

ÄLDRE BRUKARE SOM SÖKER HJÄLP FÖR ATT TVÄTTA SIG

- EN JÄMFÖRELSE AV EFFEKTER MELLAN
ARBETSTERAPEUTISKA INSATSER OCH
HEMTJÄNSTINSATSER

Magnus Zingmark

Rapport nr 2009:1 i FoU Jämts rapportserie

**Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig.
– En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska
insatser och hemtjänstinsatser**

Magnus Zingmark
© Författaren och FoU Jämt
ISSN 1651-7253

Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig

- En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser

Magnus Zingmark

Sammanfattning

Förmågan att tvätta sig själv har framhållits som en aktivitet av särskilt intresse eftersom nedsatt förmåga i denna aktivitet är vanligt förekommande bland äldre personer. Östersunds kommun har utvecklat ett arbetssätt där samtliga brukare som aktualiseras hos biståndshandläggare för att få hjälp med att tvätta sig erbjuds möjligheten att träffa en arbetsterapeut för att se om behovet av hjälp kan bemötas med fokus på att stärka brukarens egen förmåga att klara av aktiviteten. Studiens syfte var att jämföra utfallet av arbetsterapeutiska insatser med hemtjänstinsatser avseende upplevd aktivitetsförmåga, beviljad tid för hemtjänst för att tvätta sig samt ekonomiska skillnader för de olika arbetssätten. Studien har genomförts som en jämförelse mellan två grupper mellan februari 2006 och april 2007. Den rutinmässiga skillnaden mellan grupperna var att brukarna i undersökningsgruppen fick träffa en arbetsterapeut och brukarna i jämförelsegruppen beviljades hemtjänst för att klara av att tvätta sig. Studien visar att en stor andel av de brukare som söker hjälp för att klara av att tvätta sig klarar sig utan hemtjänst efter arbetsterapeutiska insatser. Detta medför även att den beviljade tiden för hemtjänst och de ekonomiska skillnaderna blir stora.

Innehåll

Sammanfattning	3
Förord	7
Inledning	9
Metod	10
Population	10
<i>Rutiner i undersökningsgruppen</i>	11
<i>Rutiner i jämförelsegruppen</i>	12
Procedur	12
Instrument.....	13
<i>Arbetsterapeutisk insats</i>	13
<i>Upplevd ADL-förmåga</i>	13
<i>Beviljad hemtjänst</i>	13
<i>Kostnader</i>	13
Dataanalys	14
Resultat	15
Arbetsterapeutisk insats.....	15
Jämförelse mellan grupper	16
<i>Upplevd ADL-förmåga</i>	16
<i>Beviljad hemtjänst vid uppföljning</i>	17
Kostnadsanalys	18
<i>Kostnader i undersökningsgrupp</i>	18
<i>Kostnader i jämförelsegrupp</i>	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	22
Referenser	23
Bilaga	25

Förord

Nedsatt förmåga i aktiviteten dusch är vanligt förekommande bland äldre människor. Det har visat sig att nedsatt förmåga i dusch föregår nedsatt förmåga i andra aktiviteter, ökat behov av hemtjänst och även behov av att flytta till särskilt boende. Duschaktiviteten kan göra stor skillnad för individens livskvalitet, men även för att minska hemtjänsttimmar och därmed spara pengar i kommunen.

Magnus Zingmark, leg arbetsterapeut beviljades 2006 FoU medel för att undersöka om insatsbehovet påverkas om arbetsterapeuter är med i ett tidigt stadium i biståndsbedömningen, särskilt när biståndet handlar om personlig hygien. Det område studien fokuserar är vilken effekt arbetsterapeutiska insatser har i aktiviteten personlig hygien dels för funktionsförmågan, dels för kostnadsnyttan.

Rapporten bidrar med en intressant pusselbit i utvecklingsarbetet inom hemtjänsten. Den synliggör att det är möjligt att både göra besparingar och kvalitetsförbättrande åtgärder inom hemtjänsten genom att ta vara på tillgänglig kompetens på ett effektivt sätt.

FoU Jämt

Catharina Höijer

Inledning

Förmågan att tvätta sig själv¹ har framhållits som en aktivitet av särskilt intresse eftersom nedsatt förmåga i denna aktivitet är vanligt förekommande bland äldre personer (Borell, Lilja, Carlsson-Alm, Törnquist & Ståhl, 1995, Naik, Concato & Gill, 2004). Nedsatt förmåga i denna aktivitet har även visat sig föregå nedsatt förmåga i andra aktiviteter (Dunlop, Hughes & Manheim, 1997, Gill, Guo & Allore, 2006, Jagger, Arthur, Spiers & Clarke, 2001). Tidigare forskning har visat att nedsatt förmåga att tvätta sig själv har ett starkt samband med behov av hemtjänst (La Plante, Harrington & Tinetti, 2002) och behov av att flytta till särskilt boende (Gill, Allore & Han, 2006). Flera av dessa författare framhåller behovet av rehabiliterande insatser för att motverka en process som präglas av successivt nedsatta förmågor och ökat beroende av andras hjälp.

För personer som av någon anledning har svårt att klara av sina dagliga aktiviteter kan vård och stöd beviljas som bistånd enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Bistånd i form av kommunal hemtjänst beviljas vanligen efter bedömning av biståndshandläggare och kan exempelvis omfatta hjälp med städning, matlagning och personlig vård (Bergstrand, 2002). Dessa insatser är tänkta att utformas så att de stärker brukarens möjligheter att leva ett självständigt liv. Socialstyrelsen (2003) har belyst den problematik som föreligger inom svensk äldreomsorg kring att äldres rehabiliteringsbehov inte tillgodoses. Äldre som inte får rehabiliteringsinsatser i den utsträckning de har behov av riskerar att förlora förmågan att klara av vardagliga aktiviteter och därmed bli beroende av hjälp från hemtjänst.

