Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper
Institutet för Kvalitets- och Utvecklingsarbete

Lena Ede
Hillevi Adolfsson

Rehabiliterande förhållningssätt?

Projekt KRAFT inom äldre- och handikappomsorgen i Filipstads kommun

IKU-rapport
2004:1

Lena Ede
Hillevi Adolfsson

Rehabiliterande förhållningssätt?

Projekt KRAFT inom äldre- och handikappomsorgen
i Filipstads kommun

IKU-rapport
2004:1

Lena Ede och Hillevi Adolfsson
Rehabiliterande förhållningssätt?
Projekt KRAFT inom äldre- och handikappomsorgen i
Filipstads kommun

IKU-rapport 2004:1
ISSN 1651-2138

© Författarna

Distribution:
Karlstads universitet
Institutionen för samhällsvetenskap
Social omsorgsvetenskap
Institutet för Kvalitets- och Utvecklingsarbete
651 88 Karlstad

Tryck: Universitetstryckeriet, 2004

Sammanfattning

Föreliggande rapport behandlar projekt KRAFT inom äldre- och handikappomsorgen i Filipstads kommun. Projektet ingår i handlingsplanen Pigg och Glad i Filipstad som upprättades för att utveckla den kommunala omsorgsverksamheten.

Syftet med projekt KRAFT såsom det formulerats i handlingsplanen var att ”Finna metoder för att bibehålla och förbättra brukarnas funktioner och livstillfredsställelse och därmed att äldre och funktionshindrade personer kan bo kvar och fungera i sina hem under längre tid av sina liv. Vidare att vid övergången till särskilt boende, även där bibehålla livstillfredsställelsen och förmågan i sina dagliga funktioner. För att nå detta ska all personal ha ett rehabiliterande förhållningssätt” (Handlingsplanen Pigg och Glad i Filipstad, 1999).

Projektet startade i september 2000 och avslutades drygt ett år senare. I projektet arbetade en arbetsterapeut och en hemtjänstassistent, båda på heltid. Projektledare var verksamhetsledaren för Kommunrehabiliteringen, tillika medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Projektledaren hade det övergripande ansvaret och de båda projektanställda skötte all datainsamling och dokumentation.

I mars 2001 inleddes samarbetet med Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete (IKU), vid Karlstads universitet. Datainsamlingen var då avslutad och ett stort antal intervjuer och observationer med brukare, hemtjänstpersonal och ansvarig personal från den kommunala äldre- och handikappomsorgen hade genomförts. Med hjälp av IKU har det stora datamaterialet systematiserats och analyserats. Tyngdpunkten i rapporten har lagts på teoretiska diskussioner omkring begreppen livskvalitet och rehabiliterande förhållningssätt. Vad gäller livskvalitet är det främst individperspektivet som framförs medan diskussionen om rehabiliterande förhållningssätt utgår från ett organisatoriskt perspektiv.

Av resultatet framgår:

- Viktigt för brukarens livskvalitet var att vara oberoende och klara sig själv så långt det är möjligt
- Innebörden av livskvalitet påverkas inte av ålder. Det som innebar livskvalitet för brukarna var detsamma som det som innebar livskvalitet för nyckelpersonerna (påverkansmöjligheter, oberoende, hälsa, goda relationer, trygghet)

- Det fanns ingen gemensam tolkning av begreppet rehabiliterande förhållningssätt. Det tolkades olika av nyckelpersonerna och av hemtjänstpersonalen, både mellan grupperna och i grupperna
- Personalen kunde inte arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt annat än när det ingick i biståndsbedömningen och då i form av rehabilitering från en skada
- Majoriteten av hemtjänstpersonalen ville arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt och såg det som en fördel för brukarna om det skulle kunna vara genomförbart
- För att kunna arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt måste det finnas med i den biståndsbedömda tiden
- Bristen på tid var det största hindret, men också bristen på kunskap om vad det rehabiliterande förhållningssättet innebar

Tydligt framkom hur viktigt det var för brukaren att klara sig själv så långt det var möjligt. Viljan att sköta sig själv och vara oberoende var stor och minskade inte för att den egna förmågan avtog. Men allteftersom den egna förmågan försvann uppskattades att få hjälp av någon annan för att utföra det man själv en gång kunde. Även hjälpmedel av olika slag uppskattades och framför allt rollatorn var till stor hjälp.

Att utveckla arbetsmetoder för ett rehabiliterande arbetssätt som är genomförbart trots den tidsbrist som hör till omsorgspersonalens vardag är av största vikt då det ökar förutsättningarna för brukarens livskvalitet, berikar personalens arbete samt spar pengar åt kommunen, samtidigt som kvaliteten inom äldre- och handikappomsorgen ökar.

Förord

Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete vid Karlstads universitet har i uppgift att bidra till kunskapsbaserad utveckling av socialtjänsten i Värmlands kommuner. I Institutets rapportserie publiceras resultat från projektarbeten som bedrivits gemensamt av personal inom socialtjänsten och personal från IKU. Projekten tar sin utgångspunkt i sådana kunskaps- eller utvecklingsbehov inom socialtjänsten som också har ett generellt intresse och som kan bidra till långsiktig kunskapstillväxt. Projektgrupperna arbetar självständigt och utifrån ett grundläggande vetenskapligt förhållningssätt.

Socialtjänstens verksamhet – inte minst äldreomsorgen – pressas idag hårt av svårförenliga krav genom det ökande behovet av omsorg och vård, samtidigt som resurserna är begränsade. I en sådan situation riskerar diskussionen bli ensidigt fokuserad på ekonomiska faktorer och defensiva strategier. Den positiva utgångspunkten – det gemensamma, samhälleliga ansvaret för äldre människor med hjälpbehov – kan i värsta fall hamna i bakgrunden.

Socialtjänstens uppgift är att bidra till en så god livskvalitet som möjligt för de äldre. Livskvaliteten kan bl a främjas genom att personalen arbetar i enlighet med ett (vardags-)rehabiliterande förhållningssätt.

I denna rapport utvecklas begreppen *livskvalitet* och *rehabiliterande förhållningssätt* inom äldreomsorgen. Inte minst presenteras delar av den rikhaltiga forskningen omkring livskvalitet och hur den kan beskrivas och mätas. Vad som innefattas i ett rehabiliterande förhållningssätt är mera osäkert. Resonemanget illustreras och tydliggörs med empiriskt material från projektet KRAFT, i Filipstads kommun. Rapporten avslutas med konkreta slutsatser, direkt användbara i utveckling av äldreomsorgens innehåll.

Rapporten har författats av Lena Ede vid IKU samt Hillevi Adolfsson vid Socialtjänsten i Filipstads kommun.

Karlstads universitet, maj 2004.

Bengt G Eriksson
Föreståndare IKU

Innehåll

1 Inledning **7**
Kontakten med IKU 8
Rapportens syften 8
Rapportens uppläggning 8

2 Kommunens socialtjänst och handlingsplan för äldre- och handikappomsorgen **9**
Socialförvaltningens målsättning 9
Äldre- och handikappomsorgen 10
Handlingsplanen Pigg och Glad i Filipstad 10
Projektansökningar 11

3 Projekt KRAFT **13**
Styrgrupp 13
Arbetsgrupp 13
Projektets syfte 13
Utgångspunkt för projektarbetet 14
Samarbetet med IKU 14
Projekt som genererats ur KRAFT 14

4 Arbetsprocessen **15**
Olika infallsvinklar 15
Vad skulle vi kalla dem som verksamheten är till för? 15
Undersökningens tankesprång 16
Undersökningsgrupperna 18
Analys 18

5 Rehabiliterande förhållningssätt **19**
Rehabilitering 19
Rehabiliterande förhållningssätt 20
Rehabilitering av äldre 21
Vinsterna med rehabilitering 21
Hemtjänstpersonalen – en viktig resurs 22
Mellan två lagar 22
Verklighet vs vision 23
Vill personalen arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt? 24
Tidsbrist 24
Olika tidsuppfattningar 25
Brukaren vill inte 26

Motivation och relation 27
Nyckelpersonerna möjliggör hemtjänstpersonalens arbete 29
Kommunikationsproblem 29
Förankring och medvetenhet 29

6 Livskvalitet 31
Olika distinktioner och komponenter 31
Går det att mäta livskvalitet? 34
Val av mätinstrument 35
Vad säger brukarna om livskvalitet? 35
Hur förhåller sig brukarnas svar till hemtjänstpersonalens? 40
Önskemål från brukarna? 42
Är innebörden av livskvalitet tidlöst? 43

7 Vad kan vi dra för slutsatser av detta? 45
För vem är det rehabiliterande förhållningssätter bra? 48
Framtiden 49

Litteratur 51

Bilagor
Bilaga 1 Tillvägagångssätt
Bilaga 2 Projektansökningar
Bilaga 3 Frågeformulär till brukaren
Bilaga 4 Frågeformulär till hemtjänstpersonalen
Bilaga 5 Frågeformulär till nyckelpersonerna
Bilaga 6 Hemtjänsttaxa

1 Inledning

I Sverige uppgår antalet äldre (över 65 år) till över 1,5 miljoner (Runesson & Eliasson-Lappalainen, 2000). Framförallt ökar andelen personer över 80 år inom denna del av befolkningen. Mellan åren 1980 till 2000 ökade gruppen äldre med drygt 270 000 personer. År 2030 förväntas nästan var fjärde svensk vara ålderspensionär (Socialstyrelsens lägesrapport, 2004). Framtidens äldre beräknas alltså vara betydligt fler än idag. Men inte bara antalet äldre beräknas öka. Även medellivslängden ökar. Idag lever vi längre än vad tidigare generationer gjorde. Under 1990-talet ökade mäns medellivslängd med 2,6 år till 77,6 år och kvinnors med 1,6 år till 82,1 år (Socialstyrelsen, 2002). Vi har även fått fler levnadsår med god hälsa långt upp i åren och vårdbehovet kommer allt senare i livet. Men äldre lever också en längre tid med kroniska sjukdomar än man gjorde förr (Runesson & Eliasson-Lappalainen, 2000) vilket medför ett behov av omsorg och stöd från den kommunala hemtjänsten.

Samtidigt som antalet äldre ökar har en stor förändring skett inom svensk äldreomsorg. Den geriatriska sjukhusvården har minskat kraftigt under 1990-talet (Szebehely, 2000). Mellan 1990 och 1997 minskade antalet sjukhusplatser från drygt 11 000 till knappt 4 000 platser. Den genomsnittliga vårdtiden vid dessa platser minskade från 52 dagar år 1992 till 22 dagar 1996. Det betyder att gamla idag, oftare än tidigare, lämnar sjukhuset med kvarstående vårdbehov. Samtidigt, och troligen som följd av detta, har den kommunala hemtjänsten allt mer kommit att hjälpa färre gamla, med större hjälpbehov, under fler timmar än tidigare (a.a.). Även Stark och Regnér (2001) visar på denna förändring och menar att de som fick omsorg genom offentliga sektorn under mitten och slutet av 1990-talet var färre men mer vårdbehövande än tidigare.

Förutom att sjukvårdande insatser i hemmet ökar när den äldre vårdas allt kortare tid på sjukhusen, ökar också behovet av rehabiliterande insatser (Lilja, 2001). Den rehabilitering som påbörjats på sjukhuset måste tas tillvara och fortsätta när personen kommer hem. Utan fortsatt träning förloras den upptränade förmågan. Även om behovet av rehabilitering efter en skada eller sjukdom är mycket viktigt, uppmärksammar Lilja också konsekvenserna av inaktivitet för friska gamla. Personer som inte använder sina krafter tappar till slut förmågan att använda dem. I förlängningen innebär det problem att utföra aktiviteter i det dagliga livet.

För att möta kommande behov och stärka kvaliteten i kommunens äldreomsorg formulerade socialtjänsten i Filipstad en handlingsplan i samverkan med Landstinget i Värmland, Pensionärernas Riksorganisation

(PRO), Svenska Pensionärers Förbund (SPF) och Sveriges Kommunaltjänstemannaförbunds (SKTF) pensionärsorganisation. Handlingsplanen bestod av nio projekt, varav projekt KRAFT, som denna rapport behandlar, var ett. Pengar söktes från Socialdepartementet och till tre av de nio projekten beviljades anslag. I september 2000 startades utvecklingsarbetet.

Kontakten med IKU

När projektet påbörjades önskade projektarbetarna handledning och kontakt togs med Margareta Hedström från Socialdepartementets Äldreprojekt som i november 2000 besökte Filipstad. Därefter kontaktades Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete (IKU) vid Karlstads universitet och ett samarbete inleddes i mars 2001. Då var aktiviteten i projektet och datainsamlingen redan i full gång.

Rapportens syften

Syftet med föreliggande rapport är att sammanställa och tolka delar av det omfattande datamaterial som samlats in inom projekt KRAFT. Tyngdpunkten ligger på ett teoretiskt resonemang kring begreppen livskvalitet och rehabiliterande förhållningssätt som ingår i projektets syfte. En förhoppning är att den kunskap som här förmedlas ska användas i kommunens fortsatta kvalitetsarbete, samt även kunna fungera som inspirationskälla för andra kommuner eller organisationer.

Rapportens uppläggning

I följande avsnitt, kapitel 2, ges en bakgrund till handlingsplanen som döptes till Pigg och Glad i Filipstad, samt en beskrivning av kommunens socialtjänst. I kapitel 3 redogör vi för delprojektet KRAFT. Kapitel 4 beskriver kortfattat arbetsprocessen i projektet. En utförligare redovisning av tillvägagångssättet vid datainsamlingen samt urval och beskrivning av undersökningsgrupperna finns i bilaga 1.

Två begrepp som har varit ständiga följeslagare under detta arbete har fått varsitt kapitel där teoretiska referensramar och tidigare forskning redovisas tillsammans med denna undersöknings empiriska material. Begreppen är **rehabiliterande förhållningssätt** (kapitel 5) och **livskvalitet** (kapitel 6). Rapporten avslutas i kapitel 7 med en sammanfattande diskussion och en blick framåt.

2 Kommunens socialtjänst och handlingsplan för äldre- och handikappomsorgen

I följande avsnitt ges en kort beskrivning över kommunens socialtjänst och bakgrund till framväxten av handlingsplanen för äldreomsorgen i Filipstads kommun.

Socialförvaltningens målsättning

Den övergripande målsättningen för Socialförvaltningen i Filipstad är att på Kommunfullmäktiges uppdrag, via Socialnämnden, bedriva en utvecklande, effektiv och serviceinriktad verksamhet[1]. Innevånarnas behov av vård, omsorg och service skall tillgodoses enligt gällande lagar, förordningar och riktlinjer. Verksamheten skall ledas och styras enligt uppsatta mål. Utifrån detta har mål för kommunens äldreomsorg formulerats:

- **Verksamhetsmål**
  Kommunens äldreomsorg ska underlätta för äldre (över 65 år) att klara sin vardag och leva ett aktivt liv. Alla äldre med behov av omvårdnad, service eller rehabilitering skall i första hand få detta i sin invanda miljö. I andra hand skall de kunna välja mellan olika vård- och boendealternativ. Omvårdnad och rehabilitering ska utföras via en obruten vårdkedja.

