

*Hemträningens effekt på funktionsförmågan
på kroniska strokepatienter i ordinärt boende*

Markku Paanalahti

Förord

Stroke är en vanlig orsak till rörelsehinder och andra funktionshinder inte minst bland äldre. Eftersom andelen äldre ökar i befolkningen kommer också andelen stokedrabbade att öka och därmed också behoven av stöd och rehabilitering. Det är viktigt att på olika sätt förbättra möjligheterna att hjälpa dessa personer med bra metoder för rehabilitering och träning efter att sjukhusvården är avslutad. Detta är naturligtvis positivt för personernas egen livskvalitet men också för att bra funktionsförmåga minskar behovet av insatser från t.ex. hemtjänst eller sjukvård.

Leg. Sjukgymnast Markku Paanalahti fick 2004 FoU medel för att utvärdera om sk. uppgiftsspecifik träning i hemmet hade effekt på kroniska strokepatienters funktionsförmåga i vardagen. Med ett mycket välstrukturerat upplägg för träning och mätning av olika funktionsförmågor visar han i föreliggande rapport att den genomförda hemträningen medförde förbättringar och var till nytta för personerna i studien.

Uppföljning efter tre månader efter att själva träningsperioden var avslutad visade på att funktionsförmågan sjunkit något. Detta visar på ett behov av möjligheter till/ utbud av aktiviteter som gör det möjligt för personer med denna typ av problematik att upprätthålla sin funktionsförmåga på en bra nivå efter en mer intensiv period av träning.

Rapporten bör kunna inspirera till utveckling av liknande former för träning i hemmiljö och uppbyggnad av team med kvalificerad kompetens och lämplig sammansättning som kan samarbeta bra för att genomföra detta viktiga arbete.

Bengt Åkerström
Handledare

Hemträningens effekt på funktionsförmågan på kroniska strokepatienter i ordinärt boende

Markku Paanalahti Leg. Sjukgymnast MSc.

Sammanfattning

Stroke är en av de stora folksjukdomarna i Sverige och en vanlig orsak till handikapp och rörelsehinder för vuxna. Minst 60 % av alla stroke orsakar bestående neurologiska men som i sin tur kan orsaka försämring av individens funktionsförmåga. Eftersom andelen äldre i befolkningen i landet ökar under de närmaste åren räknar man med att antalet strokedrabbade kommer att öka med 30 procent från 2000 till år 2010.

Särskild uppmärksamhet bör ägnas strokedrabbade och deras behov av återkommande rehabilitering/träning. En kraftfull satsning på rehabilitering i ordinärt boende framstår som det inom framtiden allra viktigaste utvecklingsområdet.

Syftet med studien var att utvärdera om uppgiftsspecifik hemträning har effekt på kroniska strokepatienters funktionsförmåga i vardagen. Studiedesign var ett A-B-A Single-System Experimental design (SSED) med 3 –månaders uppföljning. För att få mer inblick i hur vårdpersonal såg på samarbetet med sjukgymnast/arbetsterapeut delades en enkät om samarbete ut till 136 personer som jobbar inom hemtjänst och/eller i övriga boendeformer.

Försökspersoner rekryterades från Strömsunds kommun, 6 stroke patienter inkluderades enligt följande kriterium; diagnos första stroke och hemiparesis sekundärt till stroke, kunde gå med assistans och var i stånd att sätta individuella mål för hennes/hans hemträning. Interventionen var ett 12 veckor långt uppgiftsorienterat hemrehabiliteringsprogram. Försökspersonerna tränade självvalda funktionella aktiviteter i hemmet.

Mätinstrument; Baslinjemätningar med EDAQ, GMF, Bergs balansskala, TST-test och 10- meters gångtest utfördes 3 veckor före intervention, genast efter avslutad intervention och under uppföljningen (3 månader efter). Upplevd ansträngning, strax efter utförandet av självvald aktivitet, och generell rädsla att falla skattades med Borgs CR10 skala, 3 gånger i veckan under baslinjefasen, 2 gånger i veckan under interventionsfasen samt 4 gånger under uppföljningen.

Resultat; Alla fem försökspersoner fick bättre testresultat efter 12 veckors hemträning och fyra försökspersoner av fem förbättrade sin funktionella förmåga i olika vardagsaktiviteter. Tre månader efter avslutad träning var testresultatet i Bergs Balans skala, TST-test och i 10 meters gångtest sämre för 3 av försökspersonerna. Detta stödjer tolkningen att interventionen var till nytta för de försökspersoner som deltog i studien.

Konklusion:

I denna studie verkade uppgiftsorienterad hemträning förbättra funktionsförmågan på kroniska strokepatienter.

Eftersom stroke är den mest rehabiliteringskrävande sjukdomsgruppen för äldre behövs det ett specialutbildat multidisciplinärt hemrehabiliteringsteam, helst knutet till strokeenheten/slutenvård, för att uppnå ett bra resultat. Sådan verksamhet leder till ökad funktionsnivå hos patienterna och minskad risk för försämring.

Innehåll

Introduktion	7
Akut (tidig) behandling/rehabilitering efter stroke	8
Post-akut (senare) rehabilitering efter stroke	8
Reaktivering /konditionsträning efter stroke är viktig.....	9
Aktivitetsträning	10
Uppgiftsspecifikt tillvägagångssätt i hemträning	11
Syfte	12
Metod	13
Design	13
Försökspersoner	13
Intervention	14
Mätinstrument.....	15
Etiska aspekter	17
Analys av data	17
Resultatredovisning	19
Resultat i GMF	19
Observerat hjälpberoende:.....	19
Smärta:	19
Otrygghet:	20
Resultat i Bergs balansskala	20
Resultat i Timed-Stand test (TST)	21
Resultat i 10 meters gångtest	21
Resultat i upplevd ansträngning och i allmän rädsla att ramla	22
Resultat i (av) Evaluering av Dagliga Aktiviteter (EDAQ)	26
Resultat i Enkät om samarbete	29
Diskussion	41
Konklusion.....	43
Tillkännagivande	45
Referenslista	47

Bilagor

Bilaga 1 Borgs symtomskala

Bilaga 2 Enkät om samarbete

Bilaga 3 Följebrev enkätundersökning

Introduktion

Ordet stroke (slaganfall) används för att beskriva ett kliniskt syndrom där orsaken förmodas vara störd blodcirkulation (infarkt) eller blödning i hjärnan. Vanligaste orsaken till stroke är hjärninfarkt (ca. 85 %), övriga fall av stroke är blödningar inuti hjärnan (ca. 10 %) samt hjärnhinneblödningar (ca. 5 %). Dessutom beräknas att ca. 8000 människor årligen drabbas av störningar TIA (transitoriska ischemiska attacker) i hjärnans blodcirkulation, som går över (1).

Stroke är en av de stora folksjukdomarna i Sverige. Årligen insjuknar 25 000 - 35 000 människor i stroke och ca. 10 000 dör av stroke varje år. De flesta (ca. 80 %) av patienterna är över 65 år eller äldre (2). Med närmare en miljon vård dagar årligen är stroke den enskilda somatiska sjukdom som svarar för flest vård dagar på svenska sjukhus. Dessutom tillkommer ett mycket stort vård- och resursutnyttjande i kommunala särskilda boendeformer och kommunal hemtjänst. Ca. 100 000 personer beräknas leva med resttillstånd efter strokesjukdom i Sverige (3).

Följder av stroke kan vara motoriska, sensoriska eller kognitiva nedsättningar som kan ha stora konsekvenser för individen och omgivningen. Den som drabbas av stroke tappar ofta rörlighet eller blir förlamad i olika grad, tappar känsel, drabbas av synstörningar och svårigheter att tala eller uppfatta omgivningen. Minst 60 % av alla stroke orsakar bestående neurologiska men som i sin tur kan orsaka försämring av individens funktionsförmåga (4).

Eftersom andelen äldre i befolkningen i landet ökar under de närmaste åren räknar man med att antalet strokedrabbade kommer att öka med 30 procent från 2000 till år 2010. Särskild uppmärksamhet bör ägnas strokedrabbade och deras behov av återkommande rehabilitering/träning (5).

Stroke är den mest rehabiliteringskrävande sjukdomsgruppen för äldre (6). En kraftfull satsning på rehabilitering i ordinärt boende framstår som det inom framtiden allra viktigaste utvecklingsområdet men särskild verksamhet för hemrehabilitering, knuten till slutenvården, finns i få kommuner (7,8,9). Med rehabilitering avses en målinriktad 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 och därigenom ge personen möjligheter att förändra sitt eget liv (10).

Det är vanligt att den person som drabbas av stroke blir nedstämd eller deprimerad (ca. 33 % av alla strokepatienter) och tillståndet påverkar ofta också närstående och deras livsvillkor på ett genomgripande sätt (11). De tre viktigaste predisponerande faktorer för att utveckla depression efter stroke är vänstersidig främre hjärnskada, dysfasi (svårigheter med att uttrycka sig och att förstå) och ensamboende (12). Enligt klinisk erfarenhet har tre av fyra patienter som insjuknat i stroke någon form av kommunikationsproblem (13). Fallrisken är också stor bland strokepatienter, 11 procent av kvinnorna och 6 procent av männen hade drabbats av lårbensbrott efter sitt strokeinsjuknande år 2003. Andelen stokedrabbade som uppgav sig vara helt eller delvis beroende av stöd/hjälp av anhöriga var 58,1 procent år 2003. Risk för en återkommande stroke inom fem år efter insjuknandet är mellan 30 % och 43 % (14).

Akut (tidig) behandling/rehabilitering efter stroke

Tiden mellan insjuknandet och omhändertagandet är mycket viktig för att förhindra irreversibla hjärnskador (15). Tidig aktivering och farmakologisk behandling är avgörande för hur slutresultatet blir. Vård på strokeenheter minskar dödlighet, funktionsberoende och behov av institutionsvård jämfört med vård på en vanlig vårdavdelning (16). En strokeenhet är en organiserad slutenvårdsenhet som helt eller nästintill helt och hållet tar hand om patienter med stroke och som sköts av ett multidisciplinärt team speciellt kunniga inom strokevård. Tidigarelagd understödd utskrivning till hemmet med specialutbildat multidisciplinärt hemrehabiliteringsteam knutet till strokeenheten medför förkortad vårdtid på sjukhuset och minskat funktionsberoende hos utvalda strokepatienter med milda till måttliga symtom (17,11).

Post-akut (senare) rehabilitering efter stroke

Det är lika viktigt med förebyggande insatser efter stroke (sekundärprevention), som före stroke (primärprevention). Multidisciplinär rehabiliterande teamsamverkan under första året efter

sjukhusvistelsen finns studerad, och sådan verksamhet leder till ökad funktionsnivå hos patienterna och minskad risk för försämring (18).

Det är känt att kroniska strokepatienter ofta har dålig fysisk kondition och uthållighet (19,20). Nedsättning i rörlighet i det längre perspektivet är bekymmersamt eftersom patienterna riskerar att bli mer och mer beroende av andras hjälp och social integration kan försvåras (21). Tidigt igenkännande av prognostiska faktorer som fysisk inaktivitet, kognitiva problem och trötthet kan förutsäga försämringen av rörligheten (22).

Hemrehabilitering minskar antalet sjukhusvistelser efter stroke (23). Rehabilitering i kommunal regi eller i primärvården är en angelägen åtgärd för alla hemmaboende med möjlighet till förbättrad funktionsförmåga och minskat behov av hemtjänstinsatser och särskilt boende. Terapibaserad hemrehabilitering under första året efter en stroke minskar risken för att dö och förebygger försämringen av funktionsförmågan (24).