Sedan 2000 pågår ett omfattande utvecklingsarbete i Östersunds kommun med fokus på att utveckla hemrehabilitering, där äldre personer utgör en stor målgrupp. Inom ramen för detta genomförde 2002 en grupp arbetsterapeuter ett fördjupningsarbete med inriktning på äldre med svårigheter att tvätta sig. Erfarenheten var att hemtjänstinsatser för dessa personer ofta beviljades i samband med utskrivning från sjukhus utan att någon bedömning av brukarens förmåga föregick beslutet. Erfarenheten var också att det var en insats som brukaren ofta hade kvar även om denne förbättrades och kunde säga ifrån sig andra hemtjänstinsatser. Detta antogs bero på att brukaren och dennes närstående upplevde det som en trygghet att personal fanns närvarande i aktiviteten. Ur arbetsterapeutisk

¹ Begreppet att tvätta sig definieras i ICF såsom att tvätta och torka hela kroppen eller delar av den genom att använda vatten och lämpliga material och metoder för att bli ren och torr såsom att bada, duscha, tvätta händer och fötter, ansikte och hår och att torka sig med handduk.

synvinkel är aktiviteten att tvätta sig en aktivitet där det finns en bred repertoar med åtgärder som kan förbättra en brukares förmåga att klara av aktiviteten (Lilja, 2000). Åtgärder kan till exempel handla om att prova ut hjälpmedel eller att göra förändringar i den fysiska miljön.

Mot denna bakgrund blev arbetsterapeuternas fokus att ta fram ett arbetssätt för hur arbetsterapeutisk bedömning och insats kunde länkas samman med biståndshandläggarnas utredning. Arbetssättet blev efter hand en del av kommunens ordinarie verksamhet. Detta innebar att samtliga brukare som aktualiserades hos kommunens biståndsbedömare för att få hjälp med att tvätta sig erbjöds möjligheten att träffa en arbetsterapeut för att se om behovet av hjälp kunde bemötas med fokus på att stärka brukarens egen förmåga att klara av aktiviteten.

Brukare som har svårigheter att klara av att tvätta sig själva utgör således målgrupp för såväl socialtjänstinsatser, i form av hemtjänst, som arbetsterapeutiska insatser. En skillnad mellan dessa alternativa sätt att möta brukarens hjälpbehov på är att arbetsterapeuten strävar efter att brukaren ska nå en så hög grad av självständighet som möjligt i kontrast till biståndsbedömning där hjälpbehovet kompenseras genom assistans av hemtjänstpersonal (Socialstyrelsen, 2006). Vad dessa alternativa arbetssätt leder till för äldre med svårigheter att tvätta sig finns inte beskrivet i tidigare studier.

Studiens syfte var att jämföra utfallet av arbetsterapeutiska insatser med hemtjänstinsatser för brukare över 65 år med svårigheter att tvätta sig. Jämförelser avsåg upplevd aktivitetsförmåga, beviljad tid för hemtjänst för att tvätta sig samt ekonomiska skillnader för de olika arbetssätten. Studien avsåg även att tydliggöra vad de arbetsterapeutiska insatserna bestod av.

Metod

Population

Studien har genomförts som en jämförelse mellan två grupper. Undersökningsgrupp och jämförelsegrupp har varit geografiskt placerade i två olika kommuner i norra Sverige. Deltagare rekryterades allt eftersom de tog kontakt med sin hemkommuns biståndshandläggare mellan februari 2006 och april 2007. Studien omfattade äldre brukare över 65 år, boende i ordinärt boende, som aktualiserades till respektive kommun av anledningen att de hade behov av hjälp för att klara av att tvätta sig. Endast brukare där hjälpbehovet i denna aktivitet var nytt blev aktuella för studien, dvs. brukare som hade denna hemtjänstinsats sedan

tidigare och där denna insats omprövades av biståndshandläggare var inte aktuella.

Det enda kriterium som gällde för att exkluderas från studien var oförmåga att kommunicera per telefon. Deltagare aktualiserades främst i samband med utskrivning från sjukhus men i några fall även direkt från hemmet, se tabell 1.

Tabell 1. Demografiska uppgifter om deltagarna i studien

	Undersökningsgrupp n=25	Jämförelsegrupp n= 25	<i>p</i> -värde
Kön, kvinnor	18	12	.377
Medelålder	83,6 (72-97)	81,6 (65-91)	.174
Ensamboende	18	17	1.000
Lägenhetsboende	15	18	.551
Aktualisering från sjukhus	20	19	1.000

Vissa skillnader förelåg avseende förekomsten av olika diagnoser, tabell 2. I samband med aktualisering till studien informerades brukarna såväl muntligt som skriftligt om studiens syfte, frivilligheten att delta samt rätten att avbryta sitt deltagande i studien utan att detta påverkade de insatser de fick.

Tabell 2. Förekomst av olika diagnoser i respektive grupp

Diagnoser	Undersökningsgrupp n= 25	Jämförelsegrupp n= 25
Infektionssjukdomar, n	3	
Blod- och immunologiska sjukdomar, n		1
Cirkulationsorganens sjukdomar, n	3	7
Andningsorganens sjukdomar, n	3	1
Matsmältningsorganens sjukdomar, n	1	
Muskuloskeletala sjukdomar, n	6	5
Frakturer, n	6	8
Symptom och sjukdomstecken, n	3	3

Rutiner i undersökningsgruppen

I undersökningsgruppens kommun föregicks utskrivning från sjukhus av en vårdplanering mellan brukare, avdelningspersonal och kommunalt vårdplaneringsteam bestående av distriktssköterska och biståndshandläggare samt arbetsterapeut och sjukgymnast från det kommunala hemteamet². De brukare

² Med hemteam avses de yrkesgrupper som är involverade i arbetet för en brukare inom ett hemtjänstområde. Vilka som ingår i teamet runt en enskild brukare styrs av dennes behov men kan bestå av vårdpersonal, distriktssköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, biträdande enhetschef och biståndshandläggare.

som aktualiserades för behov av hjälp för att tvätta sig träffade en arbetsterapeut som genomförde bedömning och eventuell insats. Denna avslutades när brukaren var självständig i aktiviteten alternativt att arbetsterapeuten bedömde att fortsatt insats inte skulle ha någon ytterligare effekt. Efter dialog med biståndshandläggaren beviljades det då hjälp från hemtjänst. I de fall då brukaren hade kvarstående behov av hjälpsatser från hemtjänst angav arbetsterapeuten, mot bakgrund av genomförd bedömning, vilken form av hjälp brukaren behövde och tidsåtgång för detta.

Rutiner i jämförelsegruppen

I jämförelsegruppens kommun föregicks utskrivning från sjukhus av en vårdplanering mellan brukare, avdelningspersonal och biståndshandläggare. Ett undantag var dock när utskrivning skedde från den geriatriska kliniken vid sjukhuset, där gjorde arbetsterapeuter insatser såväl på klinik som i samband med hembesök. Omfattningen av detta är inte känt. De brukare som aktualiserades till biståndshandläggare där behov av hjälp för att tvätta sig bedömdes föreligga fick detta behov tillgodosett av kommunen genom att beviljas hemtjänstinsatser.

