



# SLUTRAPPORT

## HEMREHABILITERING I KÄVLINGE

**Jeanette Hellström**

Alexander Dozet  
Marie Wänglund  
Ann-Louise Christensen  
Eva Persson

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>3</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>4</b>
ARBETSSÄTT .....	5
HANDLEDNING .....	6
PROJEKTMÅL .....	7
PLANERING .....	8
<b>RESULTATREDOVISNING</b> .....	<b>9</b>
VÅRDPLANERINGAR .....	9
REDOVISNING AV UNDERSÖKNINGSGRUPPEN .....	9
TABELL 1. KÖN, ÅLDER OCH DIAGNOS .....	10
TABELL 2. BORTFALL OCH ORSAK TILL BORTFALLET .....	11
TABELL 3. ANTAL VECKOR SOM VÅRDTAGAREN MEDVERKAT I HEM- REHABILITERINGEN .....	11
TABELL 4. VISAR MÄTTILLFÄLLEN OCH DE OLIKA BEDÖMNINGARNA SOM GJORDES ...	12
FÖRMÅGAN ATT KLARA SIN PERSONLIGA VÅRD .....	12
REDOVISNING AV ANTAL HEMTJÄNSTTIMMAR .....	14
RESULTATET FRÅN DE OLIKA OMRÅDEN. ....	16
UTFÖRDA BOSTADSANPASSNINGAR UNDER PROJEKTTIDEN .....	19
ORDINERADE HJÄLPMEDEL UNDER PROJEKTTIDEN .....	19
<b>EKONOMISK ANALYS</b> .....	<b>20</b>
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING .....	20
SAMMANFATTNING AV RESULTATET .....	20
BAKGRUND .....	21
DATA OCH METOD .....	22
VARIABLER .....	24
RESULTATET AV REGRESSIONEN PRESENTERAS NEDAN. ....	24
EKONOMISK DISKUSSION .....	25
<b>REDOVISNING AV :</b> .....	<b>25</b>
ENKÄT ANGÅENDE UPPLEVELSE AV DELAKTIGHET OCH MÅLUPPFYLLELSE .....	25
HÄLSOENKÄT .....	26
KORTTIDSPLATSER .....	28
ANALYS AV GRUPPUTVÄRDERING FRÅN UNDERSKÖTERS KOR/VÅRDBITRÄDEN .....	29
ANALYS AV ENKÄT TILL TEAMEN OCH ENHETSCHEFERNA .....	30
HJÄLPMEDELSBUDGET .....	32
KOSTNADER FÖR UTSKRIVNINGSKLARA .....	33
STATISTIK BISTÅNDSTIMMAR .....	33
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>34</b>
ÄNDRINGAR .....	34
RISKER .....	34
LÄRDOMAR OM LEDARSKAP .....	35
OMVÄRLDEN .....	35
EGNA ORGANISATIONEN .....	35

## SAMMANFATTNING

Enligt Prop.1999/2000:149, nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården presenteras åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur. Det övergripande syftet med planen var att åstadkomma positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet. För Kävlinge kommuns del valde man att utveckla den kommunala rehabiliteringen.

En arbetsterapeut utsågs till projektledare och frikopplades från sitt ordinarie arbete under tre månader för att arbeta fram en arbetsmodell för Kävlinge kommun. Arbets sättet skulle bedrivas i projektform under två år. En styrgrupp och en referensgrupp bildades. Ett kommunövergripande arbetslag rekryterades internt och bestod av åtta undersköterskor (7.0 årsarbetare) och två 50% arbetsterapeuter samt två 50% sjukgymnaster. Hemrehabilitering vänder sig till vårdtagare som vistats på sjukhus och bedöms vara i behov av hemrehabilitering, vårdtagare i ordinärt boende som bedöms vara i behov av funktionshöjande insatser samt vårdtagare som kommer från korttidsplats och har ett fortsatt rehabiliteringsbehov. Utöver rehabiliteringsbehovet skall vårdtagaren vara motiverad att fortsätta rehabiliteringen i det egna boendet, förstå instruktioner samt kunna larma vid behov. Vårdtagare som ingår i hemrehabilitering har fått alla insatser enligt Hälso- sjukvårdslagen och den enskilde betalar enligt vanlig hemtjänsttaxa.

Under första veckan görs en bedömning av vårdtagarens funktions och aktivitetsförmåga av arbetsterapeut och sjukgymnast. Utifrån dessa bedömningar upprättar de tillsammans med vårdtagaren, närstående och kontaktpersonen en såkallad ADL-guide (bil 1).Guiden beskriver vad vårdtagaren klarar och vad vårdtagaren behöver hjälp med. Träningen planeras sedan utifrån de uppsatta mål som vårdtagaren varit delaktig i. Hemrehabiliteringsgruppen träffas en timme varje dag och handleds av arbetsterapeut och sjukgymnast. Handledningen fokuserar på frågor rörande rehabilitering men även viss information ingår.

Projektet pågick mellan november 2004 och november 2006. Slutrapporten visar statistik tom november 2006. Under denna period har 121 vårdtagare ingått i projektet. Den största andelen var personer som drabbats av höftsjukdomar samt stroke. Den största andelen vårdtagare återfinns i gruppen mellan 75 och 90 år. Den sammanlagda summan av erhållna hemrehabiliteringstimmar var i starten 819 tim och efter att personerna avslutats i hemrehabilitering var det 282 timmar. Redan efter 2 veckors hemrehabilitering kunde man dra ner en fjärdedel av rehabiliteringstimmar. Resultatet står sig även 2 månader efter avslutad hemrehabilitering.

Man kan även se ett minskat behov av bostadsanpassningar och hjälpmedel. Inga bostadsanpassningar görs förrän efter hemrehabiliteringsperioden. Arbets sättet innebär att man kompenserar inte med hjälpmedel förrän vårdtagaren är färdigrehabiliterad.

Resultatet av denna utvärdering pekar på att vårdtagare som medverkat i hemrehabilitering konsumerar i genomsnitt mindre kommunala resurser, än gruppen som inte genomgått hemrehabilitering. Baserat på de gjorda ekonomiska analyserna och på de två grupper som jämfördes, så uppskattas besparingen i genomsnitt till 49 000 kr per vårdtagare till förmån för hemrehabiliteringsgruppen, under en 6 månaders period.

Ett minskat behov av hemtjänst efter hemrehabilitering tillsammans med låga kostnader för hjälpmedel och bostadsanpassningar talar för att detta arbets sätt är effektivt .

## BAKGRUND

### Nationellt

Socialstyrelsen fann i en studie som handlade om hemmaboende äldres behov av rehabilitering, att drygt hälften av de äldre inte hade tillgodosedda rehabiliteringsbehov (Socialstyrelsen, 2001). Många personer bedömdes dessutom ha förmåga att utföra de sysslor de fick hjälp med och skälen till detta var bland annat:

- Att hemtjänsten eller anhöriga utan att reflektera tagit över sådant som den äldre själv kunde klara.
- Att personen inte vågade utföra en aktivitet då han eller hon inte fått möjlighet att under trygga former utföra den själv och testa sina gränser.
- Att hemtjänsten utförde hela aktiviteten när det visade sig att personen endast kunde utföra delar av aktiviteten.

I studien kom man även fram till att rehabiliteringspotentialen var stor men att rehabiliteringsbehoven inte uppmärksammandes eller uppmärksammades för sent eller att uppföljningen brast av av annan anledning.

Hemrehabilitering har blivit allt vanligare och förekommer i olika kommuner i landet. Anledningen till detta är att det på många håll har visat mycket goda resultat både ur ett vårdtagarperspektiv i form av ökad livstillfredsställelse men även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Det har också visat sig att man med hemrehabilitering kan fördröja flytt till särskilt boende och på sikt även användandet av hemtjänst (Bokopp & Karlsson, 1998, Månson, 1999).

Hemrehabilitering innebär en tidig och samlad rehabilitering i ordinärt boende. Detta betyder att rehabiliteringen startas upp så snart som möjligt efter hemkomsten från sjukhus eller korttidsboende och att det sker i samverkan mellan olika yrkesgrupper. Syftet med hemrehabiliteringen kan i huvudsak sägas vara att ersätta slutenvårdsplatserna, förbättra övergången mellan slutenvård och öppenvård samt att förhindra återinläggning genom att vårdtagarna bibehåller sin självständighet i så hög grad som möjligt (Nilsson & Nyström, 2004)

Det finns skillnader i hur man på olika ställen har valt att arbeta med hemrehabilitering. På vissa ställen har man valt att arbeta med multiprofessionella team där olika yrkesgrupper åker hem och tränar vårdtagarna i deras hem, andra ställen har valt en modell som bygger på att arbetsterapeuter och sjukgymnaster handleder ordinarie omvårdnadspersonal i ett rehabiliterande arbetssätt där vårdtagaren tränar i vardagliga situationer i sitt hem så kallat vardagsrehabilitering, en annan konstellation kan vara att arbetsterapeut och sjukgymnast tillsammans med speciellt utbildade undersköterskor utgör ett s.k. elitteam som tränar vårdtagaren i vardagliga aktiviteter i hemmet. Positiva resultat av satsning på hemrehabilitering har visat sig i Östersund, Hagfors, Helsingborg och Uddevalla vilket har resulterat i stora satsningar på rehabilitering.

Enligt Kielhofner (2002) är vårdtagarens hem optimalt för en funktionsinriktad träning. Han menar att världen omkring oss och våra vanor ger stabilitet i livet och att vi gärna handlar på rutin och håller oss till tillvanda mönster för att känna oss trygga. Att hemmet är en bra plats för just rehabilitering menar Teeland (2002) beror på att man är hemma och att man därigenom blir mer motiverad att ta ansvar. Hur upplevs det då för vårdtagaren att dagligen ha personal omkring sig i sitt hem? Om detta fenomen finns det mycket litet skrivet.

Däremot har Lingås (1998) skrivet om det ur personalens perspektiv. Lingås menar att när rehabiliteringen sker i hemmet så minskar risken för att personalen enbart ser vårdtagaren och sjukdomen. Personalen ser istället vårdtagaren i sitt sammanhang i sin egen miljö. Som personal utgår man ifrån vad vårdtagaren önskar bli bättre på och vad han/hon önskar klara av efter rehabiliteringen, när rehabiliteringen utförs i vårdtagarens bostad. Träningen blir mer klientcentrerad.

Rehabiliteringsprocessen innefattar att upptäcka och identifiera problem, sätta mål, välja olika lösningsmöjligheter, åtgärda och utvärdera resultatet. För att uppnå ett gott resultat efter vårdtagarens förutsättningar är klientcentrerad ett bra arbetssätt (Nilsson & Nyström, 2004, Townsend, 1997). I ett klientcentrerat arbetssätt är vårdtagaren delaktig i rehabiliteringsprocessen och målen sätts utifrån vad han/hon tycker är viktigt. I hemmet är det lättare för rehabiliteringspersonalen att identifiera rätt nivå på träningen eftersom det är där det skall fungera (Lilja, 2004).

Det är viktigt att arbetsterapeuter och sjukgymnaster göra täta uppföljningar hos vårdtagaren för att diskutera hur träningen går och för att sätta upp nya mål allteftersom träningen fortskrider.

## **Kävlinge**

Enligt Prop.1999/2000:149, nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården presenteras åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur. Det övergripande syftet med planen var att åstadkomma positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet. För Kävlinge kommuns del valde man att utveckla den kommunala rehabiliteringen.

I kommunen finns sedan tidigare ett politiskt beslut som innebär att kommunen skall verka för att den enskilde får möjlighet att bo kvar i ordinärt boende så länge som möjligt.

Under 2004 frikopplades en arbetsterapeut i 3 månader från ordinarie tjänst för planering av hemrehabilitering i Kävlinge. Syftet med projektet var att med rehabiliteringsinsatser skapa förutsättningar för personer i ordinärt boende att kunna återgå till tidigare aktivitetsnivå. Målet var också att skapa ett nytt arbetssätt i kommunen som skulle leda till ett minskat hemvårdsbehov, ökad livskvalité, trygghet, hälsa och medverkan i samhället. Arbetssättet skulle bedrivas i projektform under 2 år. Kontinuerliga resultatrapporter under projektiden och slutrapport vid projektets avslut skulle utföras av projektledaren.

## **Arbetssätt**

De tankar som legat till grund för arbetssättet är att genom rehabiliteringsinsatser skapa förutsättningar för vårdtagaren att återfå så hög aktivitetsförmåga och självständighet som möjligt innan bistånd ges. Att inte sätta in kompensatoriska insatser i form av hjälpmedel och bostadsanpassningar innan möjlighet till träning erbjudits.

Hemrehabilitering bedriver verksamhet varje dag mellan 7-21. På helgen är man mindre bemannande vilket innebär att man oftast bara kan erbjuda träning i olika vardagsaktiviteter och inte har resurser till att utföra annan form av träning bland annat att utföra olika träningsprogram, gå till affären, promenera eller någon annan aktivitet som vårdtagaren upplevt som viktigt för att bli självständig i vardagen.

Trygghetsfaktorn har varit avgörande för om vårdtagaren har kunnat gå hem till det egna boende, för att skapa trygghet och tillit, har förberedelserna inför hemgång varit viktiga. Ytterligare faktorer som skapar trygghet för den enskilde är att hemrehabilitering ger den tid vårdtagaren behöver för att uppnå tidigare förmågor genom vardagsrehabilitering, rehabilitering av äldre måste få ta tid.