Begränsad tillgång till pågående träningsprogram för att kunna bibehålla och/eller förbättra sin funktionsförmåga efter stroke har fått lite uppmärksamhet inom kommuner och detta kan vara negativt i behandlingen av strokepatienter efter sjukhusvistelsen (25,26,27).

Reaktivering /konditionsträning efter stroke är viktig

Tre viktiga mål i rehabilitering av strokepatienter är att förebygga komplikationer av förlängd inaktivitet, minska risken för återkommande stroke och hjärtsjukdom och att träna upp konditionen (28). Progressiva träningsprogram efter en stroke medför vinster i form av bättre uthållighet, balans och rörlighet bortom det spontana tillfrisknandet (29,30). Bra fysisk kondition är viktigt för utförandet av vardagliga aktiviteter. Strokepatienternas fysiska kondition är ofta nedsatt och de rapporterar låga nivåer av fysisk aktivitet efter avslutad rehabiliteringsperiod på sjukhus eller på strokeenhet (31,32). Strokepatientens energikonsumtion vid gång kan vara två gånger större än hos friska människor. Även vanligt hushållsarbete som bäddning av säng och att dammsuga, är förknippat med betydligt större energibehov bland kvinnor som har haft stroke jämfört med friska individer (33). Detta kan reducera förmågan att utföra vardagliga aktiviteter och förvärra

strokerelaterade handikapp. Flera studier har visat att träningen av gångförmågan ett år eller mera efter stroke ger resultat i form av bättre gångförmåga mätt både med kvantitativa och kvalitativa gångparametrar (34, 35).

Man kan konstatera att bevismaterialet som finns i dag sannolikt gör att det är möjligt att förbättra funktionsförmågan på kroniska strokepatienter med hjälp av målinriktad (intensiv) sjukgymnastik och träning (36). Förutom medicinskt omhändertagande av strokerelaterad patologi, behöver strokepatienter (och deras familjer) känslomässigt stöd av vårdpersonal för att kunna bli delaktiga och bemästra nya färdigheter samt maximera sin funktionsförmåga i vardagen (26). Motion på recept har nyligen föreslagits i allmänhet och mot depression i synnerhet, såväl lågintensiv konditionsträning som styrketräning kan göra att vi känner oss lugnare och mer avslappnade (37). Ökning i muskelstyrka, förbättring i balans, gånghastighet och rörelseförmåga är också dokumenterade följder av fysisk träning för äldre (38). Den fysiska aktiviteten kan underlättas på olika sätt, exempelvis genom att öppna primärvårdscentraler, gymnastiksalor och friskvårdsanläggningar för personer som drabbats av stroke för att ge dem möjlighet att träna styrka, kondition, balans, koordination och avspänning i lustfyllda anpassade motionsgymnastikprogram (39).

Aktivitetsträning

Arbetsterapi har i randomiserade studier (studier där behandlingar är slumpmässigt fördelade på individer) visats ge både ökad aktivitet och delaktighet för strokepatienter men arbetsterapeuternas tid används felaktigt inom kommuner. Många arbetsterapeuter upplever att all tid går åt till att dela ut hjälpmedel. Det finns inte tid att träna aktiviteter med patienter. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter är två distinkta yrkesgrupper som jobbar med olika delar av rehabiliteringen (40, 41). Sjukgymnastik som yrkesverksamhet innebär att förebygga, undersöka och behandla funktionsstörningar som begränsar eller hotar att begränsa människans rörelseförmåga (42). Arbetsterapiämnet är kunskapen och vetenskapen om hur resurser i individen, omgivningen och aktiviteter interagerar och stimulerar till delaktighet i livssituationen (43).

Uppgiftsspecifikt tillvägagångssätt i hemträning

Det finns belägg för att patienter som får möjligheten att öva funktionella aktiviteter (uppgiftsspecifik träning) efter stroke klarar sig bättre än de som får traditionell rehabilitering (44,45,46). Strokepatienternas rehabilitering har traditionellt inriktat sig på träningen av kompensatoriska strategier. De nya rönen inom neurovetenskaplig forskning har kommit fram med nya bevis om nervsystemets förmåga att återuppta förlorade funktioner. Detta har öppnat nya möjligheter i rehabilitering av strokepatienter och återuppväckt hoppet för bättre rehabiliteringsresultat (47).

Uppgiftsspecifikt tillvägagångssätt antar att patienten lär sig bäst genom att aktivt försöka hitta lösningen på problemet som man har i genomförandet av den funktionella uppgiften. Uppgiftsorienterat tillvägagångssätt använder systemteori som grund. Enligt systemteorin uppstår rörelse genom interaktion av multipla processer som a) perception, kognitiva och motoriska processer inom individen och b) interaktion mellan individ, uppgift och omgivning. Dessa antaganden förespråkar att nedsatt rörelsekontroll återupptas bäst genom träningen av identifierade funktionella uppgifter hellre än att träna rörelser för enbart rörelsens skull (48,49,50).

Tills idag har rehabilitering varit en specialitet för rehabenheter och rehabavdelningar men det finns ett växande fokus på rehabiliteringsverksamhet inom kommuner där vårdtagarna tillbringar den största delen av sin tid (51). Ett dominerande drag är att kommunerna har ansvar för personer med omfattande medicinska och omvårdnadsbehov vilket man tidigare inte haft (52). Förändrade arbetsformer ställer också nya krav på samarbete (53). Vardagsrehabilitering har blivit en ny arbetsuppgift för hemvårdens personal. Vardagsrehabilitering beskrivs vara att i möjligaste mån stödja brukarens förmågor att klara sin personliga omvårdnad och aktiviteter i hemmet. Som bas i hemrehabiliteringsarbetet ser man hemtjänsten (54). Sjukgymnaster/arbetsterapeuter beskrivs som experter (55). Splittring i hemrehabilitering (i teamarbete) kan i hög grad handla om vilket synsätt – omsorg, rehabilitering, omvårdnad, medicin – som företräds och prioriteras av de olika personalkategorierna (56). Därför efterlyses vardagsnära aktivitetsrelaterade mål, mål som uttrycker vart brukaren tillsammans med teamet ska sträva och vilka funktioner och förmågor

som står i fokus. Alltför ofta ser vi hur den egna yrkesgruppen bevakar sina professionella särintressen och sätter hinder i vägen för en gränslös samverkan (57). Teamarbete måste eftersträvas såväl inom som mellan de olika huvudmännens hälso- och sjukvårdsverksamheter för att personer med förvärvade hjärnskador inte ska förorsakas onödigt lidande och handikapp (58).

Syfte

Syftet med studien var att utvärdera om uppgiftsspecifik hemträning har effekt på kroniska strokepatienters funktionsförmåga i vardagen.

Metod

Design

Funktionsträning

A-B-A Single-System Experimental design (SSED) med 3 –månaders uppföljning.

A-fasen utgör baslinjen, B-fasen interventionsperioden samt uppföljning (A) efter avslutad intervention. SSED medger systematiska jämförelser av baslinje- och interventionsdata som kan påvisa effekt av interventionen (59).

Enkätundersökning

För att få mer inblick i hur vårdpersonal såg på samarbetet med sjukgymnast/arbetsterapeut delades en enkät om samarbete ut till 136 personer som jobbar inom hemtjänst och/eller i övriga boende former.

Försökspersoner

Försökspersoner (fp) rekryterades från Strömsunds kommun, 6 strokepatienter inkluderades enligt följande kriterium; (1) diagnos första stroke och hemiparesis sekundärt till stroke, (2) kunde gå med assistans, (3) var i stånd att sätta individuella mål för hennes/hans hemträning.

Sex försökspersoner (tre män och tre kvinnor) från åldern 60 till 88 år (medelvärde 73,8 år) med hemiparesis sekundärt till stroke deltog i studien. Försökspersonerna var minst 8 månader post stroke, tid för insjuknande i stroke var i genomsnitt 4.4 år. Räckvidd från 8 månader till 11 år. Tre av försökspersoner bodde ihop med maken och tre av dem bodde ensamma. En av försökspersonerna avbröt studien p.g.a. hjärtsjukdom.

Samtliga försökspersoner gav sitt skriftliga samtycke för deltagande i studien.

Försöksperson 1 var en 64 år gammal kvinna med svaghet i höger kroppshalva efter stroke (2004). Hennes största bekymmer var svaghet i höger ben samt balansproblem. Hon hade svårt att gå inom-/utomhus samt att gå i trappor.

Hennes målsättningar var att kunna utföra hushållsarbetet som innan stroke, att kunna gå i trappor (för att kunna vattna blommorna på andra våningen) och att kunna gå som innan strokesjukdomen.

Försöksperson 2 var en 60 år gammal kvinna med svaghet i vänster kroppshalva efter stroke (1995). Hon hade ingen funktion i vänster arm. Hennes målsättning var bättre balans för att kunna gå stadigare med stöd av en krycka. För det mesta hade hon använt rullstol vid förflyttningar efter stroke 1995. Hennes största problem var dålig balans och smärta i vänster höft samt i vänster underben vid gång.

Försöksperson 3 var en 88 år gammal kvinna med svaghet i vänster kroppshalva efter stroke (2004). Hennes målsättning var att kunna fortsätta med utomhuspromenader med stöd av en rollator och att kunna bo kvar i sin lägenhet. Hennes största bekymmer var smärta i vänster ben, svaghet i båda benen och dålig kondition.

Försöksperson 4 var en 80 år gammal man med svaghet i vänster kroppshalva efter stroke (2004). Hans målsättning var att kunna stå och laga mat i köket samt att kunna gå utomhus med stöd av en rollator. Hans största bekymmer var svaghet i båda ben och dålig balans.

Försöksperson 5 var en 77 år gammal man med svaghet i vänster kroppshalva efter stroke (1996). Hans målsättning var att kunna dansa och att kunna spela Boule i stående position (han brukade spela sittande i en rullstol) och att få bättre balans. För det mesta hade han använt rullstol vid förflyttningar efter stroke 1996. Han hade ingen funktion i vänster arm. Hans största bekymmer var dålig balans.

Intervention

Ett 12 veckor långt uppgiftsorienterat hemrehabiliteringsprogram valdes eftersom det är förväntat att uppnå ökning i muskelstyrka och uthållighet under 3 månaders lång regelmässig träning (60). Försökspersonerna tränade självvalda funktionella aktiviteter 3-4 gånger i veckan under tillsyn. Försökspersonerna uppmuntrades också att träna självständigt varje dag eller minst fyra gånger i veckan under en timmes tid.

Gång prioriterades av samtliga försökspersoner som den viktigaste funktionella aktiviteten att träna.

Gångträning utfördes inom-/utomhus från 2 till 4 gånger i veckan under en halvtimmes tid.

Hemträningsprogrammet bestod också av självvalda funktionella övningar som trappträning, tvåbensstående, enbensstående med eller utan stöd, böja sig och att stiga upp från en stol.

Sjukgymnast assisterade träningen två gånger i veckan och rehab.assistent eller hemtjänstpersonal assisterade träning 1-2 gånger i veckan.

Mätinstrument

Baslinjemätningar med EDAQ, GMF, Bergs balansskala, TST-test och 10- meters gångtest utfördes 3 veckor före intervention, genast efter avslutad intervention och under uppföljningen (3 månader efter).

Upplevd ansträngning, strax efter utförandet av självvald aktivitet, och generell rädsla att falla skattades med Borgs CR10 skala, 3 gånger i veckan under baslinjefasen, 2 gånger i veckan under interventionsfasen samt 4 gånger under uppföljningen.