Den rutinmässiga skillnaden mellan grupperna var att brukarna i undersökningsgruppen fick träffa en arbetsterapeut och brukarna i jämförelsegruppen beviljades hemtjänst för att klara av att tvätta sig.

Procedur

Aktualisering till studien skedde i samband med att brukare tog kontakt med kommunens biståndshandläggare. Brukarna tillfrågades om de kunde tänka sig att delta i en forskningsstudie vilken innebar att de vid två tillfällen skulle intervjuas per telefon. De som accepterade att delta i studien fick ett följebrev som gav skriftlig information om studien. Därefter kontaktade respektive biståndshandläggare projektledaren och gav information om brukarens namn, födelsenummer och telefonnummer samt biståndshandläggarens namn och telefonnummer.

Det första bedömningstillfället bestod av en telefonintervju som genomfördes inom två veckor från aktualisering. Efter 15 veckor kontaktade projektledaren respektive biståndshandläggare för att ta reda på om brukaren vid den tidpunkten var beviljad hemtjänstinsats för att tvätta sig och i så fall vilken tid för detta. Om någon förändring hade skett av den beviljade tiden från aktualisering angavs det när denna förändring skett och om den gällde att insatsen hade upphört eller om den beviljade tiden hade ökat eller minskat. I direkt anslutning till detta genomfördes en uppföljande telefonintervju som utgjorde det andra bedömningstillfället. Samtliga telefonintervjuer har genomförts av projektledaren med nedan beskrivna instrument. Ungefärlig tid för varje intervju var 10-20 minuter.

Instrument

Arbetsterapeutisk insats

Den arbetsterapeutiska insatsen registrerades av arbetsterapeuter i ett protokoll, bilaga 1. I protokollet registrerades brukarens diagnos, antalet insatstillfällen, datum för dessa, tidsåtgång per tillfälle samt vilka åtgärder som utfördes. Arbetsterapeuterna registrerade även om insatsen var återställande eller kompensatorisk. Med detta avsågs om insatsen syftade till att brukaren skulle träna upp sin förmåga att klara av aktiviteten precis som tidigare (återställande) eller om brukaren behövde förändra sitt sätt att utföra aktiviteten på till exempel genom att använda ett hjälpmedel (kompensatorisk).

Upplevd ADL-förmåga

Vid telefonintervjuerna användes delar av ADL-taxonomi (Törnquist & Sonn, 1994). Instrumentet används för att beskriva en persons aktivitetsförmåga och omfattar tre begreppsnivåer; Aktivitetsområde, Aktivitet, Delaktivitet. Inom aktivitetsområdet ADL utgörs till exempel aktiviteten personlig hygien av följande delaktiviteter; 1. Tvättar ansikte och händer, 2. Badar/duschar, 3. Tvättar håret. I denna studie där fokus legat på brukarens förmåga att tvätta sig har följande 12 delaktiviteter ingått; förflyttar sig från säng till stol, förflyttar sig mellan rum på samma våningsplan, klär av sig, klär på sig på överkroppen, klär på sig på underkroppen, klär på sig strumpor/strumpbyxor och skor, ta fram kläder, tvättar ansikte och händer, badar/duschar, tvättar håret, kammar sig samt rakar sig/lägger makeup. För denna studie har även en svårighetsgradering använts där brukarna har skattat sin förmåga att utföra respektive delaktivitet utifrån en fyrgradig skala; kan lätt, kan med viss svårighet, kan med stor svårighet eller kan ej.

Beviljad hemtjänst

Information gällande om hemtjänst beviljades till brukare för att tvätta sig hämtades in från biståndshandläggare i respektive kommun vid aktualisering samt vid uppföljning efter 15 veckor samt efter 8 månader. Av informationen framgick vilken tid som beviljades (minuter/vecka) samt om och när eventuella förändringar av insatser gjordes.

Kostnader

Kostnadsanalys gjordes utifrån de tillgängliga uppgifterna från aktualisering till 15 veckor. Uppgifter om kostnaden för en timme arbetsterapi (270 kr/timme) respektive en timme hemtjänst (300 kronor/timme) har hämtats från Vård- och omsorgsförvaltningen i Östersunds kommun. I timkostnad räknas förutom lön även andra kostnader såsom lokaler, restid, ob-ersättning och arbetsledning in. Kostnader för hjälpmedel baseras på uppgifter från hjälpmedelscentralen i Jämt-

land läns landsting via deras hemsida, www.jll.se. Kostnader för väggmonterade handtag har hämtats från Athena nordics hemsida www.athenanordic.se.

Dataanalys

För statistisk analys har SPSS 15.0 använts. Jämförelser mellan grupper avseende demografiska uppgifter har gjorts med chi2 test. Jämförelse mellan gruppernas upplevda ADL-förmåga, där data är på ordinalskalenivå, har analyserats med Mann Whitney U (Politt & Hungler, 1999). Skillnader avseende beviljad hemtjänst, genomsnittligt antal veckor för vilka hemtjänst beviljats samt genomsnittlig hemtjänsttid har analyserats med t-test. Resultaten har bedömts vara signifikanta om $p \leq 0.05$.

Resultat

Arbetsterapeutisk insats

Den genomsnittliga tiden för arbetsterapeutiska insatser var 117 minuter per brukare fördelat på 3 hembesök. En övervägande majoritet av brukarna erhöll kompensatoriska insatser vilket framgår av tabell 3. Bland dessa var det vanligt med hjälpmedelsutprovning. Sett till hela gruppen var de vanligaste insatserna de som syftade till att brukaren skulle ges möjlighet att utföra aktiviteten så självständigt som möjligt och bli trygg med sin förmåga. Oberoende av om insatsen var återställande eller kompensatorisk var 31% av åtgärderna graderad aktivitet och 33% trygghetsskapande förhållningssätt.

Tabell 3. Fördelning av arbetsterapeutiska åtgärder, n=115, inom kompensatoriska respektive återställande insatser

Typ av insats	Kompensatorisk n (%)	Återställande n (%)	Totalt n (%)
Tekniska hjälpmedel	22(19)		22(19)
Förändringar i fysisk miljö	11(10)		11(10)
Graderad aktivitet	19(16)	17(15)	36(31)
Trygghetsskapande förhållningssätt	23(20)	15(13)	38(33)
Förändrat aktivitetsutförande	8(7)		8(7)
Totalt, n (%)	83(72)	32(28)	115(100)

Såväl det genomsnittliga antalet tillfällen som den genomsnittliga behandlingstiden skiljde sig åt beroende på typ av insats, tabell 4.

