hemmet, och syftet med detta är att öka tryggheten samt minska behoven av särskilda boenden (Wressle et al. 2002). På grund av att antalet äldre ökar stadigt har begreppet hemrehabilitering kommit fram allt mer. Det gäller att organisera vården av dessa äldre på ett effektivt sätt. I hemrehabiliteringen vill man med fokus på patienten satsa på rehabilitering med ett multiprofessionellt samarbete i patientens hemmiljö. Detta med tanke på patientens motivation och ökade livskvalitet samt det samhällsekonomiska perspektivet. (Wressle et al. 2002 s. 34).

Vanligare än hemrehabilitering är begreppet hemvård, som kan förklaras som vård eller tjänster som ordnas för klienten i dennes eget hem (Stakes 2008, s. 20). Tjänsterna som finns inom hemvården är ofta grupperade i sjukvårdsuppgifter, grundvård eller allmän vård, hushållshjälp, olika stödtjänster samt stöd för vård som ges av anhöriga (Sosiaalihuoltoasetus 607/1983, Sinkkonen et al. 2001, Algera et al 2004, Paasivaara 2004, Tepponen 2007). Tjänsterna inkluderar också anskaffningen av hjälpmedel åt klienterna samt förändringsarbete som kan behövas i hemmet. Andra hälso- och socialvårdstjänster (tjänster av läkare och socialarbetare, fysioterapi, intervall- och rehabiliteringsperioder, dagcenterverksamhet m.m.) stöder klienterna att klara sig hemma Stakes 2008, s. 22). Hemvården växer bland den äldre befolkningsgruppen, och orsaken till detta är att den äldre befolkningen i Finland ökar hela tiden.

Institutet för hälsa och välfärd har på sin hemsida en statistikrapport om klientinventeringen inom hemvård som fås regelbundet samt en noggrannare beskrivning om servicen, åldersstrukturen, vårdbehoven m.m. I denna klientinventering framkommer att antalet äldre som får regelbunden hemvård har ökat i jämförelse med föregående år. I rapporten framkom att i slutet av november 2010 fick 11,9 % av befolkningen som fyllt 75 år regelbunden hemvård (THL 2011). Av alla klienter som får regelbunden hemvård behövde 6 % vård dygnet runt. Det fanns dock variationer i antalet mellan landskapen samt mellan antalet besök hos de äldre. De flesta av klienterna bodde hemma då vården

inleddes, men drygt en fjärdedel kom från sjukhus eller hälsovårdscentral. Det var vanligen en fysisk orsak eller bristande förmåga att ta hand om sig själva som var orsakerna till att de äldre blev hemvårdsklienter [www].



Figur 1. Andelen klienter inom regelbunden hemvård som fyllt 75 år av befolkningen i samma ålder 1995-2010 (THL 2009).

I Mariehamn ingår hemrehabilitering i stadens Äldreomsorgsprogram 2008-2030 som godkänts av stadsfullmäktige. Där nämns t.ex. att det finns brister i funktionen mellan specialistsjukvård och öppenvård, vilket betyder att patienter som behandlats på sjukhus och som efter detta slussas hem inte är redo för att bo självständigt i denna situation. Utgående från detta har Mariehamns stads äldreomsorg startat ett pilotprojekt där man utvecklar arbetet inom hemrehabiliteringen i samarbete med Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) samt Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola. I Mariehamn startade man år 2011 en arbetsgrupp för hemrehabilitering, och denna består av ett multiprofessionellt team med bl.a. läkare, sjukskötare, närvårdare, fysioterapeuter och ergoterapeuter. År 2010 arbetade gruppen med att få en projektplan, en rehabiliteringskedja och en hemrehabiliteringsprocess. Målgruppen för denna typ av rehabilitering är personer över 65 år som bor i Mariehamn och har drabbats av fraktur, stroke eller har fallrisk. Dessa är så kallade sköra äldre. Patienterna ska ha en god potential för rehabilitering, vilja bo hemma och själva vara motiverade till detta samt ha motiverade anhöriga (Projektplanen för Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn, s. 3).

Detta examensarbete är en del av projektet. Examensarbetet utgår ifrån Mariehamns stads och Äldreomsorgens projektplan där det finns beskrivet vad projektet går ut på, vad de uppställda målen är och hur det är tänkt att man ska uppnå dessa mål. Genom en teoretisk bakgrundsdel studeras relevanta forskningsartiklar kring multiprofessionellt teamarbete med sköra äldre inom hemrehabilitering och bakgrund om vad det innebär, hur åldringar rehabiliteras i allmänhet samt genom hemrehabilitering.

2 CENTRALA BEGREPP

Centrala begrepp som kommer att användas i arbetet är följande:

Med begreppen hemrehabilitering och hemvård menas två skilda saker som inte ska blandas ihop. För att särskilja dem och förtydliga vad båda dessa betyder kan man förklara det med följande definitioner:

Hemrehabilitering: Detta är rehabilitering för dem som efter skada/sjukdom behövt vård och har bedömts kunna komma hem samt har möjlighet att bli självständiga i vardagsaktiviteterna. Med hemrehabilitering möjliggörs alltså rehabilitering för patienten i dennes eget hem. Detta kan ske med hjälp av det multiprofessionella rehabiliteringsteamet (Nordin & Fredriksson 2005 s. 4).

Hemvård: Med hemvård menas kommunens ordnade hemtjänst med stödtjänster som kan inkludera måltid, transport, tvätthjälp, städning och nödtelefon, samt hemsjukvård (Stakes 2008, s. 20). Hemvårdens innehåll bestäms av det individuella behovet av hjälp och tjänster. Dessa tjänster varierar från förebyggande och rehabiliterande åtgärder till terminalvård (Thome et al. 2003, Tepponen 2007).

Multiprofessionellt team: Enligt Johanssons studie om multiprofessionella team (Johansson et al. 2010) har begreppet blivit allt vanligare inom vården, och en definition av detta som framkommer i studien är olika yrkesmän som arbetar tillsammans för ett gemensamt mål (Johansson et. al s. 101). Ett multiprofessionellt team består vanligtvis av läkare, sjukskötare, närvårdare, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.fl. (Johansson et al. s. 104). Inom hemrehabilitering är multiprofessionella team av största betydelse i strävan efter en så bra rehabilitering som möjligt för patienten (Nordin & Fredriksson

2005 s. 10).

Sköra äldre: Med detta avses, enligt definitionen i projektplanen, äldre personer med fallrisk och nedsatt reservkapacitet, dvs. *allmän svaghet, trötthet, dålig uthållighet, låg fysisk aktivitet, viktnedgång, dålig balans, nedsatt kognition, nedsatt syn*. Förutom detta ingår även multipla sjukdomar, aktivitetsnedsättningar och delaktighetskränkningar (Projektplanen för Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn, s. 3).

Målgruppen för hemrehabilitering i allmänhet är dessa sköra äldre. En RCT-artikel som behandlar sköra äldre (Ferrucci et al. 2004 s.626) beskriver detta begrepp som personer med följande egenskaper:

- nedsatt rörlighet som speciellt kan gälla de nedre extremiteterna och gången
- muskelsvaghet
- dålig träningsuthållighet
- ostabil balans
- faktorer relaterade till kroppssammansättningen såsom viktnedgång, undernäring och sarkopeni, med vilket avses muskelförlust vid sjukdom och åldrande.

Studier visar att de individuella komponenterna av dessa domäner är associerade med klassiska geriatriska syndrom, vilka är t.ex. ökad fallrisk, symptomatisk depression, urininkontinens och funktionell försämring. Dessa är starka och oberoende riskfaktorer för funktionshinder och död (Tinetti et al.1995; Guralnik et al. 1995, Simonsick et al. 1994).

3 BAKGRUND

3.1 Hemrehabilitering

En FoU-rapport (Gustafsson et al. 2010 s. 5-6) tar upp hemrehabilitering för äldre och jämför hur denna sett ut i olika kommuner i Sverige. I dessa kommuner har det gjorts hemrehabiliteringsprojekt och i rapporten beskrivs den upplevda kvaliteten på rehabiliteringen, organisationsförutsättningarna, resursförbrukningen samt de statliga stimulansmedlens betydelse för utvecklingen. I denna rapport framkommer det att hemrehabi-

litering är en framgångsrik metod på många sätt. Patienterna kan på detta sätt använda sina egna vardagsaktiviteter som en del av rehabiliteringen, och genom det här kan man förbättra upplevelsen av den egna hälsan samt aktivitets- och funktionsförmågan. På så sätt kan självständigheten bevaras hos den äldre.

Rehabiliteringspersonalen ser vilket sammanhang patienten lever i genom att vara i dennes hem, och kan därför reda ut vad patienten behöver kunna göra eller få hjälp med för att klara vardagsaktiviteterna. En sådan här typ av rehabilitering kan utföras både på individnivå samt i patientens omgivande miljö. Resultaten av hemrehabiliteringen är därför positiva - inte bara för patienten utan även ekonomiskt. Man vinner på att utveckla detta system för att minska på patientens behov av hemtjänst, korttidsplats och särskilt boende efter sjukhusvård. De äldsta personerna i samhället är utsatta för sjukdomar och funktionsnedsättningar, vilket leder till att självständigheten kan minska då förmågan att klara av vardagsaktiviteter försämras eller förloras (Vass et al. 2005). I rapporten konstateras att dessa äldre personer har stort behov av sjukvård i både slutenvård och primärkommunal vård och omsorg samt att dessa behov även kan förändras snabbt. Av detta skäl behövs professionella insatser (Gustafsson et al. 2010 s.12). Detta leder till begreppet hemrehabilitering, vilket förklaras som en tidig, samordnad rehabilitering som innebär träning av patientens motoriska funktion och ADL i hemmiljö. Rehabiliteringen sker genom samarbete mellan olika yrkesgrupper och ska startas så tidigt som möjligt då patienten utskrivits från slutenvården. Denna typs rehabilitering är mer kostnadseffektiv och säkrare än den traditionella (Coast et al 1998; Grotty et. al 2002; Kuisma 2002).