EDAQ (Evaluering av dagliga aktiviteter)

Mätområde: Vardagliga aktiviteter.

EDAQ användes för självskattningen av upplevda aktivitetsbegränsningar och för att hitta funktionella aktiviteter som fp ville träna under interventionsperioden.

EDAQ innehåller 102 frågor delad på 11 olika dimensioner av dagliga aktiviteter .

Tregradig skala, 0= ingen svårighet, 1= liten svårighet, 2= måttlig svårighet, 3= stor svårighet (61,62).

Summan av upplevda aktivitetsbegränsningar på tregradig skala räknades tre gånger under studietiden.

GMF (Generell Motorisk Funktionsbedömning)

Mätområde: Vardagliga motoriska funktioner/aktiviteter.

GMF omfattar 21 motoriska (variabel) funktioner som ansetts ha en grundläggande betydelse för ADL-förmåga. Varje variabel bedöms ur två eller tre aspekter (delområden): observation av patientens hjälpberoende i samband med genomförandet av funktion/förmågan, självrapportering av om smärta och i förekommande fall otrygghet utlöses i samband med genomförande av varje specifik funktion/förmåga (63,64,65).

Poängsammanräkning sker som regel för varje subskala ”Observerat hjälpberoende”, ”Självrapporterad smärta” och ”Självrapporterad otrygghet” för sig.

Bergs balansskala

Mätområde: Balans i sittande och stående

Instrumentet består av 14 uppgifter som patienten utför. Personens förmåga att inta och bibehålla olika positioner, förmågan att bibehålla en position och samtidigt utföra en viljemässig rörelse, samt förmåga att växla mellan olika positioner testas. Varje uppgift graderas på en femgradig skala, 0-4 poäng (66). Maximal poäng 56. Vid resultat under 45 poäng betraktas fallrisken som stor.

Tolkningen av testresultat enligt Stroke Trial register (67).

0-20 rullstolbunden

21-40 behöver assistans vid gång

41-56 självständigt

TST (Timed- Stands Test)

Mätområde: Generell (muskel-) funktion i nedre extremiteter.

Ett enda test av uppresningar från sittande. Tidsåtgång för 10 uppresningar och ”nedsittningar” registreras med stoppur (68).

Självvald gånghastighet, 10 meter

Mätområde: Aktivitet, gång.

Ett 10 meters gångtest användes vid utvärdering av gångförmågan. Gånghjälpmedel fick användas förutsatt att fp använde sig av det i sitt dagliga liv.

Försökspersonen gick 10 meter i självvald hastighet och tid noteras. Behov av hjälpmedel noteras (69,70).

Även maximalt gångavstånd (maximal gångsträcka) noterades för fp 2, 3, 4 och 5 i början av interventionsfasen, efter interventionsfasen och under uppföljningen.

Redan i början av studien kunde fp 1 gå flera hundra meter med stöd, därför var det mer meningsfullt att ange förmågan att gå utan stöd för henne.

Borgs symtom skala CR 10

Mätområde: Ej sjukdomsspecifikt självskattningsinstrument.

Verbal numerisk kategori- skala från 0 till 10 (eller mer) för självskattning av symtom.

Instrumentet kan användas för skattning av symtom såsom smärta, värk, andfåddhet och ansträngning (71).

Eftersom skalan direkt mäter intensiteten av symptom anses innehållsvaliditeten vara hög.

Enkät om samarbete

En enkät om samarbete konstruerades av rapportförfattaren och arbetsterapeut Mikael Jansson eftersom en standardiserad enkät om samarbete inte hittades. Enkäten innehöll tolv frågor om samarbete (bilaga 2).

Enkäten pilottestades först med 5 personer innan de delades ut till 136 personer som jobbar inom hemtjänst och/eller i andra boendeformer.

Tillsammans med frågeformuläret bifogades även ett missivbrev där syftet med enkätstudien framgick samt att den information författaren fick skulle hanteras konfidentiellt (bilaga 3).

Etiska aspekter

Deltagande var frivilligt, försökspersonerna tillfrågades om de ville delta i ett 12 veckor långt hemträningssprogram. Ingen skada förorsakades till försökspersoner och alla viste att de kunde avbryta deltagandet när som helst. Alla försökspersoner valde själv uppgiften de ville träna. Varje intervention och rehabiliteringsprogram är tidsbegränsad och man kan inte påstå att avslutningen av interventionen skulle ha orsakat direkt skada för någon av försökspersonerna.

Analys av data

För statistiska och visuella analyser har SINGWING dataprogram används. SINGWING är konstruerat för analys av Single-System Design Data (71). Data plottades grafiskt för en visuell bedömning i figurer 1-9. I figurerna 1-9 användes också celeration linje analys för att bedöma om det fanns signifikanta skillnader mellan skattningar under baslinje och interventionsfasen. Om minst 5 datapunkter under baslinjefasen låg ovanför baslinje medianvärdet och om minst 9 datapunkter under interventionsfasen var under baslinjefasens medianvärde betraktades skillnaden som statistisk signifikant (< 0.05) (59).

Resultatet av enkätundersökningen redovisades med deskriptiv statistik samt med redovisning av kommentarerna till frågorna i enkäten.

Resultatredovisning

Resultatet i GMF, Bergs balansskala, TST och i 10 meters gångtest presenteras först (tabell 1 och 2), därefter redovisas resultatet av skattningen av upplevd ansträngning och av allmän rädsla att falla mätt med CR10 skala (figurer 1-9). I slutet presenteras resultatet av självskattningen av summan av aktivitetsbegränsningar (EDAQ) (tabell 3).

Resultatet av enkätundersökningen presenteras med figurer (figurer 10-22) och med redogörelse av kommentarerna till frågorna.

Resultat i GMF

Observerat hjälpberoende:

Graden av hjälpberoende i genomförandet av funktionella aktiviteter minskades för *fp 2* och för *fp 4* efter interventionen (tabell 1).

Fp 2 upplevde en stor reduktion i hjälpberoende (4 poäng mindre) eftersom hon började gå mer och sitta i vanliga stolar i stället för att alltid sitta i en rullstol. Under uppföljningen var hennes observerade hjälpberoende fortfarande samma som efter interventionen.

Efter intervention kunde *fp 4* gå bättre i trappan och promenera korta sträckor utomhus, därför minskade hans observerade hjälpberoende med 2 poäng. Resultatet var något sämre (1 poäng mer) under uppföljningen när hans förmåga att gå i trappan hade försämrats.

Fp 1, 3 och 5 upplevde inga förändringar i observerat hjälpberoende under studietiden.

Smärta:

Fp 2 och *5* rapporterade mindre smärta efter intervention. Smärta i vänster ben vid gång var ett hinder för *fp 2* under baslinjefasen. Efter intervention rapporterade hon mindre smärta i vänster ben (4 poäng mindre). *Fp 5* hade smärta i vänster vadmuskel i början av studien. Efter interventionen rapporterade han 3 poäng mindre smärta i vänster vadmuskel. Under uppföljningen var rapporterad smärta samma för *fp 2 och 5* som den var efter interventionen (tabell 1).

Fp 3 hade konstant smärta i vänster höft, smärtan reducerades inte efter intervention. Under uppföljningen rapporterade hon dock 2 poäng mindre smärta (tabell 1).

Fp 4 hade ryggont i början av studien och under interventionen, under uppföljningen rapporterade han ingen ryggont.

Otrygghet:

Fp 1,2,4 och 5 rapporterade reduktion av otrygghet efter interventionen (6 poäng mindre för samtliga fp). Under uppföljningen var rapporterad otrygghet fortfarande samma som direkt efter intervention. *Fp 3* upplevde ingen förändring i rapporterad otrygghet under studietiden (tabell 1).

Tabell 1. *Generell Motorisk funktionsbedömning (GMF)*

	Baslinje			Efter intervention			Uppföljning		
Fp	Hjälper.	Smärta	Otrygg	Hjälper.	Smärta	Otrygg	Hjälper.	Smärta	Otrygg
1	0	0	6	0	0	0	0	0	0
2	10	9	7	5	5	1	5	5	1
3	1	11	1	1	11	1	1	13	1
4	2	1	6	0	1	0	1	0	0
5	2	3	6	2	0	0	2	0	0

Hjälperoende (max.34 poäng)

Smärta (max. 21 poäng)

Otrygg (max.11 poäng)

0 poäng = inget hjälperoende, smärta eller otrygghet

Resultat i Bergs balansskala

Efter interventionen fick Fp 1,2,4 och 5 bättre resultat i Bergs balansskala (tabell 2).

För *fp 1* och *2* förbättrades resultatet från ”kan gå med assistans” till ”självständigt” enligt tolkningen av testresultatet för Bergs balansskala (67).

Fp 4 fick 15 poäng bättre resultat och *fp 5* fick 6 poäng bättre resultat efter interventionen.

Resultat för *fp 3* var svårt att tolka p.g.a. smärtan i hennes vänstra ben.

Under uppföljningen var testresultat sämre för *fp 2,3 och 4*.
Fp 1 och 5 fick ännu bättre resultat under uppföljningen jämfört med resultatet efter intervention (tabell 2).

Resultat i Timed-Stand test (TST)

Ingen av försökspersonerna orkade utföra 10 uppresningar från sittande/”nedsittningar” före intervention. Efter interventionen kunde *fp 1, 2 och 5* utföra testet utan stöd och *fp 3 och 4* med stöd av en rollator (tabell 2).

Under uppföljningen var testresultatet sämre för *fp 3, 4 och 5*. *Fp 2* hade samma resultat som efter intervention och *fp 1* fick bättre resultat.

Resultat i 10 meters gångtest

Fp 2, 3, 4 och 5 fick bättre testresultat efter intervention och *fp 1* kunde utföra testet utan stöd efter interventionen (tabell 2). Under uppföljningen var testresultat sämre för *fp 3, 4 och 5*.

Fp 1 fick bättre resultat under uppföljningen och resultatet för *fp 2* kan betraktas som samma som efter intervention.

Tabell 2. Test resultat i Bergs Balans skala, Timed-Stand test och i 10 meter gångtest

Fp	Bergs Balans skala max.56 p			10 uppres. i sekunder			10 m med självvald hastighet i sekunder		
	Baslinje	Intervent.	Uppfölj.	Baslinje	Interven.	Uppfölj.	Baslinje	Interven.	Uppfölj.
1	39	46	55	—	33	22	—	17.5	13
2	35	46	44	—	126	126	150	119	120
3	19	16	15	—	120 *s	158 *s	27 *s	19 *s	25 *s
4	21	36	22	—	128 *s	—	30 *s	18 *s	28 *s
5	29	35	36	—	47	60	55	37	44

— = Kan inte slutföra testet för närvarande.

* s = med stöd av en rollator.

Resultat i upplevd ansträngning och i allmän rädsla att ramla

Figurer 1-9. Siffrorna på figurens vänster sida (y-axel) presenterar självskattningen av upplevd ansträngning och allmän rädsla att ramla med Borgs symtomskala (bilaga 1).

Vågrätt axel (x-axel) presenterar antalet självskattningar (mättillfällen) under studietiden.