Hemrehabilitering har valt att i ett tidigt skede uppmärksamma rehabiliteringsbehovet eftersom det ses som en viktig framgångsfaktor för att uppnå ett bra rehabiliteringsresultat. För att bedöma rehabiliteringsbehovet behöver arbetsterapeut eller sjukgymnast delta vid vårdplaneringar. Redan i detta skede uppmärksammas också vårdtagare och dess närstående på att insatserna inriktas på träning och de är på så vis delaktiga i rehabiliteringsprocesserna redan från start.

Vid hemgång läggs det inga bistånd utan vårdtagaren ingår i hemrehabilitering med insatser utifrån HSL. När vårdtagaren kommer hem från sjukhus eller korttidsplats möter arbetsterapeut och sjukgymnast upp vårdtagaren tillsammans med anhöriga och kontaktperson för att planera rehabiliteringen den närmaste veckan därefter görs uppföljning. Bedömningar av vårdtagarens funktions- och aktivitetsförmåga görs under första veckan efter hemgång av arbetsterapeut och sjukgymnast. Utifrån dessa bedömningar upprättar de tillsammans med vårdtagaren, anhöriga och kontaktpersonen en så kallad ADL – guide, bil. 1 i Bilagor till slutrapport, ett arbetsredskap som utgår ifrån vårdtagarens förmågor i olika vardags aktiviteter. ADL-guiden beskriver vad vårdtagaren klarar av att utföra under ett dygn. Detta kan handla om t ex att klara av att ta sig i och ur säng, toalettbesök, tillreda en måltid. Guiden beskriver vad vårdtagaren klarar och vad han behöver hjälp med i olika aktiviteter. Efter kartläggning av vad vårdtagaren klarar formuleras mål tillsammans. Träningen planeras sedan utifrån de uppsatta mål som vårdtagaren har varit delaktig i att sätta upp. För att komma vidare i rehabiliteringen är det viktigt att målen följs upp och omformuleras. Detta gör att vårdtagarna blir uppmärksammade på hur långt de har kommit i sin rehabilitering. Det är viktigt att vi som rehabiliteringspersonal stödjer vårdtagarna i att sätta upp realistiska och nåbara mål. I studien ADL-guiden - ett användbart redskap för att öka rehabiliteringstänkande i ett hemvårdsteam inom äldreomsorgen (Hellström, Zettervall, 2003), kom man fram till att när hemvårdsteamet använder den upprättade ADL-guiden samtalar de med varandra om konkreta situationer i rehabiliteringsarbetet. Alla i teamet ges möjlighet att delge sina erfarenheter och beskriva sina tankar och idéer om hur de arbetar med sina vårdtagare. En slutsats som framkom i studien var att mötena och samtalen kring vårdtagarna var mycket betydelsefulla för här gavs naturliga tillfällen för kunskapsspridning och handledning, som komplement till sedvanlig handledning och undervisning. Resultatet visade vidare att ADL-guiden upplevdes som ett enkelt, tydligt och strukturerat redskap i vilket det är lätt för alla vårdgivare att läsa i om vårdtagaren. Författarna menade att ADL-guiden därmed har pedagogiska finesser som tycks viktiga att förvalta.

## **Handledning**

Hemrehabiliteringsgruppen träffas en timme varje dag och handleds av arbetsterapeut och sjukgymnast. Under denna timme får gruppen även information om nya vårdtagare, olika tider planeras för uppföljningar samt andra praktiska frågor diskuteras. Den största tiden används dock till handledning där gruppen får tillfälle att diskuteras frågor gällande rehabilitering.

ADL-guiden som är uppgjord för varje vårdtagare gås igenom och de uppsatta målen diskuteras t ex har målet uppnåtts? Kan vi förändra eller stegra träningen?

Hur går vi vidare?Handledningens syfte är även att undervisa undersköterskor/vårdbiträden hur olika moment som ingår i träningen skall utföras. Arbetsterapeut och sjukgymnast är även med i det dagliga arbetet hemma hos vårdtagaren för att visa praktiskt hur träningen skall utföras. En fördel med kontinuerlig handledning är att omvårdnadspersonalens kompetens utvecklas mot ett rehabiliterande arbetssätt som i sin tur kan bidra till en lärande organisation. Kompetens i vardagsrehabilitering har citerats en följande:

”Sen också att de förstår vikten av det de gör, eller låter bli att göra... alltså kraften i vardagsrehabilitering. Man tycker att det verkar inte så märkvärdigt – vad spelar det för roll om jag hjälper henne med skorna, men det kan vara det som är avgörande om de kan vara självständiga eller inte.”

(Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering, Östersunds kommun, sid 11.)

Ett rehabiliterande arbetssätt innebär bland annat att inte ta över utan låta vårdtagaren själv utföra aktiviteten. Att finnas där som en trygghet, guida eller hjälpa till med de delmoment som är svåra för vårdtagaren att genomföra. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster handleder omvårdnadspersonalen i detta arbetssätt.

Med handledarskap följer ett ledarskap och ett ansvar för att föra en handledande dialog där vårdpersonalen känner sig delaktiga (a.a.)

En utvärdering av handledning handlar i grund och botten om huruvida kvalitén i vården påverkas. Finns det då något belägg för antagandet att vårdens kvalitet vanligen påverkas/blir bättre om personalen får handledning? Butterworth (2001) anser att den samlade forskningen på området ger stöd för detta antagande och att det sammantaget finns starka skäl att se en koppling mellan handledning av god kvalitet och en god och säker vård.

Kävlinge kommuns hemrehabilitering bygger på ovanstående påståenden och har format sin hemrehabiliteringmodell utifrån dessa.

## **Projektmål**

Att skapa ett nytt arbetssätt i Kävlings kommun som ska leda till ett minskat hemvårds behov, som därmed ska leda till ökad livskvalitet, trygghet, hälsa och medverkan i samhället för kommuninvånarna.

Denna utvärdering kommer att utvärdera de parametrar som beskrevs i projektplanen 040906 och ger svar på frågor om måluppfyllelse, nytta, kostnader, effektivitet och kvalitet.

De mål som angetts i projektplanen var att:

Vårdtagaren skulle via vardagsrehabilitering i hemmet återfå tidigare aktivitetsförmåga och därmed klara vardagliga aktiviteter så självständigt som möjligt med bibehållen trygghet. Vårdtagaren skulle vara delaktighet i målplanering och i rehabiliteringsprocessen.

Rehabiliteringen skulle leda till ett aktivt och integrerat liv i och utanför hemmet.

För kommunen innebar detta att ett hemrehabiliteringsteam bildades som med handledning av sjukgymnast och arbetsterapeut skulle lära sig att arbeta utifrån ett rehabiliterande arbetssätt, ett effektivare sätt att använda kommunens resurser. Vid avslut i hemrehabilitering skulle det kunna ges underlag för att bedöma insatsbehovet så att vårdtagaren erhöll rätt insatsnivå från hemvården.

De mätmetoder som använts är:

- ADL-Taxonomi, ett bedömningsinstrument som används för att mäta en individs aktivitetsförmåga och som med fördel kan användas vid ett flertal tillfällen för att se förändringar över tid. (ADL betyder aktiviteter i det dagliga livet). Bedömning av aktivitetsförmågan har gjorts vid påbörjad träningsperiod, vid avslut samt 2 månader efter avslutad träningsperiod. Det som kommer att redovisas i denna rapport är förmågan att klara sin personliga vård eftersom det är avgörande för om man blir självständig eller ej.
- Intervju av vårdtagaren efter avslutad hemrehabiliteringsperiod med frågor kring bland annat upplevelse av delaktighet, trygghet och målluppfyllelse.
- Vid rehabiliteringens avslut samt 2 månader efter avslut har också en hälsoenkät använts.
- För att få ett mått på förändring av ökad självständighet över tid har hemrehabiliterings timmarna mätts vid rehabiliteringens start, 2 veckor efter och vid avslut. För att få ett mått på huruvida uppnådd aktivitetsförmåga består efter avslutad hemrehabilitering har även mätning av hemtjänsttimmar gjorts 2 månader efter avslut samt 6 månader efter avslutad rehabilitering. De bostadsanpassningar och hjälpmedel som beviljats och ordinerats under projektiden kommer att redovisas i tabellform.

## **Planering**

En styrgrupp tillsattes som bestod av Gunilla Thomasson, projektansvarig sedermera ersatt av Ann-Louise Christensen hemvårdschef, Eva Persson MAS, enhetschef Marie Wänglund, biståndshandläggare Ann-Christin Willman, anhörigrepresentant Gunvor Schoug samt Alf Bergqvist läkare VC Kävlinge. Projektansvarig var sammankallande och ansvarade för mötenas upplägg. Styrgruppen har träffats kontinuerligt under projektiden

Som bollplank till projektledaren tillsattes även en referensgrupp bestående av representanter från olika yrkesgrupper. En inventering av hur olika hemrehabiliteringsställen lagt upp sin verksamhet gjordes. Delar av referensgruppen genomförde under våren –04 ett antal studiebesök bland annat i Helsingborg, Sjöbo och Höganäs. Olika slutrapporter och projektrapporter inhämtades dessa diskuterades därefter i referensgruppen och mynnade ut i den modell som kom att gälla för hemrehabilitering i Kävlinge.

När projektplanen fastställts i slutet av juni –04 inleddes rekryteringen av personal. Åtta personer ur befintlig verksamhet anställdes. Fyra heltids- och fyra 0.75 procentiga tjänster. Två halvtids arbetsterapeuter och två halvtids sjukgymnaster rekryterade från befintlig verksamhet. Dessa arbetade även i ordinära hemtjänsten på resterande tider av sina tjänster. En av arbetsterapeuterna var även projektledare på 25 procent med ansvar för genomförande och utvärdering.

Den totala kostnaden för arbetsgruppen motsvarar 3 122 tkr för år 2006. Finansieringen för detta har skett genom en omfördelning inom befintliga ramar, dvs. arbetslaget har inte finansierats av nya medel.

Före projektstarten auskulterade undersköterskorna på olika ställen som har hemrehabilitering bland annat i Helsingborg och Höganäs. De fick även auskultera på strokerehabilitering och ortopedi i Lund för att läras sig mer om stroke och ortopedi. Hela hemrehabiliteringsteamet fick också en veckas utbildning i rehabiliterande arbetssätt.

Samtliga teammedlemmar i de olika distrikten fick en dags utbildning i handledning. All personal i kommunen blev inbjudna till en presentation av hemrehabilitering i Kävlinge före projektstarten. En presentation har även gjorts i socialnämnden.

## **Resultatredovisning**

### ***Vårdplaneringar***

Under projekttiden, dvs från november 2004 t o m september 2006 har hemrehabiliteringens arbetsterapeut eller sjukgymnast medverkat vid 123 vårdplaneringar. Tabell över hur dessa fördelade sig över tid finns redovisat i bilaga 6 i "bilagor till slutrapport". De flesta vårdplaneringarna gjordes övervägande på sjukhus.

Av de som vårdplanerades gick ca 90 personer direkt till hemrehabilitering, 10 personer gick hem till det ordinära boendet med hemtjänst och ca 20 till korttidsboende. Av de personer som gick till korttidsboende efter sjukhusvistelsen var flera aktuella för hemrehabilitering efter några veckor. Vårdplaneringarna sköttes tidigare från de olika distrikten. Dessa är nu koncentrerade till att utföras av vårdplanerarna och hemrehabiliterings arbetsterapeut och sjukgymnast. Att medverka vid vårdplaneringar tar mycket av arbetstiden.

Vinsten med tidig kontakt är bland annat att vårdtagaren och ev. anhörig får information om hemrehabilitering och arbetssättet. Detta skapar bra förutsättningar och trygghet inför hemgång.

### ***Redovisning av undersökningsgruppen***

Hemrehabilitering vänder sig till vårdtagare:

- som vistats på sjukhus och bedöms vara i behov av hemrehabilitering
- vårdtagare i ordinärt boende som bedöms vara i behov av funktionshöjande insatser
- vårdtagare som kommer från korttidsplats och har ett fortsatt rehabiliteringsbehov.

Utöver rehabiliteringsbehovet skall vårdtagaren:

- vara motiverad att fortsätta rehabiliteringen i det egna boendet,
- förstå instruktioner
- kunna larma vid behov.