3.1.1 Det multiprofessionella teamet

I rehabiliteringsarbete i allmänhet spelar det multiprofessionella teamet en avgörande roll för att patienten ska få en så mångsidig och effektiv rehabilitering som möjligt. Detta gäller i synnerhet inom hemrehabiliteringen där arbetet byggs upp som en helhet kring klientens behov genom yrkespersonalens kompetens (Nordin & Fredriksson 2005 s. 10).

Det multiprofessionella teamet besöker patienten och hjälper denne med specifik träning i det egna hemmet. Också vårdpersonal kan utföra hemrehabiliteringen efter att ha fått handledning av personal inom hälso- och sjukvården. Då ger man så kallad vardagsrehabilitering åt patienten, dvs. man tränar denne i det dagliga livets aktiviteter (Gustafsson et al 2010 s. 16). Forskning visar att ett samordnat program med geriatrisk bedömning samt det multiprofessionella teamets arbete inom hemrehabiliteringen kan leda till en förbättring av patientens förmåga då det finns en hög risk av att denne skulle behöva sjukhusvård (Stott et al 2006). Det multiprofessionella teamet bildas för att utföra ett gemensamt arbete, och de olika medlemmarna i teamet har olika uppgifter som leder till att syftet kan uppnås. Teammedlemmarna behöver kunna interagera med varandra för att kunna utföra arbetet (Granér 1991). Förutsättningen för att teamarbetet ska lyckas är alltså att dess medlemmar samarbetar för ett gemensamt mål (Desombre & Ingram 1999). De olika yrkesgrupperna måste kunna se både sina egna och de andras kunskapsstyrkor och -svagheter för att kunna samverka. Även egenskaperna att kunna lyssna, ställa sig vid sidan av sin profession och vara medveten om vad de andra i teamet kan bidra med är alla viktiga hos teammedlemmarna (Mackay et al. 1995).

I det multiprofessionella teamet för hemrehabilitering ingår huvudsakligen yrkesgrupperna ergo- och fysioterapeuter samt vårdpersonal bestående av undersköterskor och vårdbiträden inom hemvården (Gustafsson et al. 2010 s. 18).

3.1.2 Målgruppen för hemrehabiliteringen

Patienterna som får hemrehabilitering har rätt att själva vara delaktiga i sin rehabilitering, vilket beskrivs närmare i en FoU-rapport av Gustafsson et al. (2010 s.16). Syftet är att dessa skall kunna leva tryggt och självständigt i det egna hemmet och få hjälp och stöd i detta (Socialtjänstlag, Stockholm). För att det ska kunna ske behöver insatserna utformas individuellt och på ett flexibelt sätt (Åberg et al. 2005).

De sköra, äldre personerna som får hemrehabilitering i Mariehamn är över 65 år (Projektplanen för Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn, s. 3).

3.1.3 Rehabilitering

FN definierar rehabilitering som en process som innebär att personer med funktionsnedsättningar ska *uppnå och behålla bästa möjliga fysiska, intellektuella, psykiska och sociala funktionsförmåga* och som skall göra det möjligt för dem att förändra sina liv och bli mer självständiga. I FN:s världshälsoorganisation, WHO, definieras rehabilitering som återställande av en funktion eller kompensering av förlust/avsaknad av en funktion eller en funktionsbegränsning (WHO 2006). WHO definierar rehabilitering som en *mål-inriktad och tidsbegränsad process som syftar till att sätta en av skada eller sjukdom drabbad människa i stånd att nå bästa möjliga psykiska, fysiska och/eller sociala funktionsnivå*. (WHO 2006; Gustafsson et al. 2010 s. 14).

I hemrehabiliteringen har de olika yrkesgrupperna olika uppgifter. Ergoterapeutens roll är att tillsammans med patienten utreda hur patienten klarar av aktiviteter i det dagliga livet, dvs. att äta och dricka, att föreflytta sig, att klä på sig och av sig, att sköta sin personliga hygien osv. Hjälpbehoven bedöms i dessa aktiviteter och eventuella hjälpmedel eller tillgänglighet i bostaden ses över. Mål för förebyggande, förbättrande eller kompenserande åtgärder fastställs. Detta görs det dokumentation på och efteråt sker utvärdering och uppföljning av målen (Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter 2001). Fysioterapeutens uppgift är att göra fysioterapeutiska bedömningar i samråd med patienten för att få reda på dennes funktionsförmåga i förflyttningar, gång balans m.m. samt bedöma patientens hjälpbehov i dessa uppgifter. Man utgår från individens egna förutsättningar, livssituation och boende. Också behoven av hjälpmedel vid förflyttningar ses över. Dessa kan vara rollator, stödkäpp etc. Därefter fastställs de fysioterapeutiska målen, och även här sker en dokumentation samt utvärdering och uppföljning av dessa (Kompetensbeskrivningar för sjukgymnaster 2001). Ergo- och fysioterapeuten samarbetar ofta vid den individuella vårdplaneringen. Till deras uppgifter hör också att ge handledning och instruktioner till vårdpersonalen för vardagsrehabiliteringen. Vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter kan delegeras till vårdpersonalen (Gustafsson et al. 2010 s.18).

Vårdpersonalen, bestående av undersköterskor och vårdbiträden inom hemsjukvården, ser den sköra äldre personen i sitt eget sammanhang då rehabiliteringen sker i hemmet. Därför kan denna yrkesgrupp med beaktande av patientens resurser och önskemål fokusera på dennes möjligheter och aktivitet. På detta sätt blir rehabiliteringen fokuserad och

vårdpersonalens syn på patienten mer helhetsbeaktande (Karlsson 2006). Vårdpersonalen ska ha ett rehabiliterande förhållningssätt i arbetet, dvs. låta patientens egna resurser komma i användning på ett stödjande sätt: inte genom att genast hjälpa då patienten skulle klara av uppgiften själv (Nestor FoU-center 2008). Denna yrkesgrupp ska alltså kunna identifiera det som patienten kan göra själv och därefter uppmuntra och vägleda denne att göra dessa saker. De uppgifter som patienten inte klarar av utför vårdpersonalen (Andersson 2006). Genom ett sådant rehabiliterande förhållningssätt kan behovet av vidare rehabiliteringsinsatser ibland elimineras (Nestor FoU-center 2007).

3.1.4 Hemrehabiliteringsprocess och verksamhetsmodell i Mariehamn

I Mariehamn har Äldreomsorgen i och med det pågående projektet beskrivit hur hemrehabiliteringsprocessen går till. Följande punkter utgör stegvis hemrehabiliteringen (Projektplanen för Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn):

1. Bedömning av hemrehabilitering görs och patienten informeras. Efter detta görs en vårdplanering inför hemflyttningen i samarbete med patienten, de anhöriga, hemrehabiliteringsteamet samt sjukhuspersonalen och hemtjänsten.
2. Patienten kommer hem och ett gemensamt första besök görs av fysio- och ergoterapeuten. En bedömning görs av hemsituationen där man kollar miljön och behovet av eventuella hjälpmedel. Därefter görs en bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan med hjälp av olika tester.
3. En hemrehabiliteringsplan sammanställs i samarbete med patienten och teamet. Patienten får information om mål och tidsperspektiv på träningsperioden och en rehabiliteringsplan ges åt denne.
4. Funktions- och aktivitetsträning läggs upp tillsammans med patienten samt fysio- och ergoterapeuten. Med detta bestäms innehållet och vem som gör vad samt när detta sker. Tiderna till patienten bokas in i god tid. Ett kontinuerligt samarbete sker med teammedlemmarna genom hela processen.
5. Behov av ordination eller delegering bedöms och eventuell handledning ges av teamet åt närvårdare.
6. En ny bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan görs igen efter en tidsbestämd träningsperiod. Härfter görs en utvärdering av resultatet inklusive dis-

kussion angående fortsättningen. Sedan görs en uppföljning av hemrehabiliteringsplanen i samarbete med patienten, de anhöriga och hemrehabiliteringsteamet.

7. Planering görs för eventuell fortsatt träning, nya mål eller annan träning. Planeringen avslutas om det inte finns behov av fortsättning. En tid bokas för uppföljning efter tre månader, varefter funktions- och aktivitetsförmågan bedöms.

Inom projektet kan man få en verksamhetsmodell där hälso- och sjukvården i samarbete med kommunen skall jobba med behoven som äldre personer har så de kan få rehabilitering och bo i eget hem oberoende av nedsatt funktionsförmåga. Det är viktigt att undersöka detta för att få reda på hur man kan effektivera hemrehabiliteringen. Genom att se hur det multiprofessionella teamet fungerar får man fram brister men också vad som fungerar bra så att man kan förbättra hemrehabiliteringssystemet och kommunikationen mellan de olika yrkesgrupperna. Målet med projektet är att öka motivationen för personalen genom att arbeta målinriktat samt åstadkomma en ökning av kompetens genom teamarbete bestående av olika yrkesgrupper. (Projektplanen för Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn).

3.2 Tidigare forskning

Inom temat hemrehabilitering har det gjorts ett flertal olika studier.