- **Kvalitetsmål**
  Äldreomsorgen skall arbeta för att äldre, handikappade och deras anhöriga ska känna sig nöjda och trygga genom ett respektfullt bemötande och god kunskap om sjuk- och omvårdnad, service och rehabilitering.

I handlingsplanen fastslås vidare:

- Att Filipstad är en kommun med en hög andel av äldre människor
- Att kommunen står inför svåra omställningar, detta utifrån i många fall ekonomiska faktorer
- Att det trots detta finns en stor vilja att tillsammans med brukare, deras anhöriga, frivilligorganisationer, vårdcentralen och övriga intresserade personer, fortsätta att arbeta för att alla äldre personer i kommunen skall kunna känna sig behövda och trygga

[1] Handlingsplanen för äldreomsorgen, Pigg och Glad i Filipstad (1999)

Äldre- och handikappomsorgen

När projektet startade 1999 var kommunen uppdelad i fyra hemtjänstområden:

- Centrala hemtjänstområdet
- Södra hemtjänstområdet
- Lesjöfors hemtjänstområde
- Nykroppa hemtjänstområde

Inom kommunen fanns vid detta tillfälle också ett antal servicehus och särskilda boenden:

- Ett särskilt boende på Älvkullen och Eklunden där ett antal av dessa platser används till växelvård och avlastning
- Ett särskilt boende för psykiskt funktionshindrade Nils Ferlins väg
- Tio rehabiliteringsplatser på Rehabiliteringsenheten Eklunden
- Ett servicehus i Lesjöfors
- Ett nybyggt äldreboende i Nykroppa

Handlingsplanen Pigg och Glad i Filipstad

Mot bakgrund av regeringens nationella handlingsplan för äldrepolitiken (1999) och för att nå kommunens mål för äldreomsorgen upprättade socialtjänsten i Filipstad en handlingsplan i samverkan med Landstinget i Värmland, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Svenska Pensionärers Förbund (SPF) och Sveriges Kommunaltjänstemannaförbunds (SKTF) pensionärsorganisation. Handlingsplanen döptes till Pigg och Glad i Filipstad och skulle i första hand gälla för perioden 1/10 1999 - 31/12 2002. Denna handlingsplan utgjorde ansökningshandling till Socialdepartementets nationella handlingsplan för äldreomsorg 1999 - 2002[2].

Följande mål från den nationella handlingsplanen lyftes fram:

- Att äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag
- Att äldre ska ha god vård och omsorg
- Att äldre skall kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende
- Att äldre skall bemötas med respekt

[2] Projektansökan inom nationella handlingsplanen för äldreomsorg, Filipstads kommun (1999)

Handlingsplanen omfattade nio projektansökningar vilka alla hade sin utgångspunkt i kommunens fastställda mål för äldreomsorgen.

Projektansökningar

Av de nio projektansökningar som skickades till Socialdepartementet, var projekt KRAFT en (bilaga 2). Totalt rörde det sig om en mångfald av projekt. Några gällde brukarinflytande, rikare kulturutbud och ett handlingsprogram för demenssjuka. Andra skulle utveckla samarbete med olika partners som exempelvis landstinget och en annan kommun.

Tre av de nio ansökningarna fick medel från Socialdepartementet. Det var Brukarinflytande, KRAFT och Rikare liv med Kultur. Motiveringen var att dessa innefattade ett nytänkande och skapade bredd i det nationella äldreprojektets innehåll. Men även om Socialdepartementet inte bidrog till finansieringen av de övriga projekten var avsikten att genomföra hela handlingsplanen för Pigg och Glad. Hittills har sju av delprojekten startats.

3 Projekt KRAFT

I handlingsplanen för äldreomsorgen i Filipstads kommun anges: ”Att all personal inom äldreomsorgen skall vara välutbildad, lämplig, kunnig och skall alltid bemöta kommuninvånarna på ett respektfullt och professionellt sätt. Dessutom skall allt arbete ske med ett rehabiliterande förhållningssätt. Den speciella situation som terminalvård i hemmet innebär skall särskilt beaktas och planeras”. Denna lydelse bildade plattform för projekt KRAFT.

KRAFT står för Kvalitetsutveckling, Rehabiliteringsutveckling, Arbetsmiljö, Framtidssyn, Trygghet.

Styrgrupp

En styrgrupp tillsattes för att driva arbetet med projekt KRAFT. Den bestod av socialchefen och en revisor från Filipstads kommun samt representanter från PRO, SPF, SKTF och Handikappsamverkan i Filipstads kommun[3]. Från projekt KRAFT deltog projektledaren och de två projektanställda.

Arbetsgrupp

Under september och oktober 2000 anställdes Hillevi Adolfsson, leg. arbetsterapeut och Katrin Sundin, hemtjänstassistent, på heltid för att arbeta i projektet under ett år. Projektledare var Ulla Kjellemar, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och tillika verksamhetsledare för Kommunrehabiliteringen. Projektledaren hade det övergripande ansvaret och de båda projektanställda skötte all datainsamling och dokumentation.

Projektets syfte

Syftet med KRAFT var såsom det formulerats i handlingsplanen:

> ”Finna metoder för att bibehålla och förbättra brukarnas funktioner och livstillfredsställelse och därmed att äldre och funktionshindrade personer kan bo kvar och fungera i sina hem under längre tid av sina liv. Vidare att vid övergången till särskilt boende, även där bibehålla

[3] En paraplyorganisation över handikappföreningarna i Filipstads kommun.

livstillfredsställelsen och förmågan i sina dagliga funktioner. För att nå detta ska all personal ha ett rehabiliterande förhållningssätt."

Utgångspunkt för projektarbetet

En utgångspunkt för arbetet i projektet var resultaten från en årligen återkommande enkätundersökning till brukare och personal inom kommunens äldreomsorg, samt resultat från fokusgrupper där verksamhetsledare träffat brukare. En annan utgångspunkt var de politiska måldokument som upprättats i Filipstads kommun. I projektplanen fanns angivet att de projektanställda skulle starta sitt arbete med att intervjua 25 brukare med utgångspunkt från syftet med KRAFT. Detta arbete påbörjades i oktober 2000.

Samarbetet med IKU

I mars 2001 inleddes samarbetet med IKU. Datainsamlingen var då avslutad och ett stort antal intervjuer och observationer hade genomförts. En grupp bildades med de två projektarbetarna, Hillevi Adolfsson och Katrin Sundin och Lena Ede från IKU. Tillsammans började vi systematisera och analysera det omfattande datamaterialet som projektarbetarna samlat in. I denna rapport har vi koncentrerat oss på intervjustudierna. Resten har lämnats åt sidan. Erfarenheterna fanns dock med under tolkningen av intervjuerna och i de projekt om genererats ur KRAFT.

Under resans gång har IKU också varit diskussionspartner vad gäller allehanda aktiviteter som baserats på det insamlade materialet.

Projekt som genererats ur KRAFT

Erfarenheterna ligger till grund för det intervenerande arbete som genomförts i de två projekt som kom att kallas KRAFT I och KRAFT II. Dessa båda projekt har pågått samtidigt med projekt KRAFT.

KRAFT I innebar en kompetensutveckling till två av kommunens hemtjänstområden, det södra och det centrala. Kompetensutvecklingen innefattade handledning i omvårdnadssituationer, användning av tekniska hjälpmedel och förflyttningsteknik. KRAFT II innebar en verksamhets- och kompetensanalys som i steg två fortsatte med en kompetensutveckling av all personal inom socialförvaltningen.

4 Arbetsprocessen

I detta avsnitt tar vi upp de olika spörsmål och avväganden som uppstått under arbetets gång, dels mellan projektarbetarna, men dels också efter att samarbetet med IKU inletts.

Olika infallsvinklar

De båda projektarbetarna hade genom sina yrken och vidareutbildningar präglats av olika erfarenheter, kunskaper och färdigheter, dels från kommunal verksamhet och dels från landstinget. Det var två kulturer som möttes – kommunal äldreomsorg och geriatrisk rehabilitering, därefter tillkom en tredje – den akademiska. Dessa olika infallsvinklar visade sig vara mycket fruktbara i det fortsatta arbetet och resulterade i ständiga och mycket givande diskussioner. Det som var självklart bland de egna kollegorna och på de tidigare arbetsplatserna ifrågasattes och det självklara behövde förklaras. Ord skulle sättas på det underförstådda och oreflekterade – något som satte fart på tankarna.

Det gemensamma intresset låg hos brukarnas bästa. Gemensamt var också ett underifrånperspektiv och en önskan om att synliggöra det dagliga arbetet i den konkreta verksamheten i kommunens äldreomsorg.

Under arbetets gång återkom ständigt orden livskvalitet och rehabiliterande förhållningssätt samt olika benämningar på de människor vilkas värld vi fördjupade oss i. Vi behövde klargöra både för oss själva och för varandra vad vi menade med de olika begreppen. Dessutom tolkas begreppen olika beroende på vem som använder dem och i vilka sammanhang. I kapitel 5 och 6 fördjupar vi oss i de båda begreppen rehabiliterande förhållningssätt och livskvalitet, men först en kort diskussion om alternativa benämningar av äldreomsorgens avnämare.

Vad skulle vi kalla dem som verksamheten är till för?

Inom landstinget där arbetsterapeuten tidigare haft sin förankring används benämningen **patient** som också finns angiven i hälso- och sjukvårdslagen. Ordet patient var så internaliserad att andra benämningar till en början föreföll konstruerade. Men patient är förknippat med sjukdom och passar inte inom den kommunala äldreomsorgen.

Hjälptagare och **vårdtagare** är andra benämningar (Runesson & Eliasson-Lappalainen, 2000). Av dessa är vårdtagare vanligast inom den kommunala

äldreomsorgen och refererar till den som tar emot vård- och omsorgshandlingar. Hjälptagare betraktas som ett vidare begrepp som också innefattar service. Exempelvis hjälp med enstaka enklare ärenden. O**msorgstagare** är närbesläktat även om det inte används lika ofta (a.a.). Inte heller med dessa begrepp kände vi oss riktigt hemma.

Kund är ytterligare en benämning som hör hemma i de nya styrformer som används inom den offentliga verksamheten och som kallas New Public Management (NPM). NPM har hämtat inspiration från det privata näringslivet, med konkurrensutsättning och beställar-utförarmodellen som följd.

Kundbegreppet bygger på en jämställd relation mellan parterna, medan det specifika för välfärdstjänsterna är att de tas emot av en person som har en svagare position till följd av sjukdom och skröplighet gentemot den som utför tjänsten (SOU 2000:3). De senare årens företagisering av den offentliga sektorn med medföljande språkförändringar riskerar att förändra handlandet i ”fel” riktning, menar Wahlgren (1996) och i det instämmer vi. Faran ligger i att i stället för att få en lyssnande personal som styrs av omsorgsrationalitet riskeras yrkesidentiteten ändras till förmån för en ytlig försäljarroll som säljer tjänster till kunder, fortsätter Wahlgren (1996). Kundbegreppet stämde inte överens med vår syn. Gustavsson, Kullvén och Larsson (1997) menar dock att kund är ett mångfacetterat begrepp och det viktigaste är ”att ha klart för sig varför verksamheten finns och för vilka den är till (a.a. s. 17). Något som vi instämmer i.

Ytterligare en benämning är **brukare** som fick sitt genomslag efter Ädelreformen 1992. Handikapprörelsen har bidragit till spridningen eftersom man ville ha en annan benämning än patient med motiveringen att patienten passiviseras (mottar hjälpen passivt) medan en brukare är någon som aktivt brukar de insatser hemtjänst eller hemsjukvård tillhandahåller. Brukare var vedertaget inom äldreomsorgen i Filipstads kommun och användes av vår styrgrupp samt av hemtjänstassistenten.

Brukare blev det ord som projektarbetarna valde och som vi i denna rapport använder oss av för att beskriva mottagarna av äldreomsorgens tjänster. Med äldre menar vi personer över 65 år – alltså personer som har ålderspension.

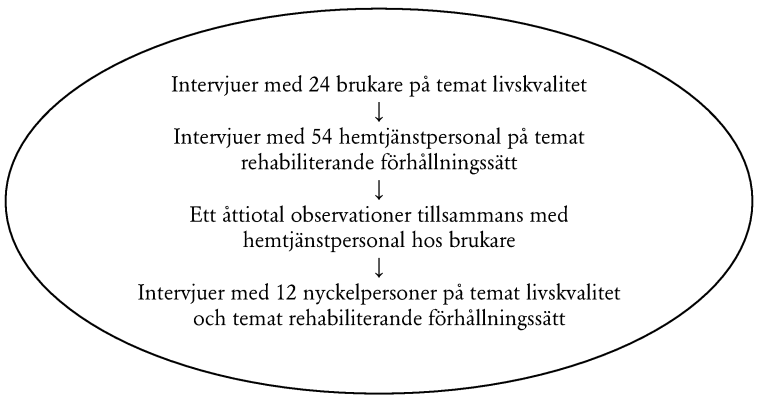
Undersökningens tankesprång

I enlighet med projektplanen startade arbetet med att ett antal brukarintervjuer genomfördes. Dessa gjordes i ett tidigt skede. Frågorna var

av typen ”Vilka hemtjänstinsatser är du beviljad” och ”Känner du dig trygg med den insats du får från hemtjänsten”. Nu när rapporten skrivs handlar det mera om att tolka uttryck för livskvalitet med hjälp av de teoretiska referensramar som närmare beskrivs i följande kapitel.

Datainsamlingen utökades vartefter nya frågor sökte svar och kunskapssökningen stannade inte när de på förhand bestämda brukarintervjuerna var avslutade. Intervjuguiderna utvecklades och förändrades allteftersom nya grupper intervjuades. Projektarbetarna gick vidare till hemtjänstpersonalen för att där söka svar på frågan om de arbetade med ett rehabiliterande förhållningssätt och vad det i så fall innebar. Beslutet om att genomföra ytterligare intervjuer förankrades i styrgruppen och godkändes i efterhand då redan ett antal (17) intervjuer genomförts. Nya funderingar uppstod efter dessa intervjuer och ett åttiotal observationer genomfördes.

Därefter ville projektarbetarna undersöka hur socialchefen, biståndsbedömarna, rehabiliteringspersonalen och den medicinska personalen (som sammantaget fortsättningsvis kallas ”de tolv nyckelpersonerna”) såg på rehabiliterande förhållningssätt eftersom det var deras tolkningar av politikernas beslut som gav förutsättningarna för hemtjänstpersonalens arbete. Projektarbetarna ville också veta om livskvalitet innebar samma sak för nyckelpersonerna som för brukarna. De olika stegen i datainsamlingen visas i nedanstående figur och har likheter med grounded theory-traditionen (Svensson & Starrin, 1996). Datainsamlingen går - enligt detta arbetssätt - vidare allteftersom man söker ny kunskap, fokuserar på vissa delar, använder sig av olika sätt att samla in data samt söker mera kunskap genom jämförelser.