Mellan november 2004 och t o m september 2006 har hemrehabilitering kunnat ta emot 121 vårdtagare dessa fördelar sig när det gäller kön och ålder och diagnos enligt följande:

**Tabell 1. Kön, ålder och diagnos**

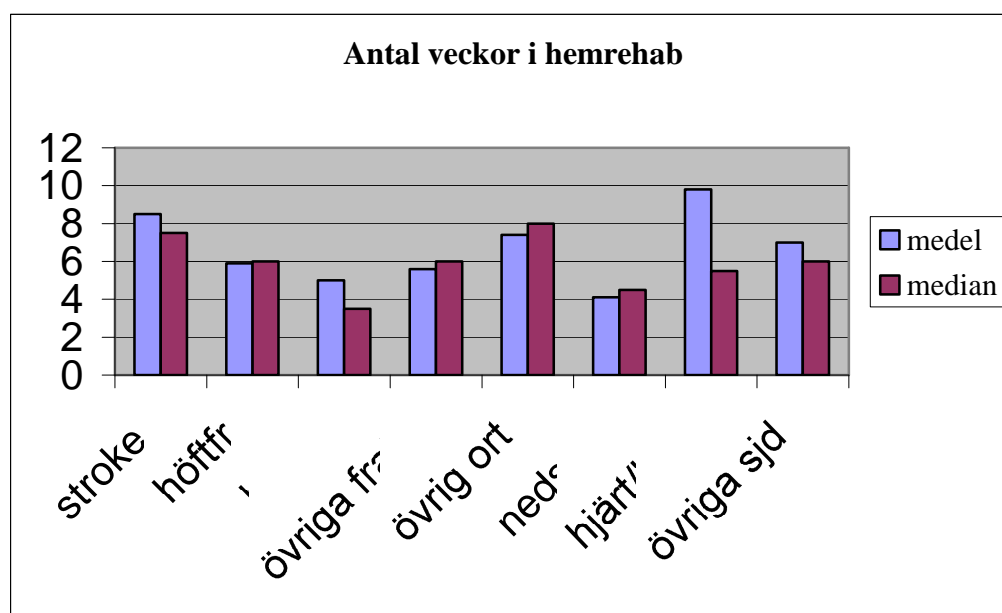
Diagnos		n=121	Åldersgrupp							Antal
			<63,99	64-69,9 9	70-74,9 9	75-79,99	80-84,99	85-89,99	>90	
<b>stroke</b>	Kön	Man	1	0	4	4	3	2		14
		Kvinna	0	1	0	5	4	4		14
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>6</b>		<b>28</b>
<b>höftfraktur</b>	kön	Man	1	1	0	0	4	0	0	6
		Kvinna	0	0	1	2	1	7	3	14
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
<b>höftplastik</b>	kön	Man	0	0	1	2	1	0	1	5
		Kvinna	1	1	2	0	4	1	2	11
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>16</b>
<b>nedsatt at</b>	kön	Man			0	1	1	3	1	6
		Kvinna			1	1	0	2	5	9
	<b>Total</b>				<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>15</b>
<b>övriga frak- turer</b>	kön	Man	0			0	0	1	0	1
		Kvinna	1			4	2	4	1	12
	<b>Total</b>		<b>1</b>			<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>13</b>
<b>Övrigt or- topedi</b>	kön	Man	0		1	0	3	0	0	4
		Kvinna	1		0	1	4	5	1	12
	<b>Total</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>16</b>
<b>hjärt/kärl- sjd</b>	kön	Man					2	2	0	4
		Kvinna					1	0	1	2
	<b>Total</b>						<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>övriga sjd</b>	kön	Man			1	0	1	0		2
		Kvinna			2	1	1	1		5
	<b>Total</b>				<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>7</b>

De diagnoser som är upptagna i ovanstående tabell är orsaken till varför man varit aktuell i hemrehabilitering. Det är dock ett stort antal vårdtagare som haft flera diagnoser som kan ha försvårat rehabiliteringen. I denna redovisning är det höftplastik och höftfrakturer, övrig ortopedi och övriga frakturer som är mest framträdande. V g dessa diagnoser är det en markant skillnad mellan könen. Kvinnor drabbas oftare än män. En stor grupp är även de som drabbats av stroke. Denna grupp är jämt fördelade vad gäller kön. Av tabellen framgår det att 42 personer var män och 79 kvinnor. Åldern har delats in i sju grupper varav den största andelen deltagare återfinns i grupperna som ligger mellan 75 och 90 år. (tab.1)

**Tabell 2. Bortfall och orsak till bortfallet**

Bortfall och orsak till bortfallet	Bortfall			Total
	Endast bedömning/ för kort tid, inga status	Avled under Rehab-perioden	Avled efter rehabperiod, kunde ej medv. i uppf.intervj	
<b>Bortfall</b>	16	11	1	28
<b>Total</b>	16	11	1	28

Av det sammanlagda antalet vårdtagare i projektet n=121 så består det totala bortfallet av 28 personer (tab.2). 11 personer avled under rehabiliteringsperioden och 1 person efter rehabiliteringsperioden, 16 personer var endast aktuella för bedömning eller avslutade rehabperioden inom 1 vecka. Tio personer kunde av olika orsaker inte medverka i uppföljande intervjuer och 4 personer avböjde att medverka. Eftersom flera vårdtagare fortfarande medverkar i hemrehabilitering eller inte kunnat följas upp 6 månader efter avslutad hemrehabilitering kom den sammanlagda summan att bli 72 vårdtagare. Hemtjänsttimmarna, mätt vid 5 olika tillfällen, för dessa 72 vårdtagare kommer att redovisas i denna utvärdering.

**Tabell 3. Antal veckor som vårdtagaren medverkat i hemrehabiliteringen.**

Medelvärde är ett värde som inte alltid är rättvisande. Till exempel en vårdtagare inom hjärtkärlgruppen, har varit med 30 veckor vilket höjer medelvärdet. Medianvärdet ger en mer rättvis bild när enstaka värden sticker ut. I ovanstående tabell redovisas båda värdena för antal veckor man medverkat i hemrehabilitering. Medelvärde för antal veckor man medverkat varierar mellan 5 och 9,8 veckor och medianvärdet mellan 3,5 och 7,5 veckor.

**Tabell 4. Visar mättillfällena och de olika bedömningarna som gjordes**

<i>Mättillfällena</i>	<i>ADL-taxonomi</i>	<i>Enkät delaktighet</i>	<i>SF-12 hälsoenkät</i>	<i>Rehab/Hemtjänst-timmar</i>
Vid rehab start	X			X
2 veckor efter start				X
Vid rehab avslut	X	X	X	X
2 mån efter avslut	X		X	X
6 mån efter avslut				X

- **Adl-förmågan** har bedömts vid tre tillfällen. Vid första tillfället ingick 86 vårdtagare, vid andra ingick 81 vårdtagare och vid det tredje bedömningstillfället 70 vårdtagare.
- Sjuttio två vårdtagare deltog i intervjun gällande **delaktighet**.
- **Hälsoenkäten** vid rehabiliteringens avslut samt 2 månader efter besvarades av 74 respektive 66 vårdtagare.
- **Mätning av hemtjänsttimmar** har gjorts vid 5 tillfällen.

### **Förmågan att klara sin personliga vård**

Vårdtagarna aktivitetsförmåga bedömdes med ADL-taxonomi vid tre tillfällen för att se förändringar över tid. Dessa tillfällen är vid rehabiliteringsstart, vid avslut samt 2 månader efter avslut.

I denna rapport kommer en sammanfattning att göras av de olika bedömningstillfällena. För utförligare redovisning finns tabellerna i sin helhet i Bilagor till slutrapport. Endast de delmoment tillhörande personlig vård så kallat P-ADL redovisas. Att klara sin personliga vård kan ses som avgörande för hur man klarar sig i vardagen. De aktiviteter som kommer att redovisas i denna rapport är därför förmågan att äta och dricka, att klara förflyttningar såväl inne- som utomhus, att klara att utföra toalettbesök, att klara på- och avklädning, att klara sin personliga hygien samt övrig kroppsvård.

#### **Äta och dricka**

Av 86 vårdtagare klarade 76 (88 %) sig självständigt vid första bedömningen.

Vid andra bedömning ingick 81 vårdtagare och 77 (95 %) av dessa klarade aktiviteten självständigt.

Vid tredje bedömningen 2 månader efter avslut ingick 70 vårdtagare varav 67 (96 %) vårdtagare var självständiga

### **Förflyttning**

Att vara självständig i olika förflyttningar innebär att man klarar såväl förflyttningar i säng samt olika förflyttningar från sittande till stående. I aktiviteten ingår även att klara förflyttningar såväl inne som utomhus.

Vid den första bedömningen var 6 vårdtagare av 86 (7 %) självständiga i förflyttningar. Vid andra bedömningen är det 41 vårdtagare av 81 (51 %) som klarar aktiviteten självständigt.

Vid tredje bedömningen 2 månader efter avslutad rehabilitering är 36 vårdtagare av 70 (52 %) självständiga.

Fjorton vårdtagare behövde då minimal hjälp.

### **Toalettbesök**

Att klara toalettbesök är för många viktigt. Det är en aktivitet som många uttrycker att de vill klara själv. Att klara toalettbesök innebär både att man skall ta sig till och från toaletten samt klara övriga moment som krävs för att vara självständig. Detta innebär att om man inte klarar förflyttningar så är man inte heller självständig i toalettbesök.

Vid den första bedömningen var 50 av 86 vårdtagare (59 %) självständiga och 13 personer behövde hjälp med hela aktiviteten.

Vid avslut i hemrehabilitering klarar 69 av 81 vårdtagare (85 %) av att gå på toaletten själv.

Två månader efter klarar 59 av 70 vårdtagare (84 %) av sina toalettbesök.

### **På- och avklädning**

Att klara att klä på- och av sig kan vara svårt när man drabbats av olika sjukdomar och skador. Det kan vara många funktioner som behöver tränas för att man skall klara hela aktiviteten. Att klara av att klä på- och av sig uppges ofta som ett viktigt mål när vi planerar träningen och formulerar mål tillsammans. För att vara helt självständig i denna aktivitet behöver man klara av 5 skalsteg.

Vid första bedömningen deltog 86 vårdtagare varav endast 19 (22 %) klarade hela aktiviteten. 22 vårdtagare behövde total hjälp.

Vid avslut i hemrehabilitering är 54 vårdtagare av 81 (67 %) självständiga och endast 3 behöver total hjälp. Att behöva hjälp med strumpor exempelvis innebär att man inte är självständig detta betyder då att man behöver någon person som kommer och hjälper till med detta. Att klara av- och påklädning är moment som många vårdtagare anser som viktiga och uppger som mål de vill klara av.

När bedömningstillfälle 3 görs 2 månader efter avslut är inte någon i behov av total hjälp medan 6 vårdtagare behöver hjälp med 4 skalsteg och 46 vårdtagare av 80 (66 %) är självständiga.

### **Personlig hygien**

Aktiviteten personlig hygien innebär att vårdtagaren skall kunna tvätta ansikte/händer tvätta håret och bada/duscha.

Vid första bedömningen är 7 vårdtagare av 86 (8 %) självständiga. Vid bedömningstillfälle 2 är 44 vårdtagare av 81 (54 %) självständiga. Vid sista bedömningen, 2 mån efter hemrehabilitering avslut är 36 vårdtagare av 70 (51 %) självständiga..

Vid bedömningstillfälle 2 och 3 är det inga vårdtagare som behöver hjälp med hela aktiviteten.

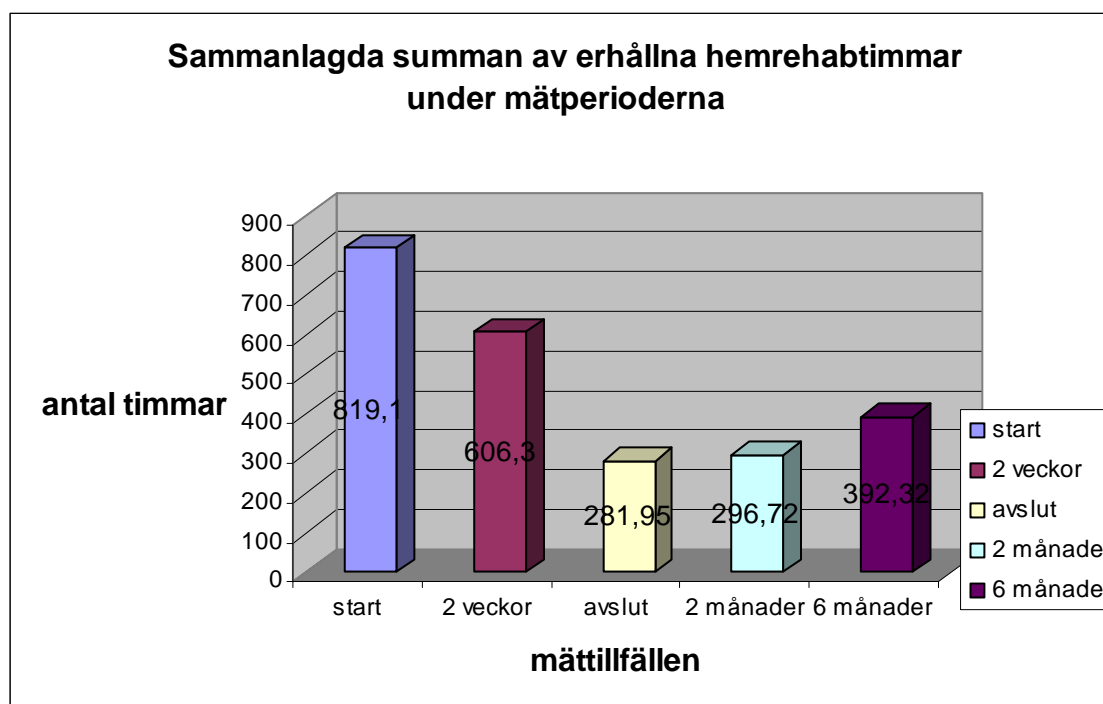
### Övrig kroppsvård

Aktiviteten övrig kroppsvård innebär; manikyr, pedikyr, rakning, make-up, tandborstning samt kamma håret. och innehåller 5 skalsteg.