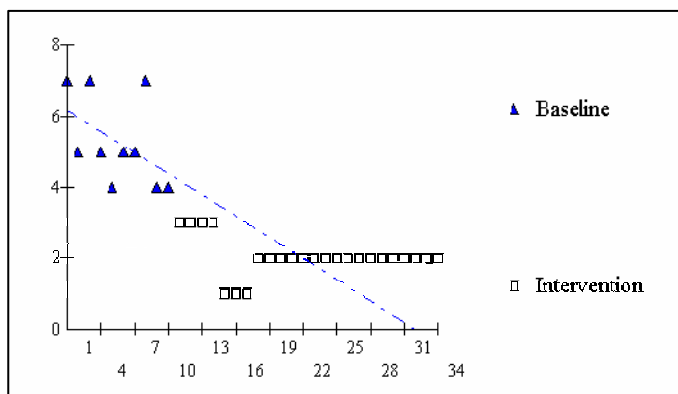
Upplevd ansträngning i genomförandet av en vald aktivitet blev mindre för alla försökspersoner efter interventionsfasen. Enligt celeration linje analys var förändring i upplevd ansträngning statistiskt signifikant i figurer 3, 6 och 8.

Under uppföljningsfasen, tre månader efter (efter vad), var upplevd ansträngning samma för *fp 1, 3, 4* och *5* som efter interventionen. Resultat för *fp 2* var tillbaka på baslinje nivån.

Efter interventionen var allmän rädsla att ramla mindre för *fp 1, 2, 4* och *5*. Förändringen betraktades som statistiskt signifikant (celeration analys) i figurer 2 och 9.

Fp 3 ville inte rapportera hennes rädsla att ramla. Hon sa att smärtan i vänster höft var problemet inte rädslan att ramla.

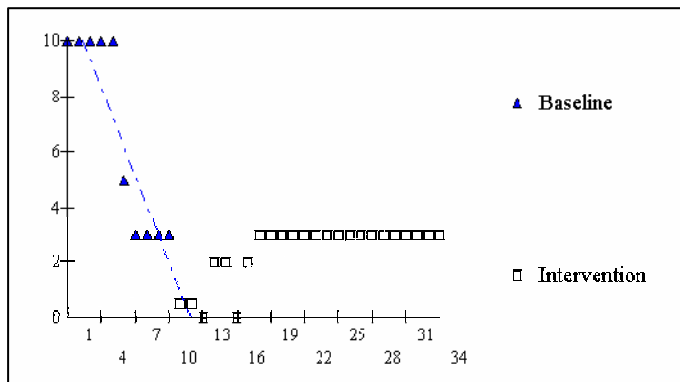
Under uppföljningsfasen var allmän rädsla att ramla samma för *fp 1, 4* och *5* densamma som direkt efter interventionen (0 = ingen alls). *Fp 2* rapporterade mer rädsla att ramla under uppföljningsfasen jämfört med resultatet direkt efter interventionen.



Baslinje 1 –10 Intervention 11-34

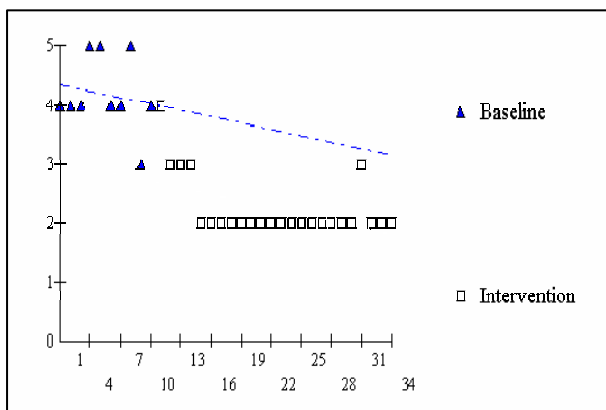
Figur 1. *Fp 1*. Upplevt ansträngning i att ta sig till andra våningen.

Medianvärde för upplevd ansträngning; baslinje 5, intervention 2, uppföljning 2.



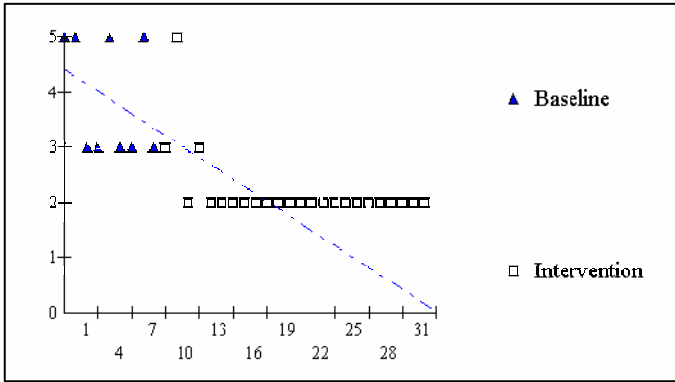
Baslinje 1-10 Intervention 11-34

Figur 2. *Fp 1.* Upplevd rädsla att ramla. Medianvärde för upplevd rädsla att ramla; baslinje 7.50, intervention 3, uppföljning 0.



Baslinje 1-10 Intervention 11-34

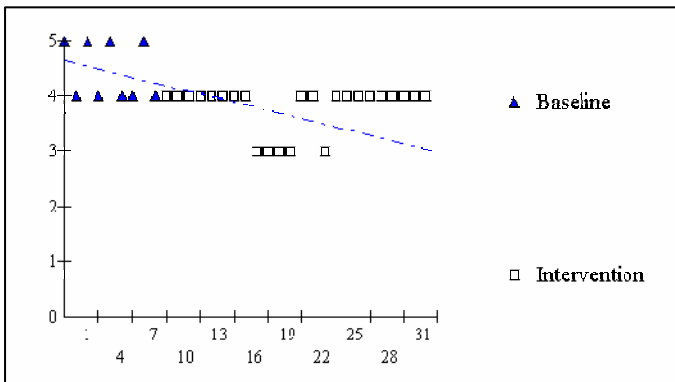
Figur 3. *Fp 2.* Upplevd ansträngning vid gång med en krycka. Medianvärde för upplevd ansträngning; baslinje 4, intervention 2, uppföljning 3.



Baslinje 1-10 Intervention 11-31

Figur 4. Fp 2. Upplevd rädsla att ramla.

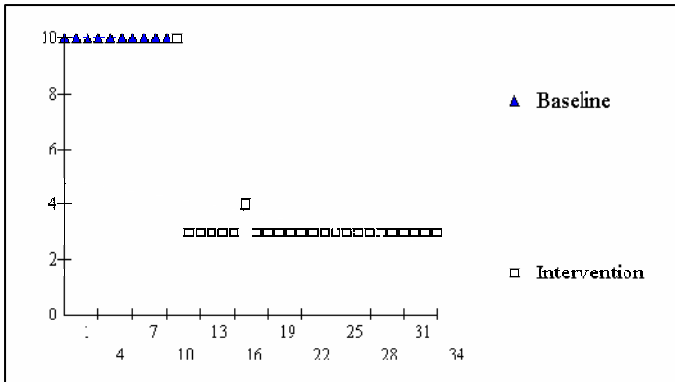
Medianvärde för upplevd rädsla att ramla; baslinje 3, intervention 2, uppföljning 3.



Baslinje 1-10 Intervention 11-34

Figur 5. Fp 3. Upplevd ansträngning vid gång med rollator.

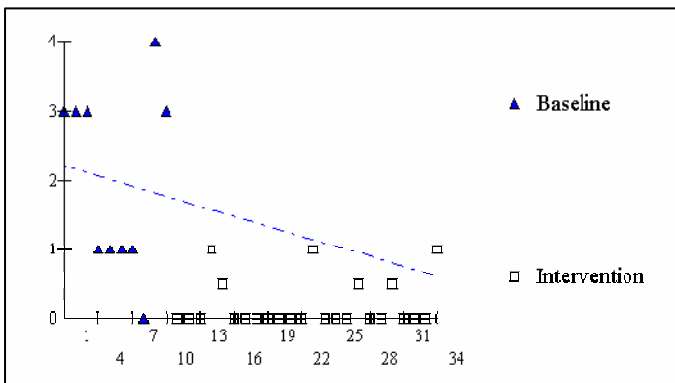
Medianvärde för upplevd ansträngning; baslinje 4.50, intervention 4, uppföljning 4.



Baslinje 1-10 Intervention 11-34

Figur 6. *Fp 4.* Upplevd ansträngning vid stående i köket samtidigt som man gör i ordning en måltid.

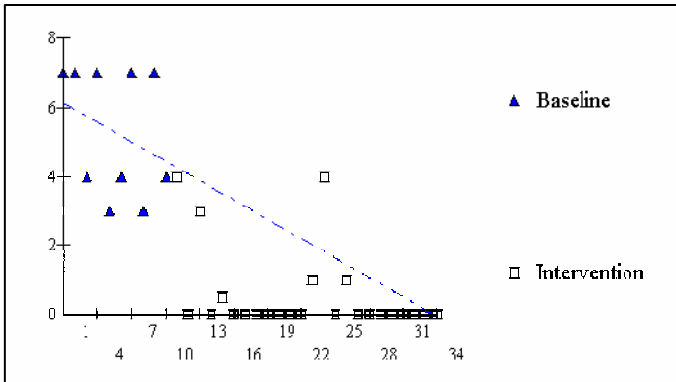
Medianvärde för upplevd ansträngning; baslinje 10, intervention 3, uppföljning 3.



Baslinje 1-10 Intervention 11-34

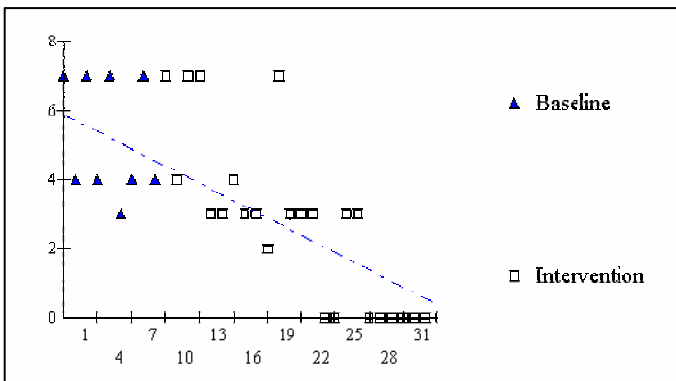
Figur 7. *Fp 4.* Upplevd rädsla att ramla.

Medianvärde för upplevd rädsla att ramla; baslinje 2, intervention 0, uppföljning 3.



Baslinje 1–10 Intervention 11- 34

Figur 8. *Fp 5.* Upplevd ansträngning vid dansträning med stöd. Medianvärde för upplevd ansträngning; baslinje 5.5, intervention 0, uppföljning 0.



Baslinje 1-10 Intervention 11-34

Figur 9. *Fp 5.* Upplevd rädsla att ramla. Medianvärde för upplevd rädsla att ramla; baslinje 5.5, intervention 3, uppföljning 0.

Resultat i Evaluering av Dagliga Aktiviteter (EDAQ)

Efter interventionsfasen minskade summan av självskattade svårigheter i genomförandet av dagliga aktiviteter för samtliga försökspersoner.

Resultat i maximalt gångavstånd (maximal gångsträcka) presenteras tillsammans med resultat i (av) EDAQ.

Fp 1 rapporterade mindre svårigheter i alla delområden som fanns i Edaq (27 poäng mindre). Före intervention gick *fp 1* med stöd av en rollator inom- och utomhus. Efter intervention gick hon inomhus utan stöd och utomhus med stöd av en stav. Under uppföljningen behövde hon rollator bara vid längre shoppingresor i stan, annars gick hon utomhus med stöd av en stav. Efter interventionen kunde hon vattna blommorna på andra våningen och utföra hushållsarbetet (inte som före stroke men bättre). *Fp1* fortsatte att träna dagligen efter interventionsperioden. Under uppföljningen berättade hon att p.g.a. nedsatt balans kunde hon fortfarande inte hänga upp gardiner eller promenera i skogen.