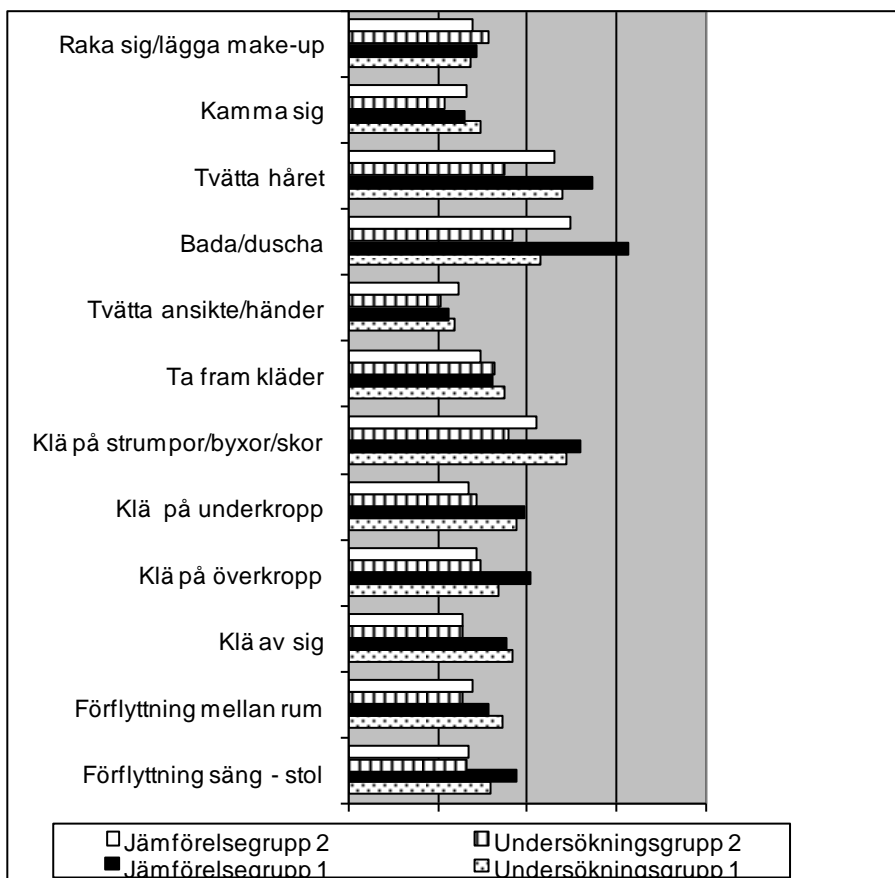
Tabell 4. Skillnader i antal behandlingstillfällen och tid beroende på typ av insats

Typ av insats	Kompensatorisk	Återställande	p-värde
Antal tillfällen	2,5	4,7	.002
Genomsnittlig tid	1 timme 38 min	2 timmar 55 min	.033

Jämförelser mellan grupper

Upplevd ADL-förmåga

Jämförelser av den upplevda ADL-förmågan har gjorts mellan grupperna vid bedömningstillfälle 1 respektive bedömningstillfälle 2, vilket framgår av figur 1. Vid första bedömningstillfället föreligger en signifikant skillnad ($p=.006$) avseende den upplevda förmågan i delaktiviteten badar/duschar, där brukarna i jämförelsegruppen upplever större svårigheter. I övriga 11 delaktiviteter föreligger inga signifikanta skillnader. Vid uppföljning föreligger en signifikant skillnad ($p=.045$) i delaktiviteten kamma sig, där brukarna i jämförelsegruppen upplever större svårigheter. I båda grupperna skedde signifikanta förbättringar mellan första bedömningstillfället och uppföljning i 6 delaktiviteter.



Figur 1. Medelvärde av upplevd ADL-förmåga. Brukarnas upplevelser är graderade från att brukarna utför aktiviteten med lätthet (1), utför aktiviteten med viss svårighet (2), utför aktiviteten med stor svårighet (3) eller att de inte kan utföra aktiviteten (4).

Beviljad hemtjänst vid uppföljning

Vid uppföljningen var en signifikant ($p=.002$) lägre andel av brukarna i undersökningsgruppen (6 brukare/24%) beviljade hemtjänst jämfört med brukarna i jämförelsegruppen (18 brukare/72%). Skillnaden medför att även det totala antalet veckor och den totala tid för vilken hemtjänst beviljades skiljer sig åt mellan grupperna, tabell 5.

Tabell 5. Beviljad hemtjänst under tiden mellan aktualisering och det andra bedömningstillfället.

	Undersökningsgrupp n=25	Jämförelsegrupp n=25	<i>p</i> -värde
Totalt antal veckor	66	283	$p < .001$
Total hemtjänsttid (timmar)	35	337	$p < .001$

För de brukare i undersökningsgruppen där hemtjänst beviljades var den genomsnittliga tiden 33 minuter per vecka. Motsvarande tid i jämförelsegruppen var 66 minuter. Skillnaden var signifikant ($p = .029$). Vid uppföljningen efter 8 månader har skillnaden mellan grupperna minskat avseende den beviljade hemtjänsten. I undersökningsgruppen är då 8 brukare beviljade hemtjänst jämfört med 9 brukare i jämförelsegruppen. I jämförelsegruppen har då 2 brukare flyttat till särskilt boende.

Kostnadsanalys

Kostnader i undersökningsgrupp:

Arbeterapi: 49 timmar x lönekostnad 270 kr/timme ($49 \cdot 270 = 13230$)

Hjälpmedel: 5732 kronor

Hemtjänst: 35 timmar x lönekostnad 300 kr/timme ($35 \cdot 300 = 10500$)

Total kostnad i undersökningsgruppen: **29462 kronor**

Kostnader i jämförelsegrupp:

Hemtjänst: 337 timmar x lönekostnad 300 kr/timme ($337 \cdot 300 = 101100$ kronor)

Total kostnad i jämförelsegruppen: **101100 kronor**

Diskussion

I denna studie framkommer att en stor andel av de brukare som söker hjälp för att klara av att tvätta sig klarar sig utan hemtjänst efter arbetsterapeutiska insatser. Detta medför även att den beviljade hemtjänsttiden och de ekonomiska skillnaderna blir stora. Tolkningen av resultaten bör dock göras med medvetenhet om att studiens storlek är relativt begränsad och att det föreligger skillnader i den upplevda ADL-förmågan vid den första intervjun.