Vid första bedömningen är det 7 vårdtagare av 86 (8 %) som är självständiga. Fem vårdtagare behöver hjälp med hela aktiviteten. Vid bedömningstillfälle 2 är det 13 vårdtagare av 81 (16 %) som är självständiga. Vid bedömningstillfälle 3 är det 21 vårdtagare av 70 (30 %) som är självständiga. En vårdtagare behöver hjälp med hela aktiviteten. Att behöva hjälp med 3 skalsteg har förändrats från 43 vårdtagare till 22 vårdtagare från bedömningstillfälle 1 till 3.

### Redovisning av antal hemtjänsttimmar

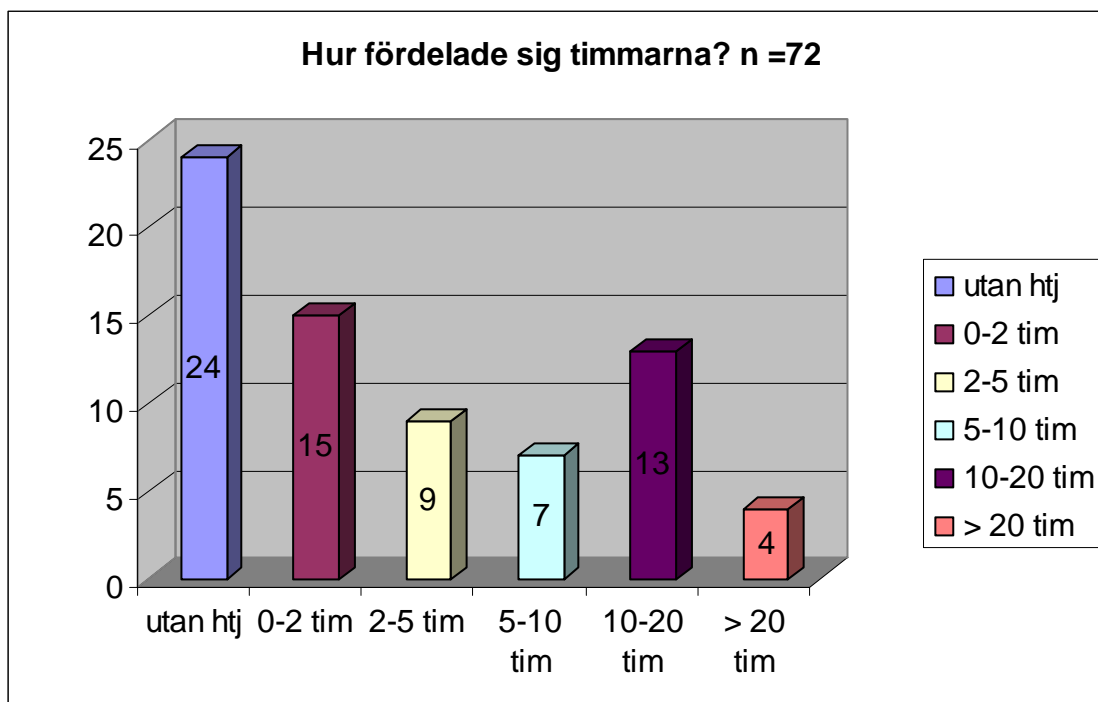
Redovisningen av hemtjänsttimmar i denna rapport kom att omfatta 72 vårdtagare. I ett stapeldiagram redovisas antal rehabiliteringstimmar per vecka vid rehabiliteringens start, 2 veckor efter, vid avslut samt 2 och 6 månader efter rehabiliteringens avslut.



Vid rehabiliteringens start får vårdtagarna mycket tid, oftast för att skapa trygghet men även för att man inte riktigt vet hur mycket vårdtagaren klarar själv. Redan efter 2 veckor har vi på grund av täta uppföljningar kunnat dra ner en fjärdedel på rehabiliteringstimmar.

Under hela rehabiliteringsperioden strävar hemrehabiliteringsteamet efter att göra vårdtagarna så självständiga som möjligt och vid avslut visar det sig att samma antal vårdtagare endast har 281 timmars behov av hemtjänst.

Detta resultat står sig även 2 månader efter avslutad hemrehabilitering för att sedan gå upp något 6 månader efter rehabiliteringens avslut. Tilläggas skall att de vårdtagare som rehabiliterats i hemmet har en hög ålder och att den stora gruppen vårdtagare ligger mellan 75 och 90 år. På grund av hög ålder är det inte ovanligt att någon ny sjukdom eller skada inträffar vilket kan vara en förklaring till att tiden ökar. En annan kan vara att ordinarie hemtjänst inte arbetar utifrån ett rehabiliterande arbetssätt och inte får den handledning och stöd som undersköterskorna i hemrehabilitering fått dagligen.

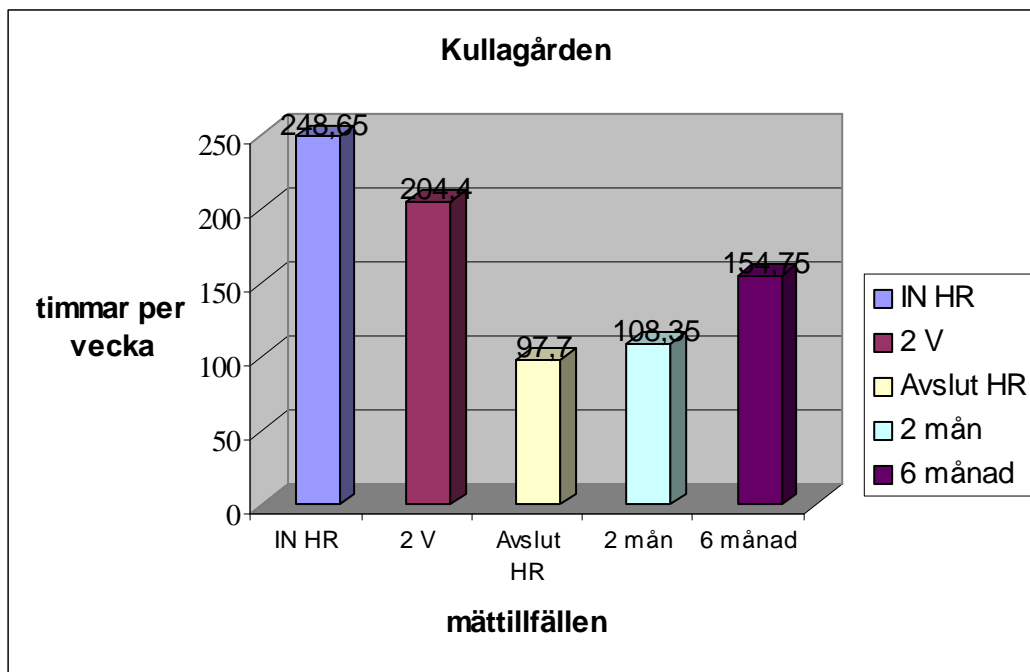


Diagrammet ovan visar att 24 av de personer som deltagit i hemrehabiliteringen inte har någon hemtjänst 6 månader efter avslutad hemrehabilitering. Dessa personer var inte kända av hemtjänsten sedan tidigare men fick vid rehabiliteringens start mellan 2-14 timmars träning i veckan. 15 personer har endast mellan 0-2 timmar per vecka 6 månader efter avslutad hemrehabilitering. Flera av dessa hade hemtjänst sedan tidigare och vid rehabiliteringens start kunde insatta hemrehabilitering timmar variera mellan 1,5 timme upp till 17 timmar. Detsamma gäller gruppen som 6 månader efter avslutad hemrehabilitering har mellan 2-5 timmars hemrehabilitering per vecka.

Av de vårdtagare som har ett hemtjänstbehov på upp till 20 timmar per vecka eller över 20 timmar per vecka så hade 13 personer hemtjänst före start i hemrehabilitering. Ett flertal hade mellan 20 och 30 timmar per vecka och var i behov av hjälp av två personers insatser.

Trettiofem vårdtagare hade hemtjänst sedan tidigare varav 5 har minskat timmarna efter hemrehabiliteringens avslut. Sammanlagt minskade 36 timmar per vecka för dessa personer.

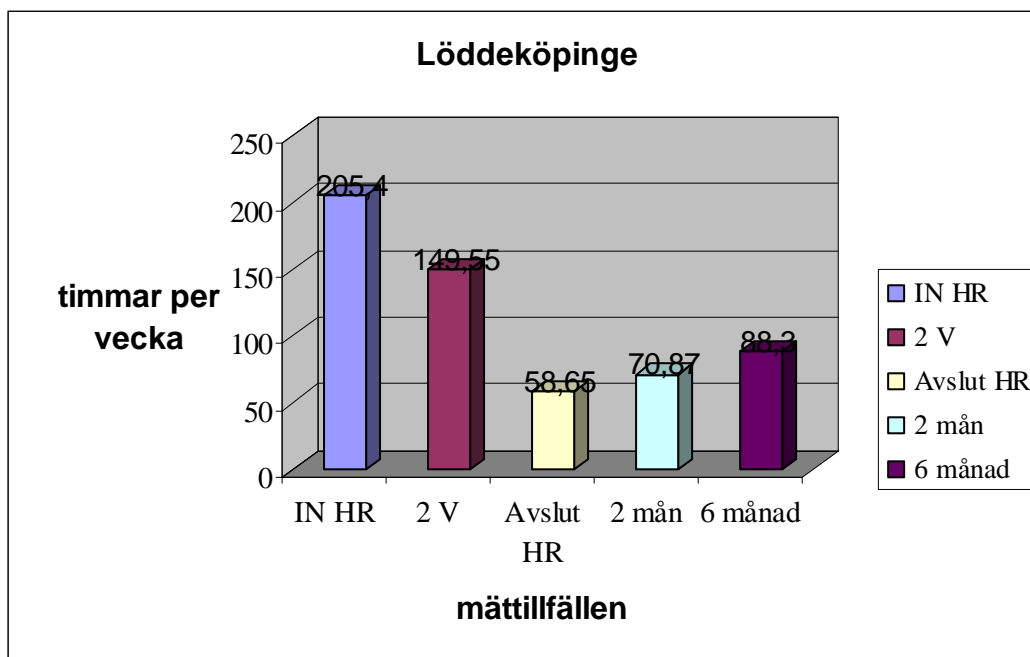
## Resultatet från de olika områdena.



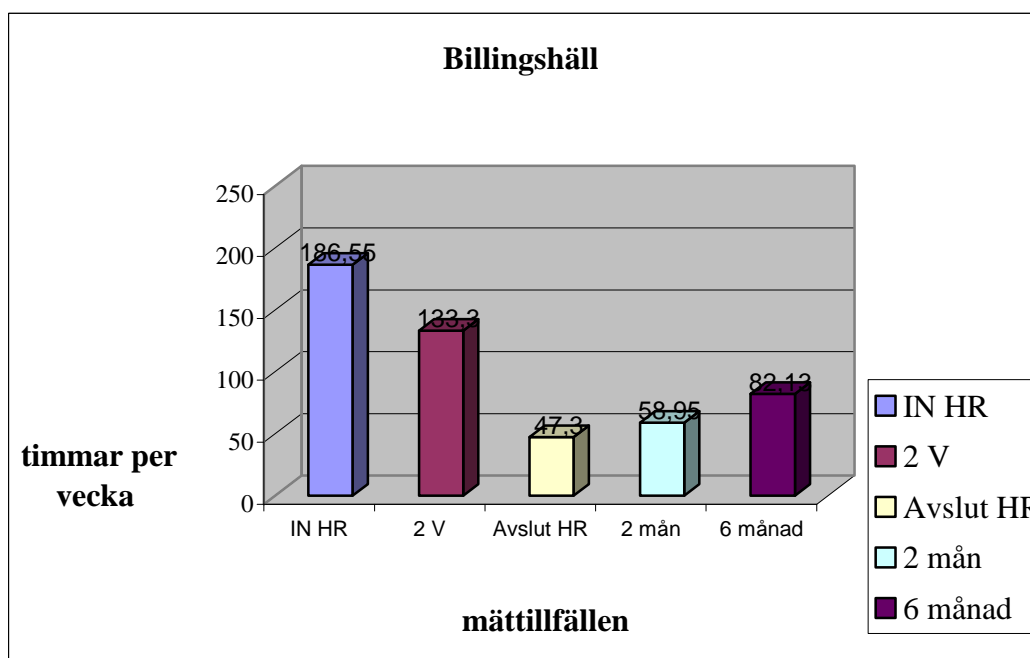
Kullagården var det distrikt som bidrog med flest vårdtagare vid starten. En anledning var att en av arbetsterapeuterna i hemrehabilitering kom från detta distrikt och hade ett nära samarbete med teamet där. En annan anledning var att det till en början var trögt att komma igång eftersom hemrehabilitering var nytt och okänt.

Antalet vårdtagare som deltog var 20 stycken och 11 av de vårdtagare som erbjöds hemrehabilitering var kända i distriktet och hade hemtjänst sedan tidigare. Sex hade enbart trygghetstelefon. Av de som hade hemtjänst sedan tidigare hade en person 29 timmar per vecka, en hade 30 timmar per vecka och en 10,25 timmar per vecka.