I början av studien var summan av självskattade svårigheter 51 poäng för *fp 1*, efter interventionen 14 poäng och under uppföljningen 8 poäng (tabell 3).

Fp 2. För *fp 2* minskade den totala summan av självskattade svårigheter med 19 poäng efter interventionsfasen. Hennes max. gångavstånd (med stöd av en krycka) var 22 meter före intervention, 66 meter strax efter interventionen och 65 meter under uppföljningen. Förbättring i gångförmågan gjorde det möjligt för henne att gå från bilen till lokalen som hon besökte en gång i veckan, tidigare satt hon i rullstolen och blev skjutsad in av en assistent.

Efter interventionen satt hon även i vanliga stolar och inte enbart i rullstolen som i början av studien. Under uppföljningen var summan av självskattade svårigheter 8 poäng högre för *fp 2* än efter interventionen. Hon berättade att det var svårt för henne att motivera sig till fortsatt hemträning om ingen följer upp henne. Hon önskade sig mer hjälp med hemträning (tabell 3).

Fp 3. Summan av självskattade svårigheter minskade med 6 poäng för *fp 3* efter interventionsfasen. Hennes maximala gångavstånd (ca. 100 meter) förändrades inte under studietiden men självskattad svårighet i att gå till affären och i att arbeta stående i kök minskade från, med stora svårigheter till en viss svårighet efter interventionen. Summan av självskattade svårigheter för *fp3* var 5 poäng mer under uppföljningen jämfört med resultatet strax efter interventionen. Hemträning blev en del av den dagliga rutinen för *fp3*, under uppföljningen berättade hon att hon inte är säker på om träningen hjälper henne eller inte men hon tyckte att det är bra att fortsätta med den i alla fall (tabell 3).

Fp 4. För *fp 4* minskade den totala summan av självskattade svårigheter med 29 poäng. Hans max gångavstånd inomhus med rollatorn var i början av studien 80 meter och efter interventionen 136 meter. I slutet av interventionsfasen började han även promenera korta sträckor utomhus (med stöd av en rollator). Under uppföljningen var hans gångförmåga på samma nivå som i början av studien. I början av studien skattade han uppgiften att gå ut på balkong som omöjligt. Efter interventionen kunde han gå ut på balkongen med viss svårighet.

Att gå på plan mark (med stöd av en rollator) skattade han som med stor svårighet i början av studien och som utan svårighet efter interventionen. Upplevd svårighet i att arbeta stående i köket och laga mat förändrades inte under studietiden (med stor svårighet). Under uppföljningen var summan av självskattade svårigheter 49 poäng för *fp4* jämfört med 39 poäng strax efter interventionen. *Fp4* orkade inte fortsätta med hemträningen, han önskade sig mer hjälp från kommunen för att kunna göra detta (tabell 3).

Fp .5 I början av studien orkade *fp 5* gå max 22 meter med stöd av en krycka, efter interventionsfasen var hans max. gångavstånd (med stöd av en krycka) 64 meter och under uppföljningen 120 meter. Summan av självskattade svårigheter minskade med 8 poäng efter interventionsfasen. Efter interventionen blev det möjligt för honom att spela boule i stående position men det gick inte att dansa. Under uppföljningen var summan av självskattade svårigheter 4 poäng för *fp5* jämfört med 15 poäng strax efter interventionen. Han fortsatte att träna aktivt efter interventionsperioden. Under uppföljningen frågade *fp5* vilka möjligheter det finns att fortsätta med träningen. Hemträning (ensam) hade blivit ett bra men samtidigt något tråkigt sätt gå vidare i själva träningen (tabell 3).

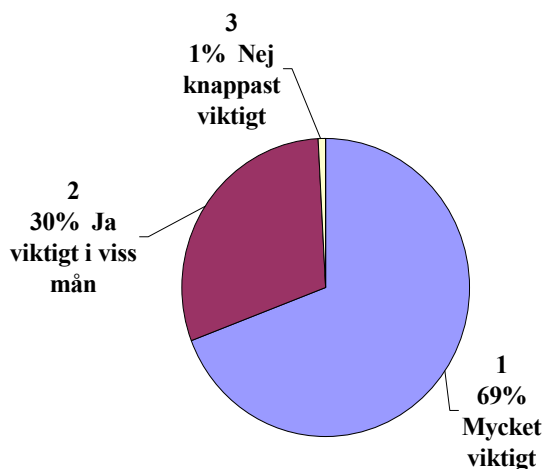
Tabell 3. Självskattning av upplevda svårigheter vid olika aktiviteter på en 0-3 gradig skala.

Försöks- person	Summan före baslinjefasen	Summan efter intervention	Summan under uppföljning.
Fp 1	51	14	8
Fp 2	58	39	47
Fp 3	36	30	35
Fp 4	68	39	49
Fp 5	23	15	4

Resultat av Enkät om samarbete

Figurer 10–21.

104 av 136 svarade på enkäten, svarsprocenten var 76,47.



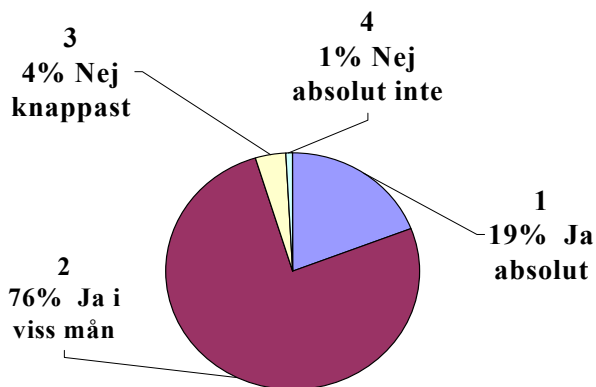
Figur 10. (fråga 1) För mig är det viktigt att samarbeta med andra yrkesgrupper inom hemvården?

Sammandrag av kommentarer till fråga 1.

I kommentarer till fråga ett skrev informanterna att samarbete med andra är viktigt för att få råd, stöd och för att kunna byta tankar och erfarenheter. Fyra kommentarer handlade om -bättre vård och livssituation för den boende genom samarbete med andra yrkesgrupper.

Tre kommentarer handlade om samhörighet med varandra inom arbetsområdet, för att få en helhetsbild (Ju mera vi samarbetar desto bättre blir det).

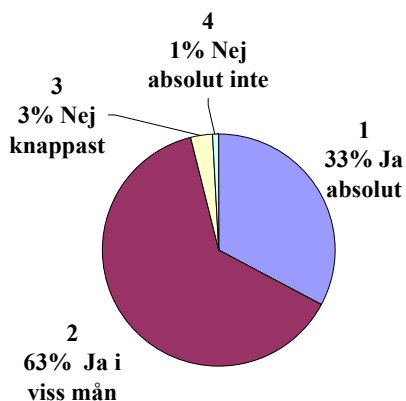
En av informanterna skrev att olika kompetenser, arbetsområden och sätt att se på saker och ting är bra i slutändan eftersom förutsättningarna är olika beroende på om de (vårdtagarna) bor hemma eller ej.



Figur 11. (fråga 2) Anser Du att Du har tillräckliga kunskaper för att kunna arbeta med rehabiliterande förhållningssätt? (att hjälpa vårdtagaren att bibehålla sin funktionsförmåga).

Sammandrag av kommentarer till fråga 2.

Informanterna som skrev kommentar till frågan tyckte att de inte har tillräckliga kunskaper eller att det är bra med mer utbildning. Åtta kommentarer handlade om att om man får stöd och handledning går det bra. (Med stöd och instruktioner från sjukgymnasten och arbetsterapeuten går det bra). Ingen kan ha lärt sig för mycket skrev en och en tyckte att det däremot kan vara svårt när vi (vårdpersonal) ska visa varandra. Gör den som instruerar fel, ger fel information, gör även nästa fel. Vi behöver alltid undervisning och påminnelse hur vi ska göra för att det ska bli bra.



Figur 12. (fråga 3) Anser Du att Du har tillräckliga kunskaper för att kunna ge den individuella träningen som delegeras till Dig?

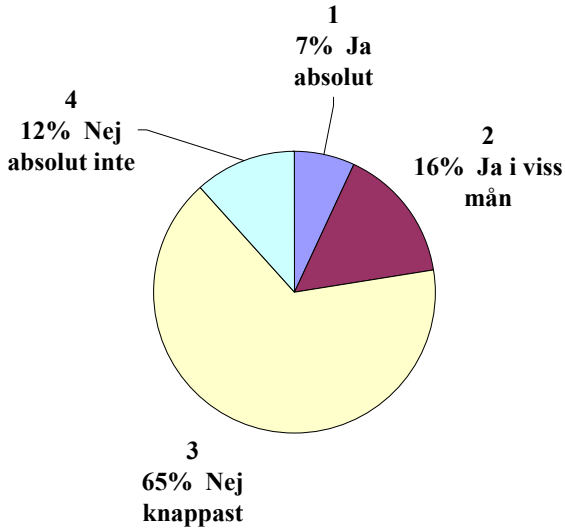
Sammandrag av kommentarer till fråga 3.

Ja det är ju den som ger mig delegeringen som förvissat sig om att jag kan (tre kommentarer). Sex av kommentarerna handlade om kommunikation och svårigheter att förmedla information mellan alla som arbetar, så alla förstår vikten av träningen. Bäst att få vara med när sjukgymnast/arbetsterapeut visar. Lätt att någon detalj missas när man för vidare info.

Det kan ibland brista i kommunikation mellan oss i arbetsgruppen beroende på vem/vilka som fått information från den som delegerat.

Fyra informanter tyckte att de får bra handledning och att sjukgymnast och arbetsterapeut har ett bra förhållningssätt.

En informant tyckte att problemet är att man har ont om tid.

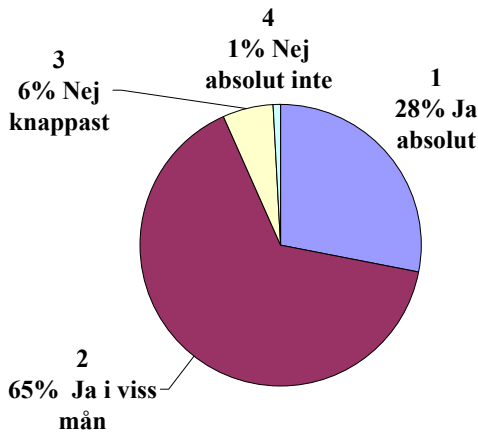


Figur 13. (fråga 4) Saknar Du något som skulle göra det lättare att samarbeta med andra?

Sammandrag av kommentarer till fråga 4.

Det som saknades av informanterna var mer närvaro av sjukgymnast/arbetsterapeut, utbildning, kommunikation/information, tid och att alla (vårdpersonal) borde ha samma intresse. Tre av informanterna förstod inte frågan.

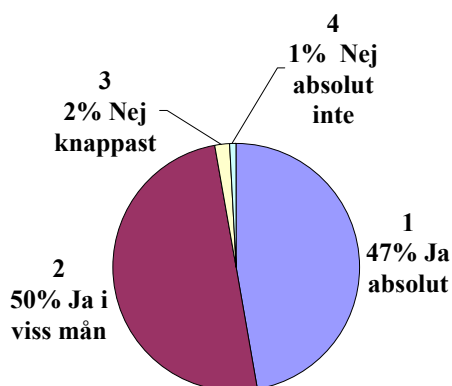
Förstår inte riktigt frågan, utbildning ni syftar på??? En informant tyckte att för långa avstånd mellan boendena för att få hjälp snabbt är ett problem.