Skillnaden i den upplevda förmågan i delaktiviteten badar/duschar vid första bedömningstillfället är markant. Om detta är liktydigt med att brukarna i undersökningsgruppen faktiskt har en bättre förmåga än brukarna i jämförelsegruppen vid *aktualisering* är dock oklart. Det första bedömningstillfället genomfördes inom två veckor efter aktualisering och arbetsterapeutiska insatser kan då ha påbörjats, vilket i sin tur kan ha påverkat den upplevda ADL-förmågan hos enskilda brukare. En annan faktor som kan ha betydelse är skillnaden i rutiner mellan grupperna. Brukarna i undersökningsgruppen fick redan vid första kontakten med kommunen erbjudande om insatser som syftade till att stärka deras egen förmåga. Detta kan påverka den enskildes förväntningar och reflektion kring den egna förmågan. Om skillnaden vid första bedömningstillfället står för en skillnad mellan grupperna även vid aktualisering kan det till viss del förklara att en stor andel av brukarna i undersökningsgruppen blir oberoende av hemtjänst för att tvätta sig.

Att vård- och omsorgsinsatser utformas så att brukaren upplever sig ha kontroll över det som sker i livet är enligt Janlöv, Hallberg & Petersson (2006) av stor betydelse för att ett begynnande hjälpbehov inte ska leda till ett hot mot brukarens identitet, integritet och autonomi. Den förändring det innebär för den enskilde brukaren att behöva få hjälp med vardagliga aktiviteter har beskrivits som en process där äldre personer upplever osäkerhet inför vad det normala åldrandet innebär (Brouwer, van Exel & Stolk, 2005, Nilsson, Sarvimäki & Ekman, 2000). Tidigare forskning har visserligen belyst sambandet mellan stigande ålder och nedsatt aktivitetsförmåga (Gill, Desai, Gahbauer, Holford & Williams, 2001) men för den enskilde brukaren finns det dock risker med en generalisering av denna kunskap. Dels kan det leda till att den äldre brukaren inte tror att nedsatt aktivitetsförmåga kan påverkas och därför inte söker hjälp, dels att samhällets insatser inte utformas för att kunna möta den enskilde brukarens behov av rehabiliteringsinsatser. Denna studie visar att arbetsterapeutiska insatser kan påverka den äldre brukarens oberoende i gynnsam riktning. En förklaring till *vad* det är i den arbetsterapeutiska insatsen som har effekt kan vara de vanligt förekommande åtgärderna graderad aktivitet och trygghetsträning. Guidetti & Tham (2002) har belyst hur arbetsterapeuter graderar träningsituationer efter brukares behov

så att det finns en balans mellan de utmaningar aktiviteten innebär för brukaren och dennes förmåga. Denna gradering möjliggör för brukaren att utforska, utveckla och bli trygg i den egna förmågan. Allteftersom brukarens kompetens ökar kan arbetsterapeuten gradvis minska sitt stöd, såväl fysiskt som verbalt, och sin närvaro i träningsituationen med syftet att brukaren ska få en känsla av autonomi och att vara den som har kontroll.

Att utprovning av hjälpmedel samt förändring av den fysiska miljön är vanligt förekommande insatser från arbetsterapeuter har rapporterats tidigare (Socialstyrelsen, 2003). Detta bekräftas i denna studie men ska ses i ovan beskrivna sammanhang. Hjälpmedlet ger nya förutsättningar när brukaren ges tid och stöd att bli trygg i sin egen förmåga. Tidigare studier visar att hjälpmedelsutprovning och anpassningar av den fysiska miljön är effektivt för att förbättra förmågan att tvätta sig (Gitlin, Swenson-Miller & Boyce, 1999) särskilt när utprovning sker i hemmet på ett sätt som utformas utifrån brukarens behov av information och stöd (Chiu & Man, 2004).

Avseende den beviljade hemtjänsten består skillnaden mellan grupperna främst av hur stor andel av brukarna som har beviljad hemtjänst för att tvätta sig efter 15 veckor men även av den genomsnittliga tiden per vecka som dessa brukare har bedömts ha behov av hjälp. Stewart, Harvey, Poland, Lloyd-Smith, Mugford & Flood (2005) belyser att det är mer vanligt förekommande att arbetsterapeutisk bedömning sker i brukarens hem i den faktiska aktiviteten, jämfört med biståndshandläggares bedömning som vanligtvis sker genom intervju. Skillnaden avseende den genomsnittliga tid som beviljats av biståndshandläggare kan tolkas som att arbetsterapeutens bedömning och insats ger detaljerad information om såväl brukarens faktiska behov som vilken tid det tar för den enskilde brukaren att tvätta sig. Det är dock sannolikt inte hela förklaringen då även skillnader i biståndsbedömning mellan kommuner kan påverka vilken tid som beviljats (Meinow et al., 2005, Socialstyrelsen, 2007).

Uppföljningen efter 8 månader visar att skillnaderna mellan grupperna har minskat avseende antalet brukare som är beviljade hemtjänst. En skillnad mellan grupperna är att 2 brukare i jämförelsegruppen har flyttat till särskilt boende. Detta ligger i linje med det samband mellan nedsatt förmåga att tvätta sig och behovet av att flytta till särskilt boende som Gill, Allore & Han har belyst (2006). Denna studie är liten och har vissa metodmässiga brister som gör att resultaten bör tolkas med försiktighet. Skillnaden mellan andelen brukare som är beviljade hemtjänst vid uppföljning är mycket stor men det går inte att fastslå att de arbetsterapeutiska insatserna är den enda förklaringen till skillnaden. Sett i relation till tidigare forskning är det dock rimligt att tolka resultatet som att brukare som erbjuds arbetsterapeutiska insatser får stöd att utveckla sin aktivitetsförmåga och återfå sitt oberoende. I den övergripande debatten om effektivisering av äldre-

omsorgen kan detta vara en viktig metodutvecklingsfråga; Hur arbetsterapeutisk bedömning och insatser kan länkas till biståndsprocessen. Studien antyder att det finns en grupp brukare vilkas behov kan tillgodoses med arbetsterapeutiska insatser istället för med hemtjänst. En grupp brukare som med rätt stöd kan återvinna en trygghet i sin egen förmåga vilket kan jämföras med att förlita sig till den trygghet som hemtjänstpersonalen kan ge. Detta sker dessutom till en markant lägre kostnad.