3.2.1 Hemrehabiliteringsprojekt

I Lerums kommun har man gjort ett liknande projekt som i Mariehamn (Nordin & Fredriksson 2005 s. 2). Man har där utvecklat hemrehabiliteringen genom att effektivera arbetssättet där personalen i det multiprofessionella teamet redan i ett tidigt skede kommer in i rehabiliteringsprocessen för patienter som får hjälp för första gången eller pga. aktivitets- och/eller funktionsnedsättningar fått utökade biståndstimmar. För att möjliggöra detta har rehabiliteringsenheten inom Lerum kommun satsat på att ge kunskap om hemrehabilitering åt både patienter och personal. Dessutom har man haft utbildningar för vårdpersonalen. En gynnsam aspekt av projektet var att hemrehabiliteringsteamet och biståndsenheten hade regelbundna träffar för att utveckla

samarbetet under uppbyggnaden av hemrehabiliteringen. Detta visar på hur viktigt det är att satsa på ett multiprofessionellt samarbete för att kunna arbeta för de uppställda målen. Resultaten av projektet visade sig vara positiva eftersom det i rapporten framkom att man uppnått ekonomiska vinster som innebar en besparing för förvaltningen: på ett år var besparingen ca en miljon kronor. Dessutom innebar resultaten en ökad livskvalitet för patienterna pga. förbättrad rörelseförmåga.

3.2.2 Förebyggande av funktionsnedsättningar

En RCT-artikel (Ferrucci et al. 2004 s. 625) behandlar olika sätt att förhindra eller förebygga funktionsnedsättningar inom målgruppen genom att ta upp problem som uppkommer med sköra äldre. En grupp som arbetade med detta utvecklade rekommendationer för hur man kan hitta sköra äldre personer samt sätt att utvärdera graden av skörhet och funktionsnedsättning. Genom det här skulle man komma fram till vilka av dessa äldre som skulle dra nytta av behandling, dvs. man ökar deras egen effektivitet. I slutledningen konstateras att planeringen av interventionerna för att förhindra funktionshinder hos sköra, äldre personer kräver att man övergår från traditionella förhållningssätt till att istället börja använda sig av kliniska prövningar. Vidare kommer det fram att med sköra, äldre personer kan användningen av inklusions- och exklusionskriterier störa bedömningen av interventionerna hos den kliniskt mest relevanta gruppen. Därför skulle utmaningen vara att göra studier som tillåter deltagande av personer med fysisk skörhet och samtidigt genomföra strategier som ökar delaktigheten och undviker alltför stora risker. Det finns alltså ett stort behov av en utveckling av metoderna inom detta område för att man inte ska gå miste om att hitta de åldringar som verkligen skulle få mest ut av interventionerna för att förebygga funktionshinder (Ferrucci et al 2004 s. 632).

3.2.3 Teamarbete

En systematisk litteraturstudie (Johansson et al. 2010 s. 101) har gjorts angående multiprofessionella team som arbetar med äldre personer i samhället. Denna studie gjordes eftersom det har betonats att det finns en brist på god forskning som visar effekten av teamarbete sett från äldre personers perspektiv. Resultatet beskriver

teamorganisation, teamintervention och resultat samt faktorer som påverkar teamarbete. Forskarna bakom studien ville öka kunskapen om faktorer som påverkar teamarbete och genom detta lyfta fram vikten av teamarbetsprocessen. I diskussionen framkommer det att teamarbete baserat på multiprofessionell bedömning med användning av CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) i olika interventionsområden visade att det fanns potential att öka äldre personers livskvalitet. Detta kunde ses som en förbättring av ADL-aktiviteterna (Activities of Daily Living) samt färre fall, ökad känsla av tillfredsställelse med livet och kortare sjukhusvistelse. Resultaten visade också på att teamarbete kan förbättras genom att man ställer upp gemensamma mål samt är medveten om vikten av kommunikation och att dela kunskap. Ett väsentligt resultat var att multiprofessionella interventionsprogram hemma är ett effektivt sätt för rehabilitering av och förebyggande strategier för äldre personer. Också betydelsen av skolning för teamen togs upp för utvecklingen av teamarbetet. Dessutom framkom det i två studier att bedömning utan intervention inte var fördelaktig. Det konstaterades att vidare forskning inom teamarbete behövs (Johansson et al. 2010 s. 108).

3.2.4 Hemtjänst med arbetsterapi

En rapport som behandlar hjälp för äldre personer som söker hjälp för att tvätta sig (Zingmark 2009 s. 5) jämför effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser. I rapporten tar Zingmark upp arbetssättet i Östersunds kommun vilket behandlar äldre personer som får möjlighet till hjälp med att duscha grundad på en bedömning av en arbetsterapeut. I rapporten kollar man upp de äldre personernas upplevda aktivitetsförmåga, den beviljade tiden för hemtjänst och dessutom ekonomiska skillnader mellan olika arbetssätt. Ett viktigt resultat från denna studie var att de personer som sökt hjälp för att tvätta sig blev självständiga och behövde därför inte längre hemtjänst efter arbetsterapeutens insatser. Zingmark konstaterar att det antagligen är graderad aktivitet och trygghetsträning som ger en effekt i den arbetsterapeutiska insatsen för äldre personerna. Utprovning av hjälpmedel och förändring av den fysiska miljön framkommer också som en insats. Resultaten av studien visade att den beviljade tiden för hemtjänst och de ekonomiska skillnaderna blev stora. Eftersom resurserna inom äldreomsorgen är begränsade var denna ekonomiska utvärdering viktig att ta hänsyn till. På

grund av att antalet äldre personer ökar är det viktigt att diskutera hur de resurser som finns kan användas på ett kostnadseffektivt sätt (Zingmark 2009 s. 21).

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Examensarbetet görs som en del av ett projekt initierat av Mariehamns stads äldreomsorg i samarbete med Ålands hälso- och sjukvård samt yrkeshögskolan Arcada. Syftet med detta arbete är att ta reda på hur de olika yrkesgrupperna involverade i hemrehabiliteringsprojektet upplever projektet. Genom att få reda på detta kan kunskapen användas till att utveckla samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna i teamet samt utveckla en modell för hemrehabilitering i Mariehamn. Projektet är ett pilotprojekt och därför är det viktigt med uppföljning för att utreda fördelar och nackdelar på olika nivåer med tanke på fortsättning eller permanent verksamhet.

Arbetet strävar efter att svara på följande forskningsfrågor:

- På vilket sätt arbetar det multiprofessionella teamet inom hemrehabiliteringen i Mariehamn?
- På vilket sätt har personalen (inom hemrehabiliteringen, hemsjukvården, sjukvårdsavdelningen samt projektledningsgruppen) upplevt det nya konceptet med hemrehabilitering?

5 METOD

Studien har en kvalitativ ansats med fokusgruppintervju som metod. Studiens utförare hade kontakt med två personer från projektledningsgruppen i Mariehamn, vilka därefter valde ut intervjupersonerna till de båda grupperna. Kontaktpersonerna gav information åt intervjupersonerna och fick sedan av studiens utförare mer specifik info via e-post om intervjuerna samt tillfrågades vilket datum som bäst skulle passa samtliga. Personerna som deltog samtyckte till intervjuerna, det behövdes inget skilt samtyckesbrev men de fick ett informationsbrev om vad intervjuerna gick ut på samt att deltagandet var frivilligt. Till den ena fokusgruppen utvaldes 6 personer inom personalen från olika yrkeska-

tegorier. På så sätt kunde personalen reflektera över egna erfarenheter och tankar kring hur det fungerat att arbeta i ett hemrehabiliteringsteam. Dessa personer har på ett unikt sätt kunskap om detta. Dessutom intervjuades 7 personer från projektledningsgruppen i en skild fokusgrupp om hur projektet kommit igång och hur det gått hittills. Utgående från en sådan här inblick i personernas egna erfarenheter inom fokusgrupperna får man reda på saker som inte på samma kvalitativa sätt skulle komma fram enbart genom teori (Nordin & Fredriksson 2005 s.10).

Med fokuserade intervjuer avses att intervjuaren närmar sig samma tema genom olika vinklingar och styr frågorna så han får svar på de frågor han vill ha information kring (Patel & Tebelius 1987 s. 102). Att använda sig av fokusgrupper betyder att man samlar en grupp personer som diskuterar ett visst ämne med varandra under en begränsad tid och att gruppen leds av en samtalsledare (även kallad moderator). Moderatören utarbetar ett stimulusmaterial och en frågeguide och spelar in diskussionerna samt skriver ut och analyserar dem. Användningen av fokusgrupper har man nytta av inom olika samhällssektorer både som ensam metod och vid sidan av olika undersökningsmetoder. Genom detta fenomen vill man studera personers tankar kring ett specifikt ämne (Wibeck 2000 s. 10).

Fördelar med valet av information i verbal form är att det går att jämföra och tillämpa informationen man fått för att förbättra hemrehabiliteringssystemet och göra det till en smidigare process. Därför är det i sig en motivation till att delta, och eventuellt bortfall kan förhindras genom att uppmuntra de utvalda personerna till att vara med och påverka den här utvecklingen positivt. Genom denna sorts intervju fås en diskussion kring ämnet och utgående från detta riklig information av de intervjuade, vilket gör detta till en lämplig metod att använda i det här sammanhanget. De intervjuade utgör exempel på hur olika individer kan handla i liknande situationer (Wibeck s.40).

En annan fördel med fokusgruppsintervjuer är att gruppdeltagarna kan dra nytta av undersökningen i och med att de blir medvetna om problemfaktorer som berör dem. Fokusgrupper ger möjlighet att upptäcka saker som kan förstås bättre och som kan ge det djup och sammanhang som forskaren behöver. Förutom detta ger metoden förståelse för saker och ting samtidigt som gruppeffekter kan studeras. Också känsliga ämnen kan

tas upp i fokusgrupper då många har lättare att diskutera i grupp snarare än att intervjuas ensamma. I en grupp ser forskaren de dynamiska processerna då personernas åsikter tas upp och behandlas, något man inte får fram genom en enkät (Wibeck 2000 s. 126-128).