Figur 1: Datainsamlingsprocessen

En utförlig redogörelse för tillvägagångssättet vid datainsamlingen, urval av undersökningsgrupperna samt beskrivning av undersökningsgrupperna finns i bilaga 1. De olika intervjuguiderna finns som bilaga 3, 4 och 5. Nedan beskrivs undersökningsgrupperna helt kort.

Undersökningsgrupperna

Datainsamlingen inleddes med att 24 brukare intervjuades. I gruppen ingår både kvinnor (17) och män (7). Den äldste var vid intervjutillfället 92 år och den yngste 52 år. De flesta var mellan 80-85 år. Alla bodde kvar i hemmet och ingen växelvårdades[4].

Därefter intervjuades 54 personer ur hemtjänstpersonalen, de flesta kvinnor. Såväl undersköterskor och vårdbiträden som några utan grundläggande omsorgsutbildning, men med en kortare introduktion ingick. Nästan hälften, 24 personer, hade arbetat i äldreomsorgen i mer än 10 år. Den som varit anställd längst började 1969 och den som varit anställd kortast hade arbetat i fyra dagar.

Ett 80-tal observationer genomfördes då projektarbetarna följde med någon hemtjänstpersonal eller biståndsbedömare hem till en brukare.

Som avslutning intervjuades de som med ett samlingsnamn kallades nyckelpersonerna och som var tolv till antalet. I denna grupp ingick socialchefen, verksamhetsledaren för de hemtjänstdistrikt som ingår i studien, två biståndsbedömare, tre distriktssköterskor, en sjukgymnast, två arbetsterapeuter, en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och en medicinskt ansvarig för sjukvård (MAS).

Analys

Tillsammans har rapportskrivarna analyserat datamaterialet med speciell inriktning mot begreppen rehabiliterande förhållningssätt och livskvalitet. Tyngdpunkten i resultatredovisningen ligger på teoretiska resonemang kring dessa begrepp. Det empiriska materialet redovisas under följande två avsnitt mot bakgrund av tidigare forskning omkring livskvalitet och rehabiliterande förhållningssätt. Vad gäller livskvalitet är det främst ur ett individperspektiv, medan det rehabiliterande förhållningssättet utgår från ett organisatoriskt perspektiv.

[4] Växlar mellan att bo hemma och på någon form av institutionsboende/avlastningsboende.

5 Rehabiliterande förhållningssätt

Syftet med KRAFT var att finna metoder för att bibehålla brukarnas funktioner och livstillfredsställelse så att de kan bo kvar längre hemma. För att nå syftet ska all personal arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. Men vad innebar det egentligen att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt?

Projektledaren definierade rehabiliterande förhållningssätt på följande sätt: ”Utgångspunkten skall vara av stödjande, inte hjälpande, inriktning. Att väcka individens intresse för sina egna resurser och möjligheter. Att uppmuntra till egen problemlösning, egna beslut och eget handlande.” Det var denna definition som blev projektarbetarnas rättesnöre.

Efter ett antal intervjuer uppstod dock funderingar över vad rehabiliterande förhållningssätt egentligen innebar. Handlade det om att gångträna en brukare med brutet ben eller var det ett sätt att förhålla sig oavsett om brukaren behövde rehabiliteras från en skada eller ej? Var det att stödja brukaren i hans/hennes vardag till självständighet, integritet och självbestämmande? Eller handlade det kanske om den egna arbetsmiljön? Var det ett sätt att använda tekniska hjälpmedel och rätt förflyttningsteknik i syfte att skona den egna kroppen?

Och var det självklart att ha ett rehabiliterande förhållningssätt bara för att man arbetade inom ett yrke som är av rehabiliterande karaktär?

Även om begreppet dyker upp i litteraturen hittade vi ingen förklarande definition. Rehabilitering däremot finns tydligt definierat.

Rehabilitering

Ordet rehabilitering kommer ur re- som betyder åter och -habilis som betyder duglig. Enligt den latinska ursprungliga definitionen betyder rehabilitering att en människa på något sätt ”har gått miste om, tappat eller till viss del förlorat sin duglighet eller förmåga (…) och att hon och andra människor uppmärksammat detta och lägger ett värde i att denna människa ska få sin duglighet tillbaka” (Kerz, Werner & Wesser, 1995:32).

Det finns ytterligare ett antal definitioner av rehabilitering som alla är samstämmiga. Följande från Nationalencyklopedin (2002) får sammanfatta:

> **”Rehabilitering**: Återställande av förlorad funktion. Rehabilitering omfattar medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala åtgärder, med inriktning på att hjälpa sjuka eller skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och ge förutsättningar för ett normalt liv. Den avser numera insatser mot alla former av funktionsnedsättningar och handikapp. Olika myndigheter eller huvudmän ansvarar för skilda områden och många yrkesgrupper deltar i rehabiliteringsarbetet. Rehabiliterande åtgärder bör sättas in så tidigt som möjligt, vara allsidiga och tidsmässigt samordnade samt ge den enskilde ett avgörande inflytande. *Medicinsk rehabilitering* bedrivs bl.a. vid särskilda rehabiliteringskliniker. Den kan inte skarpt avgränsas från rent sjukvårdande åtgärder, men inriktas främst på konsekvenser av sjukdom och skada, t.ex. genom funktionsträning, förmedling av hjälpmedel eller övning i det dagliga livets aktiviteter (se ADL).”

Denna definition har en bredd som inte bara innefattar medicinska åtgärder utan hänsyn tas även till pedagogiska och sociala insatser som viktiga delar i rehabiliteringen för att kunna leva ett så normalt liv som möjligt utifrån sin förmåga.

Med rehabilitering menar Lilja (2001) att ta tillvara det friska och förstärka det så att det ”sjuka” blir av mindre betydelse och livskvaliteten höjs. Även om sjukdomen/skadan finns kvar och åldrandet i sig innebär att förmågorna successivt avtar, finns hos de flesta ändå möjligheten att rehabiliteras till ett gott liv. Den kroppsliga hälsan påverkar förmågan, men Lilja poängterar att det vid rehabilitering handlar om en helhetssyn på personens liv och på värdigheten som människa med alla inneboende resurser. Rehabilitering ingår i ett större sammanhang där träning kan vara en av flera insatser för att nå målet. Vilket ligger helt i linje med första kapitlet i 1§ Socialtjänstlagen (SFS 2001:453): ”Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser.”

Rehabiliterande förhållningssätt

Det närmaste vi kan komma rehabiliterande förhållningssätt är Liljas definition av rehabiliterande arbetssätt (2001:37) som vi antar är samma sak som rehabiliterande förhållningssätt:

> ”Med ett rehabiliterande arbetssätt menas att på ett målinriktat och pedagogiskt sätt ta tillvara personens egna resurser och ge hjälp till självhjälp. Att väva in träning och aktivering i vardagen där de bästa träningsmöjligheterna finns.”

Allt som sker under dygnet har betydelse för rehabiliteringsprocessens förlopp, menar Lilja (2001). Därför kan inte rehabilitering isoleras till specifika avgränsade tillfällen i tid där insatserna utförs av speciell rehabiliteringspersonal. Det rehabiliterande arbetssättet kräver ett teamarbete där flera yrkesprofessioner arbetar tillsammans och där rehabiliteringstänkandet ständigt finns i vardagen. Sambandet mellan att utföra vardagliga sysslor och rehabiliteringsinsatser leder till att alla personer som finns i individens vardag måste ha ett rehabiliterande synsätt. Insatser som är ”snällt tänkta” eller ”sparar tid” kan snabbt leda till passivitet, poängterar Lilja.

Rehabilitering av äldre

Rehabilitering av äldre handlar om att skapa möjlighet att leva ett värdigt liv utifrån sin egen livssituation, menar Gurner och Wånell (2000) och har inte något självklart slut. Detta innebär en skillnad från att rehabilitera en yngre människa efter t ex ett benbrott. En risk är att betrakta äldre personers avtagande förmåga att klara av vardagen som en del av åldrandeprocessen och inte som något som går att åtgärda. För personer i de äldsta åldersgrupperna handlar det inte enbart om att förbättra sina förmågor utan i högsta grad om att *behålla* dem så länge det går. Även om rehabilitering för äldre innefattar fysisk rehabilitering, handlar det i hög grad om att stimulera till att utföra vardagssysslor, men även om insatser som underlättar att kunna delta i sociala sammanhang trots avtagande förmågor. Social samvaro är lika viktig som fysisk rehabilitering och en viktig del i rehabiliteringen, enligt Gurner och Wånell.

Vinsterna med rehabilitering

De humanitära vinsterna med rehabilitering var uppenbara i Liljas studie (2001) som visade att äldre har goda möjligheter att förbättra sina förmågor genom att vara mer aktiva. Även ekonomiska vinster påvisades av Lilja. Rehabiliteringsinsatser i form av tekniska hjälpmedel och anpassning av hemmiljön reducerade kommunernas kostnader för äldres hemtjänst. Hon poängterade betydelsen av att sätta in rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt vilket minskade behovet av vård och omsorg på längre sikt. Det innebär att om rehabiliteringsinsatserna sätts in snabbt och följs upp har alla parter mycket att vinna, något som man också tar upp i Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (2001). Äldre får makt över sina liv genom att bli mer oberoende. De ”överinsatser” som blir följden av alltför sent påbörjade rehabiliteringsinsatser och bristande uppföljning behöver

inte sättas in vilket kan frigöra resurser. Exempelvis spar det tid för personalen som kan användas på annat håll i verksamheten (a.a.).

Hemtjänstpersonalen – en viktig resurs

Genom att utvecklingen av rehabiliteringsinsatser för äldre har gått från rehabilitering i institutionaliserade former till rehabilitering i hemmiljö har hemtjänstpersonalen tillsammans med anhöriga fått en central roll för de äldres möjligheter att kunna bo kvar hemma och samtidigt rehabiliteras (Lilja 2001, Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, 2001, Gurner & Wånell, 2000).

För att personalen ska kunna arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt måste besluten vara sådana att de möjliggör för personalen att arbeta på detta sätt. Men personalen måste också få veta vad som förväntas av dem och få den kunskap som behövs. För att detta ska vara möjligt krävs utbildning både vad det gäller medicinsk och social kunskap såväl som om vad ett vardagsrehabiliterande synsätt innebär för dem själva och för brukaren (Nationella handlingsplanen 2001, Lilja 2001). Det rehabiliterande förhållningssättet får sin mening först då det tillämpas i ett konkret verksamhetssammanhang.

Mellan två lagar

I samband med Ädelreformen 1992 övergick delar av ansvaret för rehabilitering av äldre från landstingen till kommunerna (Gurner & Wånell, 2000). Rehabiliteringen flyttade då ut från sjukhusen och in i hemmen, vilket medförde ett nytt och stort ansvarsområde för kommunerna. Trots att det formella ansvaret är klargjort, finns det fortfarande otydligheter i ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. Insatserna sker splittrat och utan inbördes samordning vilket medför att äldreomsorgspersonalen får motstridig information dels via biståndsbeslutet och dels via handledningen från sjukgymnasten och/eller arbetsterapeuten (a.a.).

Hemtjänstpersonalen utför alltså uppgifter och insatser som utgår från två olika ansvarsområden, ett medicinskt och ett socialt. Uppgifterna görs på delegation/ordination utifrån HSL och genom biståndsbeslut enligt SoL. Båda lagstiftningarna är mål- och ramlagar[5]. Lilja (2001) framhåller vikten av att alltid bedöma behov av rehabilitering i relation till behov av bistånd. Om biståndsbedömningen frikopplas från rehabiliteringsaspekter kan det bl a leda till följande (Gurner & Wånell 2000:25):

- Biståndsbedömningen fokuserar på hjälp i stället för på hjälp till självhjälp
- Personen beviljas särskilt boende utan att ha fått ordentlig hjälp i sin hemmiljö
- Personen beviljas korttidsboende utan genomtänkta mål för vistelsen
- Vårdbiträdet får inte den tid som krävs för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt

Verklighet vs vision

Hemtjänstens verksamhet regleras på nationell nivå av parlamentariskt beslutande policyformuleringar och lagstiftning, men det är kommunens politiker som beslutar om fördelningen av kommunens ekonomiska medel och det är kommunala tjänstemän som på socialnämndens uppdrag bedömer behoven och tilldelar hjälpen (SOU 2000:38). Det är politikernas uppgift att formulera mål och ambitionsnivå som sedan professionen ska omsätta i praktisk verksamhet (Gustafsson, 2000). Ett mål är att äldre ska bo kvar i sina hem så länge det är möjligt enligt kvarboendeprincipen. Målet (visionen) med KRAFT är att hitta metoder för att bibehålla brukarnas funktioner och livstillfredsställelse. För att nå dit ska all personal arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt.

Men verkligheten ser annorlunda ut. Kommunernas ekonomiska problem försvårar det rehabiliterande arbetssättet menar Alaby (2000). Tröskeln för att bevilja hemhjälp har höjts generellt sett, även om det finns mycket stora kommunala skillnader (SOU 2000:38). Många kommuner tolkar lagen striktare nu än tidigare. Dels har definitionen av vad som är ett behov som kommunen behöver engagera sig i snävats in, och dels har definitionen av hur behoven kan tillgodoses på annat sätt vidgats. Vilka behov som kommunen är skyldig att bemöta har omdefinierats på så sätt att allt fler kommuner idag tolkar socialtjänstlagen så att de inte är skyldiga att ge hjälp med husliga sysslor. Exempelvis genom att kommunen

[5] Anger de övergripande målen som ger inriktningen för verksamheten. Varje kommun har frihet att forma verksamheten utifrån de prioriteringar som anses nödvändiga.

formulerar egna riktlinjer i besparingssyfte där det hävdas att man inte beviljar hemhjälp med städning eller tvätt (a.a.). Både att städa och tvätta tillsammans med brukaren är utmärkta tillfällen att arbeta vardagsrehabiliterande, enligt Lilja (2001). Men det förutsätter också ett biståndsbeslut samt tid och kunskap om vardagsrehabilitering.

Vill personalen arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt?

Majoriteten av hemtjänstpersonalen i KRAFT ville arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt och såg det som en fördel för brukarna om det skulle kunna vara genomförbart. Endast en hemtjänstpersonal tyckte att det innebar meningslösa moment som sliter ut personalen. Med rehabiliterande förhållningssätt menade de flesta samma sak, nämligen: *Brukaren ska göra det som den kan och det som de inte kan ska vi hjälpa till med.*

Några ur personalen menade med rehabiliterande förhållningssätt detsamma som en rehabiliterande insats. Alltså en specifik uppgift som är delegerad och beviljad i tid av biståndsbedömmaren. Exempelvis att träna ett brutet ben. En uppgift som utförs under en begränsad tid. En personal sammanfattar: *Finns på några stället där det är beviljat (ex sträcka/böja på ett ben). Annars går det inte. Det är för bråttom.*

Tidsbrist

Många ansåg det inte vara möjligt att i dagsläget använda sig av ett rehabiliterande förhållningssätt på grund av framförallt tidsbrist. En person kände sig ensam om att vilja arbeta på detta sätt men ansåg det angeläget. *En begynnande Alzheimer försämras på åtta veckor,* säger hon. Underförstått ligger här kunskapen om att det finns metoder som fördröjer förloppet och lindrar effekterna.