I detta sammanhang är ekonomisk utvärdering viktigt eftersom resurser inom äldreomsorgen är begränsade. Därför behöver valet mellan vilka insatser som ska erbjudas baseras på kunskaper om såväl kostnader som konsekvenser för alternativa metoder. Det grundläggande för ekonomisk utvärdering är att det sker en jämförande analys mellan kostnader och konsekvenser för olika insatser (Drummond et al, 1997). Genom att göra detta är det sedan möjligt att diskutera om äldreomsorgens resurser används på ett kostnadseffektivt sätt eller inte.

I ett nationellt perspektiv är det relevant att ställa sig frågan om hur stor andel av alla insatser för vilken hemtjänst beviljas verkligen är de rätta insatserna för att möta den enskildes behov? Den månatliga hemtjänstvolymen i Sverige var i oktober 2006 4827700 timmar (Socialstyrelsen, 2007). Detta medför en månatlig kostnad av ca 1450 miljoner kronor. Denna omfattande kostnad är direkt kopplat till det behov av hjälp som har bedömts föreligga. Är det så att en andel av detta hjälpbehov skulle kunna tillgodoses genom arbetsterapeutiska och andra rehabiliterande insatser? Kommunernas kostnader för hemtjänst har ökat successivt under de senaste 6 åren. De kommande decenniernas fortsatta ökning av andelen äldre i befolkningen medför sannolikt att denna ökning fortsätter. Mot denna bakgrund är det högst angeläget att diskutera hur de befintliga resurserna kan användas på ett kostnadseffektivt sätt samt att de insatser som ges tillgodoser det behov som föreligger.

Metoddiskussion

Denna studie har försökt att så långt som möjligt presentera två jämförbara grupper där skillnaden varit att brukarna i undersökningsgruppen har erhållit arbetsterapeutisk insats. Tolkningen av resultatet bör dock ske med insikten om att det är två olika metoder i två olika kommuner som har jämförts. I undersökningsgruppen utgör arbetsterapi en central del i ett omfattande hemrehabiliteringsarbete där arbetsterapeutens kompetens är en del i ett teamarbete, där biståndshandläggare, undersköterskor, vårdbiträden, sjuk-gymnaster biträdande enhetschefer och distriktssköterskor ingår. Det arbetssätt som presenterats som arbetsterapeutisk insats bör sättas in i detta sammanhang då effekten av arbetsterapeutens arbete även påverkas av organisatoriska förutsättningar (Socialstyrelsen, 2003).

Studiens design har inneburit att endast de som gett informerat samtycke har aktualiserats till projektledaren. Inga uppgifter finns således om det eventuella bortfall som kan förekomma på grund av att personer har tackat nej till deltagande eller att brukare ej har tillfrågats. Detta är en brist som medför att bortfallet inte kan analyseras. Kommande studier bör därför ha en mer utvecklad design för att möjliggöra bortfallsanalys.

Kännedomen om brukarna i jämförelsegruppen är inte lika god som i undersökningsgruppen. Det kan ha förekommit arbetsterapeutiska insatser från länssjukvården och även från primärvårdens arbetsterapeuter. Detta är inte känt och kan således utgöra en felkälla för vilka kostnader som varit aktuella i jämförelsegruppen.

Uppföljningen efter 8 månader gäller endast de insatser som beviljats av biståndshandläggare. Om brukarnas hälsotillstånd har förändrats under denna tid eller vilka eventuella insatser som har förekommit i respektive grupp är inte känt. Det medför att endast försiktiga tolkningar kan göras av vilken effekt de olika arbetssätten har i detta tidsperspektiv.

I studien användes telefonintervju för att samla in uppgifter. En nackdel med telefonintervju är att det är svårt att veta om de svar respondenterna ger motsvarar deras faktiska förmåga. Fördelen med telefonintervjuer är att bortfallet är lågt samt att respondenterna vid behov har möjlighet att få frågor förtydligade (Wressle, Eriksson, Fahlander, Rasmusson, Tedemalm & Tängmark, 2006). Detta var ett av skälen till att telefonintervju valdes, ett annat skäl var att bedömningen i så liten utsträckning som möjligt skulle påverka brukaren i utförandet av aktiviteten *dusch*. En observation av brukarens förmåga i aktiviteten skulle medföra att det fanns en risk att brukarens upplevelse av den egna förmågan påverkades direkt, vilket i sin tur skulle kunna innebära en påverkan på resultatet.

Referenser

- Bergstrand B.O. (2002) Den nya socialtjänstlagen. Kommunlitteratur, Höganäs.
- Borell L., Lilja M., Carlsson-Alm S., Törnquist K. & Ståhl E. (1995) Community based occupational therapy. A study of elderly people with home help in a social-welfare district in Stockholm. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2, 138-144.
- Brouwer W.B.F., van Exel N.J.A., Stolk E.A. (2005) Acceptability of less than perfect health states. *Social Science and Medicine* 60, 237-246.
- Chiu, W.Y. & Man, D.W.K. (2004). The effect of training older adults with stroke to use home-based assistive devices. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation and Health*, 24, 113–120.
- Dunlop D., Hughes S., Manheim L. (1997) Disabilities in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *American Journal of Public Health* 87, 378-383.
- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University press.
- Gill T.M., Allore H.G. & Han L. (2006) Bathing disability and the risk of long-term admission to a nursing home. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 61, 821-825.
- Gill T.M., Guo Z., Allore H.G. (2006) The epidemiology of bathing disability in older persons. *Journal of American Geriatrics Society* 54, 1524-1530.
- Gill T.M., Desai M.M., Gahbauer E.A., Holford T.R. & Williams C.S. (2001) Restricted activity among community-living older persons: incidence, precipitants and health care utilization. *Annals of Internal Medicine* 135, 313-321.
- Gitlin L.N., Swensson-Miller K., Boyce A. (1999) Bathroom modifications for frail elderly renters: outcomes of a community-based program. *Technology and Disability* 10, 141-149.
- Guidetti S., Tham K. (2002) Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study. *Occupational Therapy International* 9 (4), 257-276.
- Jagger C.J, Arthur A.J., Spiers N.A. & Clarke M. (2001) Patterns of onset of disability in activities in daily living with age. *Journal of American geriatrics society* 49, 404-409.
- Janlöv A-C., Rahm Hallberg I., Petersson K. (2006) Older persons' experience of being assessed for and receiving public home help: do they have any influence over it? *Health and Social Care in the Community* 14 (1), 26-36.