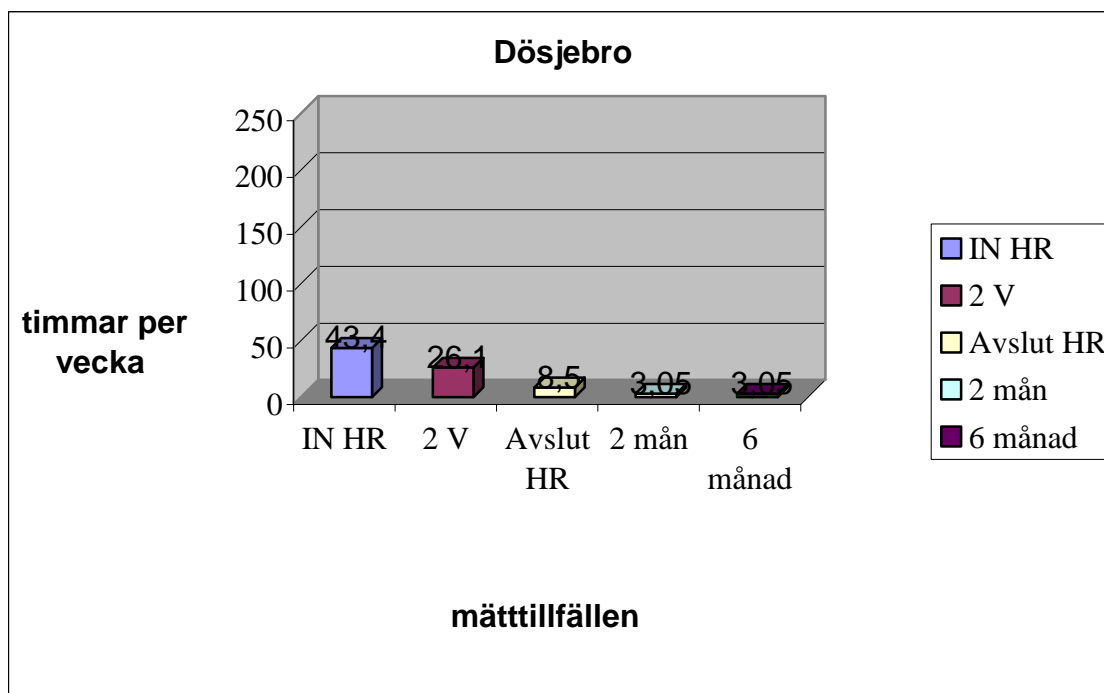
En vårdtagare insjuknade i stroke och var vid hemkomsten i behov av 35 timmar per vecka och behövde hjälp av två personer vid samtliga moment tillhörande vardagen. Idag har denna vårdtagare ca 20 timmar per vecka men endast behov av stöd och hjälp av en person. Ifall denna vårdtagare inte fått hemrehabilitering hade hon med stor sannolikhet inte uppnått den aktivitetsnivå hon har idag och troligtvis behövt hjälp och stöd av 1-2 personer.



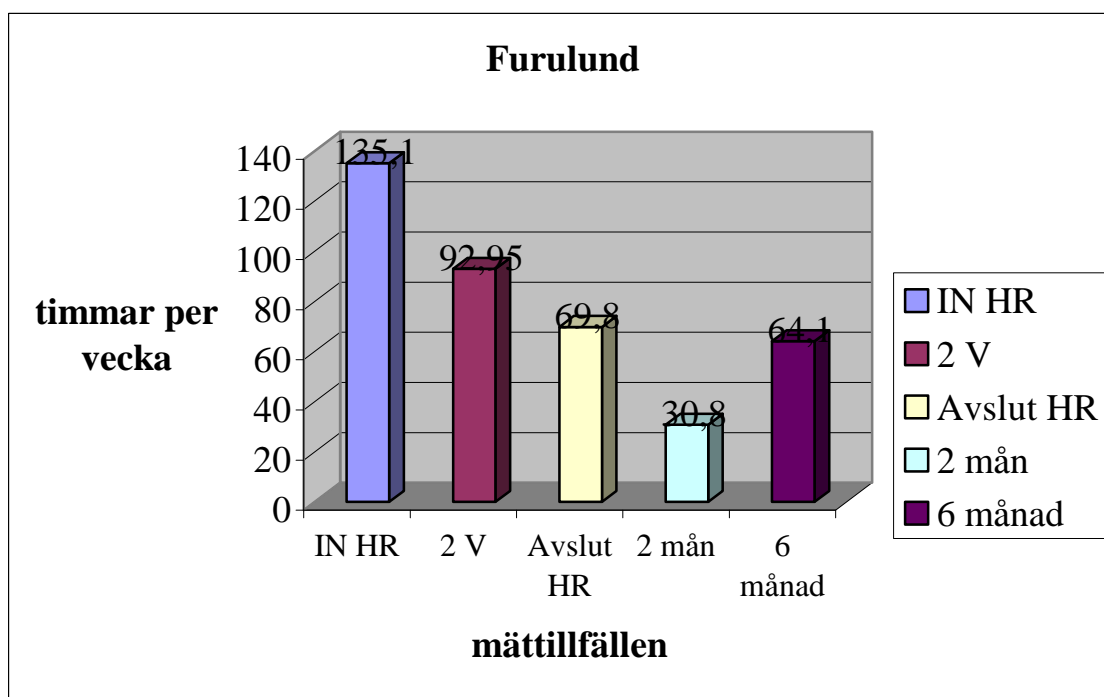
Tjugotvå vårdtagare, 11 hade hemtjänst sedan tidigare, 7 hade trygghetstelefon och 4 ingen hemtjänst före hemrehabilitering.



Sammanlagt 15 vårdtagare har varit aktuella från Billingshällsdistriktet. Sex hade hemtjänst sedan tidigare, 4 hade trygghetstelefon och 5 hade ingen hemtjänst. En av dessa hade 10 timmar vid start och 0,3 tim 6 månader efter avslut i hemrehabilitering.



Fyra vårdtagare ingick i hemrehabilitering under projektperioden. En vårdtagare hade trygghetstelefon sedan tidigare. Ingen hade hemtjänst sedan tidigare.



Elva vårdtagare varav 9 hade hemtjänst sedan tidigare, en hade trygghetstelefon.

### **Utförda bostadsanpassningar under projekttiden**

Arbetsättet med att träna först och kompensera därefter visar sig i antal bostadsanpassningar utförda i hemrehabilitering under projekttiden.

Mellan november 2004 och september 2006 utfördes det i Kävlinge kommun 545 bostadsanpassningar i ordinärt boende. Under samma period stod hemrehabilitering för 13 av dessa, detta utgör ca 3% av den totala summan anpassningar.

Den totala kostnaden för bostadsanpassningarna under perioden 041101-060930 uppgick till 3.202.782 kronor hemrehabilitering stod för 171.215 kronor av dessa.

### **Ordinerade hjälpmedel under projekttiden**

Det finns olika fysiska tillstånd där hjälpmedel är ett led i rehabiliteringen och ett måste på grund av olika restriktioner kopplat till den diagnos man har. De som opererats och fått en höftplastik eller blivit ryggopererade måste ha hjälpmedel för att läkning skall ske på ett bra sätt. När man är äldre och drabbats av en höftfraktur så innebär detta i de flesta fall att man är i behov av enklare hjälpmedel för att olika moment tillhörande vardagen skall underlättas. Till exempel är toalettstolsförhöjningar ett hjälpmedel som underlättar och möjliggör att kunna klara toalettbesök.

Även förhöjningsdynor och hjälpmedel till säng är ett hjälpmedel som krävs vid dessa tillstånd. När man drabbats av stroke krävs det i de flesta fall många olika hjälpmedel för att man överhuvudtaget skall kunna komma hem och träna i sin hemmiljö. Vid övriga tillstånd, dvs där det inte direkt krävs ett hjälpmedel för att det skall fungera, sätts dessa in i ett skede där vårdtagarna nått så långt de kan i sin rehabilitering. Orsaken till detta är att vi i hemrehabilitering inte har arbetat kompensatoriskt med hjälpmedel innan vårdtagaren fått möjlighet att träna upp sig så långt det är möjligt.

Under projektperioden rehabiliterades 20 personer med höftfrakturer, 17 personer med höftplastik och 16 personer med andra ortopediska tillstånd. Således utgör denna grupp 53 personer tillsammans och ur tabellen kan man dra slutsatsen att ett stort antal hjälpmedel återlämnas under eller vid projekttidens slut. 28 personer hade diagnosen stroke vilket också är ett tillstånd som oftast kräver mycket hjälpmedel i början av rehabiliteringen. De flesta måste ha en rullstol vid hemgång. Med träning går det ofta att byta ut olika hjälpmedel och då kanske övergå till ett annat som passar den uppnådda funktionen bättre. Rullstol byts ut mot rollator och rollator kan bytas ut mot käpp.

Den totala kostnaden för de hjälpmedel som ordinerats och även behövts efter hemrehabiliteringsperioden uppgår till ca 84.175 kronor. Detta är beräknat på nya hjälpmedel. De flesta rullstolar och rollatorer som ordinerats har varit begagnade.

Redovisning av vilka hjälpmedel som ordinerades finns i sin helhet i Bilagor 7 i "bilagor till slutrapporten".

## Ekonomisk analys

### **Syfte och frågeställning**

Syftet med denna ekonomiska utvärdering är att utföra en analys av hemrehabiliteringsprojektet i Kävlinge kommun. Frågeställningarna lyder:

Är kostnaden under en 6 månadersperiod av kommunala insatser för vårdtagare som genomgått hemrehabilitering, lägre än för en jämförbar grupp vårdtagare som inte genomgått hemrehabilitering?

Vad blir den beräknade ekonomiska effekten av hemrehabilitering?

### **Sammanfattning av resultatet**

I denna studie jämfördes två grupper, (1) Hemrehabilitering-gruppen som genomgått hemrehabilitering och (2) Hemtjänst-gruppen, som är jämförelsegruppen, med skillnaden att de inte medverkat i hemrehabilitering.

Resultatet av denna utvärdering pekar på att vårdtagare som medverkat i hemrehabilitering konsumerar i genomsnitt mindre kommunala resurser, än gruppen som inte genomgått hemrehabilitering.<sup>1</sup>

Även efter en genomförd känslighetsanalys, där kostnaderna för hemrehabiliteringsinsatserna blåstes upp med 100 %, kvarstod en skillnad i kostnader till förmån för Hemrehabilitering-gruppen.

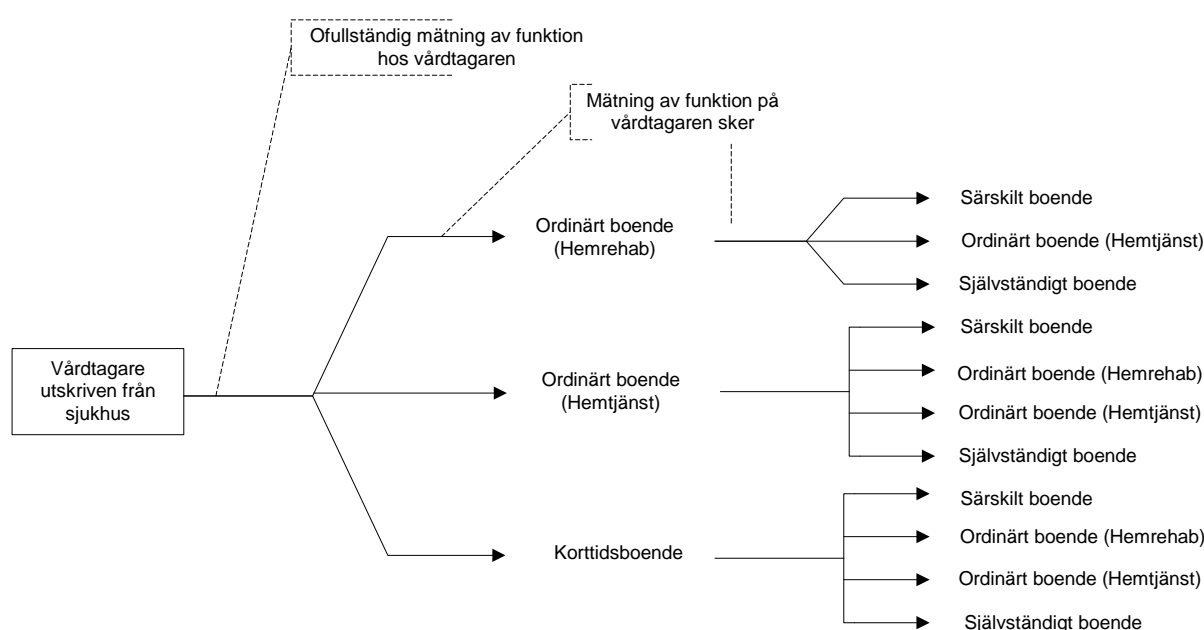
Baserat på de gjorda analyserna och på de två grupper som jämfördes, så uppskattas besparingen i genomsnitt till 49 000 kronor per vårdtagare till förmån för Hemrehabilitering-gruppen, under en 6 månadersperiod. Om man antog dubblade kostnader till nackdel för hemrehabilitering så uppskattas den besparande effekten av hemrehabilitering till ca 33 000 kronor per vårdtagare och 6 månadersperiod.

---

<sup>1</sup> Att konsumtionen är mindre innebär här att skillnaden mellan de två grupperna är statistiskt signifikant.