Figur 14. (fråga 5) Anser Du att du behöver utbildning i rehabiliteringsfrågor?

Sammandrag av kommentarer till fråga 5.

Utbildning är bra därför att -man lär sig alltid något nytt, -bra att uppdatera sig, -man blir aldrig fullärd och att det finns ett ständigt behov att uppdatera sig. En informant tyckte att utbildning är viktigt i samband med delegering av uppgifter.



Figur 15. (fråga 6) Anser Du att hjälpa vårdtagarna med träning tillhör dina arbetsuppgifter?

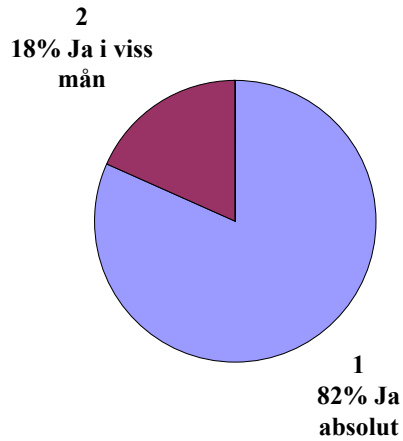
Sammandrag av kommentarer till fråga 6.

Six kommentarer handlade om tidsbrist. Det är fullt upp med andra arbetsuppgifter!!

Sju av informanterna tyckte att träning är att hjälpa vårdtagarna att klara sina dagliga liv. Vi som hjälper vårdtagarna med ADL har i högsta grad träning som arbetsuppgift.

En av informanterna tyckte att lättare träningsuppgifter tillhör arbetsuppgifterna. En betonade vikten av att få tillräcklig handledning i träningen. Två tyckte att eftersom vi känner vårdtagaren bäst, kanske vi också har bäst kommunikation (med vårdtagaren).

Anser sjukgymnasten att det är saker som vi klarar av, så är det helt klart.

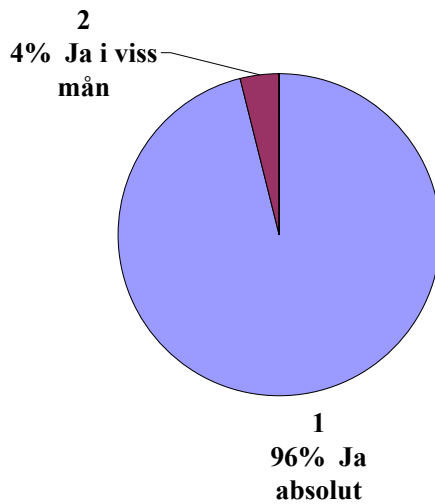


Figur 16. (fråga 7) Anser Du att de träningsåtgärder som sjukgymnast/arbetsterapeut delegerar till vårdpersonal har betydelse för vårdtagaren?

Sammandrag av kommentar till fråga 7.

Sjukgymnast och arbetsterapeut betraktades som experter som vet mest om träningen. Fem av informanterna tyckte att det är mycket viktigt att vårdtagarna får bibehålla sina krafter och sin ork.

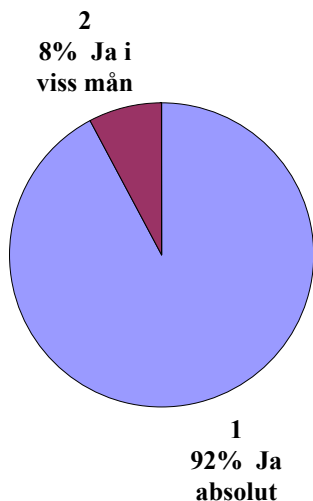
En av informanterna skrev att om träningen kan göras i hemmiljö är det säkert enklare för vårdtagaren.



Figur 17. (fråga 8) Anser Du att det är viktigt att vårdtagarna får träna för att kunna bibehålla den befintliga funktionsnivån?

Sammandrag av kommentar till fråga 9.

I nio kommentarer skrev informanterna att det är viktigt för att vårdtagaren ska få behålla sin livskvalitet och självkänslan så länge som möjligt och att ju längre tid en person "kan stå på benen" desto lättare att hjälpa för oss.

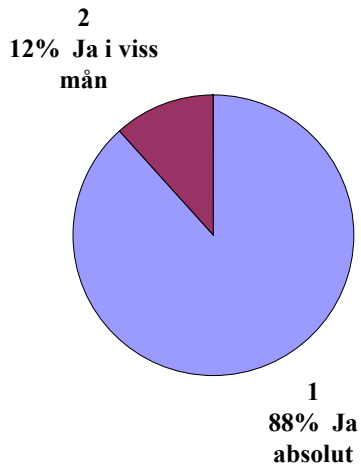


Figur 18. (fråga 9) Anser Du att samarbete med sjukgymnast är meningsfullt?

Sammandrag av kommentarer till fråga 9.

Sju informanter skrev att det är viktigt att det finns tid för information och instruktioner. Samtidigt är det viktigt att vi vet vem man ska kontakta. Bra att få uppföljning av träningen, någon som ser och bedömer resultatet.

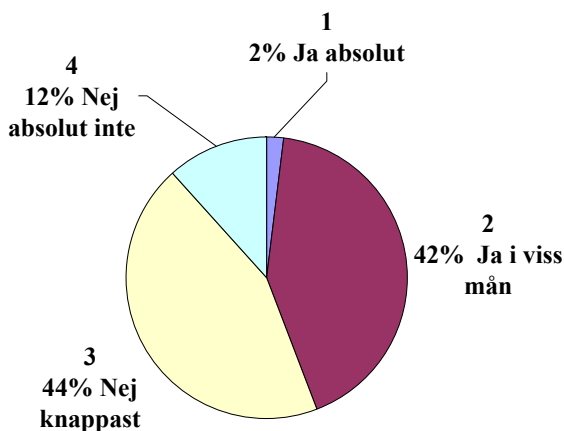
En informant skrev att, har inte träffat sjukgymnasten.



Figur 19. (fråga 10). Anser Du att samarbete med arbetsterapeut är meningsfullt?

Sammandrag av kommentarer till fråga 10.

För att få bolla idéer och för att få hjälpmedel som fungerar för ändamålet. Samarbetet behövs för att vård och rehabilitering ska kunna fungera.



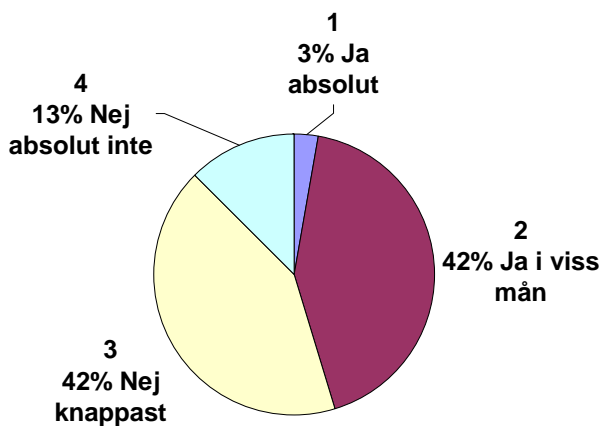
Figur 20. (fråga 11) Upplever Du rädsla att göra fel vid delegerade uppgifter från sjukgymnast?

Sammandrag av kommentarer till fråga 11.

Tio av kommentarerna handlade om rädsla att inte få den information som är viktig. När jag inte har varit med och fått delegering och fått information själv.

Fyra av informanterna skrev att de har fått bra instruktioner.

En informant skrev att, oftast blir det en kort genomgång o det kan ta längre innan det blir någon uppföljning.



Figur 21. (fråga 12) Upplever Du rädsla att göra fel vid delegerade uppgifter från arbetsterapeut?

Sammandrag av kommentarer till fråga 12.

Åtta av kommentarerna handlade om information och kommunikation. När jag inte varit med och fått delegering och fått information själv.

Diskussion

Alla fem försökspersoner fick bättre testresultat efter 12 veckors lång hemträning och fyra försökspersoner av fem förbättrade sin funktionella förmåga i olika vardagsaktiviteter.

Testresultatet stödjer uppfattningen att det aldrig är för sent att starta ett träningsprogram för strokepatienter och att det är felaktigt att säga att 3-6 månader efter stroke har man uppnått den högsta möjliga funktionsnivån som man kan uppnå (31,26,25).

Tre månader efter avslutad träning var testresultat i Bergs Balans skala, TST-test och i 10 meters gångtest sämre för 3 av försökspersonerna. Detta stödjer tolkningen att interventionen var till nytta för försökspersonerna som deltog i studien.

När man granskar figurerna 1-9 kan man fråga sig om det var nödvändigt att träna under 12 veckors tid. Förbättring i resultatet verkar träda fram mycket tidigare, efter bara två-tre veckors träning. Möjliga förklaringar till det är att a) känslan av otrygghet snabbt började minska och därefter vågade de bli mer aktiva i sin vardag (73,74) b) träningen var tillräckligt intensiv som ledde till snabbare resultat (75,76,77,78) c) eftersom försökspersonerna tränade självvalda aktiviteter blev träningen meningsfull vilket bidrog till snabbare resultat.

För att uppnå varaktiga resultat är det viktigt att individen själv väljer en tilltalande träningsform som kan integreras i det dagliga livet (79).

Studiens syfte var att ta reda på om uppgiftsspecifik funktionsträning ger effekt på funktionsförmågan i vardagen. Resultatet av studien stödjer detta men för att kunna hjälpa strokepatienter i ett bredare perspektiv måste funktionsträning ses som en del av rehabilitering, inte som själva rehabiliteringen.

Tre av försökspersonerna uttryckte sin önskan att kunna fortsätta med träningen men för närvarande saknas möjlighet för fortsatt träning. Varken primärvård eller kommunen ser detta som sin uppgift. Samma önskemål och problematik finns dokumenterad i tidigare studier. För både kommun och primärvård finns problem med den, utifrån behoven, begränsade mängden rehabiliteringspersonal (80,81).

Att träna upp sina funktioner om man sedan inte har några situationer där man har anledning att nyttja de erövrade förmågorna, kan lätt leda till att det man uppnådde under rehabiliteringsepisoden försvinner efter någon månad (82).

Hemtjänsten ses gärna som bas i hemrehabiliteringsarbetet men för vårdbiträden och undersköterskor är bristande tid, avsaknad av arbetsmetoder och kunskaper om fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och i sjukdomsbehandling ett problem när man ska arbeta vardagsrehabiliterande (83,51). I figur 11 svarade 19 % (ca.2 av 10) av de svarande att de (Ja absolut) har tillräckliga kunskaper för att kunna arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt.

Medicinska uppgifter för hemtjänstpersonalen består främst av att överlämna läkemedel, lägga om sår och ge viss rehabilitering. Medicinska uppgifter är bara en av sex huvudkategorier som vård- och omsorgsassistenter inom kommunernas vård och omsorg för äldre utför (84). Rollen för undersköterskor inom hemtjänsten beskrivs som att vara både kurator, psykolog, vårdare, städerska, kokerska, kameleont och hembiträde. Det kan vara krävande att växla mellan alla dessa roller. Några få grupper ser ut att ha mål på sina enheter som verkligen leder dem i arbetet (85).