Bristen på tid var det största hindret för vårdbiträden och undersköterskor när de skulle arbeta vardagsrehabiliterande fann också Gurner och Wånell (2000), Alaby (2002) och Lilja (2001). Exempelvis tar det längre tid att hjälpa den äldre att gå själv än att köra i rullstolen.

Tre städ och tre dusch per dag, hur ska man då hinna med ett rehabiliterande förhållningssätt? frågar sig en hemtjänstpersonal. *Oftast hinner jag inte med att ha det,* säger en annan och tillägger, *när jag hinner är det roligt.* Att det tar längre att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt är något som flera påpekar. De hinner inte vänta på att brukaren gör i sin egen takt. Då går det fortare att hjälpa till.

Problemet är att det saknas arbetsmetoder för hur man ska kunna stå bredvid och stödja den äldres förmåga att klara sig själv utan att detta tar den tid man inte har. Att utveckla arbetsmetoder för ett ”vardagsrehabiliterande” arbetssätt som är genomförbart trots den tidsbrist som hör till vårdbiträdenas och undersköterskornas vardag i äldreomsorgen menar man i den nationella handlingsplanen (2001) vara ett arbete av högsta prioritet. Även Gurner och Wånell (2000) poängterar vikten av metodutveckling.

Olika tidsuppfattningar

Även om den biståndsbedömda tiden för en promenad finns räcker den inte alltid till då det är mycket att ordna med både före och efter promenaden. *Påklädning, ut, hem, avklädning, till sängen. Vågar man gå ut?* säger en hemtjänstpersonal som av erfarenhet vet att det är många moment som ingår i processen och att det inte alltid går enligt beräkningen. Det som hejdar kan vara vetskapen om att andra brukare väntar och att tidsschemat inte tillåter för stora avvikelser. Att inte ha tid till det oberäknade kan vara hindrande när en aktivitet ska sättas igång.

Inom verksamheten löper två tidsuppfattningar som många gånger kolliderar. Den biståndsbedömda tiden mäts utifrån en linjär tidsuppfattning, i klocktid, vilket innebär att tiden är bestämmande för uppgiften och relationen. Men uppgiften utförs inom processtid som karaktäriseras av att den är svår att beräkna i tid eftersom den påverkas av den process som uppgiften innefattar. Skillnaden är alltså att vid processtid bestämmer uppgiften tidsrelationen och tiden är inbäddad i den sociala relationen, medan vid klocktid är det tiden som styr (Davies i Eliasson 1996). Finns inga marginaler för eventuella avvikelser avstår man hellre än att utsätta sig själv och brukaren för att processen inte skulle rymmas inom klocktiden.

Något som påverkar den tid varje brukare får, men som till stora delar är osynligt (utom för hemtjänstpersonalen), är vilket väglag det är. *Gångtiden är inte medräknad och på vintern tar det mera tid, när det är halt.* Även sättet man transporterar sig på mellan brukarna spelar in. *Om man cyklar går det fort, men går man så tar det längre tid.* Tiden för förflyttning mellan brukarna finns inräknad i brukarens tid och inte finns angiven på schemat. Den påverkas av väder och transportmedel och utgör ett stressmoment för personalen som skyndar sig så mycket det går för att inte ta av brukarens tid. Det är ett bekymmer i det strama tidsschemat.

Att tidsbristen är ett problem noteras av brukarna som har stor förståelse för hemtjänstpersonalen. Följande citat sammanfattar många brukares åsikt: *Personalen är fantastisk men har ont om tid.* De flesta menar att personalen är duktig och snabb och arbetar efter bästa förmåga även om följande citat belyser en åsikt som några framför: *De har så bråttom jämt. Jag känner mig i vägen.* Redan 1994 uppmärksammade Tuulik-Larsson (1994) brukarnas förståelse för hemtjänstpersonalens tidspressade situation. En gissning är att personalen inte har mera tid idag, snarare tvärtom.

Brukaren vill inte

Det finns ytterligare hinder för att det rehabiliterande förhållningssättet inte praktiseras. *Det är inte bara tidsbrist,* säger en hemtjänstpersonal, *utan också att brukarna inte vill.* En annan uppfattning framförs också: *Trots att brukarna kan tycker de att de ska ha hjälp.* En mindre vanlig synpunkt är: *En del kanske blir förbannade och då gör en det i stället för att de ska bli sura.*

Anledningen till att brukarna inte vill belyses i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (2001) där man tar upp ett antal orsaker till att brukarna hade slutat att utföra sysslor trots att de bedömdes ha förmågan. Ett exempel var att brukaren inte vågade därför att han/hon inte fått möjligheten att under trygga former testa sina gränser. Ytterligare skäl som framkommit var att:

- brukaren var inte beredd att förändra något i sin situation utan var nöjd som det var
- brukaren var rädd att säga ja till rehabilitering då det skulle kunna leda till att han/hon blev utan hjälp
- brukaren var rädd att önskemål om rehabilitering skulle kunna tolkas som klagomål
- brukarens maka/make ville inte mista den viktiga och meningsfulla uppgift att hjälpa sin partner
- brukaren var rädd för att en förändring skulle kunna skapa en större otrygghet i vardagen
- brukaren ansåg att det var för sent att tänka på rehabilitering

Ett annat exempel var att hemtjänstpersonalen utförde hela uppgiften trots att brukaren kunde utföra den till viss del. Vanligt var också att hemtjänstpersonalen eller anhöriga oreflekterat helt hade tagit över sådant som brukaren själv kunde klara av. Något som också vår undersökning tyder på: *När det kommer någon* (från hemtjänsten) *och städar går jag ut,* säger en brukare och en annan: *De flesta vet hur det ska städas så jag behöver inte*

vara med. Dessa brukare skulle mycket väl kunna delta i städningen utifrån sin förmåga under förutsättning att det rehabiliterande förhållningssättet praktiserades.

Att andra tagit över sysslor berodde bl a på att de som skulle stödja brukaren ville vara snälla och hjälpa till, eller att de inte visste att hjälpen snarare motverkade än ökade brukarens möjligheter att på sikt klara hela eller delar av sin vardag, påpekas i den nationella handlingsplanen. Flera av hemtjänstpersonalen är medvetna om detta: *Faran är att man tar över även om tanken är att de ska göra det själva*, säger några. Men också andra åsikter framförs: *När brukaren betalar ska den också ha det utfört och inte behöva hjälpa till*, säger en ur hemtjänstpersonalen. Vilket är en synpunkt som är mycket långt från det rehabiliterande förhållningssättet. En annan hemtjänstpersonal säger: *De är ju så dåliga. De orkar ju inte.* Och sannolikt är det så att många är så märkta av ålder och sjukdom att de inte orkar.

Motivation och relation

Att motivera brukaren för att åstadkomma en förändrad livssituation är den viktigaste delen i en lyckad rehabilitering, menar Lilja (2001). Interaktionen mellan brukaren och den som ger hjälpen avgörande. I hennes studie handlade hjälpen både om det praktiska utförandet och om det sociala samspelet. Medvetenheten och kompetensen hos hemtjänstpersonalen för att motivera brukaren att använda sig av sina förmågor så länge det är möjligt blir här ett viktigt verktyg.

Enligt Pygmalioneffekten (Jenner 1987) visar det sig att ”positiva förväntningar från lärarens sida styr elevens prestationer i gynnsam riktning, medan negativa förväntningar kan försämra prestationerna” (a.a. s 10). Jenner överför detta till missbruksbehandling där behandlarens positiva förväntningar spelar den viktigaste rollen för en lyckad behandling. Vi menar att samma resonemang kan användas inom äldreomsorgen och att hemtjänstpersonalen har den viktiga rollen som den motiverande behandlaren.

Hur relationen och interaktionen byggs upp mellan brukaren och vårdbiträdet visar Tuulik-Larsson i en instruktiv bild (1994:88). Den beskriver alla delar i omsorgsmötet som bygger på omsorg, ansvar, respekt och insikt. Kontinuiteten i interaktionsmönstret bygger upp tryggheten i relationen mellan brukaren och vårdbiträdet. Genom ett samspelsmönster lär de sig varandras vanor och förväntningar. Något som skulle kunna vara grunden för det rehabiliterande förhållningssättet.

Nyckelpersonerna möjliggör hemtjänstpersonalens arbete

En förutsättning för att hemtjänstpersonalen ska kunna arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt är att det är förankrat hos de personer som sätter ramarna för deras arbete. Svaret på frågan om de tolv nyckelpersonerna väger in det rehabiliterande förhållningssättet i sina beslut varierade dock mycket. De flesta svaren tyder på att även om intentionerna är goda så lägger olika orsaker hinder i vägen. Gemensamt för samtliga nyckelpersoner var att de menade att deras arbetssituation var pressad och präglades av brist på tid, men att de försökte väga in det rehabiliterande förhållningssättet så gott det gick utifrån sina olika områden. En person säger: *Det borde jag ha, men man är styrd av villkor och av andra. Det är andras behov och förväntningar som styr.*

Biståndsbedömarna menade att de i utbildningen fick lära sig att det var viktigt att ta vara på det friska, något som de försökte att göra. En av dem gav ett exempel på att hon i en rehabiliteringsplan ställde upp som mål för brukaren att gå mellan bord och stolar. Något som inte behövde ta mer tid för personalen.

Distriktssköterskorna hänvisade till olika hjälpmedel och att de uppmuntrade brukarna till att ta egna initiativ som att själv ringa till läkaren. De pekade på problemet med att arbetsmiljön i hemmet många gånger innebar olämpliga arbetsställningar och dålig belysning. Bristen på tid tillsammans med hemtjänstpersonalen var ytterligare ett hinder som de tog upp.

Tydligast var personalen på Kommunrehabiliteringen som menade att ett rehabiliterande förhållningssätt var hela deras värdegrund och alltid vägs in i utgångsläget. En av dem tillägger: *men tidsbrist och personalbrist gör att en del personal säger att det inte går.*

Kommunikationsproblem

En svårighet som personalen från kommunrehabiliteringen tog upp var att hemtjänstpersonalen inte kommer på handledning om hur brukaren ska få sin rehabilitering och inte heller på teamträffarna.

Hemtjänstpersonalen menade att det var svårt att få information om hjälpmedel och det tog lång tid från det att första kontakten var tagen tills en bedömning var genomförd. Andra ur personalstyrkan ansåg att kontakten med Kommunrehabiliteringen fungerade bra och att de kontaktade arbetsterapeut och sjukgymnast när det behövdes. En person

tillade: *Får ingen hjälp om man inte frågar.* Ingen har svarat att Kommunrehabiliteringen tagit första steget till kontakt utan ansvaret har legat hos dem själva. Den utbildning som de en gång fått i förflyttningsteknik var bra, säger flera, men det var länge sedan.

Det finns hjälpmedel som inte arbetsterapeuten och sjukgymnasten tar fram och som skulle kunna vara till nytta, men som inte ordineras, säger en hemtjänstpersonal som skulle vilja komma till hjälpmedelsförrådet och titta vad som finns. Några efterlyser rutiner för att hjälpmedel ska finnas på plats när brukaren återvänder hem efter att ha varit på sjukhuset.

Förankring och medvetenhet

Att det är förankrat i organisationen och tillåtet är viktigt, vilket följande citat visar: *Jag för min del är väldigt rädd. Jag vågar inte göra något. Jag är rädd för att jag bryter mot något som inte är beviljat,* säger en hemtjänstpersonal. Samma typ av osäkerhet var också något som Lilja (2001) fann hos personalen i sin studie. Utbildning i vad ett rehabiliterande förhållningssätt innebär, är av största vikt för att undanröja denna rädsla. Kontinuerlig handledning från sakkunniga är nödvändigt för att skapa trygghet i arbetet och veta att man gör rätt.

Men också tid är en viktig beståndsdel. Att skapa den nödvändiga relationen kräver tid. Medvetenheten hos biståndsbedömaren blir då den springande punkten för att bevilja tillräckligt med tid så utrymme skapas för hemtjänstpersonalen att arbeta med det rehabiliterande förhållningssättet.

Biståndsbedömarens viktiga roll betonas av Lilja (2001), Alaby (2002), Gurner och Wånell (2000), som menar att tillräckligt med tid i arbetssituationen behövs för att möjliggöra att arbeta på ett sådant sätt att rehabilitering understöds i stället för att underskattas.

6 Livskvalitet

Livskvalitet är ett mångfacetterat begrepp och någon generellt antagen definition finns inte. Däremot en mängd tolkningar av detta abstrakta begrepp som handlar om kvaliteten i en människas liv. I begreppet livskvalitet väljer vi att lägga livstillfredsställelse som används i syftesformuleringen från projekt KRAFT.

Begreppet livskvalitet myntades i slutet av 1950-talet som en reaktion på att man använde bruttonationalprodukten (BNP) som mått på levnadsstandard och välstånd i en nation. Med livskvalitet menas i stället ett mått på en människas hela existens med hänsyn tagen till yttre förhållanden, mellanmänskliga relationer och inre personliga förhållanden. Ofta förekommer begreppet livskvalitet tillsammans med begreppet hälsa. Som ett komplement till BNP har ett internationellt index, Weighted Index of Social Development (WISP) utarbetats av professor Richard Estes lanserats. Det bygger på 40 sociala indikatorer som exempelvis utbildning, hälsa, jämställdhet, demografi, miljö, kulturell mångfald och välfärdstraditioner (DN 2003).

Olika distinktioner och komponenter

Lennart Nordenfelt, och många med honom, anser att livskvalitet har med välfärd och välbefinnande att göra. Vi använder här Nordenfelts (1991:35) distinktion mellan de yttre villkoren för välbefinnandet (välfärd) och välbefinnandet självt:

> ”Att ha välbefinnande är att befinna sig i ett positivt mentalt tillstånd. Detta tillstånd skapas, påverkas eller förintas av olika kombinationer av yttre tillstånd. I den mån kombinationen av yttre tillstånd bidrar positivt till välbefinnandet kallar vi den välfärd.”

Ovanstående citat passade bra när det nu var välfärdssektorns avnämare vi i första skedet vände oss till. Det kommunens hemtjänst kan bidra med är att ge de yttre förutsättningarna för en person att uppnå livskvalitet (välfärd). Denna nödvändiga omsorg är en skyldighet för kommunen att ge enligt Socialtjänstlagen (SoL) och ska inte förväxlas med livskvalitet. Men den är omistlig vad gäller möjligheten att uppnå livskvalitet eller livstillfredsställelse när de egna förmågorna inte längre räcker till och de närstående inte kan eller vill eller orkar hjälpa till. De kanske inte ens finns kvar i livet.

Nordenfelt (1992) understryker distinktionen mellan livskvalitetens objektiva och subjektiva sida. En människa befinner sig vid varje tidpunkt i en objektivt beskrivbar situation där vi bl a räknar in den somatiska hälsan, yrkes- bostads- och familjesituationen, ekonomin och miljön. Som motpol till denna yttre, beskrivbara verklighet finns en inre, subjektiv verklighet. Med subjektiva förhållanden avser han de upplevelser en människa har av dels den yttre situationen, dels sinnesstämningen i allmänhet och dels känslolivet, som i viss mån är beroende av den yttre verkligheten (när vi upplever en situation reagerar vi emotionellt på den).