## Bakgrund

Målgruppen för hemrehabiliteringsinsatser i Kävlinge kommun är vårdtagare som bedömts ha ett behov av rehabilitering och som har förmågan att tillgodogöra sig rehabiliteringen i syfte att förbättra sin funktionsförmåga. Ofta har patienterna dessförinnan vistats på sjukhus och/eller på korttidsboende. Vårdtagare som bor hemma och som fått en försämring i sin funktionsförmåga kan också vara en målgrupp för hemrehabiliteringsinsatser. I figur 1 visas olika möjliga alternativ som en vårdtagare kan möta. Under hemrehabiliteringsprojektet genomfördes mätningen av ADL-funktionen (Aktiviteter i Dagligt Liv) hos vårdtagaren före och efter hemrehabiliteringsinsatsen. ADL-funktionen är ett mått av vårdtagarens möjlighet att klara sig själv, dvs. ett mått på behovet av vårdinsatser. Systematiska ADL-mätningar görs dock inte på alla vårdtagare i kommunal vård och omsorg.



Figur 1. Vårdtagarens möjliga vägar i processen.

Fyra kriterier skall vara uppfyllda för att en vårdtagare skall erhålla hemrehabilitering: (1) vårdtagaren skall vara villig att genomgå hemrehabiliteringsprogrammet, (2) vårdtagaren skall ha ett behov av en funktionshöjning, (3) vårdtagaren skall kunna tillgodogöra sig instruktionerna samt (4) vårdtagaren skall kunna larma. Innan Kävlinge kommun erbjöd sina vårdtagare hemrehabilitering så var ett vanligt alternativ en vistelse på korttidsboende följt av hemtjänst i ett ordinärt boende, eller en plats på ett särskilt boende.

För att genomföra en ekonomisk utvärdering av en insats, behöver man veta kostnaden och effekten av insatsen. Ofta görs en utvärdering i syfte att jämföra kostnader och effekt med en alternativ insats. Till denna utvärdering görs en jämförelse mellan två grupper, Hemrehabilitering-gruppen och Hemtjänst-gruppen. Bägge grupperna antas vara jämförbara, dvs. att vårdtagarna i bägge grupperna skulle lika gärna kunna ha ingått i den andra gruppen.

I jämförelsegruppen Hemtjänst återfinns ofta vårdtagare i korttidsboende, följt av hemtjänst och eventuell traditionell rehabilitering i ett ordinärt boende. Detta alternativ var det vanligaste innan hemrehabiliteringen startade i november 2004.

## Data och metod

Allt underlag till denna utvärdering baserar sig på uppgifter som erhållits från Kävlinge kommun. Dataunderlaget består av insamlade data över konsumtionen av hemtjänst, hemrehabilitering och särskilt boende. Konsumtionen av hemtjänst och hemrehabilitering mättes i timmar per vecka och konsumtionen av korttidsboende mättes i dagar. I bilaga (1) finns ett kort utdrag ur databasen över hemrehabiliteringsinsatser samt för jämförelsegruppen. Konsumtionssiffrorna omvandlades till kronor med hjälp av löne-kostnader samt andra redovisade kostnader för de kommunala tjänster som de olika insatserna kräver.

Kostnaderna för hemtjänst, hemrehabilitering och korttidsboende beräknades för de bägge grupperna under en 6 månadersperiod.

Metoden som användes anpassades efter tillgänglig data: kostnad för hemtjänsttimme, kostnad för korttidsboende, kostnad för hemrehabiliteringstimme samt den redovisade tidsåtgången för varje individuell vårdtagare.

Kostnaderna kommer från Kävlinge kommuns ekonomiska system. För Hemrehabilitering-timme har kostnaderna skattats utifrån lönekostnaderna för de olika involverade yrkesgrupperna. Omvandlat till kostnad per timme ger detta en kostnad för en hemrehabiliteringstimme på ca 250 kronor, en hemtjänsttimme ca 230 kronor och en dag på ett korttidsboende 1338 kronor (Källa: Kävlinge kommun). Precisionen i dessa skattningar skulle kunna ökas, men eftersom syftet med utvärderingen är att jämföra två alternativ, och inget av alternativen gynnas eller missgynnas av de gjorda skattningarna, så är inte detta av sådan stor betydelse. En känslighetsanalys gjordes dessutom genom att missgynna Hemrehabilitering-gruppen och undersöka vilket utfall på resultatet detta fick.

Tabell 1. Underlag för beräkning av kostnader

Tjänst	Hemrehabiliteringstimme	Hemtjänsttimme	Korttidsboende
<b>Kostnad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 heltid arbetsterapeut 23 000 kr</li> <li>- 1 heltid sjukgymnast 23 000 kr</li> <li>- 4 heltid undersköterskor 4*17 000 kr</li> <li>- 4 undersköterskor på 75%, 4*0,75*17 000 (2006)</li> </ul> Detta ger ca 250 kr/timme	25 738 kr/månad inkl PO ger 228,90 kr/timme (2006)	1338 kronor per dag (2004)

Underlaget för utvärderingen visas i tabell (2). Antalet observationer i Hemrehabilitering-gruppen var 72 individer och medelkostnaden för de gjorda insatserna är cirka 32 000 kr. Hemtjänst-gruppen bestod av 34 individer med en medelkostnad på nästan 83 000. Det är större skillnader i kostnader mellan individerna i Hemrehabilitering-gruppen, vilket avspeglar sig i att medelkostnaden skiljer sig mest från mediankostnaden.

Tabell 2. Totala kostnader för Hemrehabilitering-gruppen och för Hemtjänst-gruppen. N=antal individer.

<b>Total kostnad</b>	<b>N (vårdtagare)</b>	<b>genomsnittlig kostnad</b>	<b>median</b>	<b>standardavvikelse</b>
Hemtjänstgrupp	34	83 954	92 225	32 622
Hemrehabgrupp	72	32 303	16 321	35 919
<i>Total</i>	<i>106</i>	<i>48 870</i>	<i>36 217</i>	<i>42 352</i>

I tabell (3) syns skillnader i kostnader för hemtjänst mellan Hemrehabilitering-gruppen och Hemtjänst-gruppen. Medelkostnaden för Hemtjänst-gruppen är på ca 42 000 kronor medan för Hemrehabiliteringgruppen ligger den på 17 000 kronor.

Tabell 3. Kostnader för hemtjänst fördelat på Hemrehabiliteringgruppen och Hemtjänstgruppen.

<b>Hemtjänst</b>	<b>N (vårdtagare)</b>	<b>genomsnittlig kostnad</b>	<b>median</b>	<b>standardavvikelse</b>
Hemtjänstgrupp	34	42 045	42 417	27 728
Hemrehabgrupp	72	17 306	4 683	24 724
<i>Total</i>	<i>106</i>	<i>25 241</i>	<i>14 281</i>	<i>28 099</i>

I tabell (4) visas på skillnader i kostnader för korttidsboende beroende på om man är man eller kvinna. Männen har ca 11 000 kronor högre genomsnittlig kostnad under en 6 månaders period jämfört med kvinnorna.

Tabell 4. Kostnader för korttidsboendet för Hemtjänst-gruppen fördelat på män och kvinnor

<b>Korttid</b>	<b>N (vårdtagare)</b>	<b>genomsnittlig kostnad</b>	<b>median</b>	<b>standardavvikelse</b>
kvinna	18	36 643	29 222	23 236
man	16	47 834	45 920	22 909
<i>Total</i>	<i>34</i>	<i>41 909</i>	<i>41 050</i>	<i>23 427</i>

Metoden i denna studie gick ut på att beräkna de kostnaderna av korttidsboende, hemrehabilitering och hemtjänst. Den metod som här används är en variant av kostnadsminimeringsanalys. Med denna analys menas att man sätter kostnaden i relation till att effekten är densamma för bägge alternativen. En behandling eller insats sägs vara mer kostnadseffektiv än ett alternativ om man med åstadkommer samma effekt som jämförelsealternativet till en lägre kostnad. Den effekt som eftersöks i hemrehabiliteringsprojektet är ju hälsa för vårdtagaren. Hälsa är en egenskap och kvalitet som ofta är svårgripbar. I detta projekt mättes hälsoeffekten med livskvalitetsinstrumentet SF-12. Det gjordes även flera ADL-bedömningar på vårdtagarna i hemrehabilitering. Avsaknaden av sådant mått hos jämförelsegruppen innebär dock att detta inte kunde nyttjas som ett effektmått i denna utvärdering. I utvärdering antas istället att hemrehabilitering ger

minst lika stor effekt som alternativet, dvs hemrehabilitering inte är sämre. Utifrån detta antagande görs en statistisk analys för att undersöka om hemrehabilitering är billigare än korttidsboende-alternativet.

Efter att de tillgängliga kostnaderna för de två grupperna summerades och en s.k. linjär regression gjordes för att undersöka (1) om Hemrehabilitering-gruppen uppvisar en negativ effekt på kostnaden och (2) Storleken i kronor på den eventuella effekten.

En regression gjordes också efter att kostnaderna på hemrehabiliteringen hade fördubblats. Detta i syfte att undersöka känsligheten i analysen.

Regressionen justerar för skillnader i individkaraktistiska, såsom ålder och kön, som annars skulle kunna påverka resultatet.

## ***Variabler***

Variablerna som användes och som fanns att tillgå för denna utvärdering var följande

**Kostnader:** Denna variabel är den effekt som skall studeras. Kostnaderna för hemtjänst, hemrehabilitering och för korttidsboende användes.

**Hemrehabilitering:** Det är denna variabel som är föremål för denna utvärdering. Har den någon effekt på konsumtionen av hemtjänst eller på kostnaderna.

**Ålder:** Tas med som variabel för att kompensera för eventuella skillnader i individkaraktistisk mellan de två grupperna. Ger även information om åldern är en viktig faktor vad gäller konsumtionen av hemtjänst eller på kostnaderna.

**Ålder i kvadrat:** För att fånga upp påverkan som inte är linjär, dvs det är inte säkert att det finns ett linjärt samband mellan ålder och kostnader eller konsumtion av hemtjänst-timmar.

**Kön:** Fångar upp eventuella skillnader som kan bero på skillnader i kön.

## ***Resultatet av regressionen presenteras nedan.***

(1) Resultatet av regressionen med avseende på totalkostnad pekar på (se tabell 7, Bilaga 2):

att hemrehabilitering-variabeln är starkt statistiskt signifikant negativt  
att hemrehabilitering-variabeln är starkt statistiskt signifikant negativt även efter att kostnaderna för hemrehabilitering dubblerades

**Kommentar**Resultatet pekar att det finns ett starkt statistiskt samband mellan hemrehabilitering och ”låga totala kostnader” i förhållande till jämförelsegruppen under en 6 månadersperiod.

## ***Ekonomisk diskussion***

Resultatet pekar på att Hemrehabilitering-gruppen har lägre konsumtion av kommunala insatser i kronor räknat under en sex månadersperiod. Effekten av hemrehabilitering beräknas till ca 49 000 kr mindre i genomsnitt per vårdtagare. Viktigt att notera är att en försiktighet i generaliseringar bör iakttas. Storleken av den besparande effekten under en 6 månadersperiod är betingad av att Hemrehabilitering-gruppen och Hemtjänst-gruppen är representativa och jämförbara med varandra. Storleken av besparingen är på en gruppnivå och inte på en individnivå, dvs man kan inte uttala sig om hur mycket man sparar på en enskild vårdtagare. Därtill varierar kostnaderna för mycket med avseende på vårdtagarna.

Om kostnaderna för hemrehabilitering avsiktligt dubblerades så kvarstod det gynnsamma utfallet till förmån för hemrehabilitering, även om den beräknade besparingen minskade till 33 000 kronor i genomsnitt.

Begränsningar i resultaten är att de i sig inte säger något om orsak. Man får reda på att här finnas skillnader som troligtvis inte är slumpmässiga, men inte varför det skiljer sig åt. För att göra detta krävs efteranalysen med yrkesgrupper med kompetens inom dessa områden. Dock pekar resultaten på att vårdtagare som genomgått hemrehabilitering kostar mindre är jämförelsegruppen under en sexmånadersperiod.

## **Redovisning av :**

### ***Enkät angående upplevelse av delaktighet och måluppfyllelse***

Efter avslutad rehabilitering fick de vårdtagare som tackat ja till att delta i uppföljningen av hemrehabilitering svara på ett antal frågor i en enkät. Fram till september – 06 har 72 vårdtagare medverkat i uppföljningen. Intervjufrågorna är skattad upplevelse och frågorna är graderad 1-5 där ett är lägsta värde och 5 högsta. Enkäten finns i sin helhet i Bilaga 3 i ”bilagor till slutrapport”. Där redovisas även vårdtagarens svar i diagramform.

Nedan följer en sammanfattning av svaren.

#### **1. Upplever du att du varit delaktig i rehabiliteringen och de mål du satte upp för hemrehabiliteringsperioden?**

86% har känt sig fullt delaktiga, delaktiga eller delvis delaktiga i sin rehabilitering och de mål man satt upp.

Att vara delaktig i sin rehabilitering innebär att man lättare når de mål man satt upp.

#### **2. Hur tycker du att dina mål har uppfyllts?**

På denna fråga svarade 75% att målen var fullt uppfyllda eller nästan uppfyllda.