Fokusgruppintervjuer har kritiserats för att det är forskarens tankar som bildar grunden för insamlandet av information och analys i stället för ett enbart objektivt förhållningssätt (Patel & Tebelius 1987 s. 77-79). Viktiga aspekter att tänka på är bl.a. ifall det finns alternativa tolkningar för informationen, vilka faktorer som påverkar osv. Det gäller alltså att vara kritisk vid analysprocessen. Vetenskapligheten i det hela blir mer en fråga om hur forskaren tolkar det. Enligt Wibeck (2000 s. 128) kan problemet med moderatorns roll minskas med en ostrukturerad fokusgrupp. Vidare konstateras att användningen av fokusgrupper ger samma svårigheter som andra kvalitativa metoder: dvs. hur intervjupersonerna utväljs, hur villiga dessa är att vara ärliga, deras förmåga att uttrycka sig, risken att dominanta personer tar över diskussionen m.m. En annan nackdel är att forskaren inte till 100 procent kan veta ifall de intervjuades ord helt stämmer överens med deras handlingar. Därför är det av största vikt att forskaren har tillräckligt med bakgrundsinformation. Forskaren måste även vara öppen för nya dimensioner som kan komma upp samt ärligt kunna redovisa för dessa. Med andra ord måste forskaren akta sig för att enbart försöka passa in den uppsamlade informationen på det sätt han hade tänkt att det skulle vara. Här kommer etiken in i bilden. (Wibeck s. 129).

5.1 Urval och design

Urvalet till datainsamlingen var personalen som är involverad i hemrehabiliteringsprojektet inom Mariehamns stad och sjukvårdsdistrikt.

Intervjuerna genomfördes genom en färdig mall för fokusgruppsintervju.

Två fokusgruppsintervjuer gjordes. Den första bestod av 6 personer från de olika yrkesgrupperna som jobbade med hemrehabilitering i projektet, dvs. det multiprofessionella teamet. Den andra fokusgruppen bestod av 7 personer inom projektledningsgruppen, i vilken en person inte hade möjlighet att komma men denne ersattes av en annan som tidigare också varit med i projektet. Intervjuerna gjordes

utgående från examensarbetets syfte med tanke på båda dessa gruppers erfarenheter av arbetet inom hemrehabiliteringsprojektet.

Intervjuerna leddes av en utförare som även fungerade som moderator. Bandspelare användes vid gruppdiskussionerna och intervjuerna inleddes med att utföraren berättade om studien, dess syfte samt intervjupersonernas rätt att avbryta intervjuerna om de så önskade. Under gruppdiskussionerna gjorde utföraren även anteckningar. Frågorna ställdes utgående från en intervjuguide, och dessa frågor var strukturerade som inledande, huvudsakliga och avslutande frågor. Intervjuguiden utgick från syftet med studien och forskningsfrågorna. Idén för hur intervjuguiderna utformades togs från liknande modeller av intervjuguides, och frågorna utformades så de passade syftet med denna studie. Intervjuguiderna i denna studie är två stycken för vardera fokusgruppen.

I ett kvalitativt intervjuarbete gäller validitet eller trovärdighet för tolkningen med det man observerat. Med detta menas att man studerar det man verkligen skulle studera samt att man kallar saker vid deras rätta namn (Morgan 1993b). Det är forskaren som fungerar som förmedlare av gruppmedlemmarnas röster och åsikter då resultatet skrivs ner och det som kommit fram i intervjuerna tolkas. För att validiteten ska kunna bedömas går forskaren tillbaka till forskningsfrågorna och ser på hela studiens sammanhang samt betraktar studien från deltagarnas perspektiv (Krueger 1998c).

För att garantera validiteten i intervjusituationerna användes många metoder tillsammans – ljudupptagningen av diskussionerna, samtidigt antecknande samt transkription av materialet efteråt. Vid slutet av intervjuerna sammanfattades det som kommit fram i diskussionerna och intervjupersonerna tillfrågades om det motsvarade diskussionen samt ifall de ville betona eller tona ner något. Vid båda intervjutillfällena var personerna överens om att sammanfattningen överensstämde med det som tagits upp, och det fanns inget behov av att betona eller tona ner något. Som avslutning tillfrågades deltagarna om de upplevde att de ville ta upp något som ännu inte blivit behandlat eller om de ville tillägga något.

5.2 Analys av data

5.2.1 Syftet med analysen

Syftet med en kvalitativ analys är att identifiera företeelser, egenskaper och innebörder som ännu kan vara okända eller otillfredsställande kända. Av detta kan den kvalitativa analysen betraktas som en företeelse-, egenskaps- och innebördssökande analys eller så kallad FEI-sökande analys. Målet är att identifiera variationen, strukturen och/eller processen i företeelsen, egenskapen eller innebörden (Starrin & Svensson 1994 s. 21). Genom att använda en induktiv ansats vill man komma fram till en slutledning där man utifrån enskilda fall sluter sig till en princip. Problemformuleringen utgår alltså från människors erfarenheter för att man skall få en uppfattning om situationen man undersöker (Starrin & Svensson s. 17).

Innan analysen av materialet tolkades den verbala informationen efter intervjun mer ingående relaterat till den teoretiska referensramen. Denna kvalitativa analys grundar sig på själva problemformuleringen och sätts in i sammanhanget, dvs. i detta fall vill man veta hur ett multiprofessionellt team fungerar inom hemrehabiliteringen i Mariehamn. Genom att ämnet är kopplat till faktiska situationer där personalen som intervjuas får berätta om förhållandena, är det en undersökning av deskriptiv karaktär (Knodel 1993). Analysen skedde utgående från materialet av fokusgrupperna. Ett syfte med analysen är att få fram olika synpunkter i innehållet av diskussionen. Sättet att analysera data från fokusgrupper är desamma som används för att analysera andra typer av data, t.ex. individuella intervjuer. Detta är en innehållsanalys som börjar med en tillbakagång till undersökningens själva syfte. Analysens ämnen bestäms oftast av intervjuguiden, även om man skall vara medveten om att också andra ämnen kan uppkomma så mycket att de skall ingå i analysen. (Knodel 1993).

I detta arbete användes den så kallade *long-table approach* metoden, vilket är en metod som delar in processen i hanterbara delar och tillåter forskaren att identifiera teman och kategorisera resultat (Krueger & Casey 2000). Det är ett systematiskt sätt som underlättar arbetet då det blir visuellt. Metoden går ut på att klippa isär transkriptionerna i individuella citat och klistra in dessa på olika papper som numrerats eller markerats

med olika färger. De båda fokusgrupperna analyseras skilt och under olika kategorier av intervjufrågorna, vilka svarar på forskningsfrågorna. Utgående från studiens syfte och forskningsfrågor fås olika teman fram, och under dessa analyserar man vidare de olika transkriptionerna och citaten så man får fram vad som blivit sagt (Krueger & Casey 2000). Den praktiska delen av denna analysmetod är att läsa de olika citaten, kolla om de svarar på frågorna och därefter sätta in dem under rätt rubrik. Dessa citat jämförs och analyseras djupare samtidigt som man granskar hur de stämmer överens och hur de skiljer sig. En del citat svarar inte nödvändigtvis på den ställda frågan, utan kan t.ex. ta upp något som frågas senare. I detta fall sätts citatet in under rätt kategori. En del citat blir överflödiga då de varken svarar på det som frågas eller tar upp något som är användbart för analysen, och sådana citat sätts åt sidan. Resultatet av allt detta är att man till slut har olika papper med rubriker under vilka en mängd citat är uppklistrade. Av dessa kan sedan olika teman och vidare analyser göras. (Krueger & Casey 2000 s. 130-137).

5.2.2 Transkription

I denna studie gjordes analysen med hjälp av inbandning av var och en av fokusgruppsintervjuerna varefter forskaren lyssnade till dessa och gjorde en transkription av materialet. Detta betyder att all relevant och användbar information togs från diskussionen och tolkades därefter. Transkriptionen blir på detta sätt en mer förkortad version av hela innehållet där irrelevant information för studien inte behöver tas med och fokus ligger i stället på förståelse av vad man kommit fram till i diskussionerna, själva syftet i studien (Krueger & Casey 2000 s. 131). Resultatet grundar sig på intervjupersonernas personliga erfarenheter av projektet med hemrehabilitering, vilket redogörs efter innehållsanalysen.

5.2.3 Analysprocessen

Krueger (1998c) påpekar att datainsamling och analys är parallella processer. Analysen handlar i stort sett om att koda materialet, dela upp det i enheter och söka efter trender och mönster (Wesslén 1996). Det är en process som kräver systematiska steg, ett definierat protokoll där man specificerar de olika stegen, samt verifierbara resultat

(Krueger 1998c). Det är tolkningen av transkriptionerna som är utmaningen i analysen av resultatet (Knodel 1993).

Den kvalitativa analysens ursprung ligger i den filosofiska utgångspunkten där människans handlanden har en innebörd som kommer fram genom bland annat språket. Man vill tolka människors uttalanden och förstå deras upplevelser genom att få en inblick i dessa. På detta sätt kan man sätta in ett fenomen eller en upplevelse i ett djupare sammanhang för att få en bättre förståelse av det (Patel & Tebelius 1987 s. 122). Starrin & Svensson (1994) beskriver det hela så att man även har objektivitet i kunskapsteoretisk mening eftersom det finns gemensamma aspekter i individers erfarenheter och sätt att handla. Man vill komma in på en djupare förståelse av människors avsikter bakom det som kan observeras. För att förstå innebörden i detta bör fenomenen sättas in i ett större sammanhang både socialt, kulturellt och språkligt. Detta grundas på teoretiska förutsättningar (Starrin & Svensson 1994 s. 54). Wibeck påpekar att det inte är lämpligt att dra generella slutsatser från data som insamlats från fokusgrupper (Wibeck s. 93).