Liss (1992) relaterar livskvalitet till det goda livet och menar att vi tar hänsyn till i huvudsak två dimensioner vid bedömningen av vad som är ett gott liv. Den ena handlar om materiella, psykologiska och sociala betingelser som exempelvis inkomst, bostad och arbete, men också fysisk och psykisk hälsa samt sociala relationer. Det som Nordenfelt kallar yttre beskrivbara faktorer. Den andra dimension berör mentala tillstånd som exempelvis lycka eller välbefinnande. Liss betonar att livet innehåller många aspekter och vilka av dessa som är relaterade till det goda livet eller till livskvalitet beror på vem som tillfrågas.

Även Kajandi (1981) menar att i det goda livet ingår begreppen välfärd, välbefinnande, hälsa och lycka. Välfärdsbegreppet inkluderar faktorer som rör människors yttre levnadsförhållanden, exempelvis boende, arbete och ekonomi. I välbefinnandebegreppet ligger mellanmänskliga relationer, exempelvis relationer till partner, vänner, föräldrar och barn. Till inre psykologiska faktorer räknas engagemang, energi, självförverkligande och frihet, självacceptans, självsäkerhet samt känsloupplevelser (a.a.). Kajandi (1992) menar att livskvalitet i en människas liv formas i ett samspel mellan individen och omgivningen. Livskvalitet kan då ses i perspektivet av hur väl detta samspel fungerar.

Nordenfelt (1992) betonar att en hög subjektiv livskvalitet bestäms av nära, goda och stabila sociala relationer. Något som kan relateras till Naess (1979) som menar att en person som har en hög grad av livskvalitet är aktiv, har goda mellanmänskliga relationer, god självkänsla och en grundstämning av glädje.

Att gemenskap med andra är en viktig komponent anser även Ruth, Öberg och Tornstam (i Ahlman m fl 1995) som menar att livstillfredsställelse (eller snarare bristen på) är nära sammankopplat med känslan av ensamhet. Ju mer ensam man känner sig, desto mera otillfredsställande upplever man också sin livssituation. Dessutom är det så, menar de, att äldre som känner sig ensamma och är isolerade lätt känner sig rädda och otrygga. I detta instämmer Borgenhammar (i Ahlman m fl 1995) som trycker på att

livskvalitet i hans tolkning är ”någon att tycka riktigt mycket om, någon att leva för och något att tro på” (a.a. s. 273). Han menar att ensamheten, främlingskapet och rädslan sänker livskvaliteten. Goda relationer är med andra ord en viktig komponent för att må gott och kanske en förutsättning för att uppnå livskvalitet när de basala behoven är tillfredsställda, vilket Maslow visar i sin behovstrappa.

När Maslow (Westlund, 2001) talar om livskvalitet handlar det i huvudsak om att få fem grundbehov tillfredsställda. Dessa grundbehov är hierarkiskt ordnade. De fysiologiska behoven, som bl a mat och sömn, kommer först. Utan att få dessa tillgodosedda når inte personen nästa trappsteg. Därefter kommer, i nämnd ordning, behov av trygghet, gemenskap, självaktning och självförverkligande. Enligt Maslow strävar människan både efter att tillgodose sina behov och att klättra uppför trappan till nästa nivå. Grundtanken är att tillfredsställda behov på en nivå leder vidare till nästa nivå.

Vi har tagit fasta på att livskvalitet innehåller många delar varav några är observerbara och mätbara som exempelvis de som i nedanstående figur kallas yttre faktorer. Andra är mera subjektiva och svårare att mäta, de som kallas inre faktorer, men nog så viktiga. Det är de som ger upplevelsen och känslan av livskvalitet.

Att livskvalitet är ett begrepp som består av många delar visas i figur 2.

VÄLFÄRD	VÄLBEFINNANDE	
Yttre faktorer	**Mellanmänskliga relationer**	**Inre faktorer**
Somatisk hälsa, fysiologiska behov, ekonomi, bostad, arbete	Sociala relationer (vänner/fam), gemenskap/samhörighet, samspel mellan individ och samhälle	Känslor som lycka glädje, välbefinnande, engagemang, frihet, trygghet, god självkänsla

Figur 2: Figuren visar en sammanställning av de olika beståndsdelar som ingår i livskvalitetsbegreppet enligt ovanstående forskares uppfattning.

Går det att mäta livskvalitet?

Hur kan man då mäta detta abstrakta begrepp? Ja, vad gäller yttre observerbara faktorer finns ett antal mätinstrument, men är det livskvalitet de mäter? Det finns också ett antal instrument som försöker mäta känslan, men är det möjligt att mäta en känsla? Av alla mer eller mindre beprövade mätinstrument ges här exempel på några som får representera olika inriktningar. Vilken av alla de variationer som än används är det viktigt att vara medveten om vems eller vilkas värdeskala som skall tillämpas för att avgöra om en människas livskvalitet är hög, låg eller ordinär. Frågorna är beroende av det livskvalitetsbegrepp som ligger till grund för undersökningen/instrumentet.

Ett väl beprövat instrument som försöker fånga den subjektiva känslan av livskvalitet är det självskattningsformulär som utarbetats av Antonovsky (1991) och som mäter Känslan av Sammanhang (KASAM). Med KASAM menar Antonovsky förmågan att se och uppfatta sammanhang i tillvaron. Begreppet består av tre komponenter; hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet. Med hanterbarhet menas hur individen upplever sig kunna möta oförutsedda händelser och hantera vardagen. Begriplighet innefattar individens möjlighet att förstå och förklara det som sker. Meningsfullhet innebär att individen känner engagemang och mening och att det i livet finns sånt som är värt att kämpa för. Vart och ett av dessa tre begrepp har betydelse för personens totala KASAM, men meningsfullheten är den mest centrala. Upplever man att det man gör har en mening innebär det också att man ser sammanhang och anser sig kunna påverka det som händer. KASAM-formuläret består av 29 frågor där man på ett kontinuum från 1-7 markerar den sinnesstämning som bäst överensstämmer med vad man själv upplever.

Ett annat ofta använt mätinstrument är Index of Independence in Activities of Daily Living (IADL/ADL) som konstruerades av Katz (Socialstyrelsen 2002). Här mäts ett antal dagliga aktiviteter vilka är nödvändiga för varje människa som exempelvis att äta, att sköta sin hygien och att förflytta sig. Varje specifik uppgift är lika för alla människor. Den som behöver hjälp med någon av dessa uppgifter är beroende av andra och klarar inte uppgiften på egen hand. För att planera sociala tjänster är ADL-instrumentet ett användbart hjälpmedel även om det inte tar hänsyn till smärtan eller trötttheten det innebär att utföra en uppgift och inte till användningen av hjälpmedel för att utföra en uppgift.

ADL-trappan är en utveckling av Katz ADL-index och har konstruerats av Hulter Åsberg (Socialstyrelsen 2002). Genom ADL-trappan beskrivs dels *funktionsförmågan* att klara de dagliga aktiviteterna och dels *varför* personen

inte utför aktiviteten. Personen kanske inte kan, inte vill eller inte får. ADL-trappan ger viktigt underlag till biståndsbedömaren för att bedöma bistånd enligt socialtjänstlagen men även underlag till rehabiliteringspersonalen för fortsatt träning och rehabilitering (a.a.). Varken ADL-index eller ADL-trappan lyckas fånga upp det subjektiva välbefinnandet.

Ytterligare ett mätinstrument är The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) som har utarbetats av arbetsterapeuter i Canada. Instrumentet är tvådelat och består av en semistrukturerad intervju med utrymme för fritt berättande samt en strukturerad del där intervjupersonen anger aktiviteter/arbetsuppgifter och skattar dessa på en Visuell Analog Skala (VAS-skala) från 1 till 10 vad det gäller **betydelse** av att aktiviteten/ arbetsuppgiften utförts, **utförande** av aktiviteten/arbetsuppgiften samt grad av **tillfredsställelse** när aktiviteten/arbetsuppgiften är utförd. Vid varje mättillfälle finns följande punkter med:

- personlig vård/omsorg
- boende
- förflyttningar
- aktiv fritid
- passiv fritid
- sociala kontakter

Val av mätinstrument

COPM var det instrument som valdes för projekt KRAFT och som en av projektarbetarna var bekant med sedan tidigare. När projektarbetarna valde instrumentet var det med brukarintervjuerna i tankarna. Det var först senare som datainsamlingen utökades till att omfatta både hemtjänstpersonal och de tolv nyckelpersonerna. COPM var även användbart till dessa två grupper.

Vad säger brukarna om livskvalitet?

Vi antog att något som hade stor betydelse för brukaren också innebar att livskvaliteten blev högre om utförandet och tillfredsställelsen med utförandet skattades högt. Vi tolkade det som att det som var viktigt för brukaren var detsamma som det som gav livskvalitet. Fortsättningsvis följer brukarnas synpunkter under de rubriker som återfinns i COPM enligt ovan.

Personlig vård/omsorg

Att stiga upp på morgonen, tvätta sig och gå på toaletten, klä på sig och äta frukost är för de flesta något självklart och något som man klarar på egen hand. Så är det nu inte för alla, men lika viktigt är det för välbefinnandet. Det var också dessa aktiviteter som skattades högst (10) vad gäller betydelse. Allt som ingick i den personliga omsorgen var betydelsefulla aktiviteter för brukaren. De brukare som klarade sig själva var de som var mest nöjda med utförandet. De som behövde hjälp och stöttning var också nöjda med utförandet, om än inte i lika hög grad som de som klarade sig själva. Den personliga omsorgen är starkt kopplad till den egna integriteten och för de som var beroende av hjälp vid utförandet sjönk tillfredsställelsen med utförandet.

Vilket man klarade sig själv eller behövde hjälp från hemtjänstpersonalen hade det hög prioritet. Att få känna sig ”hel och ren” betyder mycket för livskvaliteten.

Boende

För samtliga brukare var det mycket viktigt att sköta om sitt hem så gott det gick i förhållande till sin förmåga. Viljan att ha det städat omkring sig minskade inte även om förmågan att utföra det avtog. Ju mer hjälp brukaren fick från hemtjänsten (se kommunens lista över hemtjänsnivå, bilaga 6) desto färre saker bedömdes brukaren klara av på egen hand. Men, och det är viktigt att hålla i minnet, bara för att man inte kan utföra sysslan själv förlorar den inte sitt värde. För en person i nivå 3 var damma en viktig aktivitet som hade hög betydelse (10) och det var förmodligen allt den personen orkar med. Men för henne skattades både betydelse, utförande och tillfredsställelsen med utförandet högt.

Samma sak gäller tvätten. Man ville klara sig själv så länge det gick och när man inte längre orkade tvätta själv ville man påverka hur hanteringen med tvätten skulle gå till. Mest tillfreds var de som klarade sig själva även om det viktiga var att det utfördes. Viljan att få påverka det som sker i det egna hemmet och att få saker och ting gjorda som man själv en gång gjort var stark också i Tuulik-Larssons studie från 1994.

Att kunna gå till affären och handla mat, vilket man gjorde det ensam eller med hjälp, skattades högt (10) av de allra flesta. Likaså att kunna laga sin mat. När man inte längre orkade med matlagningen själv hade det stor betydelse att ändå få bestämma över vad man skulle äta och hur maten lagades.

Vi menar att viktiga delar i livskvalitetsbegreppet är att ha inflytande över sin situation vilket ger en känsla av frihet som är en ingrediens i bl a Kajandis livskvalitetsbegrepp.

Med Maslows resonemang och behovshierarkier tolkar vi ovanstående som att det är betydelsefullt för den egna självkänslan att ta hand om den praktiska skötseln av hemmet, så som det utförts genom alla år. Så långt det är möjligt på egen hand, men därefter med hjälp när den egna orken avtar. Även här, liksom när det gäller den personliga omsorgen, är det viktigt att inte ta över utförandet utan att stötta där så behovs. Lilja (2001) fann i sin studie vikten av att få sina vardagliga sysslor utförda på det sätt man är van vid även när den egna förmågan avtar och att förlorad kontroll över dessa dagliga sysslor i hög grad påverkar individens välbefinnande och hälsa.

Att få rå sig själv och påverka sin vardag var viktigt för brukarna, men trots det var det många som inte ville lägga sig i hemtjänstpersonalens sätt att utföra arbetsuppgifterna och deltog inte i planeringen. *Personalen kan sin sak*, ansåg en brukare och därför fanns det ingen anledning att lägga sig i utförandet. En annan brukare framförde: *Det utförs på det sätt jag vill och alla är snälla och vänliga.* Tuulik-Larsson (1994) pekar på samma fenomen och skriver att även om brukaren förväntar sig att vara med och påverka det som ska göras i det egna hemmet samtidigt har stor förståelse och medvetenhet om nödvändigheten att rätta sig efter hemtjänstpersonalen.

Några av brukarna i vår undersökning var besvikna över att inte få vara med och påverka och en person kände sig utanför och inte trodd.

Förflyttningar

Att kunna röra sig ute och inne och förflytta sig allt efter förmåga var högt skattade aktiviteter. Det spelade inte så stor roll hur man förflyttade sig, utan det handlade mera om att förflytta sig överhuvudtaget. Med rollator, med käpp eller med personalens hjälp. Vi menar att det är ett uttryck för frihet att kunna röra sig från ett ställe till ett annat. En känsla av maktlöshet uppstår när den egna kroppen inte längre lyder. Att då underlätta så mycket det går för att brukaren ska kunna fortsätta att ta sig dit han/hon vill är en väsentlig del för att bidra till livskvaliteten. Egenmakt och oberoende är väsentliga delar i Antonovskys KASAM-begrepp.

Tydligt framkom hur viktigt det var att klara sig själv så långt det var möjligt. Viljan att sköta sig själv och vara oberoende var stor och minskade inte för att den egna förmågan avtog. Men allteftersom den egna förmågan försvann uppskattades hjälpen från någon annan att utföra det man själv en gång hade kunnat. Även hjälpmedel av olika slag uppskattades och framför allt var rollatorn till stor hjälp. Vi menar att önskan om att vara oberoende är hög, men får relateras till den egna orken.

Aktiv/passiv fritid

Något som för brukarna var aktiviteter de sysslade med och tyckte om var att läsa tidningar och böcker, lösa korsord och skriva brev. Någon bytte tidningar med grannen och fick på sätt också en trevlig pratstund.

En meningsfull fritid eller någon/något att engagera sig menar bl a Antonovsky vara en viktig komponent i livskvalitetspusslet.

Andra tyckte om att vara ute. En person hade en hund som behövde skötsel och promenader och andra gick till kyrkans hus. Rollatorn var en pålitlig hjälp för att komma ut, och med den som stöd gick det bra att klara sig på egen hand. Problem som en trög ytterdörr, höga trottoarkanter och kullersten samt dålig snöröjning och sandning på gator och trottoarer kullkastar dock möjligheten för några att ta sig ut på egen hand. Det fanns också de brukare som uppgav sig sakna höst- och vinterkläder.