#### **3. Hur nöjd är du med vad du uppnått nu (efter avslutad hemrehabilitering)?**

På denna fråga uppgav att 74% att de var mycket nöjda eller nästan nöjda med det man uppnått.

#### **4. Hur nöjd är du med den träning (tips, råd, stöd) du fått av hemrehabiliteringsteamet?**

83% av de tillfrågade svarade att de upplevde sig helt nöjda eller mycket nöjda med den träning man fått.

**5. Upplever du att du fått det stöd du behövt av hemrehabiliteringspersonalen under träningsperioden?**

88% upplevde att de fått det stöd som behövs under rehabiliteringsperioden.

**6. Hur har du känt dig trygg med att få din rehabilitering i hemmet?**

92% svarar att de känt sig mycket trygga eller ganska trygga med att få sin rehabilitering hemma

**7. Om du skulle behöva en ny rehabiliteringsperiod var skulle du i så fall vilja att den sker?**

(93 %) uppgav att de skulle vilja få sin rehabilitering i hemmet.

### **Hälsoenkät**

Vid avslut samt 2 månader efter avslut fick de vårdtagare som tackat ja till att delta i utvärderingen av hemrehabilitering svara på frågor i en hälsoenkät. Den hälsoenkät som valdes till detta projekt är Sf-12 som finns i sin helhet i Bilaga 4 i ”bilaga till slutrapport”. Sf-12 är en förkortad version av Sf-36 och som visat sig vara lämplig att använda vid olika utvärderingar. Sf-12 innehåller frågor om hur man upplever sin hälsa och hur man mår och fungerar i det dagliga livet. Vid första mättillfället deltog 74 personer 2 månader efter rehabiliteringsavslut var svarsfrekvensen 66.

I Bilagor till slutrapport redovisas svaren från de olika frågorna i stapeldiagram

I denna rapport redovisas svaren efter respektive fråga.

**Fråga 1. I allmänhet, skulle du vilja säga att din hälsa är:**

1= Utmärkt, 2 = Mycket god, 3 = God, 4 = Någorlunda, 5 = Dålig.

Vid rehabiliteringsavslut svarade (49 %) att deras hälsa var utmärkt eller mycket god. Efter 2 månader svarade 66% samma. Upplevelsen av att hälsan var dålig uppgavs vid rehabiliteringsavslut av (4 %) efter 2 månader uppgav ingen att hälsan var dålig.

Fråga 2 och 3 handlar om aktiviteter som man kan tänka sig utföra under en vanlig dag: Är du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i dessa aktiviteter nu? Om så är fallet hur mycket?

**Fråga 2. Måttligt ansträngande aktiviteter, som att flytta ett bord, dammsuga, skogs promenader eller trädgårdsarbete:**

1 = Ja, mycket begränsad, 2 = Ja, lite begränsad, 3 = Nej, inte alls begränsad.

Vid rehabiliteringsavslut uppgav 67% att de var mycket begränsade 59% uppgav samma efter 2 månader.

**Fråga 3. Gå upp för flera trappor**

1 = Ja, mycket begränsad, 2 = Ja, lite begränsad, 3 = Nej, inte alls begränsad.

Vid rehabiliteringens avslut uppgav 45% att de var mycket begränsade 2 månader efter svarade 51 % samma.

18% svarade inte alls begränsade vid rehabiliteringens avslut efter 2 månader svarade 10% samma.

Fråga 4 och 5. Under de senaste 4 veckorna, har du haft något av följande problem i ditt arbete eller andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av ditt kroppsliga hälsotillstånd?

**Fråga 4. Uträttat mindre än du skulle ha önskat**

1 = Ja, 2 = Nej

Vid rehabiliteringens avslut svarade 81% Ja efter 2 månader svarar 76 % Ja på samma fråga.

**Fråga 5. Varit förhindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter**

1 = Ja , 2 = Nej

Vid rehabiliteringens avslut svarade 75% Ja efter 2 månader svarade 77% Ja på samma fråga

Fråga 6 och 7. Under de senaste fyra veckorna, har du haft något av följande problem i Ditt arbete eller andra regelbundna aktiviteter som en följd av känslomässiga problem (som t ex nedstämdhet eller ängslan)?

**Fråga 6. Uträttat mindre än du skulle önskat**

1 = Ja, 2 = Nej

Vid rehabiliteringens avslut svarade 54 % Ja efter 2 månader svarar 56 % svarade Ja på samma fråga.

**Fråga 7. Inte utfört arbete eller aktiviteter så noggrant som vanligt**

1 = Ja, 2 = Nej

Vid rehabiliteringens avslut svarade 32% Ja och efter 2 månader svarade 58% Ja på samma fråga.

27% svarade Nej vid rehabiliteringens avslut och efter 2 månader svarade 73% samma.

**Fråga 8. Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har värken eller smärtan stört Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?**

1 = Inte alls, 2 = Lite, 3 = Måttligt, 4 = Mycket, 5 = Våldigt mycket

Vid rehabiliteringens avslut svarade 20% mycket och 28% väldigt mycket medan 13,6% svarade mycket och 22% svarade väldigt mycket efter 2 månader.

Frågorna (9, 10, 11) handlar om hur du känner Dig och hur Du har haft det under de senaste fyra veckorna. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur du känt dig. Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna...

**Fråga 9. Har Du känt Dig lugn och harmonisk?**

1 = Hela tiden, 2 = Största delen av tiden, 3 = En hel del av tiden, 4 = En del av tiden, 5 = Lite av tiden, 6 = Inget av tiden

På denna fråga var det stor spridning på svarsalternativen vid båda mättillfällena. Procentuellt räknat kunde det nog ses en viss ökning av hur man känner sig vid rehabiliteringens avslut och 2 månader efter.

**Fråga 10. Har Du varit full av energi?**

1 = Hela tiden, 2 = Största delen av tiden, 3 = En hel del av tiden, 4 = En del av tiden, 5 = Lite av tiden, 6 = Inget av tiden

Vid rehabiliteringens avslut svarade 21.5 % av vårddagarna hela tiden efter 2 månader svarade 12% samma.

Vid rehabiliteringens avslut uppgav 21% uppgav en hel del av tiden efter 2 månader 30% samma.

**Fråga 11. Har du känt Dig dyster och ledsen?**

1 = Hela tiden, 2 = Största delen av tiden, 3 = En hel del av tiden, 4 = En del av tiden, 5 = Lite av tiden, 6 = Inget av tiden

Vid rehabiliteringens avslut uppgav 35 % uppgav en 6:a på denna fråga efter 2 månader svarar 30% samma. Detta betyder att en tredjedel av de som medverkat känt sig väl till mods vid avslut i hemrehabilitering och även 2 månader efter avslut.

**Fråga 12. Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller dina känslomässiga problem stört Dina möjligheter att umgås**

**(t ex hälsa på släkt, vänner etc.)?**

1 = Hela tiden, 2 = största delen av tiden, 3 = En del av tiden, 4 = Lite av tiden, 5 = Inget av tiden

Vid rehabiliteringens avslut svarar 43 % en 5:a efter 2 månader svarar 29% samma

Vid rehabiliteringens avslut svarar 75 % en 3:a efter 2 månader svarar 77 % samma.

**Korttidsplatser**

I samband med att hemrehabilitering startade i nov 2004 minskade kommunen antalet korttidsplatser med 2 platser. Under tiden projektet har varit igång har kommunen i samband med ombyggnationen av Billingshäll förändrat antalet korttidsplatser och innehålllet i dessa.

	2003	2004	2005	2006
Antal personer som vistats på korttidsplats	–	105*	121	136

\* Avser endast korttidsenheten Pilen i Furulund

## **Analys av grupputvärdering från undersköterskor/vårdbiträden**

Denna grupputvärdering grundar sig på att samtliga 8 undersköterskor/vårdbiträden i hemrehabiliteringsprojektet satt tillsammans besvarade frågorna. Grupputvärderingen består av 8 frågor där det också fanns möjlighet att ringa in ett alternativ; Bra eller Mindre bra samt förslag till eventuella förbättringar. Under punkt 9 finns möjlighet att ange övriga förslag till förbättring.

### **Fråga: Hur har det fungerat när en ny vårdtagare kommit in i projektet?**

Ring runt; Mindre bra

Förslag till eventuella förbättringar; Bättre framförhållning av nya vårdtagare senast onsdag helst på förmiddagen, max 1 ny/dag, personalen vill vara med tidigare kanske redan på vårdplaneringen, svårt med ansvarig sjuksköterska om vårdtagaren inte har egenvård. Detta känns otryggt för personalen och vårdtagaren.

### **Fråga: Hur har uppföljningen kring vårdtagaren fungerat under hemrehabiliteringen?**

Ring runt; Bra och Mindre bra

Förslag till eventuella förbättringar; Bra; då vi har haft täta uppföljningar. Mindre bra; för lite handledning i hemmet och för långt mellan uppföljningarna. Delaktiga anhöriga viktigt. Svårt om vårdtagaren inte varit motiverad att ingå i hemrehabilitering.

### **Fråga: Hur har det fungerat när en vårdtagare avslutats i hemrehabiliteringen?**

Ring runt; Bra

Förslag till eventuella förbättringar; I en del fall skulle det vara snabbare handläggning av biståndshandläggaren om vårdtagaren ska ha kvar vissa insatser av hemtjänsten, lättare att avsluta vårdtagare som blir helt självständiga.

### **Fråga: Hur har er handledning hos vårdtagaren fungerat?**

Ring runt; Bra

Förslag till eventuella förbättringar; Vi vill ha mer handledning hos vårdtagaren i hemmet och där det har varit täta uppföljningar har det varit bra.

### **Fråga: Hur har er handledningen i grupp fungerat?**

Ring runt; Mindre bra

Förslag till eventuella förbättringar; Vi vill ha bättre struktur och ordning. Detta är riktat mot oss alla, detta behöver vi "jobba" med, behöver någon som tar tag i detta. Denna timme är enda gången vi träffas alla och då vill alla prata. Alla får inte säga sitt alltid.

### **Fråga: Hur har ert samarbete med hemvårdsdistrikten fungerat?**

Ring runt; Mindre bra

Förslag till eventuella förbättringar; Stor skillnad mellan distrikten, där vi delar på ansvaret hos vårdtagaren fungerar det bra. Information från hemrehabilitering till distriktet är viktigt, här behövs mer, bättre samarbete med grupperna ute.

### **Fråga: Hur har era arbetsplatsträffar fungerat?**

Ring runt; Bra

Förslag till eventuella förbättringar; Det blev bra sen vi fick Marie W.

### **Fråga: Hur har era raster fungerat?**

Ring runt; Mindre bra

Förslag till eventuella förbättringar: När vi har haft många vårdtagare inne i hemrehabilitering och många insatser vid lunchen + körtid så har det varit svårt att ta ut sin rast. Detta har varit ett stressmoment. Man vill ju ha sin lunchrast.

### **Övriga förslag till förbättringar:**

Mer handledning i hemmet, fler bilar eller kortare sträckor, mer utbildning både praktisk och teoretisk, studiebesök. Nu har vi mer frågor efter 2 års erfarenhet. Bra med lagtid? Samma vårdtagare, bättre kontinuitet, bra samarbete med distriktet, hemtjänsten blir delaktiga med en gång naturligt. För mycket körtid – man är mycket i bilen. Distrikten är för stort. Gruppen ska expanderas, inte så sårbart vid sjukdom, semestrar. Vikariefrågan är urusel!!! Svårt att ta semester. Storhelg ska vi ha stängt (vi ifråga sätter detta) behov???

Vi vill ha en sjuksköterska knuten till hemrehabilitering, en som kan föra våra frågor vidare ut till distriktet. Positivt att vi i teamet sitter på samma plats. Vi har ett stimulerande och spännande arbete. Viktigt med nära samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast. Vi vill gärna genom stötta samarbete föra ut tankar och arbetssätt i hemtjänsten, vi önskar att alla skulle få arbeta med detta arbetssätt och synsätt.

### ***Analys av enkät till teamen och enhetscheferna***

En enkät har skickats ut via e-post till enhetschefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Sammanlagt har 46 stycken enkäter skickats ut och vi har fått in 38 svar. De som inte svarat har varit sjuka, bytt tjänst eller på annat sätt inte varit tillgängliga.

#### **Fråga: Vad är ditt allmänna omdöme om hemrehabilitering?**

De allra flesta (34st) svarar att det allmänna omdömet om hemrehabilitering är mycket bra eller bra.

#### **Fråga: Tycker du att Hemrehabiliteringsprojektet har varit en kvalitetshöjning för vårdtagare med rehabiliteringsbehov?**

Samtliga (100%) har svarat att hemrehabiliteringsprojektet varit en kvalitetshöjning för vårdtagarna.

#### **Fråga: Hur tycker du att samarbetet mellan Hemrehabilitering och hemvården i ordinärt boende har fungerat?**

52,6 % av de svarande tycker att samarbetet fungerar bra eller mycket bra.

#### **Fråga: Beskriv kortfattat hur ditt arbetsinnehåll har påverkats sedan vi har infört hemrehabilitering**

Mitt arbetsinnehåll har påverkats mycket litet.

Att jag inte behövde fatta beslut på insatser för de som gick hem från sjukhuset till hemrehabilitering.