Tolkningen av data kan innehålla olika slags metoder. Det man vill ha fram, själva syftet, är att få svar på forskningsfrågorna och orsaken till studien. Starrin & Svensson betonar att man systematiskt bör pröva olika, möjliga tolkningar tills man får den mest rimliga tolkningen från den tillgängliga informationen (Starrin & Svensson 1994 s. 83).

5.2.4 Resultatets trovärdighet

För att resultatet ska vara trovärdigt är det viktigt att uppgiftslämnarna är motiverade och att temat därför är relevant för dem (Patel & Tebelius 1987). Genom analys av fakta baserat på personernas erfarenheter av hemrehabiliteringen har man underlag för hur det ligger till i verkligheten. Av detta kan man sedan tillämpa och förbättra dessa faktorer som kommer fram på ett utvecklingsfokuserat sätt. Trovärdigheten i tolkningarna går att kontrollera med hjälp av uppgiftslämnarnas granskning av forskarens tolkningar. Därför ska forskarens perspektiv och utgångspunkter anges och förfaringssättet presenteras (Patel & Tebelius 1987 s. 80).

5.3 Etiska aspekter

Projektplanen har godkänts av socialnämnden i Mariefhamn och av Ålands hälso- och sjukvårdskommitté. Intervjuguiden och följbrevet har prövats i Arcadas avdelning för HV:s etiska kommitté, Etix. De etiska överväganden som gäller inom detta projekt i allmänhet är att deltagandet är frivilligt. Anonymiteten av de intervjuade skyddas i resultatet av arbetet. De allmänna forskningsetiska principerna har genomgående följts i arbetet.

6 RESULTATREDOVISNING

Sammanlagt utfördes två fokusgruppsintervjuer, varav den ena bestod av projektledningsgruppen i för hemrehabilitering i Mariefhamn och den andra av personalen som arbetar inom hemrehabiliteringen. Gruppdeltagarna diskuterade med varandra och ställde ibland även frågor till varandra vid diskussionerna. Grupperna var nöjda med det som kommit fram i diskussionerna, intervjuerna avslutades och deltagarna tackades för att de tagit sig tid att komma. I båda grupperna var det en bra atmosfär och både gruppdeltagarna och utföraren av studien kände sig bekväma i situationen och diskussionerna förflöt bra. I den ena gruppen var deltagarna mer sociala och pratade mer än den andra gruppen där deltagarna var litet mer tystlåtna, även om diskussionerna var givande och bra i båda dessa grupper.

Insamlade data har kategoriserats enligt forskningsfrågorna. Resultaten framställs enligt olika teman som uppkommit och stöds med citat från intervjudiskussionerna.

Grupperna har analyserats skilt för att resultaten ska kunna presenteras så klart och tydligt som möjligt utgående från det som framkommit i de olika intervjuerna. Särskiljningen gör också att man kan analysera materialet från både arbetsgivar- och arbetstagarperspektiv.

I fokusgruppsintervjun med projektledningsgruppen framkom fyra teman: 1. Trygghet, samarbete och multiprofessionalitet, 2. Planering och struktur, 3. Tankar om arbetssättet, samt 4. Effektivisering och utökning.

Utgående från personalens intervju togs fyra teman fram, och dessa är 1. Helhetstänkande, 2. Fungerande team och delaktighet, 3. Utökning av projektet och målgruppen, och slutligen 4. Förbättring av kommunikation och arbetssätt.

6.1 Projektledningsgruppen

Resultaten är redovisade enligt olika teman.

Trygghet, samarbete och multiprofessionalitet

I diskussionen om hur projektledningsgruppen upplever hemrehabiliteringsprojektet kom det fram att det är tydligare arbetsformer och mer konkret nu. Då projektet ännu låg i startgroparna upplevdes det hela som aningen oklart.

”Ja det som jag känner framför allt är väl att jag tycker att det finns en trygghet i vad det är vi ska göra på ett annat sätt nu, att det har hittat sin form och sen arbetssättet också, sådant som kanske kändes knepigt i början med alla de här testerna som vi gjorde och som man tyckte tog lång tid, så sådana saker löper på. Det går hur bra som helst nu tycker jag.”

Intervjupersonerna kom fram med en hel del fördelar inom projektet. De tyckte det gick lätt att hitta lösningar och att detta ger en känsla av delaktighet. Genom att kunskapen kring klienten är samlad kan man ha gemensamma mål. Teamarbetet upplevdes därför som positivt.

”jag tycker man lär sig väldigt mycket just när vi är ett team och att det är olika professioner, man lär sig av varandra och som sagt alla ser det från lite olika håll. Och vi skulle ju inte kunna göra vårt jobb utan t.ex. hemtjänsten som träffar klienten under flera olika tidpunkter på dagen och ser hur de mår olika tider på dygnet. Och dels samma sak med hemsjukvården, så det är ju otroligt värdefullt för oss, också för att kunna planera när vi ska sätta in vår träning, att det blir när de är som piggast t.ex.”

Överlag tyckte de inom projektledningsgruppen att detta är ett stimulerande och roligt jobb. En av deras uppgifter är att sprida kunskap och erfarenheter. En väsentlig del av arbetet har varit teamträffarna som gjort att saker och ting har fungerat smidigt.

”Jag känner också att teamträffarna har nog varit nyckeln där till samarbete. Möjlighet att sitta ner, olika professioner och just diskutera klienten från de här olika synvinklarna. Det har gjort jättemycket, och det märker man att det har inte funnits kanske det tillfället tidigare.”

Planering och struktur

Det påpekades många gånger hur viktigt det är att ha ordentlig planering och struktur på det hela för ett fungerande projekt. I fokusgruppsdiskussionen gällde en fråga projektledningsgruppens uppgifter. Dessa personer har litet olika uppgifter beroende på vem av dem det gäller, men de flesta har mest varit i bakgrunden och fungerat som bollplank då man funderat på olika idéer gällande hemrehabiliteringsprojektet. En uppgift har dessutom varit att göra projektet bekant för politikerna för att de ska inse betydelsen av hemrehabilitering.

”min roll har ju varit för det första att vara med och skapa ledningen för det här känns det som, dra upp det hur vi vill jobba. Sen efter det så har jag funnits bara som bakgrund och som någon sorts referensgrupp – bollplank kanske delvis. Och sen marknadsföra det politiskt för att få pengar. Så det känns nu som den övergripande uppgiften.”

Vikten av möten tillsammans kom fram, och genom dessa kan det ske förbättring. Teamträffarna känns också som en trygghet då man kan ta upp sådant som eventuellt varit litet problematiskt med arbetet.

”... och då är det ganska skönt att veta att vi har de här mötena, vi har ju försökt boka in lite efter behov också, att inte ha möte bara för att ha möte utan, ja de har nog fyllt en funktion.”

En annan uppgift personerna i projektledningsgruppen har, är att stötta och handleda personalen som jobbar inom hemrehabiliteringen. Här ser man vad som fungerar och vad som ännu behöver finslipas.

”Men just att implementera den där specifika rehabiliteringen i vardagen, för det är ju det man tränar i sjukhuset, det är för att klara vardagen och det är det vi provar oss fram med sen när vi kommer hem: försöker stötta och handleda personalen och prova oss fram på bästa sätt, vilket som fungerar.”

Tankar om arbetssättet

Förutom de positiva erfarenheterna med projektet kom det också fram en del saker som skulle behöva förbättras. En faktor som upplevdes som litet svår var att hålla sig till planen och ha rimliga mål. Detta kräver tid och eftertanke, och därför är en god planering grunden för en så bra hemrehabilitering som möjligt.

”... det är inte direkt ett problem, men det som varit en svårighet med arbetssättet, det tycker jag är att

hålla sig till planen och få till en riktigt bra plan med bra och vettiga målsättningar. Det är något jag känner att vi får jobba med hela tiden. Det är kanske det svåraste att sätta upp rimliga mål.”

En annan sak som kom fram var att det varit en del tekniska problem i och med att det inte finns någon som fixar praktiska saker som att skruva fast extra handtag eller liknande ifall klienten inte har anhöriga som hjälper med detta. Därför funderar de inom projektledningen om man skulle behöva en vaktmästarfunktion i projektet.

Ett annat tekniskt problem gäller dokumenteringen som kan vara aningen krånglig eftersom det är olika organisationer som är involverade i projektet, och dessa använder olika dokumenteringssystem.

Det diskuterades också om huruvida man skulle kunna dela upp jobbet så klienterna kunde få mera specifika träningsuppgifter. Ett sätt att lätta på arbetsbördan och effektivera arbetet är att handleda hemtjänstpersonalen ännu mer än vad man gör nu. Det betonades att det kunde vara bra att göra ännu mera i klientens hemmiljö och inte enbart på teamträffar. På så sätt skulle det kännas tryggare för hemtjänstpersonalen att ta över.

”Sen har vi ju jobbat mycket i par nu också: fysio- och ergoterapeut, så vi har gått i par. Och det är jätteviktigt då man gör bedömningarna och i många olika situationer så ser vi från lite olika synvinklar, men sen i vissa fall så kan man bra dela upp jobbet där också på mer specifika träningsuppgifter.”

Att öka förståelsen för arbetssättet behövs ännu, och att få bort gamla synsätt som att bara vissa inom personalen ska rehabilitera. I diskussionen kom det fram att det är allas uppgift att rehabilitera. Vikten av det multiprofessionella samarbetet bygger på detta, vilket leder vidare till kompetens.

”Men det märker man att ännu finns kvar att det är fysio- och ergoterapeuten som ska rehabilitera och resten ska vårda.”