Även för den som inte klarar en promenad på egen hand är det möjligt att få komma ut. Promenad kan beviljas genom biståndsbeslut vilket innebär att en hemtjänstpersonal följer med. På så sätt är det möjligt att komma ut en stund ibland, men väderleken är nyckfull och helst ska det vara en dag som man själv har lust. I hemtjänstens strikta schema kan impulsiva promenader vara svårt att passa in. *När det är fint väder vill de gå till kyrkogården, men då måste man ha en lucka,* säger en hemtjänstpersonal. Hon uttrycker både brukarens frustration över att finna sig i att promenaden är schemalagd och sin egen frustration över att inte ha tid just när brukaren vill.

En brukare som inte kommer ut överhuvudtaget, på grund av diverse svårigheter, tillgodoser sitt behov av frisk luft genom att sitta på balkongen när vädret tillåter. En annan brukare som är ständigt sängliggande tycker om att öppna fönstret och ligga i sin säng och andas frisk luft.

Att få andas frisk luft var viktigt för de flesta och något som har betydelse för det allmänna välbefinnandet.

Sociala kontakter

Att relationer av olika slag och sociala kontakter hade stor betydelse för brukarna framkom tydligt. Att umgås med barn, syskon, släktingar och vänner och kunna ringa eller skriva när man själv kände lust var något som de flesta uppgav som betydelsefullt i allra högsta grad. Frekvensen på de sociala kontakterna var dock mycket olika. En person fick besök av sin dotter varje dag, medan andra var nöjda med att ibland få prata med sina barn och barnbarn på telefon.

Kontakterna med vännerna har ofrivilligt avtagit, säger en person och flera menar att det blir en naturlig minskning allt eftersom åren går. *Orken räcker inte till och det är svårt att ta sig till varandra,* säger en annan. Några har telefonkontakt med en vän, men känner sig ensamma ändå. En person tog med sig sin matportion in till grannen. De åt tillsammans och lyssnade på radion. En person ser sig som fånge i sitt hem, känner sig ensam och tar sig ingenstans. Här spelar hemtjänsten en viktig roll då det för många är den enda kontakten med en annan människa de har.

Den egna förmågan och orken samt storleken på nätverket spelar in, men utan tvekan hade relationer stor roll. Det är också en central del i livskvalitetsbegreppet vilket bl a Nordenfelt (1991), Liss (1992) och Kajandi (1992) är ense om.

Trygghet

Något som framkommer i Maslows teori om människans utveckling från beroende till självförverkligande är att näst efter de fysiologiska behoven av mat och sömn kommer behovet av trygghet. Hos brukarna i denna undersökning är det framför allt hemtjänstpersonalen som står för trygghet och kontinuitet. *Hemtjänsten som kommer och går är en trygghet,* säger en brukare. Att veta att någon kommer och *ser till* gör att det känns *lugnt och bra* enligt flertalet.

Viktigt är också att känna igen de personer som kommer och som man ska släppa in i sitt hem. *Jag blir otrygg när de byter,* säger några. Flera av brukarna har larm som gör att de känner sig trygga. Otryggheten i att vara ensam finns dock och många önskar sig önskar mera tillsyn och kontakt.

Tryggheten att känna och känna till vem som kommer var viktig för brukarna. Men inte bara brukarna skattade denna trygghet högt. Det

gjorde även hemtjänstpersonalen. Ett vårdbiträde säger: *Viktigt att samma personal går till brukaren. Att man går till samma varje dag. Då vet man om personen i fråga.* När man känner varandra vet man vad som förväntas av varandra, vilket ger en trygghet både för brukaren och för vårdbiträdet. Wahlgren (1996) tar i sin avhandling upp vikten av personkontinuitet och att brukaren och vårdbiträdet känner varandra. Denna personkontinuitet är en förutsättning för att kunna bygga upp en relation till varandra vilket gör att brukaren kan känna sig trygg. Ju fler omsorgsgivare desto större risk för att personlig kännedom inte uppnås. Livskvalitet kan ses som en aspekt av hur väl det sociala samspelet fungerar enligt Kajandi (1992). Vi menar att genom att bygga upp relationen ges förutsättningar för att uppnå livskvalitet för brukaren, men även arbetstillfredsställelse för vårdbiträdet. Socialt omsorgsarbete bygger på långvariga kontakter menar också Eriksson (1998) och lyfter fram kontinuitet, förtrogenhet och förtroende som viktiga kvaliteter.

Den andra typen av kontinuitet som Wahlgren (1996) nämner, omsorgskontinuitet, har med personalens förhållnings- och arbetssätt att göra. God omsorgskontinuitet är när samtlig personal i en arbetsgrupp delar förhållnings- respektive arbetssätt gentemot brukaren och när detta förhållningssätt är förankrat i arbetsorganisationen. Även detta skapar trygghet både för brukaren och för personalen. Exempelvis skulle ett rehabiliterande förhållningssätt kunna vara ett sådant. *Det går bra om alla jobbar lika,* säger en hemtjänstpersonal.

Livskvalitet enligt brukarna

Vad som tveklöst framkom vid brukarintervjuerna var en önskan om oberoende så långt det är möjligt. *Klara sig själv är det bästa i världen,* säger en brukare. Men också att den hjälp man får av personalen och genom de olika hjälpmedel som finns bidrar till trygghet och oberoende.

Viktig för livskvaliteten för brukarna var att ha det rent och snyggt omkring sig och att sköta om sitt hem på ett sätt som man alltid brukat samt att sköta om sin hygien och att klara sig själv så långt det är möjligt. Tryggheten i att veta vem som kommer och när, var också betydelsefullt, samt att få frisk luft och att ha kontakt med sina nära och kära.

Hur förhåller sig brukarnas svar till hemtjänstpersonalens?

När vi jämförde brukarnas och hemtjänstpersonalens COPM upptäckte vi att det som hade stor betydelse för brukaren inte alltid stämde överens

med det som hade stor betydelse för hemtjänstpersonalen, även om det i många fall gjorde det.

Mycket viktigt för brukarna var det som ingick i den personliga omsorgen såsom de morgonbestyr som gjorde att man kom i ordning på morgonen. Det skattades högt vad gällde betydelse också av hemtjänstpersonalen som ansåg allt som hängde samman med den personliga hygienen, exempelvis dusch, hårvård, toalettbesök och blöjbyten som viktiga aktiviteter. Personalen var också nöjd med sättet man utfört uppgifterna på.

Brukarna och hemtjänstpersonalen var överens om att mat och måltider var viktigt, men på olika sätt. För brukarna var det viktigt att få bestämma vad de skulle äta, hur det tillagades och vad som handlades hem. För hemtjänstpersonalen var det viktigt att brukarna fick sin mat när de skulle och var mest nöjda med utförandet när brukaren åt den serverade maten.

Något som hemtjänstpersonalen ansåg som mycket betydelsefullt var också de medicinska uppgifterna som exempelvis att lägga om sår, att ge insulin och ögondroppar samt att dela ut den dagliga medicinen. Något som brukarna överhuvudtaget inte nämnde. Det skulle kunna bero på att dessa uppgifter sköts av personalen varför brukarna inte tar upp det som egna aktiviteter. Och av personalen som viktigt då de utförs på delegation.

Högt skattat av hemtjänstpersonalen både vad gäller betydelse och utförande var tillsynsbesöken.

Ovanstående aktiviteter är det vi kan benämna de basbehov som är nödvändiga för livsuppehållandet och som ingår i socialtjänstens åtaganden. Det är viktiga aktiviteter som skapar trygghet för brukarna och som inte går att välja bort, men de ska inte förväxlas med livskvalitet. Även om trygghet är en viktig del av livskvalitet.

När det rörde sig om hemmets skötsel som att städa, bädda, diska samt tvätt av kläder så skattades det långt ner på skalan vad gäller betydelsefulla uppgifter av hemtjänstpersonalen, även om de var nöjda med sättet de utfört uppgifterna på. För brukarna däremot hade dessa uppgifter hög prioritet. Att ha det rent och prydligt omkring sig var mycket viktigt även om man inte längre kunde klara det på egen hand.

Tvätt och städ är uppgifter som den kommunala hemtjänsten drar in på när pengar ska sparas (Lilja, 2001), men som är nog så värdefulla för brukarna ur flera aspekter. Att dessa uppgifter är av stor betydelse för livskvaliteten för brukarna har också uppmärksammats av Tuulik-Larsson

(1994) Bl a ges här många tillfällen att praktisera det rehabiliterande förhållningssättet tillsammans med hemtjänsten.

Ytterligare något som hemtjänstpersonalen ansåg som en viktig aktivitet var de dagliga morgonmötena. (Någon som självklart inte fanns med hos brukarna.) Det var då arbetsgruppen träffades och ändringar i dagens schema diskuterades. Man träffade distriktssköterskan, gick igenom brukarnas dagsbehov av insatser och växlade annan information. Dessa möten skattades högt vad gäller betydelse men utförandet av morgonplanering och planering i övrigt skattades lågt liksom tillfredsställelsen med att ha deltagit. Diskrepansen här ser vi som en viktig indikation på att organisationen av dessa dagliga planeringsmöten behöver ses över. De hade mycket stor betydelse för planeringen av de arbetsuppgifter som skulle utföras senare under dagen och betydde mycket för att personalen skulle känna trygghet i sin arbetssituation. Men som upplevdes som röriga, oroliga, stressande och oplanerade.

Önskemål från brukarna?

Vi frågade hemtjänstpersonalen om brukarna bad om något som gick utöver det som var beviljat? Med andra ord; vad var det som brukarna ville ha, men som inte fanns på arbetsschemat.

Framför allt frågade brukarna om mera **social tid.** Alltså den aspekt av livskvalitet som handlar om kontakt med en annan människa. *De frågar om vi vill sitta ner över en kopp kaffe,* säger hemtjänstpersonalen. *De vill komma ut eller baka en sockerkaka men vi har inte tid,* säger andra. Ensamheten är den viktigaste faktorn för förlust av livskvalitet enligt Ruth, Öberg och Tornstam (i Ahlman m fl 1995) och Borgenhammar (i Ahlman m fl 1995). Äldre som känner sig ensamma känner sig också rädda och otrygga enligt de förstnämnda. Trygghet och samhörighet hör enligt Maslow till de grundbehov som behöver tillfredsställas för att kunna nå vidare i behovstrappan.

Att få komma ut i friska luften en stund varje dag var det många som frågade efter och inte bara någon enstaka gång och på bestämda tider.

Annat som brukaren frågade efter var hjälp med att handla, att tvätta och att städa. Viktiga delar i ett gott liv och utmärkta tillfällen att praktisera det rehabiliterande förhållningssättet och som inte blir mindre viktiga för att man inte längre kan klara det själv.

Att **trygghet**en och möjligheten att **påverka** var viktigt visade önskan om att veta när hemtjänstpersonalen kommer och vem det är som kommer (se tidigare resonemang under rubriken Trygghet). En önskan som kan tyckas vara väl befogad är att veta vem man släpper in i sitt hem och att personalen kommer på bestämda tider så det går att planera sin dag utifrån det. Tuulik-Larsson (1994) har uppmärksammat den oro det medför hos brukarna när de inte vet vem som kommer eller när, samt hur länge hemtjänstpersonalen stannar.

Många ville ha information om förändringar i god tid vilket också skapar trygghet när man kan planera och kontrollera sin situation. Det ger en känsla av oberoende och möjlighet att påverka som Antonovsky menar vara centralt för att uppnå livskvalitet.

Några bad om bostadsanpassning och hjälpmedel av olika slag för att klara sig bättre på egen hand. Andra ville ha medicinsk hjälp som blodtrycksmätning och mediciner.

Är innebörden av livskvalitet tidlöst?

När intervjuarbetet hade pågått en tid väcktes funderingen om huruvida de tjänstemän som ska ge förutsättningar för att brukarna ska kunna behålla sin livskvalitet upp i åldrarna (de tolv nyckelpersonerna) såg på livskvalitet på samma sätt som brukarna.

Enligt Kajandi (1992) är skillnaden mycket liten för olika åldrar och grupper när det gäller vad som är viktigt i livet. Basen är densamma och förändrar sig inte bara för att man blir gammal. Vi kan bara instämma i Kajandis uttalande när det gäller vår undersökning.

Nyckelpersonerna, som alla är mycket yngre än brukarna och befinner sig i en annan livssituation, har samma uppfattning om vad som behövs för att kunna leva ett gott liv. Det handlar om trygghet, påverkansmöjligheter, oberoende, meningsfull sysselsättning, goda relationer och god hälsa. *Bo där man vill och få hjälp när man behöver,* säger en av nyckelpersonerna. *Ha folk omkring mig så att jag är trygg,* säger en annan. Citaten skulle kunna vara hämtade från intervjuerna med brukarna. Att ha en sysselsättning som man trivs med och som ger mening i vardagen är också en återkommande synpunkt liksom att ha makten över sitt liv och påverka så att inte andra bestämmer. Stor betydelse har den egna och barnens hälsa och likaså att ha goda relationer. Viktiga beståndsdelar i livskvalitetsbegreppet som också framförs under det första avsnittet i detta kapitel av bl a Kajandi och Borgenhammar.

7 Vad kan vi dra för slutsatser av detta?

Föreliggande rapport bygger på data från Filipstads kommun, även om det förmodligen skulle kunna utspela sig i så gott som vilken svensk kommun som helst. På vägen från den politiska visionen omtolkas besluten och i den konkreta verksamheten sätter olika hinder stopp för förverkligandet.

En intressant fråga att ställa sig är hur de politiska målen ska vara formulerade för att de ska gå att omsätta i den reella verkligheten. Det är först när äldreomsorgspersonalen möter brukaren som politikernas beslut utförs. Det rehabiliterande förhållningssättet får sin mening först då det tillämpas i den konkreta verksamheten. När utföraren möter mottagaren. Det som kallas sanningens ögonblick, enligt tjänsteforskningen (Westlund & Edvardsson 1998) och syftar på att det är just i mötet som kvaliteten avgörs. Om tjänsten (omsorgshandlingen) utarmas på sitt innehåll (exempelvis när omsorgshandlingen reduceras till service) och syftet enbart är att upprätthålla grundläggande livsfunktioner kan man inte längre tala om att återskapa ett liv av god kvalitet (Eriksson 1998). Finns det då kvalitet i det mötet? Ger det brukaren förutsättningar att uppnå livskvalitet?

Syftet med KRAFT såsom det formulerats i handlingsplanen var att: ”Finna metoder för att bibehålla och förbättra brukarnas funktioner och livstillfredsställelse och därmed att äldre och funktionshindrade personer kan bo kvar och fungera i sina hem under längre tid av sina liv. Vidare att vid övergången till särskilt boende, även där bibehålla livstillfredsställelsen och förmågan i sina dagliga funktioner. För att nå detta ska all personal ha ett rehabiliterande förhållningssätt.”

Syftet var alltså att finna metoder så att personalen skulle kunna arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. Därmed skulle brukarnas funktioner och livstillfredsställelse bibehållas och (i bästa fall) förbättras. Genom att detta skedde skulle brukarna kunna bo kvar i hemmen längre och flytten till särskilt boende skulle fördröjas och eventuellt inte ens bli av. Var syftet att bidra till att brukarens livskvalitet ökade eller var syftet att brukaren skulle kunna bo kvar längre hemma, eller vara det att hitta en metod för personalen arbeta efter? Eller var det en kombination?