I figur 12 svarade 33 % (ca.3 av 10) att de har tillräckliga kunskaper (Ja absolut) för att kunna ge den individuella träningen som delegeras till dem som jobbade inom hemtjänst/boende. Samtidigt är nästan alla (96 %) eniga om att det är viktigt att vårdtagarna får träna för att kunna bibehålla sin funktionsförmåga i vardagen.

I figur 15 anser 47 % (ca. 5 av 10) av de svarande att (Ja absolut) hjälpa vårdtagarna med träning tillhör deras arbetsuppgifter inom hemtjänst/boende.

Intensiv hemträning (som i denna studie) som en del av medicinsk vård ska inte blandas ihop med begreppet vardagsrehabilitering. Intensivträning handlar om tidsbegränsade dagliga träningsinsatser 1-3 gånger om dagen. Vardagsrehabilitering handlar om att stödja vårdtagarens förmågor att klara sin personliga omvårdnad och aktiviteter i hemmet. Det är ett (rehabiliterande-) förhållningssätt som vårdpersonalen ska ha och det varar livet ut.

För att kunna intensivträna strokepatienter i större skala behövs det ett ”rehab.team” helst knutet till strokeenheten/slutenvård, som består av personal som är specialutbildade och intresserade av att träna med strokepatienter. Sjukgymnaster inom kommuner är ofta inte specialutbildade inom strokevård därför behöver de stöd och handledning från strokeenheten (86).

Även om studien handlade om kroniska strokepatienter är det viktigt att poängtera att enligt dagens vetenskap kan de 3 första månaderna efter stroke vara avgörande för hur rehabiliterings resultatet blir (3).

Att en dirigent för rehabiliteringsverksamhet (MAR medicinskt ansvarig för rehabilitering) saknas i många kommuner kan ses som ett hinder för att utveckla rehabiliteringstänkande inom kommuner. MAR har inom kommunen lagstadgat ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att patienten får en säker och ändamålsenlig rehabilitering.

Rehabilitering är en process som syftar till att göra individen starkare och mera kapabel, därför ligger fokus inte på felet, svårigheterna eller diagnosen. Fokus ligger på vad som rimligen kan uppnås och på möjligheter. Där skiljer sig omvårdnads- och rehabiliteringstänkande åt (57).

En viktig del i hemrehabiliteringsarbetet är att tillägna sig ett förhållningssätt där aktivering av vårdtagarna prioriteras, vilket för hemvårdspersonalen (och för cheferna) i många fall innebär att man måste förändra sitt sätt att arbeta och se på sin yrkesroll.

Gråzonen mellan funktionshöjande, funktionsbevarande och förebyggande insatser har visat sig vara ett av de största problemen i dialogen mellan geriatrik, primärvård och kommun om ansvaret för rehabilitering i ordinärt boende (87).

Uppfattningen om målet med rehabiliterande verksamhet är oklar mellan de två huvudmännen. I landstinget anses målet med rehabiliteringen vara att göra patienten så frisk och rörlig som möjligt medan personer med kommunal bakgrund i större utsträckning betonar att målet är att patienten ska må så bra som möjligt (83)

Konklusion

I denna studie verkade uppgiftsorienterad hemträning förbättra funktionsförmågan på kroniska strokepatienter. Specifik funktionsträning som en del av medicinsk vård får inte blandas ihop med begreppet (vardags-) rehabilitering. Rehabilitering ska förstås som ett mycket vidare begrepp som syftar till att bringa individen och de anhöriga i en så

optimal funktionell och social situation som möjligt efter en sjukdom eller skada.

Eftersom stroke är den mest rehabiliteringskrävande sjukdomsgruppen för äldre behövs det ett specialutbildat multidisciplinärt hemrehabiliteringsteam, helst knutet till strokeenheten/slutenvård, för att uppnå ett bra resultat. Sådan verksamhet leder till ökad funktionsnivå hos patienterna och minskad risk för försämring.

För att kunna bibehålla funktionsförmågan efter avslutad hemträning behövs det meningsfulla fritidsaktiviteter eller resurser till uppföljande hemträning där strokepatienterna kan känna sig delaktiga när den aktiva rehabiliteringsfasen är över. I detta sammanhang har hemtjänstpersonal en viktig roll om tid avsätts för detta.

Tillkännagivande

Till min handledare Bengt Åkerström: Mitt djupa och varma tack för att du med tålamod har givit mig frihet med ansvar.

Varmt tack till förvaltningschef Monica Grahn som med sin entusiasm gör det möjligt för oss att utveckla vår verksamhet.

Jag vill också tacka prof. Katharina Stibrand- Sunnerhagen som har stöttat mig genom hela denna långa process.

Till sist vill jag tacka rehab. assistent Veronica Sjögren som hjälpte mig med renskrivning av rapporten, arbetsterapeut Mikael Jansson som hjälpte mig att konstruera enkäten om samarbete, hemtjänstpersonal som assisterade i hemträningen och rehab. assistent Ulla Karlsson som med sin beslutsamhet sprider kunskap om att funktionsträning ger resultat.

Referenslista

1. Riksstroke nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård www.riks-stroke.org).
2. Assessment in health care - SBU Report. Stroke. Norstedts tryckeri AB, Stocholm, 1992.
3. National Board of Health and Welfare. National guidelines for stroke management 2005. (In Swedish :Medicinskt och hälsoekonomisk faktadokument) Artikelnr. 2006-102-1
4. Gresham GE, Dawber TR. Residual disability in survivors of stroke: the Framingham Study. New England Journal of Medicine.1975;293:954-956
5. Neil F G, Gulanic M, Costa F, Fletcher G, Franklin B A, Roth E J, Shephard T. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. Circulation. 2004;109:2031-2041.
6. Nydevik Ingegard: SBU Rapport: Evidensbaserat äldrevård 2003.
7. Barnes M P, Radermacher H. Neurological rehabilitation in the community. Journal of Rehabilitation Medicine 2001;33:244-248.
8. Widen Holmqvist L, von Koch L, Kostulas V, Holm M, Widsell G, Tegler H, Johansson K, Almazan J, de Pedro-Cuesta J. A Randomized Controlled Trial of Rehabilitation at Home After Stroke in Southwest Stockholm. Stroke. 1998;29:591-597.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005, Beslutsstöd för prioriteringar. Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg. 2006 Artikelnr: 2006-102-2
10. United nations. Utrikesdepartementet. Standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Stockholm 1995.

11. Hackett ML, Chaturangi Y, Varsha P, Andersson CS. Frequency of Depression After Stroke. *Stroke* 2005;36:1330)
12. Åström M, Adolfsson R. Major depression in strokepatients: A 3-year longitudinal study. *Stroke* 1993;24 (7):976-82.6
13. Engström B, Nilsson R, Willman A. Omvårdnad vid stroke. State of the Art. Svensk sjuksköterskeförening. 2005.
14. Socialstyrelsen. Livssituationen två år efter stroke - En uppföljning av strokedrabbade och deras närstående Underlag från experter 2004 .Artikelnr: 2004-123-40
15. Neurologiska kliniken Universitetssjukhuset i Linköping. Akut omhändertagande vid stroke, ett vårdprogram. 1995.
16. Stroke Unit Trialist Collaboration. Collaborative systematic review of the randomized trial of organized inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997;314:1151-59. (4 June).
17. Stroke Unit Trials Collaboration. Organized inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochran Review. In: *The Cochran Library, Issue 2*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd;2004
18. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005, Medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg. 2006 Artikelnr: 2006-102-1
19. Corr S, Bayer A. Poor functional status of stroke patients after hospital discharge: scope for intervention?. *British Journal of Occupational Therapy*.1992; 55, pp.383-385.
20. Rudd AG, Wolfe C, Tilling K, Beech R. Randomized controlled trial to evaluate early discharge scheme for patients with stroke. *BMJ*. 1997;315:1039-1044 (25 October).
21. Van de Port I G L, Kwakkel G, Wijk I, Lindeman E. Susceptibility to Deterioration of Mobility Long-Term After Stroke. *Stroke*. 2006; 37:167.

22. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics-2003Update. Dallas, Tex: American Hearth Association; 2002
23. Potempa K, Lopez M, Lynne T, Braun J, Szidon P, Fogg L, Tincknell T: Physiological Outcomes of Aerobic Exercise Training in Hemiparetic Stroke Patients. *Stroke* 1995;26:101-105.
24. Holmqvist L W. Development and evaluation of rehabilitation at home after stroke in south-west Stockholm. Thesis Karolinska Institute, Stockholm.1997, Page 43.
25. Outpatient Service Trials. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomized trials. *The Lancet*. Jan.2004, Vol.363, Pages 352-356.
26. Monger C, Carr JH, Fowler V. Evaluation of a home-based exercise and training program to improve sit-to-stand in patients with chronic stroke. *Clinical Rehabilitation* 2002; 16:361-367
27. Logan P A, Gladman J R F, Avery A, Walker M F, Groom L. Randomized controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ*. 2004;329:1372 (11 December).
28. The Cochran Database of Systemic Reviews. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. *Outpatient Service Trialists*. 2006 Issue 1.
29. Duncan P, Studenski S, Richards L, Gollub S, et al. Randomized Clinical Trial of Therapeutic Exercise in Subacute Stroke. *Stroke*. 2003;34:2173
30. Saunders DH, Greig CA, Young A, Mead GE. Physical fitness training for stroke patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 1.
31. Dobkin B. Strategies for stroke rehabilitation. *The Lancet*. 2004;vol.3,9:528-536.

32. Shapero Sabari J, Meisler J, Silver E. Reflections upon rehabilitation by members of a community based stroke club. Disability and rehabilitation, 2000; vol.22, No. 7, 330-336
33. Cochrane review. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. The Cochrane Library 2006, Issue 1.
34. Intercollegiate Stroke Working Party. Clinical Effectiveness & Evaluation Unit. Royal College of Physicians. National clinical guidelines for stroke. Second edition. June 2004 London.
35. Kwakkel G, van Peppen R, Wagenaar R C et al. Effects of Augumented Therapy Time. After Stroke. A Meta -Analysis. Stroke. 2004; 35:2529
- 34 Rodriquez A A, Black P O, Kile K A, Sherman J, Stellberg B, McCormick J, Roszkowski J, Swiggum E. Gait Training Efficacy Using a Home-Based Practise Model in Chronic Hemiplegia. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1996; August.vol.77
- 35 Hassmen P, Hassmen N, Hälsosam motion- lindrar nedstämdhet och depression. Sisu idrottsböcker. 2005. Örebro. ISBN 91-85433-02-0.
- 36 Timonen L, Rantanen T, Ryyänen PO, Taimela S, Timonen TE, Sulkava R. A randomized controlled trial of rehabilitation after hospitalization in frail older women: effects on strength, balance and mobility. Scandinavian Journal of Medicine Science Sports. 2002. Jun;12 (3):186-9.
- 37 Statens folkhälsoinstitut, YFA. FYSS. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och i sjukdomsbehandling. Nätversion 2001 samt. Fyss Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och i sjukdomsbehandling. Statens folkhälsoinstitut. Rapport nr.2003: 44
- 38 Sackley C, Wade T D, Mant D, Atkinson J C, Yudkin P, Cardoso K, Levin S, Blanchard V L . Reel K. Cluster Randomized Pilot Controlled Trial of an Occupational Therapy Intervention for Residents With Stroke in UK Care Homes. Stroke June 12, 2006
- 39 Tidskriften arbetsterapeuten. Arbetsterapeuters tid används felaktigt. 2005;08:4