Effektivering och utökning

I fokusgruppen med personalen diskuterades olika sätt att effektivera systemet. Det som kan förbättras ännu mer är samarbetet och arbetssättet med de olika avdelningarna, t.ex. sjukhus- och akutavdelningarna då man har olika arbetsformer. Projektledningen tyckte att de inom dessa avdelningar vill att allt ska gå så snabbt, och därför är det svårt att

hinna jobba enligt projektplanen. Här kommer det igen fram vikten av planering för att hemgången ska vara lyckad för klienten.

”... men där ska ju allting gå så snabbt liksom från kirurgiska avdelningen, så då är det att de ringer på måndag morgon och så är de klientfärdiga och så ska de hem. Man hinner inte riktigt jobba enligt den plan som vi skulle vilja att man tar det i lugn och ro med planering och ser till att man kanske hinner med ett hembesök och allt det där. Det hinner man inte just på de avdelningarna, tyvärr. Och det kan man ju också förstå att de jobbar ju under andra former.”

Framtiden ser ljus ut för projektet. Inom projektledningen tycker de att projektet absolut borde utökas och bli permanent verksamhet. Dessutom skulle hela Åland gynnas av det och inte bara Mariehamn. I diskussionen framkom att detta med hemrehabilitering borde vara kommunernas ansvar att ta itu med, speciellt då det på Åland finns så många, små kommuner.

”... det tycker jag inte ska lassas över på ÅHS. Detta är liksom för kommunernas välmående och ekonomi, så man förstår inte riktigt de som sitter i politiken att det här är ÅHS, för det är inte traditionell sjukvård, utan det här är ren rehabilitering för att alla ska ha det bra hemma. Och där måste jag säga att där måste kommunerna börja ta sitt ansvar för att det blir mer och mer att alla kommuner har sina egna boendeenheter och så många som bor hemma.”

Inom projektledningen är det litet av en utmaning att försöka övertyga politikerna om vinsterna med hemrehabiliteringsprojektet. Det är svårt att visa siffror på de ekonomiska vinsterna eftersom det inte finns något att jämföra med. Inom projektet kommer det också att ske en förändring då det slutar vara kostnadsfritt för klienterna, vilket det hittills varit.

”Det är svårt att ta fram siffror i och med att mellanrapporten vi gjorde, som det inte fanns siffror på från tidigare, så är det svårt att göra en jämförelse med vad man kan spara. Men bl.a. så om en klient är klinikfärdig så blir det en ganska stor summa för staden, så där är det en inbesparing. Och sen är det förstås att vara inne på sjukhus som blir dyrt för hela samhället.”

6.2 Personalen

Även i denna grupp redovisas resultaten enligt olika teman.

Helhetstänkande

Då personalen i fokusgruppen diskuterade hur de arbetar och hur de upplevt hemrehabiliteringsprojektet, kom det fram att arbetet gör att de tillsammans ser klienten som en

helhet. Också vikten av träning och att låta det ta tid och gå enligt klientens individuella behov påpekades.

”... att vara på en sjukhusavdelning allt för länge är inte bra heller om man tänker rehabmässigt – man ser hur den här utvecklingskurvan planar ut. Men får man bara hem och inte fortsätter upprätthålla funktioner som man återfått så då tappar man det igen sen, så det är jätte viktigt att man fortsätter med den här träningen. Och just dessa vardagliga funktioner att man faktiskt fortsätter med det hemma och får stöttning. Och det kan ju hända att man får initiativsvårigheter efter en stroke eller att man kommer ner sig på något annat sätt då man kommer hem och tänker att det här var så lätt förut och nu kan jag ingenting. Att man då också kan ha en stöttning och att ni också är med – det är ju en helhet.”

För personalen gäller det att i arbetet vara kreativ och uppmuntrande för klienten. Det betonades att det är ett samarbete med klienten där denne själv har det största ansvaret genom sin inställning till det hela. Personalen hade också flera exempel på klienter som gjort stora framsteg i och med hemrehabiliteringen.

”En förutsättning är ju att klienterna har den här positiva inställningen som de har nu. Det gäller att man är uppfinningsrik och uppmuntrar, försöka ge alternativ – om man gör så går det kanske bättre. Och försöka få dem att se framåt: så här var det då, så det går nog framåt sakta men säkert. Man måste komma på saker med att hjälpa.”

I arbetet gäller det att lära ut ett rehabiliterande tankesätt åt både vårdpersonal och klienter.

”Och sen är det svårt detta med rehabilitering att “nej, jag får inte”. Det gäller verkligen att skärpa sig att inte hjälpa fast hur svårt det är. Man måste låta dem kämpa och låta det ta tid.”

Fungerande team och delaktighet

Personalen tyckte det är en positiv sak att de har ett så bra samarbete med varandra, och detta gör att de upplever trygghet i sitt arbete. De har även ständig kontakt med varandra och med de anhöriga.

”Vi har ju alltid kontakt med varandra med hemsjukvården och hemrehab, så om det uppstår något så har vi hela tiden det där att vi stöttar varandra.”

I diskussionen höll intervjupersonerna med om att arbetssättet har gjort att de fått en ny inblick och tänker på ett mer rehabiliterande sätt nu. De ser behoven som finns för klienten.

”Jag tycker jag håller ögonen mer öppna för hjälpmedel och att det finns ett behov av att hemrehab kommer – om det är något som inte fungerar riktigt eller kunde fungera bättre, förflyttningar, handtag, någon sängliggande som behöver hemrehab...”

”Det blir en annan inblick, man tänker på ett annat sätt.”

Genom att arbeta för samma mål får personalen hjälp, råd och stöd av varandra. De delar också information regelbundet genom de multiprofessionella mötena eller genom att ringa varandra om det är något de undrar över. Hembesöken gör de vanligtvis tillsammans. Överlag ses hemrehabiliteringsprojektet som något positivt: Alla höll med om att det är ett roligt jobb där man ser framsteg.

”Och sen gör vi ofta hembesök tillsammans att de också är med på den första kontakten med hemmet, och det tycker jag är bra så man kan ha samma information vid nolläget.”

Utökning av projektet och målgruppen

Då personalen diskuterade vad som skulle kunna effektivieras inom hemrehabiliteringen kom det fram att projektet borde vara behovsanpassat. Detta skulle vara väsentligt eftersom en del klienter faller utanför projektet även om de har behov. Ett exempel på sådana klienter är de som har psykiska behov. Det påpekades att det behövs mer kunnskap hos personalen inom detta område.

”Men det finns ännu några som faller utanför... De i dagkliniken.”

”Eller de med något psykiskt.”

Ett annat förslag till förbättring med projektet skulle vara att göra en uppdelning av teamet enligt klienternas olika behov samt utöka arbetet med hemtjänsten. Detta skulle ge mer tider åt klienterna.

”Det som jag tänkt på är olika patienters behov, att behöver alla patienter verkligen en fysio och en ergoterapeut? Att kanske man kan dela upp teamet så man inte alltid behöver vara två och två så man får mer tider också, kanske arbeta med hemtjänsten.”

I intervjun tyckte alla att projektet kunde utökas till hela Åland och bli permanent verksamhet. Personalen betonade att det är svårt då en klient inte är från Mariehamn eftersom man inte kan arbeta på samma sätt då. Också det problematiska med mängden kommuner på Åland togs upp.

”Det är väl det där med nackdelar då det inte är en patient från Mariehamn, att då måste man helt byta synsätt på något sätt. Det är min första fråga då vi får en ny patient att var bor den, var ska vi börja.”

Förbättring av kommunikation och arbetssätt

En svårighet med projektet som personalen tog upp var att det ibland kan vara en balansgång mellan rehabilitering och att klienten ska fungera i hemmet. Detta kan bli en krock då olika personer inom personalen jobbar med lite olika inriktningar.

”... alltså det ska ju vara rehabilitering samtidigt som deras huvudsakliga syfte är att det ska fungera i hemmet, så det är en balansgång också då man ska införa andra hjälpmedel och så. Så jag kan känna att man får upp en funktion ganska bra, den börjar återfå handfunktionen vid stroke t.ex. då den varit förlamad, och sen har det hänt att de åkt hem och träffat hemrehab, så då har det varit mer fokus i hemmet med att använda den andra handen också. Och sen har handen blivit sämre – det har blivit mer att den ska fungera i hemmet.”

En annan krock inom kommunikationen var att det blir litet problematiskt med sparkra-
ven i projektet och olika arbetsgivare som arbetar under olika former. En del hjälpmedel är för dyra för att kunna anskaffas till klienterna i projektet.

”Det som också kan bli svårt är kostnadsmässigt när de inte får skriva ut hjälpmedel, utan det kommer på oss som gör betalningsförbindelse. Och det kan vara lätt för dem att kolla vad som skulle behövas, och så kommer det på oss som vet med sparkrav att man inte kommer få de hjälpmedlen för vi kommer ändå få bort den funktionen. Så det är lätt för dem att rekommendera ett hjälpmedel men svårt för oss som vet att de inte kommer få det. Men det är också hur man vägleds då det är helt olika arbetsgivare.”

Andra svårigheter som personalen diskuterade var de olika organisatoriska svårigheter-
na som finns då de inte har tillgång till journalerna pga. de olika organisationerna som också är involverade i projektet och har sina egna dokumenteringssystem.

En sak som upplevdes som frustrerande var att det kan finnas omotiverade klienter som frånsäger sig vården fast de skulle behöva hjälp, och detta sker ibland efter att man grundligt planerat det hela.

Inom personalgruppen tyckte de att projektledningsgruppen varit frånvarande. Hittills har det fungerat så att två personer från ledningsgruppen varit i kontakt med personalen och förmedlat ärenden som uppkommit vidare åt resten i projektledningsgruppen. Dessa två jobbar dessutom själva som personal inom hemrehabiliteringen. I diskussionen kom det fram att alla i personalen inte riktigt visste vilka personer projektledningsgruppen

består av, och de har inte heller träffat dem alla. Personalen tyckte det skulle vara en sak att förbättra - att de inom ledningen skulle vara synligare.