Mycket lättare att få fram information om rehabilitering. Alla vet vad som händer kring vårdtagaren, alla är medvetna vårdtagarens mål. Träning genomförs av vårdtagare med hjälp av hemrehabiliteringspersonal, vilket inte sker i ordinarie verksamhet. Jag som Sjukgymnast får en övergripande uppgift med handledningen samt kontakten med anhöriga.

Min arbetsinsats på distriktet har påverkats något, dock inte i nämnvärd utsträckning. Önskvärt vore med bättre återkoppling vid avslutad rehabiliteringsperiod.

På korttidsenheten påbörjar vi på B-hjäll rehabiliteringen (med undantag av ett fåtal vt.) vid hemgång övertar rehabiliteringsteamet dem som är aktuella för dem, ergo påverkas inte vår arb.börda/ -insats i någon nämnvärd utsträckning.

Tycker också att urvalet av personer varit märkligt. Har rehabiliterat en man med dementa (tom ev hjärntumör) symtom som jag anser hade fått en tryggare vård av den vanliga personalen.

Hade även en kvinna som i och för sig hade ett rehabiliteringsbehov men även hade en dement make. Denna make fick sin vård av den vanliga hemtjänsten. Det innebär extra mycket personal i hemmen för dem drabbade.

Båda dessa vårdtagare bor på särskilda boende idag.

Jag tycker också att överlämnandet till hemvården har varit dålig. Detta skall ju gå via biståndshandläggare, så har ej skett, utan personal har ringt till personal direkt.

Larmen har också ställt till problem då helt plötsligt "min" personal skall ta över då rehab har handledning. Detta försvårar den dagliga planeringen för mig.

Tidigare gick dessa vårdtagare till korttidsenheten. Idag tar hemrehabilitering vt. Jag ser inte att mitt arbetsinnehåll direkt har förändrats. Det viktigaste är att få tid till personalen och ett utsträckt rehab.tänk i deras dagliga arbete.

Jag har kommit in i ett senare skede i samband med avslut = överlämnande från hemrehabilitering till hemtjänsten. Vid beslut om hemtjänstinsatser så har jag haft dagsaktuell status ex vad vederbörande har svårigheter att klara av/kan utföra själv.

För första gången sedan jag började som AT tycker jag att jag som arbetsterapeut verkligen utnyttjar min kompetens på bästa sätt. Arbetar självständigt och gör bedömningar och intervention därefter. Utför inga konsultuppdrag, sysslar inte enbart med hjälpmedel utan att först ha gett vårdtagaren möjlighet att träna upp sin förmåga. Arbetsinnehållet är mer meningsfullt och det känns som de åtgärder, insatser, interventioner man gör hela tiden är rätt. Jag tycker det är svårt att utvärdera den verksamhet man själv har planerat för, men självklart känns det som det är det bästa sättet att jobba på och det ser man ju också på den förbättring som de flesta vårdtagare uppnår. Det finns mycket kvar när det gäller att sprida ett rehabiliterande arbetssätt. Ett första steg är att vårdpersonalen på de olika distrikten får mer tid för att kunna att ta vid när vi slutar. Idag känns det som vi inte riktigt pratar samma språk när det gäller synen på vad som är viktigt och inte. Vi tycker kanske det är bättre med en promenad än att medicinera bort oro. Men det kräver att vi har en samsyn och kan jobba på detta sätt.

Att arbeta som sjukgymnast i hemrehabilitering har förändrat mitt arbetsinnehåll i kommunen. Min kompetens kommer mer till sin rätt och det är betydligt enklare att föra ut ett rehabiliterande arbetssätt till hemrehabiliteringgruppen. Det är inte lagda några biståndsbeslut, utan vi pratar om rehabilitering med den enskilde redan under vårdplaneringen.

Detta innebär att det är lättare att få vårdtagaren med sig på banan redan från början och är därför delaktig i sin rehabilitering under hela hemrehabiliteringperioden. Jag gör min bedömning och insatserna hos vårdtagaren sätts in utifrån HSL, vilket innebär att när vårdtagaren gör framsteg i sin rehabilitering kan vi ta bort insatser efterhand i samband med regelbundna uppföljningar.

Vårdtagaren blir mer medveten om sin möjlighet till förbättring och att åter bli självständig i sin vardag. Jag tror att det är en attitydförändring som måste komma till stånd för att förändra vårt förhållningssätt till vårdtagarna.

Ofta avvaktar jag att sätta in hjälpmedel om det inte är nödvändigt, utan lägger krut på att träna istället. Vårdtagaren blir mer medveten om hur viktigt det är att ta vara på sina resurser och att t o m kunna lämna tillbaka ett hjälpmedel när det inte behövs längre.

Saknar ordentlig överrapportering. Vet via meddelande att vårdtagarna avslutas, men är det något som jag behöver ta vid ?

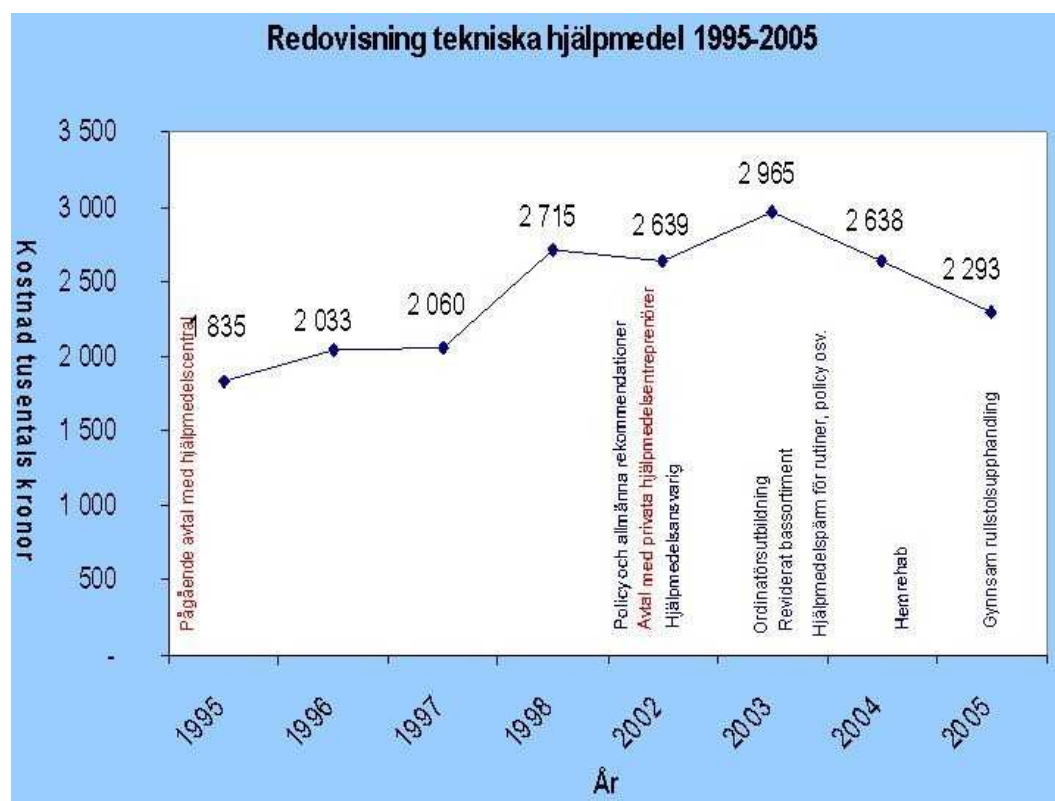
Hemrehabilitering tar en del vårdtagare i det tyngre skeendet, vilket avlastar oss, men i gengäld har vi större område, så arbetsbelastningen är på så vis plus minus noll för oss. Vårdtagarna är i bättre skick efter hemrehabilitering och klarar sig ett längre tag utan stora insatser, så kanske underlättar det ändå en del för oss.

### Fråga: Hur fortsätter det rehabiliterande arbetssättet för vårdtagarna som avslutas i hemrehabilitering?

47,4% tycker att det rehabiliterande arbetssättet fungerar varken bra eller dåligt. Att så många inte kunnat ta ställning kan bero på att frågan har varit svår att besvara eftersom vi inte har något metod att mäta arbetssättet på.

Enkäten finns i sin helhet som bilaga 5 i ”bilagor till slutrapport”

## Hjälpmedelsbudget



Ovanstående bild visar att det är många faktorer som påverkar hjälpmedelsbudgeten, men sedan hemrehabiliteringens start ser man klart minskade kostnader.

### **Kostnader för utskrivningsklara**

	2003	2004	2005	2006
Färdigbehandlade, nettokostnad tkr	86	480	85	293
Färdigbehandlade, Personer från sjukhus	471	404	449	594
Antal betalda vård dagar på sjukhus för utskrivningsklara personer	29	164*	26	98

\* Avvikelsen till 2003 till 2005 beror bl.a på att 2 personer fodrade särskilt handhavande både gällande restriktioner för boendet, utbildning för personalen samt kostnader för hospicplaceringar.

### **Statistik biståndstimmar**

	2003	2004	2005	2006
Antal personer med endast hemsjukvård	107	153	155	162
Antal personer beviljade hemtjänst(enbart trygghetstelefon ingår ej)	393	373	401	437
Tidsåtgång per utförd biståndstimme i genomsnitt	1,43	1,42	1,34	1,27
Antal personer boende i service- lägenheter	172	163	159	150
Beviljade biståndstimmar i ordinärt boende	5748	5532	5530	5593
Beviljade biståndstimmar i servicelägenheter	4813	5468	5068	4704
Beviljade biståndstimmar totalt under året	120 984	117 682	127 934	140 071

## Diskussion

Utvärderingen har avslutats med en diskussionseftermiddag tillsammans med socialtjänstens ledningsgrupp, hemrehabiliteringens styrgrupp hemvårdens enhetschefer samt personalen som arbetar i hemrehabiliteringen. Under diskussionen var alla eniga om att detta är ett mycket bra arbetssätt och att detta måste permanentas. Följande utvecklingsområden diskuterades:

Eftersom hemrehabiliteringsgruppen arbetar kommunövergripande läggs mycket tid på transporter mellan vårdtagarna och handledningen och diskussion fördes om det är fördelar med att dela kommunen i två delar och ha två arbetsgrupper.

Under projekttiden visar det sig att alla vårdtagare inom målgruppen inte kunnat erbjudas plats men hur många det rör sig om går inte att få ut av befintlig statistik.

När vårdtagare ska avslutas inom hemrehabiliteringen och övergå till hemtjänst har övergångs tiden varit för lång. Alla överens om att rutiner för detta skall upprättas.

Behov av att utbilda övrig hemtjänstpersonal i vardagsrehabilitering med fokus på det friska har varit tydlig.

Arbetsättet med adl-guiden har varit ett positivt arbetssätt med tydliga mål upplever all personal och denna skall kanske användas i hela kommunen och ersätta ADL-taxonomin?

Studier visar att när personer blir beviljade insatsen dusch, så är det ofta inkörsporten till stort omvårdnadsbehov och detta borde kunna användas som varningssignal i vårt övriga teamarbete.

## Ändringar

På somrarna under projekttiden har man försökt två olika modeller för semester, dels att stänga hemrehabiliteringen helt under fyra veckor och dels har man haft halv arbetsstyrka under åtta veckor. Båda modellerna har haft både för och nackdelar. Sommarplaneringen måste därför ingå i hela kommunens planering som hemvårdens enhetschefer ansvarar för.

Det har funnits vakanser i undersköterskegruppen under rekryteringstiden. Att ha oerfarna vikarier i hemrehabiliteringsgruppen innebär svårigheter att ha rätt kompetens i arbetsgruppen.

## Risker

Nyttan med hemrehabiliterings arbetssätt måste tydliggöras i hela hemvårdens kommande resursfördelningssystem för att få maximal effekt .

Att skapa ett kommunövergripande arbetslag innebär alltid förändringar för resterande arbetslag, och i det här fallet framförallt för övriga arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

## **Lärdomar om ledarskap**

Vi borde från början beskrivit styrgruppens, enhetschefens och projektledarens ansvar tydligare för att få ett smidigare arbetssätt under projekttiden.

## **Omvärlden**

Samfinansierade rehabiliteringsenheter mellan kommuner och region Skåne diskuteras på flera håll liksom man gör nationellt. Som ett utvecklingsarbete i närsjukvården har regionen och Landskrona kommun startat ett samfinansierat korttidsboende. Detta korttidsboende riktar sig till personer med behov av fortsatt rehabilitering efter akutsjukvårdstillfället för i första hand stroke och ledplastiker.

Diskussioner runt samfinansierad hemrehabilitering mellan kommun och region har påbörjats.

Kävlinge kommuns positiva inflyttningssiffror måste beaktas utifrån andelen äldre nyinflyttade.

## **Egna organisationen**

Ny ledningsorganisation från våren 2005.

Ny hemvårdsorganisation genomfördes hösten 2006 och detta påverkade hemrehabiliteringen genom att arbetsgruppen fick en ny enhetschef samt att det blev ny fördelning mellan paramedicinarna som resulterade i att en 100% arbetsterapeut och en 75% sjukgymnast kunde renodlat arbeta med hemrehabilitering.

Från mars 2006 inrättades två vårdplanerare för hela kommunen och det har inneburit nya rutiner vid vårdplaneringarna.

Ombyggnationen av Billingshäll blev klar sommaren 2005 och korttidsenheten flyttade till nya lokaler.