Efter hand som analysarbetet pågick infann sig svårigheter med innebörden av begreppet rehabiliterande förhållningssätt som inte närmare hade definierats i projektplanen. (Även om projektarbetarna fått en definition av projektledaren). Vad innebar det egentligen? Ja, det tolkades

på olika sätt både kollegor emellan och bland beslutsfattarna i organisationen.

Hur ska då personalen kunna arbeta utifrån detta förhållningssätt när det inte fanns någon tydlig definition och gemensam referensram? Och hur biståndsbedöms rehabiliterande förhållningssätt? Och om det inte fanns i biståndsbedömningen fanns heller inte tiden? Och var det tillåtet att utföra något som inte är biståndsbedömt? En mängd frågor dök upp och alla kan vi inte svara på med den empiri vi har. Men de behöver undersökas närmare.

Rehabilitering av äldre innebär i hög grad att ge personen förutsättningar att kunna *behålla* sina förmågor så länge som möjligt och att skapa möjlighet att leva ett värdigt liv utifrån sin egen livssituation, till skillnad från att rehabilitera/*återfå* en förlorad förmåga. Åldrandet i sig innebär att förmågorna successivt avtar. Det handlar i högre grad om ett förhållningssätt/arbetssätt som pågår ständigt än en i tid avgränsad uppgift.

Med rehabiliterande förhållningssätt menade de flesta ur hemtjänstpersonalen det som framgår av följande citat: *Brukaren ska göra det som den kan och det som de inte kan ska vi hjälpa till med.* Majoriteten av hemtjänstpersonalen ville arbeta på detta sätt och såg det som en fördel för brukarna om det skulle kunna vara genomförbart.

Livskvalitet för brukarna var att komma upp och igång på morgonen och att ha det rent och snyggt omkring sig. Det är grundläggande för de flesta av oss, och blir inte mindre angeläget bara för att de egna krafterna sviktar. Tydligt framkom också hur viktigt det var att klara sig själv så långt det var möjligt. Viljan att sköta sig själv och vara oberoende var stor och minskade inte för att den egna förmågan avtog. Men allteftersom den egna förmågan försvann uppskattades hjälpen från någon annan att utföra det man själv en gång hade kunnat.

Att ha det rent och snyggt omkring sig var viktigt för brukarna, men att städning inte var lika betydelsefullt för personalen som för brukarna är att notera. Dels då var viktigt för brukarnas livskvalitet, dels då det är lämpliga tillfällen till den vardagsrehabilitering som bl a Lilja (2001) menar ingår i ett rehabiliterande förhållningssätt. Men också viktigt att notera då det i första hand är städning som den kommunala hemtjänsten drar in på, lägger ut på entreprenad eller lämnar åt brukaren att hantera med hjälp av anhöriga eller privat städtjänst när pengar ska sparas.

Vilka behov som kommunen är skyldig att tillhandahålla enligt Socialtjänstlagen har omdefinierats så att allt fler kommuner idag tolkar

lagen så att de inte är skyldiga att ge hjälp med husliga sysslor. Besparingarna har medfört att hemtjänstpersonalen alltmer tillgodoser kroppsliga behov på bekostnad av exempelvis städning och matlagning som är utmärkta tillfällen att väva in ett rehabiliterande arbetssätt och det som brukarna framhöll som centrala delar av livskvaliteten. Kommunens socialtjänst är skyldig att bidra med det nödvändiga, livsuppehållande, när brukarens egna krafter inte längre räcker till. Men det ska inte förväxlas med livskvalitet, som är något utöver detta och olika för olika personer.

En central del i livskvalitetspusslet är att känna sig trygg. I enlighet med Maslows behovshierarki är tryggheten en förutsättning för att uppnå livskvalitet. Något som både brukarna, hemtjänstpersonalen och nyckelpersonerna berör på olika sätt. För brukarna är det hemtjänstpersonalen som står för tryggheten och kontinuiteten. Att veta att någon kommer känns tryggt. Ännu bättre är det att känna den som man släpper in i sitt hem och att veta när hemtjänstpersonalen kommer. För hemtjänstpersonalen handlar tryggheten om att man känner sina brukare och deras önskemål. *…veta hur de vill ha det*, säger en personal. Personkontinuitet och omsorgskontinuitet, för att använda Wahlgrens (1996) termer, innebär kvalitet i brukarnas livssituation och i personalens arbetssituation. Att bygga upp en relation och att ingå i en arbetsgrupp som delar förhållnings- respektive arbetssätt och när detta förhållningssätt är förankrat i arbetsorganisationen skapar det trygghet både för brukaren och för personalen.

Om livskvalitet för brukaren är att klara sig själv så långt det går borde ett rehabiliterande förhållningssätt vara sättet att arbeta på för att stärka brukarens förmågor och att kompensera för förluster som finns. Om vi med ett rehabiliterande förhållningssätt menar den vidare betydelse som också skulle kunna kallas vardagsrehabilitering.

En förutsättning för att hemtjänstpersonalen ska kunna arbeta på detta sätt är de att får veta vad som förväntas av dem och får den kunskap som behövs. De behöver utbildas och handledas både vad det gäller medicinsk och social kunskap såväl som vad ett vardagsrehabiliterande synsätt innebär för dem själva och för brukaren.

Men personalen behöver också ha den tid det tar att låta brukaren använda sina förmågor när det är möjligt. Något som vår undersökning visade att de inte hade utom i undantagsfall då det fanns med i biståndsbeslutet. Besluten måste vara sådana att de gör det möjligt för personalen att arbeta på detta sätt. Dessutom behöver biståndsbesluten följas upp och revideras regelbundet.

Det rehabiliterande förhållningssättet måste vara förankrat hos de personer som sätter ramarna för hemtjänstpersonalen. Både hos politikerna och hos de tjänstemän som ska omsätta de politiska besluten i verksamheten. Det måste genomsyra hela verksamheten och vara en väl integrerad del i arbetet hos de personer som omger brukarna, vilket de finns i hemmet eller i särskilda boenden.

För vem är det rehabiliterande förhållningssättet bra?

För **brukaren** ges förutsättningar att uppnå/höja livskvaliteten då han/hon med visst stöd kan behålla sina förmågor längre och på så sätt bevara sitt oberoende genom att klara sig själv och kunna bo kvar i sitt hem.

För **hemtjänstpersonalen** då de flesta önskade arbeta på detta sätt. Dessutom skulle det kunna vara ett sätt att öka arbetets attraktivitet genom den kompetenshöjning som det innebär.

För **organisationen** genom en ekonomisk vinst. Kostnaden för hemtjänst är lägre än för institutionsboenden. Men också att personalen kan användas effektivare och att arbetet blir mera stimulerande vilket skulle kunna medföra att rekrytering av personal underlättas. Det innebär också en kvalitetshöjning.

De humanitära vinsterna är stora, men även de ekonomiska vinsterna, menade Lilja (2001) som visade att genom att sätta in rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt minskade behoven av vård och omsorg på längre sikt. Även om tidsbrist var något som framkommit både i de refererade studierna och i vår empiri är det viktigt att trycka på den tidsvinst som blir följden av att tidigt uppmärksamma nedsatt ADL-förmåga och sätta in olika rehabiliterande insatser, samt att göra det rehabiliterande förhållningssättet till en rutin. På så sätt behålls brukarens förmåga längre och möjligheten att bo kvar i hemmet förlängs. Nedsatt ADL-förmåga är en faktor som gör att man kan förutsäga en ökad risk för institutionalisering och dessutom är en riskfaktor för att utveckla depression.

Rehabilitering handlar om livskvalitet, och livskvalitet kan i absolut bemärkelse aldrig värderas i pengar även om flera studier visar att rehabiliteringsinsatser i form av tekniska hjälpmedel och anpassning av hemmiljön reducerade kostnader för äldres hemtjänst.

Framtiden

Framtidens äldre kommer att vara betydligt fler än de äldre är idag enligt alla prognoser. Att utveckla arbetsmetoder för ett ”vardagsrehabiliterande” arbetssätt som är genomförbart trots den tidsbrist som hör till vårdbiträdenas och undersköterskornas vardag anses i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (2001) som ett arbete av högsta prioritet. Det skjuter upp, och förmodligen minskar, behovet av vård- och omsorgsinsatser på längre sikt. Dessutom möjliggör det för brukaren att bo kvar länge i sitt hem. Viktigt är också att utvärdera dessa arbetsmetoder för att se vilka konsekvenser de medför. Även metoder för samverkan mellan biståndsbedömare och rehabiliteringspersonal är ett angeläget utvecklingsområde. Forskning behövs även för att ta reda på under vilka villkor de politiska besluten förverkligas på fältet.

Den del av syftet med KRAFT som innebar att utveckla arbetsmetoder uppnåddes inte denna gång. Däremot menar vi att de andra delarna i syftet uppnåtts. I rapporten diskuteras vad begreppen livskvalitet och rehabiliterande förhållningssätt innebär. Något som vi behövde reda ut för att kunna gå vidare i arbetet med att utveckla arbetsmetoder för ett rehabiliterande förhållningssätt. Genom KRAFT I och KRAFT II har kommunens utvecklingsarbete gått vidare. En ”mental resa” påbörjades för hela socialförvaltningen och omfattade verksamhetsanalys och individuella kompetensutvecklingsplaner som förverkligades under 2003 och 2004. Dessutom har en förstudie genomförts på temat ”Vad är en bra arbetsplats?” Genom projektet KRAFT lades grunden till det kvalitetsarbete som nu pågår i Filipstads kommun.

Vi menar att utveckling av arbetsmetoder för ett rehabiliterande arbetssätt som är genomförbart trots den tidsbrist som hör till omsorgspersonalens vardag är av största vikt då det ökar förutsättningarna för brukarens livskvalitet, berikar personalens arbete samt spar pengar åt kommunen, samtidigt som kvaliteten inom äldre- och handikappomsorgen ökar.

Litteratur

Alaby, Gert (2002), *Kompetenskrav för personal inom vård och omsorg om äldre,* Stockholm: Socialstyrelsen

Antonovsky, Aaron (1991), *Hälsans mysterium,* Stockholm: Natur och Kultur

Davies, Karen (1996), Omsorgens struktur – tidens kärna i Eliasson Rosmari (red.), *Omsorgens skiftningar*, Lund: Studentlitteratur

Borgenhammar, Edgar (1995), i Ahlman, Hans, Eriksson, Bengt, Gustavsson, Siw-Merit, Herrman, Margaretha, Söderhamn, Olle *Äldres liv och villkor,* Vänersborg. Vårdhögskolan

Eriksson, Bengt (red) (1998), *Social omsorg och socialpedagogik, filosofi – teori – praktik,* Lund: Studentlitteratur

Estes, Richard, Vogel Joachim, (2003) *Sverige leder internationell välfärdsliga,* Debattartikel i Dagens Nyheter 7 oktober

Gurner, Ulla, Wånell, Sven-Erik (2000), *Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg,* Stockholm: Socialstyrelsen

Gustavsson, BengtOve, Kullvén, Håkan och Larsson, Patrik (1997), *Tjänstekvalitet – för kund, anställd och ledning,* Malmö: Liber

Gustafsson, Rolf, Szebehely, Marta (2000), *Arbetsvillkor och välfärdsopinion inom äldreomsorgen – en enkätbaserad fallstudie bland personal och politiker,* Arbetslivsrapport 2001:9, Stockholm: Arbetslivsinstitutet

Jenner, Håkan (1987), *Motivation hos missbrukare och behandlare,* Lund: Studentlitteratur

Kajandi, Madis (1981), *Livskvalitet.* Psykologiska enheten, Forskningskliniken vid Ulleråkers sjukhus, Uppsala

Kajandi, Madis (1992), Livskvalitet – ett psykiatriskt och interaktionistiskt perspektiv, *Socialmedicinsk tidskrift* (1992) Häfte 1 Livskvalitet- vad är det, går det att mäta?

Kerz, Jorge, Werner, Michael & Wesser, Erik (1995) *Vad vet vi om rehabilitering?* Lund: Bokbox

Lilja, Margareta (2001), *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö,* Stockholm: Socialstyrelsen

Naess, Siri (1979), *Om å ha de godt i byen og på landet*, Oslo: INAS-rapport nr 2

Liss, Per-Erik (1992), Hur är livskvalitet relaterad till mänskliga behov?, *Socialmedicinsk tidskrift* (1992) Häfte 1 Livskvalitet- vad är det, går det att mäta?

Nationell handlingsplan för Äldrepolitiken (1999), art.nr. S99.04, Stockholm: Socialdepartementet

Nordenfelt, Lennart (1991), *Livskvalitet och Hälsa,* Stockholm: Almqvist & Wiksell

Nordenfelt, Lennart (1992), *Socialmedicinsk tidskrift* (1992) Häfte 1 Livskvalitet- vad är det, går det att mäta?

Runesson, Ingrid & Eliasson-Lappalainen, Rosmari (2000), *Att sörja för äldre. Hur ta tillvara kompetens i äldreomsorgen?* Stockholm: Svenska Kommunförbundet

Ruth, Öberg, Tornstam (1995), i Ahlman, Hans, Eriksson, Bengt, Gustavsson, Siw-Merit, Herrman, Margaretha, Söderhamn, Olle, *Äldres liv och villkor,* Vänersborg: Vårdhögskolan

Socialstyrelsen (2001), *Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken*, *Lägesrapport 2001*, Stockholm

Socialstyrelsen (2002), *Instrument för utredning inom kommunens äldreomsorg – en översikt,* Stockholm

Socialstyrelsen (2002), *Folkhälsa och sociala förhållanden, Lägesrapport,* Stockholm

Socialstyrelsen (2004), *Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2003,* Stockholm

Socialtjänstlagen SFS 2001:453

SOU 2000:38, *Välfärd, vård och omsorg*, Statens offentliga utredningar

Stark, Agneta och Regnér, Åsa (2001), *I vems händer? Om arbete, genus, åldrande och omsorg i tre EU-länder,* Tema Genus rapport nr 1, 2001, Linköping: Linköpings universitet
Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt (red) (1996), *Kvalitativa metoder i teori och praktik,* Lund:Studenstilleratur
Wahlgren, Ingela (1996), *Vem tröstar Ruth? En studie av alternativa driftsformer i hemtjänsten,* Stockholm: Stockholms universitet
Westlund, Peter, Edvardsson Bo (1998), *Tjänsteutveckling och kvalitet i äldreomsorg. Praktik och teori,* Lund: Studentlitteratur
Westlund, Peter (2001), *Biståndsboken, Lärobok för äldreomsorgen,* Stockholm: Liber

Web-adress
Nationalencyklopedin (2002-10-17)
http://www.ne.se/jsp/search/article.Jsp?i_art_id=291897

Bilaga 1

Tillvägagångssätt

I detta avsnitt beskrivs hur datainsamlingen gått till och hur projektarbetarna valt ut de personer som ingått i undersökningen. Brukare, hemtjänstpersonal och ansvariga har intervjuats. Förfaringssättet har varit detsamma även om frågeställningarna har varierat.