- LaPlante M.P., Harrington C. & Kang T. (2002) Estimating paid and unpaid hours of personal assistance services in activities of daily living provided to adults living at home. *Health Services Research* 37 (2), 397–415.
- Lilja M. (2000) Elderly disabled persons in the home setting. Aspects of activities in daily life (avhandling för doktorsexamen, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige). Tillgänglig Karolinska Institutet ISBN: 91-628-4244-7.
- Meinow B., Kåreholt I., Lagergren M. (2005) According to need? Predicting the amount of home help allocated to elderly recipients in an urban area of Sweden. *Health and Social Care in the Community* 13 (4), 366-377.
- Naik A.D., Concato J. & Gill T.M. (2004) Bathing disability in community-living older persons: Common, consequential, and complex. *Journal of American Geriatrics Society* 52, 1805-1810.
- Nilsson M., Sarvimäki A., Ekman S.L. (2000) Feeling old: being in a phase of transition in later life. *Nursing Inquiry* 7, 41-49.
- Polit D.F, Hungler B.P. (1999) *Nursing research. Principles and methods*. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- SFS (2001) 453. Socialtjänstlag. Socialdepartementet, Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2007) *Vård och omsorg av äldre – Lägesrapport 2006*. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9477/2007-131-12.htm>
- Socialstyrelsen. (2006) *Vård och omsorg av äldre – Lägesrapport 2005*. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9078/2006-131-5.htm>
- Socialstyrelsen. (2003) *Att arbeta med äldres rehabilitering*. 2003. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1805/2003-131-10.htm>
- Stewart S., Harvey I., Poland F., Lloyd-Smith W., Mugford M., Flood C. (2005) Are occupational therapists more effective than social workers when assessing frail older people? *Age and Ageing* 34, 41-46.
- Törnquist K., Sonn U. (1994) Towards an ADL-taxonomy for occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1, 69-76.
- Wressle E., Eriksson L., Fahlander A., Rasmusson I-M, Tedemalm U. & Tängmark K. (2006) Patient perspectives on quality of geriatric care and rehabilitation - Development and psychometric testing of a questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20, 135-142.

Brukarens namn

Diagnos(enl. ICD 10)

Arbets terapeut

Ålder

Tillfälle	Tid	Kompensatorisk intervention	Återställande intervention	Handledning	Hjälpmedel	Förändring i fysisk miljö	Kommentar

Tillfälle: ange datum varje tillfälle så det syns hur ofta och hur många tillfällen totalt

Tid: Hur lång tid är interventionen *exklusive* restid, minuter. Det vill säga endast den direkta brukartiden då ni är i brukarens hem eller tid för handledning skall anges.

Kompensatorisk intervention: Hjälpmedel, förändringar i fysisk miljö, graderad aktivitet, trygghetsträning, förändrat aktivitetsutförande.

Återställande intervention: Trygghetsträning, graderad aktivitet, hjälpmedel (tillfälligt), förändringar i fysisk miljö (tillfälligt)

Handledning: Ange om handledning av personal eller anhöriga skett. Ange hur många personer har fått handledning vid varje tillfälle.

Hjälpmedel: Specificera vilka hjälpmedel

Förändring fysisk miljö: Beskriv eventuella anpassningar, till exempel BAP eller mindre omflyttning av föremål. Har något köpts in av brukaren själv, till exempel hylla eller halkmatta?

Rubrikerna hjälpmedel och förändring i fysisk miljö är viktiga för den ekonomiska analysen. Det är därför viktigt att tydligt ange vilka eventuella hjälpmedel eller anpassningar som provats ut. Dessa åtgärder skall även anges *enligt kodnyckeln* under rubriken kompensatorisk intervention.

Angående intervention

Begreppen kompensatorisk samt återställande intervention kommer från OTIPM. Dessa har valts för att så tydligt som möjligt beskriva vad det är vi gör i interventionen.

Det som avgör om interventionen är kompensatorisk eller återställande är om syftet är att brukaren ska finna ett nytt sätt att utföra aktiviteten på (kompensatorisk) eller träna upp sin förmåga att klara av aktivitetsutförandet på samma sätt som tidigare (återställande).

Exempel

Kompensatorisk intervention

Agnes har fått en reumatisk diagnos vilken medför att hon inte klarar av att kliva i och ur badkaret som tidigare. Arbetsterapeuten provar ut en badkarsbräda (hjälpmedel) för att kompensera för hennes nedsatta aktivitetsförmåga. Efter att ha visat hur Agnes kan använda den och sett att hon klarar av det nya aktivitetsutförandet konstaterar man att hon nu kan duscha självständigt.

Återställande intervention

Kalle har brutit lårbenet och är osäker på sin förmåga att klara av att duscha. Arbetsterapeuten träffar honom vid fem tillfällen och interventionen består till en början av att hon finns med under själva duschsituationen utan att göra något handgripligen (trygghetsträning) samt att hon hjälper Kalle med att torka upp vattnet före han går från duschplatsen ut ur rummet (graderad aktivitet). Efter fyra tillfällen har Kalle tränat upp sin förmåga så att han känner sig trygg med att utföra aktiviteten på egen hand och vid det femte tillfället räcker det med att arbetsterapeuten finns i hemmet (trygghet). Efter detta känner han sig tillräckligt trygg för att kunna duscha självständigt på samma sätt som tidigare.

I såväl kompensatorisk som återställande intervention kan handledning vara aktuellt. Om handledning förekommer ange om den är riktad till personal eller anhöriga. Ange även hur många personer som fått handledning vid varje tillfälle.

Hjälpmedel. Är en kompensatorisk intervention om det är en permanent lösning. Ett hjälpmedel kan användas i återställande intervention om det endast är tillfälligt och personen sedan återgår till att göra som tidigare. Om personen använde hjälpmedel sedan tidigare ange det i rutan för kommentarer.

Förändringar i fysisk miljö. Gäller såväl bostadsanpassningar som mindre omflyttningar vid duschplatsen, utprovning av handtag, hylla eller krokar.

Graderad aktivitet. Detta innebär att någon del av aktiviteten förenklas exempelvis genom att arbetsterapeuten hjälper till med något delmoment.

Trygghetsträning. Kan förekomma i såväl kompensatorisk som återställande intervention.

Förändrat aktivitetsutförande. Brukaren finner ett alternativt sätt att utföra aktiviteten på.