”Fast jag tycker att det just borde vara bra om ledningsgruppen ändå skulle intressera sig. De har ju bara läst deras rapport, men ändå känns det som att de ska behålla sin betydelse, och då är det som att det inte tynger lika mycket som att det kommer helt utifrån.”

6.3 Relevans för arbetslivet

Konsekvenserna av denna undersökning blir förhoppningsvis riktlinjer och effektivisering av samarbetet mellan personalen i det multiprofessionella teamet inom hemrehabiliteringen. Denna information kan sedan göras tillgänglig för andra i liknande situationer. På detta sätt kan resultaten komma till nytta för samhällsutvecklingen då patienternas livskalitet ökar, vårdkostnaderna minskar och det multiprofessionella samarbetet blir smidigare.

7 DISKUSSION

Syftet med intervjuerna i detta examensarbete var att ta reda på hur det multiprofessionella teamet i Mariehamn arbetar med hemrehabiliteringsprojektet samt hur dessa personer upplevt det. Forskningsfrågorna besvarades i fokusgruppdiskussionerna, och därmed uppnåddes syftet med studien. I de båda fokusgrupperna, vilka bestod av projektledningen och personalen i hemrehabiliteringsteamet, kom det upp både en del likheter och olikheter i diskussionerna. Det som var gemensamt för båda grupperna var att de upplevde projektet som något positivt och höll med om att det borde gälla hela Åland och inte bara Mariehamn. Dessutom tyckte de att projektet borde bli permanent verksamhet, speciellt då behovet av hemrehabilitering ökar i takt med att antalet sköra äldre växer. I båda grupperna upplevdes det multiprofessionella samarbetet som ett bra stöd och en trygghet i arbetet. I detta spelade teamträffarna en viktig roll där man tillsammans kan göra arbetet mer målinriktat. Både projektlednings- och personalgruppen betonade att en bra planering och struktur är grunden för hela projektarbetet för att allt ska fungera effektivt. Ett nytt sätt att tänka i arbetet var en annan gemensam sak som personerna be-

rättade att har uppkommit i och med projektet. I båda gruppdiskussionerna kom det fram att en teknisk svårighet som kunde förbättras är dokumenteringen som är olika, vilket gör att man inte alltid har tillgång till journalerna. Grupperna påpekade svårigheten med de många, små kommunerna på Åland och hur detta kan komplicera ett projekt som det här. Båda grupperna var inne på samma linje med att dela upp arbetet i teamet mer så klienterna kunde få mer tider. Även om de inom både projektledningen och personalen tyckte samarbetet har fungerat bra tyckte de att det fortfarande finns förbättring att göra.

Det som skiljde åt de båda gruppdiskussionerna var att de i projektledningsgruppen mer talade om strukturen för det hela och hur de arbetar i bakgrunden för att allt ska fungera, medan personalen talade mer om klienterna och deras behov. I båda grupperna talade personerna om sina egna erfarenheter och det som var viktigast för dem i deras dagliga arbete. Jag tycker man märkte att oberoende vad de olika personernas uppgifter var så var de måna om att göra ett så bra jobb som möjligt. Projektledningsgruppen funderade på frågor gällande hur de kan övertyga politikerna om vinsterna med projektet och öka förståelsen för ett multiprofessionellt, rehabiliterande arbete. I personalen diskuterades att projektet borde bli mer behovsanpassat för klienterna eftersom det i nuläget är många som skulle behöva vård men som faller utanför projektet. Personalen tyckte också att de inom projektledningsgruppen varit för frånvarande och att de kunde visa mer intresse för personalens arbete. Kanske kände en del i projektledningen på sig att de mest fungerat i bakgrunden, för i diskussionen funderade de på om de eventuellt varit för osynliga i projektet.

Den valda metoden med fokusgrupper fungerade bra då det blev en flytande diskussion och avslappnad stämning. Personerna verkade känna sig trygga med att säga sina åsikter. Alla personer deltog i diskussionen och det utgjorde därför inget problem att en del var mer pratsamma medan andra var aningen mer tystlåtna. Eftersom det i projektledningsgruppen fanns med två personer som också arbetar i hemrehabiliteringsteamet kan detta ha påverkat diskussionen till en del. Det kan ha gjort att det blev en slags hierarki i gruppen och att dessa två personer kanske inte sa allt vad de verkligen tyckte. Men överlag verkade det vara bra stämning i båda grupperna oberoende, och min första tanke då jag gjorde dessa intervjuer var att det var som kafferumsdiskussioner. Folk skrattade

och skämtade samtidigt som de kunde diskutera mer allvarliga saker. Eventuellt kunde jag ha fått mer djupgående svar om jag använt mig av individuella intervjuer. Detta skulle dock ha varit ganska tidskrävande och jag skulle antagligen ha fått rätt så liknande svar från de olika personerna. En fördel med att använda fokusgrupp som metod var att hela den multiprofessionella gruppen var samlad, och på detta sätt kom det fram rik information om samarbetet och hur de fungerar tillsammans som grupp.

Resultaten som kom fram genom dessa intervjuer stöder tidigare forskning som visar på att liknande projekt är något positivt. I FoU-rapporten där Gustafsson et al. (2010 s. 5-6) jämför hemrehabilitering i olika kommuner i Sverige, fick man goda resultat med bättre livskvalitet för klienten samt ekonomiska vinster för samhället. Så även om projektet i Mariehamn än så länge är relativt nytt och det inte finns stora vinster att peka på nu, så ser det definitivt ut som att man i längden vinner på det. Åberg tar upp att insatserna för klienten behöver formas på ett individuellt sätt för att få en god livskvalitet i det egna hemmet (Åberg et al. 2005). Det som personalen tog upp i intervjun var att projektet borde göras mer behovsanpassat för klienterna, och detta stöder Åbergs slutsats i och med att det är ett klientinriktat arbete.

Om man ser projektet från den multiprofessionella yrkesgruppens synvinkel så har det även här fått bra resultat utgående från intervjudiskussionerna. Samarbetet upplevdes som en stark, positiv faktor. Att vara öppen för de andra personernas bidrag till arbetet har visat sig vara en viktig egenskap i multiprofessionellt arbete (Mackay et al. 1995), och detta hade de bra erfarenhet av i Mariehamn. Tryggheten i det goda samarbetet gjorde att teammedlemmarna visade respekt och förtroende för varandra, det tyckte jag man också märkte vid intervjudiskussionerna. Detta gjorde att personerna i de olika yrkesgrupperna kunde rådfråga varandra då de själva inte visste hur de skulle göra i en viss situation. Projektet som gjordes i Lerums kommun visade att de regelbundna teamträffarna var en viktig del i det hela, och detta kom tydligt fram också i fokusgruppsdiskussionerna som gjordes i denna studie. Johansson betonar hur viktigt det är att kommunikationen fungerar i teamarbete (Johansson et al. 2010 s. 108). Detta verkar vara en sak som alltid kan förbättras ännu mer även om det fungerar bra, vilket både projektledningsgruppen och personalen tog upp i intervjuerna.

Ett förslag för fortsatt forskning skulle vara att anpassa motsvarande modell till övriga delar av Åland och till andra delar av Finland. Man kunde då studera hur det upplevs där. I det skedet finns det kanske också mer vinster att peka på då man har en god grund och kan göra jämförelser. Det kunde också vara intressant att studera hur den remitterande instansen har upplevt detta projekt.

KÄLLOR

Algera M; Francke AL; Kerkstra A. & van der Zee J. 2004, Home care needs of patients with long-term conditions: literature review, *Journal of Advanced Nursing* 46(4): 417-429.

Andersson, L. 2006, *Att få leva tills jag dör – om ett rehabiliterande synsätt*. Stockholm: Fortbildningsförlaget.

Coast, J; Richards, S.H; Peters TJ, Gunnell DJ, Darlow MA, Pounsford J. 1998, Hospital at home or acute hospital care? A cost minimization analysis. *BMJ*. 1998;316:1802.

Desombre, T; Ingram, H. 1999, Teamwork: comparing academic and practitioners perceptions. *Team Performance Management*. 1999;16-22.

Ferrucci, L; Guralnik, J. M; Studenski, S; Fried, L. P; Cutler Jr, G. B; Walston, J. D. 2004, Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons: A Consensus Report, *Journal of the American Geriatrics Society*, nr 52, s. 625-634.

Granér, R. 1991, *Arbetsgruppen – den professionella gruppens psykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Grotty, M., Whitehead, C.H., Gray, S., Finucane, P.M. 2002, Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial, *Clin Rehabil.*, 2002;16:406-13.

Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L et al. 1994, A short physical performance battery assessing lower extremity function. Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994;49:M85–M94.

Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM et al. 1995, Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med* 1995;332:556–561.

Gustafsson U; Gunnarson B; Boman-Sjöstrand Å. & Grahn B. 2010, Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner – upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelse för utvecklingen, *FoU Kronoberg*, 5 s.

Johansson G; Eklund K. & Gosman-Hedström G. 2010, Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, nr 17, s. 101-116.

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

Knodel, J. 1993, The Design and Analysis of Focus Group Studies. I: Morgan, D (ed), *Successful Focus Groups. Advancing the State of the Art*. Newbury Park: Sage.

Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter. 2001, Stockholm: Socialstyrelsen.

Krueger R. 1998c, *Analyzing & Reporting Focus Group Results*. The Focus Group Kit, no 6. Thousand Oaks: Sage.

Krueger R. & Casey M. 2000, *Focus Group: A practical guide for applied research*, 3rd

edition, Sage Publications, Inc., 131 s.