Intervjuundersökningen

Varje intervju tog ungefär en timme att genomföra och bestod av två delar. Arbetsterapeuten och hemtjänstassistenten ansvarade för varsin del. Inledningsvis intervjuade hemtjänstassistenten efter ett frågeformulär där intervjupersonerna hade stor frihet att utveckla svaren. Dessa skrevs ner så fullständigt som möjligt. Frågeformuläret var olika utformat till de olika grupperna. För brukaren handlade frågorna bland annat om påverkansmöjligheter, trygghet, tid och om man själv deltog i arbetet eller planeringen. Frågorna till personalen rörde förflyttningsteknik och hjälpmedel, vilka insatser som mest efterfrågades och om man hade man hade möjlighet att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Ansvariga tillfrågades bland annat om livskvalitet, om vilka arbetsuppgifter de hade och om de hade möjlighet att väga in ett rehabiliterande förhållningssätt i sina beslut.

Därefter genomförde arbetsterapeuten en självskattningsintervju enligt The Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Den intervjuade angav dagens aktiviteter/arbetsuppgifter och skattade dessa på en VAS-skala vad det gäller **betydelse** av att aktiviteten/arbetsuppgiften utförts, **utförande** av aktiviteten/arbetsuppgiften samt grad av **tillfredsställelse** när aktiviteten/arbetsuppgiften är utförd.

Före varje intervju försäkrades samtliga intervjuade om att medverkan var frivillig och att alla uppgifter skulle behandlas konfidentiellt.

Brukare

I projektplanen fanns angivet att 25 brukare på Centrala hemtjänstområdet skulle intervjuas, men efter ett styrgruppsmöte beslutades att även Södra hemtjänstområdet skulle ingå. Det beslutades då att antalet brukare på Centrala hemtjänstområdet skulle uppgå till 20 och att Södra

hemtjänstområdet skulle representeras av fem brukare. På så sätt kom brukare med som bodde både i hyresfastigheter och egna hem. Undantagna från undersökningen är personer med olika demensdiagnoser. Inte på grund av att deras synpunkter är oviktiga utan därför att projektarbetarna bedömde det svårt att genomföra intervjuerna.

Tillsammans med biståndsbedömarna på Södra och Centrala hemtjänstområdena gjordes urvalet utifrån de olika nivåer som hemtjänstinsatserna fördelas, från städ till nivå 5 (bilaga 3). För Södra hemtjänstområdet kunde nivå 3 och 4 inte representeras på grund av sjukdom i det ena fallet och fel i lottningen i det andra. Totalt intervjuades 23 personer fördelade enligt nedanstående:

Centrala hemtjänstområdet:	Södra hemtjänstområdet:
Städ: 2 hushåll=3 personer	Städ: 1 hushåll=1 person
Nivå 1: 2 hushåll=3 personer	Nivå 1: 1 hushåll=2 personer
Nivå 2: 3 hushåll=4 personer	Nivå 2: 1 hushåll=1 person
Nivå 3: 3 hushåll=3 personer	
Nivå 4: 3 hushåll=3 personer	
Nivå 5: 3 hushåll=3 personer	

Ett brev skickades till de utvalda brukarna med en beskrivning av projektet och en uppmaning att delta, samt att de skulle bli uppringda inom en vecka. Efter en vecka togs en telefonkontakt för att följa upp brevet. De tillskrivna brukarna fick nu möjlighet att ställa frågor och informerades ytterligare om intervjuförfarandet samt att deltagandet var frivilligt. Samtliga valde att delta.

Hemtjänstpersonal

I undersökningsgruppen som bestod av 54 personer ingick samtlig hemtjänstpersonal på Centrala och Södra hemtjänstområdet. Gruppen bestod av undersköterskor och vårdbiträden varav några utan grundläggande omsorgsutbildning men med en kortare introduktion. De var både tillsvidareanställda och vikarier. 24 personer hade arbetat mer än 10 år. Den som varit anställd längst började 1969 och den som varit anställd kortast hade arbetat i fyra dagar. De flesta var kvinnor men även några män ingick. Efter att vi fått tillåtelse av verksamhetsledaren om att intervjuerna kunde genomföras på arbetsplatsen och under arbetstid när arbetet så tillät deltog projektarbetarna i ett personalmöte. En informationsbroschyr om projektet delades ut och intervjuarna berättade om projekt KRAFT och hur intervjuförfarandet skulle gå till.

Ett schema med tider sattes upp på ett väl synligt ställe i grupplokalerna där personalen uppmanades att delta och att skriva upp sig på den tid som passade bäst. På tider som inga intervjuer var inbokade ombads de som inte skrivit upp sig att delta när de ändå var på plats och hade lite tid över. Intervjuarna tillbringade mycket tid i grupplokalen för att finnas tillgängliga för dessa ”spontana” intervjuer. Fördelen med att använda grupplokalen var att det var tidsbesparande för de som intervjuades och att fler än de som anmält sig kunde delta. En nackdel var att även andra behövde tillgång till det rum vi använde, något som ibland var störande.

Två veckor var avsatta för intervjuarbete på respektive hemtjänstområde och under veckorna 45, 46, 47 och 48 genomfördes intervjuer med 54 personer. 28 från Centrala distriktet och 26 från Södra.

Intervjuerna inleddes med att alla fick samma definition som projektarbetarna fått från projektledaren vad gäller rehabiliterande förhållningssätt: ”Utgångspunkten skall vara av stödjande, inte hjälpande inriktning. Att väcka individens intresse för sina egna resurser och möjligheter. Att uppmuntra till egen problemlösning, egna beslut och eget handlande.”

Ansvariga/De tolv nyckelpersonerna

I detta urval ingick socialchefen med underställd personal som på olika sätt ansvarade för rehabilitering, medicinska insatser, verkställande av hemtjänstinsatser och biståndsbedömning i Södra och Centrala hemtjänstområdena i Filipstads kommun hösten 2000, totalt tolv personer fördelade enligt nedan.

Socialchef	1
Verksamhetsledare	1
Biståndsbedömare	3
Arbetsterapeut	1
Sjukgymnast	1
MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska)	1
MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering)	1
Distriktsköterska	3

Till de ansvariga ringde vi upp direkt utan att skicka något introduktionsbrev. Vi informerade om projektet och frågade om de ville delta. Samtliga ställde sig positiva till att intervjuas. Intervjuerna genomfördes på PH-Center (som var projektarbetarnas arbetsplats). Tanken var att de skulle komma bort från sin expedition för att slippa bli

störda av telefon eller besök. En enkel informationsbroschyr om KRAFT lämnades ut vid intervjutillfället.

Observationsstudien

För att få en vidare förståelse och ytterligare kunskap om vad som hände när serviceplanen skulle översättas till konkret handling genomfördes ett antal observationer. Leder insatserna till ökad livskvalitet och vägs ett rehabiliterande förhållningssätt in? Efter att ha fått tillåtelse följde projektarbetarna med hemtjänstpersonalen och biståndsbedömaren till brukarens hem och observerade vad som hände utan att delta i själva arbetet. Därefter dokumenterades iakttagelserna. Under tiden 2001-03-01 till 2001-06-01 genomfördes ett 80-tal observationer.

Urvalet till observationerna gjordes genom att projektarbetarna följde någon i hemtjänstpersonalen och kom på så sätt i kontakt med brukare i olika hemtjänstnivåer. Vad gällde besöken tillsammans med biståndsbedömare följde projektarbetarna med till de brukare hon gick till den dagen. Dessa besök varierade tidsmässigt allt från 10 minuter till två timmar beroende vilken uppgift tjänsteutövaren hade att genomföra.

Resultatet från dessa observationer redovisas inte i föreliggande rapport. Det används som empiriska erfarenheter i ett projekt som är en vidareutveckling av KRAFT och ligger till grund för den kompetensanalys/ utbildningsplan som genomförts under namnet KRAFT 1 och 2.

Bilaga 2

Projektansökningar

Projektansökan nummer 1 gällde för en **Projektledare** som skulle leda de olika projekten som räknas upp nedan. Projektledaren skulle genomföra de förändringar som krävdes och vara kommunens länk mellan frivilligorganisationerna och landstinget samt sköta avrapporteringar till projektgrupp, ledningsgrupp, socialnämnd och socialnämndens arbetsutskott.

Projektansökan nummer 2, **Livslust i Filipstad,** var ett samverkansprojekt mellan kommunen och den av landstinget privatiserade vårdcentralen. Syftet var att förebygga ohälsa och bibehålla det friska hos äldre i Filipstads kommun för att förlänga tiden för att bo kvar i det egna hemmet.

Projektansökan nummer 3, **Lärande organisation,** mellan Filipstads och Hagfors kommuner gällde ett projekt där man genom en lärande organisation skulle öka den kvalitativa nivån i brukarinsatserna.

Projektansökan nummer 4, **KRAFT,** beskrivs i sin helhet i denna rapport från avsnitt 3 och framåt.

Projektansökan nummer 5, **Brukarinflytande,** skulle öka delaktigheten från brukarna och deras anhöriga samt uppmuntra till att ta fram förbättringsförslag för att nå målet att ge trygghet/nöjda brukare och anhöriga.

Projektansökan nummer 6, **Lära äldre att använda datorer, ordbehandling och kommunikation,** syftade till att ge kommunens äldre möjlighet att öka sin kunskap om dagens IT-område och tillgängligheten till detta hjälpmedel som ger stora möjligheter till både information och kontakter som passar lika bra för alla åldrar.

Projektansökan nummer 7, **Telefonjour,** för äldre och deras anhöriga. Denna service skulle skötas av personer i samma situation som den som ringer upp, dvs pensionärer. Man skulle få svar på sjukdoms- och hälsofrågor, kommunala frågor, föreningsfrågor, försäkringsfrågor, juridiska frågor och liknande.

Med projektansökan nummer 8, **Rikare liv med kultur** ville man utveckla möjligheten att tillhandahålla ett individanpassat kulturutbud för att få

nöjdare och gladare pensionärer och bryta den isolering och ensamhet som är oönskad.

Projektansökan nummer 9, **Utvecklings – och kvalitetshöjande projekt för dementa och deras anhöriga i Filipstads kommun**, syftade till att arbeta fram ett kvalitets- och behovsinriktat handlingsprogram för demenssjuka och deras anhöriga samt ge riktlinjer för hur gruppboenden för dementa skall utformas.

Av ovanstående nio projektansökningar fick tre medel från Socialdepartementet. Det var Brukarinflytande, KRAFT och Rikare liv med Kultur. Motiveringen var att dessa innefattade ett nytänkande och skapade bredd i det Nationella Äldreprojektets innehåll. Men även om Socialdepartementet inte skulle bidra till finansieringen av de övriga projekten var avsikten att genomföra hela handlingsplanen för Pigg och Glad. Hittills har sju av delprojekten startats.

Bilaga 3

Frågeformulär till brukaren

Vad är livskvalitet för dig?

Hur länge har du haft hemtjänst?
Vilka hemtjänstinsatser är du beviljad?
Vem gav dig första informationen om hemtjänsten?
Hur uppfattar du ditt beslut om hemtjänstinsatser?

Har du möjlighet att påverka dina hemtjänstinsatser?
Deltar du själv i arbetet tillsammans med vårdbiträdet?
Får du hemtjänstinsatserna utförda på det sätt du vill?
Är du med och planerar hemtjänstinsatserna?
Känner du dig trygg med den insats du får från hemtjänsten?
Har hemtjänsten tillräckligt med tid för dig?
Känner du dig respekterad av din hemtjänst? Ger hemtjänsten dig möjligheter att aktivera dig själv?
Är du nöjd med den hemtjänst du får?
Är hemtjänstpersonalen insatt i de arbetsuppgifter som skall utföras?
Vem talar om ifall det blir förändringar i din situation?

Har du någon kontaktperson inom hemtjänsten?
Hur ofta kommer du ut i friska luften?
Har du kontakt med någon utanför hushållet, telefon, besök, andra aktiviteter?
Har du varit på PH-center?
Vet du hur du får hjälpmedel?
Har du något hjälpmedel?
Vilket?
Har du varit i kontakt med kommunrehab?
Hur kontaktas arbetsterapeuten?
Vart vänder du dig om bostaden behöver handikappanpassas?

Övrigt

Bilaga 4

Frågeformulär till Hemtjänstpersonalen

1. Har du möjlighet att jobba med ett rehabiliterande förhållningssätt i dagsläget? Svårigheter, hinder?
2. Hur länge har du arbetet inom hemtjänsten?
3. Hur upplever du att verkställa hemtjänstinsatser utifrån biståndsbedömarens beslut? Möjligheter, svårigheter?
4. Vad har du för kontakt med kommunrehab?
5. Vad skulle du vilja förbättra?
6. Hur skulle du vilja arbeta?
7. Vad efterfrågar de flesta av dina brukare för insatser, utöver de beviljade?
8. Är någon av brukarna på PH-center?
9. Har någon av brukarna kontakt med väntjänst?
10. Hur får du information om förflyttningsteknik?
11. Vad görs med hjälpmedel som inte används av brukaren?
12. Hur får du information om hjälpmedel?
13. Används hjälpmedel som finns hos brukaren?
14. Hur får du information om brukarens aktuella ADL-förmåga (personlig vård, dagliga sysslor, sociala kontakter)
15. Vad har du för kontakt med dsk?
16. Övrigt

Bilaga 5

Frågeformulär till Nyckelpersonerna

1. Vad är livskvalitet för dig?
2. Har du möjlighet att väga in ett rehabiliterande förhållningssätt då du fattar beslut?
3. Hur länge har du arbetat som ……?
4. Hur upplever du att verkställa socialnämndens beslut? Möjligheter, svårigheter?
5. Vilka kontakter har du med: socialchef, biståndsbedömare, verksamhetsledare hemtjänst, hemtjänstpersonal, MAR, MAS, disktiksköterska, verksamhetsledare K-rehab, arbetsterapeut, sjukgymnast, rehabilieringsbiträden
6. Hur skulle du arbeta om du fick önska?
7. Vad efterfrågar brukarna för insatser?
8. Vad ser du för framtida möjligheter att utveckla PH-center?
9. Har du kontakt med väntjänst? Vilken?
10. När sker vårdplanering, vilka deltar, vilka verkställer besluten från vårdplaneringen, vem följer upp verkställandet?
11. Vem ansvarar för att faxad biståndsbedömning verkställs?
12. Vem delegerar du till?
13. Hur sker delegering?
14. Vad delegeras? Hur sker uppföljningen?
15. Övrigt

Bilaga 6

Hemtjänsttaxa

Innehåll i de olika omvårdnadsnivåerna:

Nivå 1
Omfattar en tjänst. Exempelvis matdistribution eller inhandling.

Nivå 2
Tjänster som i huvudsak är av servicekaraktär som städning, tvätt, ärenden m.m. Matdistribution kan erhållas 7 dagar i veckan.

Nivå 3
Hjälp regelbundet på dagtid med service, omsorg och vård.

Nivå 4
Hjälp regelbundet dag och kväll med service, omsorg och vård.

Nivå 5
Hjälp och tillsyn större delen av dygnet, veckans alla dagar