Kodnyckel för intervention

Kompensatorisk intervention

- 1 Hjälpmedel
- 2 Förändringar i fysisk miljö
- 3 Graderad aktivitet
- 4 Trygghetsträning
- 5 Förändrat aktivitetsutförande.

Återställande intervention

- 1 Hjälpmedel (tillfälligt)
- 2 Förändringar i fysisk miljö (tillfälligt)
- 3 Graderad aktivitet
- 4 Trygghetsträning

TIDIGARE UTGIVNA RAPPORTER I FOU-JÄMITS RAPPORTSERIE

- 2008:12 **Catharina Höijer och Ewa Nordström-Johansson.** Samordningsförbundet för psykiskt funktionshindrade i Jämtlands län - Samordning i förändring
- 2008:11 **Birgit Eriksson.** Hur har det gått? Adoptivbarn och samhällets stöd
- 2008:10 **Markku Paanalahti.** Kroniska strokepatienters perspektiv på funktionsproblem i ordinärt boende
- 2008:9 **Catharina Höijer och Elisabeth Magnusson.** Från asylhem till eget hem - ensamkommande asylsökande barn
- 2008:8 **Bengt Åkerström och Gunilla Henriksson.** Inventering av psykiskt funktionshindrade samt livskvalitetsundersökning i Jämtlands län
- 2008:7 **Marianne Westring Nordh och Ingela Bergström.** Projekt kommer och går vilka kunskaper är det som består? Utvärdering av Bergs samordningsförbund
- 2008:6 **Marianne Westring Nordh.** 15 eller 27 extra dagar- gör det någon skillnad? En uppföljningsstudie av 3-3 modellen i Krokoms
- 2008:5 **Marianne Westring Nordh.** Familjekrafts fortsatta utveckling och familjebehandlingens långsiktiga effekter
- 2008:4 **Magnus Zingmark.** Överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser i gränslandet mellan Socialtjänstlagen och Hälso- och Sjukvårdslagen
- 2008:3 **Marianne Westring Nordh, Ingela Bergström och Jonna Nordh Börresson.** Att färdas framåt tillsammans!? – Utvärdering av samordningsförbundet i Strömsund
- 2008:2 **Marianne Westring Nordh, Ingela Bergström och Jonna Nordh Börresson.** Att vara eller hur vara – det är frågan? Utvärdering av samordningsförbundet Östersund
- 2008:1 **Catharina Höijer.** Socialpsykiatriska teamet i Krokoms kommun – en utvärdering
- 2007:4 **Lotta Svensson.** Att gå från god vilja till vågad förändring - Utvärdering av Bräcke ungdomsprojekt
- 2007:3 **Marianne Westring Nordh och Jonna Nordh Börresson.** Mortalitetsrapport för åren 2005 och 2006 Östersunds beroendecentrum
- 2007:2 **Marianne Westring Nordh.** Utvärdering av Strömsunds familjevårdsteam
- 2007:1 **Marianne Westring Nordh.** Intensiv, flexibel behandling på hemmaplan -utvärdering av projektet Familjekraft i Krokoms kommun
- 2006:5 **Kerstin Andersson-Thorell, Ingrid Christensen, Jonna Nordh Börresson och Marianne Westring Nordh.** När och varför gör den kommunala distriktssköterskan tillfälliga hembesök

- 2006:4 **Markku Paanalahti.** Hemträningens effekt på funktionsförmågan på kroniska strokepatienter i ordinärt boende
- 2006:3 **Eva Karlsson, Nils Mårtensson och Anders Säterhag.** Kommunikationsutveckling – autism/funktionshinder
- 2006:2 **Magnus Zingmark.** Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering
- 2006:1 **Maritha Månsson, Ann Nordholm, Lena Andersson, Annelie Mikaelsson och Ulla Ekman.** Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst
- 2005:3 **Karin Nykänen och Lena Olofsson.** Internationella adoptioner i Jämtland – utveckling av föräldraförberedelser
- 2005:2 **Henry Lundmark.** Med Dagmars ögon
- 2005:1 **Suzanne Göransson.** Varför söker inte anhörigvårdare stöd?
- 2004:4 **Irène Ahlnäs-Toft.** Brukarinflytande i hemvården
- 2004:3 **Bengt Åkerström och Ingrid Nilsson.** Samhällsstödet till barn och ungdomar med funktionshinder och deras föräldrar i Jämtlands län
- 2004:2 **Susanne Olsson.** Det är som en extrafamilj
- 2004:1 **Elisabeth Carlander-Blom och Ingrid Lund-Bouvin, Kerstin Björkman Randström, Barbro Amrén och Birgitta Borglund.** Den kommunala distriktssköterskan
- 2003:1 **Bengt Åkerström och Gunilla Westerdahl.** Utvärdering av projektet Vårdknuten
- 2002:3 **Anna-Lena Näsström.** Är jag en sån där anhörigvårdare jag?
- 2002:2 **Theres Bergström, Marie Nilsson, Björn Bergvall, Veronica Holmberg och Fredrik Olsson.** Äldreomsorg, IFO, LSS & Rehab i Krokoms kommun
- 2002:1 **Sven Jonasson.** FoU-enhet för socialt arbete och den kommunala hälso- och sjukvården i Jämtlands län. Projektplan

Kommunernas kostnader för hemtjänst är ungefär 1,5 miljarder per månad enligt Socialstyrelsens beräkningar och kostnaden ökar konstant. Samtidigt vet vi att en person som åldras och blir skröpligare också blir osäker på sin förmåga till exempel när det gäller aktiviteten dusch. Vi vet också att nedsatt förmåga i dusch föregår nedsatt förmåga i andra aktiviteter, vilket kan leda till ökat behov av hemtjänst och även behov av att flytta till särskilt boende.

Om biståndsprocessen organiseras på ett sätt så att arbetsterapeuter på ett tidigt stadium involveras i bedömningen av insatsbehovet finns möjlighet att visa individen olika strategier för att klara sig själv. Detta bidrar till ökad trygghet i sin egen förmåga och mer självständighet. Studien visar att vissa delar av det efterfrågade hjälpbehovet skulle kunna elimineras med arbetsterapeutiska insatser. Vilket i sig innebär att medel kan frigöras som kan användas till andra kvalitetsförbättrande åtgärder inom hemtjänsten.

Studien bidrar med en pusselbit i hemtjänstens utvecklingsarbete och synliggör att det är möjligt att minska kostnaderna utan att göra avkall på individens livskvalitet.

fou.jamtland.net

Kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län

FoU Jämt • Mittuniversitetet • 831 25 Östersund
foujamt@miun.se