Krueger, R. 1993, Quality Control in Focus Group Research. I: Morgan, D (ed), *Successful Focus Groups. Advancing the State of the Art*. Newbury Park: Sage.

Kuisma, R. 2002, A randomized, controlled comparison of home versus institutional rehabilitation of patients with hip fracture. *Clin Rehabil.* 2002;16:553-61.

Mackay, L., Soothill, K., Webb, C. 1995, Troubled times: the context for interprofessional collaboration. London: Edward Arnold.

Morgan, D. 1993b, Future Directions for Focus Groups. I: Morgan, D (ed), *Successful Focus Groups. Advancing the State of the Art*. Newbury Park: Sage.

Nestor FoU-center. 2007, Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Studiehandledning för dig som arbetar inom vård och omsorg. Handen: Nestor FoU-center.

Nestor FoU-center. 2008, Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Studiehandledning för dig som arbetar med vård och omsorg i särskilt boende. Handen: Nestor FoU-center.

Nordin I. & Fredriksson K. 2005, *Utvärderingsrapport, Hemrehab i Lerums kommun*, Lerums kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen, Rehabenheten, 2 s.

Paasivaara, L. 2004, Kotihoito hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. Tutkiva hoitotyö 2(1): 29-34.

Patel, R. & Tebelius U. 1987, *Grundbok i forskningsmetodik*, Studentlitteratur, s. 77-80.

Projektplan *Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn – Ett projekt initierat av Mariehamns stads äldreomsorg i samarbete med Ålands hälso- och sjukvård samt yrkeshögskolan Arcada*, 3 s.

Sinkkonen, S; Tepponen M; Paljärvi S. & Rissanen S. 2001, Kotihoidon sisältö ja tapaustutkimukset kotihoidon organisoinnista yhdistetyssä sosiaali- ja terveystoimessa, *Kunnallistieteellinen aikakausikirja*, nro 3, s. 177–194.

Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Stockholm: Socialdepartementet.

Socialtjänstlag (SFS 2010:427). Stockholm: Socialdepartementet.

Sosiaalihuoltoasetus 607/1983. Finlex. Tillgänglig:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607> Hämtad 17.11.2012

STAKES, Hammar T. 2008, Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisen, *Väitöskirja, Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta*, 20 s.

Starrin, B. & Svensson P-G. 1994, *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, Studentlitteratur, s. 17-83.

Stott, D., Buttery, A.K., Bowman, A., Agnew, R., Burrow, K., Mitchell, S.L., Ramsay, S., Knight, P.V. 2006, Comprehensive geriatric assessment and home-based rehabilitation for elderly people with a history of recurrent non-elective hospital admissions. *Age and Ageing*. 2006;35:487–91.

Tepponen M. 2007, Yhteistyö. Kirjassa Asiakaslähteen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun, s. 61–81. Toim. R. Heinola, Stakes, oppaita 70, Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.

THL. 2009, *Klientinventering inom hemvården 30.11.2010*, publicerad 27.6.2006, upgraderad 9.5.2012. Statistikrapport 22/2011, 30.6.2011. Tillgänglig: <http://www.stakes.fi/SV/tilastot/aiheittain/socialservice/hemvarden.htm> Hämtad 23.5.2012.

Thome' B; Dykes AK; Hallberg I. 2003, Home care with regard to definition, care

recipients, content and outcome: systematic literature review. *J Clin Nurs* 12(6):860-872.

Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM et al. 1995, Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA* 1995;273:1348–1353.

Vass, M., Avlund, K., Lauridsen, J., Hendriksen, C. 2005, Feasible model for prevention of functional decline in older people: municipality-randomized, controlled trial. *JAGS*. 2005; 53:563-8.

Wesslén, A. 1996, Fokusgrupper – en bra metod i hälsoforskning. I: *Vår Föda* 3:21–22.

Wibeck, V. 2000, *Fokusgrupper*, Studentlitteratur, s. 10, 126-129.

World Health Organization. 2006, Working together for health. The World Health Report 2006. Tillgänglig: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf Hämtad 13.11.2012.

Wressle, E; Eeg-Olofsson A-M; Marcusson J; Henriksson C. 2002, Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure, *J Rehabil Med* 2002; 34: 5–11.

Zingmark, M. 2009, Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig - En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser, *FoU Jämts rapportserie*, nr 1, s. 1-32.

Åberg, A.C., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., Lithell, K. 2005, On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age – a qualitative study of patients' perceptions. *Qual Life Res*. 2005;4:1111–25.

BILAGA 1. Informationsbrev till intervjuerna



Bästa mottagare

Inom ramen för hemrehabiliteringsprojektet utreds i samarbete med yrkeshögskolan Arcada hur hemrehabiliteringen förverkligats med syftet att höra erfarenheterna av hemrehabilitering som koncept av de olika yrkesgrupperna involverade i projektet.

Denna undersökning kommer genomföras med hjälp av två olika fokusgruppsintervjuer. Deltagarna i den första fokusgruppen består av personer från de olika yrkesgrupperna som jobbar med hemrehabilitering inom projektet, dvs. det multiprofessionella teamet. Den andra fokusgruppen består av personerna inom projektledningsgruppen. Intervjudeltagarna har utvalts av kontaktpersonerna inom projektet för hemrehabiliteringen i Mariehamn. Intervjuerna beräknas ta ca 60-75 minuter.

Fokusgruppsintervjuer är en metod som innebär att en grupp personer diskuterar ett ämne av relevans för studien. Gruppsintervjuerna leds av en moderator (samtalsledare). Diskussionen spelas in genom ljudupptagning och bearbetas senare av studiens utförare. Svaren behandlas med full konfidentialitet för deltagarna och endast denna studiens utförare kommer ha tillgång till arbetsmaterialet. En analys av intervjuerna görs så att materialet transkriberas (diskussionerna skrivs ner) och tolkas utgående från den. Ljudupptagningen förvaras i studiens utförares dator och förstörs efter rapportering. Resultatet av studien presenteras senare i höst muntligt och skriftligt i Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola samt i Theseus (elektronisk databas för examensarbeten).

Deltagandet till studien är frivilligt, och ni som intervjuas har samtyckt till deltagandet. Ni deltar som experter inom området. Ert deltagande uppskattas och just din åsikt är betydelsefull. Syftet med denna studie är att ta reda på hur de olika yrkesgrupperna involverade i hemrehabiliteringsprojektet upplever projektet.

Tack på förhand för er medverkan!
Med vänliga hälsningar,

Elisabeth Eklöf
Studiens utförare (tel: 040 74 09 130, eklofeli@arcada.fi)

Vid frågor om studien eller intervjusituationen kan ni ta kontakt med mig (Elisabeth).

eller lektor: Ira Jeglinsky-Kankainen (handledare, tel: 040 511 4686,
ira.jeglinsky@arcada.fi)

BILAGA 2. Intervjuguide för projektledningsgruppen

Introduktionsfrågor

- Hur ställde ni er till hemrehabiliteringsprojektet i början?
 - ➔ Hur förhåller ni er till hemrehabiliteringsprojektet nu efter att det pågått en tid?
- Hur ser ni er roll i projektet?
 - ➔ Hur har ni fungerat som stöd och referensgrupp för hemrehabiliteringsteamet?
- På vilket sätt tycker ni att personalen i hemrehabiliteringsteamet upplevt det nya konceptet med hemrehabilitering?
- Hur har verksamhetsmodellen för hemrehabiliteringen fungerat i projektet?
- Vad innebär målfokuserat arbete i projektet för er?
 - ➔ Beskriv hur den gemensamma målformuleringen sker inom projektet

Nyckelfrågor

- På vilket sätt har bristerna i länken mellan specialistsjukvård och öppenvård förändrats genom projektet?
- Vilket resultat tror ni att hemrehabiliteringsprojektet får på längre sikt?
- Skulle projektet kunna fortsätta och hur länge i så fall? Kan det fungera att t.o.m. bli permanent verksamhet?

Avslutande frågor

- Sammanfattning av nyckelfrågorna
- Deltagarna tillfrågas om sammanfattningen motsvarar diskussionen. Bör något betonas eller tonas ner?

Slutfrågan

Är det någonting ni upplever att ni skulle velat ta upp som inte blivit behandlat? Är det något ni ännu skulle vilja tillägga?

BILAGA 3. Intervjuguide för personalen

Introduktionsfrågor

- Hur har ni upplevt hemrehabiliteringsprojektet?
- Hur närvarande är hemrehabiliteringsprojektets syfte och målsättningar i ert dagliga arbete?
- Vad innebär målfokuserat arbete för er?
- Beskriv hur den gemensamma målformuleringen sker
- Beskriv hur den gemensamma målsättningen har påverkat ert sätt att jobba

Övergångsfrågor

- Hur ser ni på multiprofessionellt teamarbete?
- På vilket sätt arbetar ni som ett multiprofessionellt team?
- Hur har samarbetet med de olika yrkesgrupperna i teamet fungerat?
- Beskriv problem ni stött på i teamarbetet?
- När upplever ni stark motivation i ert arbete?
- När upplever ni svag motivation i ert arbete?

Nyckelfrågor

- Har kompetensen förändrats i och med projektet?
- Upplever ni att ni fått stöd i ert arbete av ledningsgruppen för hemrehabiliteringsprojektet?
- Skulle projektet kunna fungera på samma sätt i fortsättningen eller t.o.m. bli permanent verksamhet?

Avslutande frågor

- Sammanfattning av nyckelfrågorna
- Varje deltagare tillfrågas om sammanfattningen motsvarar diskussionen. Bör något betonas eller tonas ner?

Slutfrågan

Är det någonting ni upplever att ni skulle velat ta upp som inte blivit behandlat? Är det något ni ännu skulle vilja tillägga?