- 40 Steultjens E M.J, Dekker J, Bouter L M, van de Nes J C M, Cup E H.C, van den Ende C Occupational Therapy for Stroke Patients. Stroke. 2003;34:676
- 41 Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund: Definition av ämnet och yrket sjukgymnastik
- 42 Förbundet. Svenska arbetsterapeuter. Definition av ämnet och yrket arbetsterapi.
- 43 Dean C, Spemherd R. Task-related training improves performance of seated reaching task after stroke: a randomised controlled trial. Stroke. 1997;28:722-8.
- 44 Dettmers C, Teske U, Hamzei F, Uswatte G, Taub E, Weiller C. Distributed Form of Constraint-Induced Movement Therapy Improves Functional Outcome and Quality of life After Stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2005;86; 204-209.
- 45 Bode R K, Heinemann A W, Semik P, Mallison T. Relative Importance of Rehabilitation Therapy Characteristics on Functional Outcomes for Persons With Stroke. Stroke 2004;35:2537
- 46 Taub E, Uswatte G, Elbert T. New treatments in neurorehabilitation founded on basic research. Neuroscience. 2002;vol.3:228-236.
- 47 Shumway-Cook, Woollacott M H. Motor Control. Theory and Practical Applications. Second Edition. 2001.
- 48 Daly J J, Roenigk K, Holcomb J, Rogers J M, Butler K, Gansen J, McCabe J, Fredrickson E, Marsolais B, Ruff R L. A Randomized Controlled Trial of Functional Neuromuscular Stimulation in Chronic Stroke Subjects. Stroke. 2006;37:172
- 49 Van der Lee H J, Snels I AK, Beckerman H, Lankhorst GJ. Exercise therapy for arm function in stroke patients: a systematic review of randomised controlled trials. Clinical Rehabilitation 2001;15:20-31
- 50 Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för äldrepolitik. Slutrapport. Linköpings tryckeri AB. 2002.

- 51 Barnes M, Radermacher H. Community Rehabilitation in Neurology 2004.
- 52 Wallström M. En plats i solen- framtidens äldreomsorg. Vård 1998; (1):5-13
- 53 Socialstyrelsen. Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg. Två studier om utvecklingsläget. Artikelnr: 2000-26.008
- 54 Åberg K, Öhman A, Olsson-Lundin L. Disparata yrkesfunktioner och okänt team. Nordisk Fysioterapi 2004; 8:3-11
- 55 Jäger W. Rehabiliteringsprocessen och dess processfaktorer. Utgåva 1999.
- 56 Socialstyrelsen. Att arbeta med äldres rehabilitering - Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre 2003. Artikelnr: 2003-131-10
- 57 Socialstyrelsen. Rätt insatser i rätt tid till personer med hjärnskada? En tillsyn av insatser ålder. Genomförd vid fyra stadsdelsnämnder i Göteborg 2005 .Artikelnr: 2005-109-30
- 58 Zhan SU, Ottenbacher KJ. Single subject research designs for disability research. Disability and rehabilitation. 2001; vol.23, no.1, 1-8.
- 59 Wilmore J H, Costill D L. Physiology of sport and exercise. 1999. Second Edition
- 60 Nordenskiöld U, Grimby G, Hedberg M, Wright B, Lincare JM. The structure of an instrument for assessing the effects of assistive devices and altered working methods in women with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res. 1996 Oct; 9(5):358-67.
- 61 Nordenskiöld U, Grimby G, Dahlin-Ivanoff. Questionnaire to evaluate the effects of assistive devices and altered working methods in women with rheumatoid arthritis. Clinical Rheumatology. 1998 Jan; vol. 17, No 1, 6-16

- 62 Åberg A C, Lindmark B, Lithell H. Development and reliability of the General Motor Function Assessment Scale (GMF)- A performance-based measure of function- related dependence, pain and insecurity. *Disability and Rehabilitation*, 2003; vol.25, No.9,462- 472
- 63 Åberg A C, Lindmark B, Lithell H. Evaluation and application of the General Motor Function assessment scale in geriatric rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 2003; vol.25, No.7,360-368
- 64 Åberg AC. General Motor Function Assessment and Perceptions of Life Satisfaction during and after Geriatric Rehabilitation: Uppsala: Uppsala University; 2003.
- 65 Berg K, Wood-Dauphinee S, Williamans JI. The balance scale: reliability assessment with elderly residents and patients with acute stroke. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 1995;27:27-36
- 66 Stroke Trials registry. 2006. The Internet stroke Centre. Database www.strokecenter.org.
- 67 Csuka M, McCarty D. Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. *Then American Journal of Medicine*.1985; 78. 77-81.
- 68 Green J, Forster A, Young J. Reliability of gait speed measured by a timed walking test in patients one year after stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2002; 16:306-14
- 69 VanHerk I, Arendzen J, Rispens P. Ten-metre walk, with or without a turn. *Clin Rehabil*. 1998;12:30-35.
- 70 Borg G. Borgs perceived exertion and pain scales. 1998. *Human Kinetics*
- 71 Bloom M, Fischer J, Orme J G. *Evaluating Practice. Guidelines for the Accountable Professional*. 2003. Fourth Edition.
- 72 Yardley L, Smith H. A Prospective Study of the Relationship Between Feare Consequences of Falling and Avoidance of Activity in Community-Living Older People *Gerontologist* 2002;42:17-23

73 Vellas B, Wayne S J, Romero L J, Baumgartner N, Garry P J. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age and Ageing* 1997. Vol.26.3: 189-193

74 Olney S J, Nymark J, Brouwer B, Culham E, Day A, Heard J, Henderson M, Parvataneni K. A Randomised Controlled Trial of Supervised Versus Unsupervised Exercise Programs for Ambulatory Stroke Survivors. *Stroke*. 2006;37:476.

75 Sterr A, Elbert T, Berthold I, Kölbel S, Rockstroh B, Taub E. Longer Versus Shorter Constrained-Induced Movement Therapy of Chronic Hemiparesis: An Exploratory Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002;83:1374-1377.

76 Gordon NF, Cochair MG et al. AHA Scientific Statement. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. *Circulation*. 2004;109:2031-2041.

77 Kwakkel G, Wagenaar RC, Koelman TW, Lankhorst GJ, Koetsier JC. Effects of intensity of rehabilitation after stroke: A research synthesis. *Stroke* 1997; 28: 1550-1556.

78 Samrehab i nordväst- erfarenheter från de första åren. PM-äldrecentrum 1998-12-14, som bygger på rapporterna på Äldrecentrumrapporterna 1996:10, 1997:7, 1998:4 och 1998:14.

79 Socialstyrelsen. 2006. Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer
Artikelnr: 2006-110-20

80 Pound P, Bury M, Gompertz P, Ebrahim S. Stroke patients views on their admission to hospital. *BMJ* 1995;311:18-22.

81 Gurner U, Fastbom J, Österman J. Vi har inte tid- ring akuten. 24 fallstudier av multisjuka 75+ i Sigtuna- behov och konsumtion av slut- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av anhöriginsatser. Rapporter/Stiftelsen Stocholms läns Äldrecentrum; 2004:1

82 Socialstyrelse Artikelnr: 2000-26.008. Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg. Två studier om utvecklingsläget.

83 Lindholm C, Palm I. Samverkan och effektivitet. En studie om Westerlundiska rehabiliteringsavdelningen. FoU-rapport 1/2004.

84 Månsson M, Nordholm A, Andersson L, Mikaelsson A, Ekman U. Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst. Rapport från FoU-Jämt 2006:1

85 Demain S, Wiles R, Roberts L, McPherson K. Recovery plateau following stroke: Fact or fiction. Disability and Rehabilitation. July 2006;28 (13-14): 815-821

86 Gurner U, Thorslund M. Dirigent skanas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning. 2003 Natur och Kultur.

Borgs symtomskala

0,5 Mycket, mycket svag (knappt kännbar)

0 Mycket svag

1 Svag

2 Måttlig (lätt)

3 Ganska stark

4 Ingen alls

5 Stark (kraftig)

6

7 Mycket stark

8

9

10 Mycket, mycket stark (nästan max)

● **Maximal**

Enkät om samarbete

Kön Man
Kvinna

Ålder -30 år
31-40 år
41-50 år
51- 60 år
61-→

Ange om du arbetar mest inom hemtjänst eller på ”boende”

Totalt antal år inom denna yrkesverksamhet < 1 år
1 - 3 år
3- 5 år
5 - 10 år
10 - 15 år
> 15 år

1. För mig är det viktigt att samarbeta med andra yrkesgrupper inom hemvården?

Mycket viktigt	Ja viktigt i viss mån	Nej knappast viktigt	Inte alls viktigt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

2. Anser Du att Du har tillräckliga kunskaper för att kunna arbeta med rehabiliterande förhållningssätt? (att hjälpa vårdtagaren att bibehålla sin funktionsförmåga).

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Kommentar

3. Anser Du att Du har tillräckliga kunskaper för att kunna ge den individuella träningen som delegeras till dig?

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Kommentar

4. Saknar Du något som skulle göra det lättare att samarbeta med andra?

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Om något saknas, vad ?

5. Anser Du att du behöver utbildning i rehabiliteringsfrågor?

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Kommentar:

6. Anser Du att hjälpa vårdtagarna med träning tillhör dina arbetsuppgifter?

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Kommentar

7. Anser Du att de träningsåtgärder som sjukgymnast / arbetsterapeut delegerar till vårdpersonal har betydelse för vårdtagaren?

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Kommentar

8. Anser Du att det är viktig att vårdtagarna får träna för att kunna bibehålla den befintliga funktionsnivån ?

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Kommentar

9. Anser Du att samarbete med sjukgymnast är meningsfullt?

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Kommentar

10. Anser Du att samarbete med arbetsterapeut är meningsfullt?

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Kommentar

11. Upplever du rädsla att göra fel vid delegerade uppgifter från sjukgymnast ?

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Kommentar

12.Upplever Du rädsla att göra fel vid delegerade uppgifter från arbetsterapeut?

Ja absolut

Ja i viss mån

Nej knappast

Nej absolut inte

Kommentar

Information angående deltagande i en enkätundersökning

Bakgrund och syfte med undersökningen

Hemvårdens mål är att vårdtagare, oberoende av var de bor, vet att Hemvårdens personal ger det stöd och den hjälp som de behöver, har rätt till samt själva har valt.

Vårdplanen kan innehålla stöd och hjälp i form av individuella anpassade aktiviteter i förebyggande och rehabiliterande syfte.

En viktig del av vårt arbete är att instruera anhöriga och personal så att deras hjälpinsatser anpassas till vad personen kan och vill göra själv och att handleda vårdpersonal i träningssituationer, förflyttningar och ge instruktioner om behandlingsapparat.

Syfte med undersökningen är att få veta hur Ni som arbetar inom hemvården i Distrikt Hammerdal upplever tvärprofessionellt samarbete i rehabiliteringsfrågor.

De uppgifter som samlas in i samband med undersökningen kommer att hanteras konfidentiellt.

Uppgifterna kommer att databearbetas med kodnummer. Svar kommer inte att kunna kopplas till person och Din identitet inte röjas.

Deltagandet är frivilligt.

Med vänliga hälsningar

Markku Paanalahti Leg. Sjukgymnast
Mikael Jansson Leg. Arbetsterapeut

FoU-Jämt är kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län

Information om FoU-Jämt finns på hemsidan
fou.jamtland.net

Rapporter ur FoU-Jämts rapportserie kan beställas via post eller e-post

ISSN 1651-7253

FoU-Jämt · Mittuniversitet · 831 25 Östersund
foujamt@miun.se