

Att arbeta med äldres rehabilitering

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster
om sitt arbete med äldre

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en **Lägesbeskrivning**. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser m.m. som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Artikelnummer: 2003-131-10

Sättning: Guy Bruno

Förord

I den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken skriver regeringen att man förväntar sig förbättringar vad gäller äldres tillgång till hjälpmedel och rehabilitering i kommunerna. Under åren 1999–2002 har Socialstyrelsen genomfört fyra studier. De har belyst dels utvecklingen under de senaste åren vad gäller hjälpmedel och rehabilitering i kommunerna dels hur rehabiliteringen fungerar inom ordinärt respektive särskilt boende.

Denna rapport bygger på en enkät som skickats ut till totalt 3 000 arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Syftet har varit att få en bättre bild av rehabiliteringsresurserna och få mer kunskap om hur rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen och landstingets primärvård ser på sin arbetssituation och möjligheterna att erbjuda äldre rehabilitering.

Studien har möjliggjorts med hjälp av *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter* och *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* som låtit oss göra urvalet utifrån sina medlemsregister.

Den statistiska bearbetningen har genomförts av *Maria Öman* vid Socialstyrelsens statistikenhet. Sammanställningen av rapporten har gjorts av *Anders Bergh* vid Socialstyrelsens äldreheten.

Åsa Börjesson
Avdelningschef

Innehåll

Sammanfattning	7
Inledning	9
Bakgrund.....	9
Syfte	10
Undersökningens målpopulation	10
Undersökningens genomförande	11
Definitioner av begrepp i rapporttexten	12
Rapportens disposition	13
Resultat – enkätfrågor	14
Personalresurser	14
Arbetsuppgifter	15
Deltagande i biståndbedömning och vårdplanering	20
Samarbete.....	21
Äldre med eftersatta rehabiliteringsbehov	22
Resultat – rehabiliterings-personalens egna kommentarer.....	24
Rehabiliteringspersonalens dilemma	24
Utanförskapet	25
Ansvarsfrågan	27
Prioriteringar	30
Avslutande diskussion.....	32
Rehabiliteringsaktörernas olika målgrupper	32
Situationen i landstingens primärvård	33
Situationen i den kommunala äldreomsorgen	33
Situationen för sjukgymnaster och arbetsterapeuter.....	34
Vägar mot en bättre tillgång till rehabilitering för äldre	34
Referenser.....	37
Bilagor.....	39

Sammanfattning

Rapporten "Att arbeta med äldres rehabilitering" bygger på en enkätundersökning som riktade sig till arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med äldre i kommunal äldreomsorg¹ och landstingens primärvård². Undersökningens syfte var – utöver att kartlägga rehabiliteringsresurserna i olika avseenden – att belysa arbetssituationen för landets arbetsterapeuter och sjukgymnaster i kommunal äldreomsorg och landstingens primärvård som arbetar med äldre. Det handlade bl.a. om ofta förekommande/eftersatta arbetsuppgifter, samarbetet med andra yrkeskategorier och deltagande vid biståndsbedömning och vårdplanering. Ett mål med undersökningen var också att få ett bättre kunskapsunderlag för en diskussion om äldres tillgång till rehabilitering.

Enkäten skickades våren 2002 ut till 3 000 arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Svarefrekvensen blev 80 procent. Utöver att svara på frågorna var det många som hörsammade uppmaningen att mer fritt beskriva sin arbetssituation och de äldres situation. Det innebär att undersökningen kunde kompletteras med en kvalitativ bearbetning av detta material.

Rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen och landstingens primärvård har ansvar för olika målgrupper vilket innebär olika arbetssituationer. Landstingens primärvård har ansvar för hela befolkningen – exklusive kommunal hemsjukvård – inom ett visst geografiskt område. Äldre är en av flera befolkningsgrupper de arbetar med. Rehabiliteringspersonalen hamnar också i situationer där de tvingas prioritera mellan de äldres och yngres behov av rehabilitering.

Rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen arbetar så gott som enbart med äldre, och då ofta med äldre med omfattande och/eller långvariga rehabiliteringsbehov. Flertalet av dessa äldre har också andra insatser från äldreomsorgen. Arbetssituationen innebär att prioriteringar dels måste göras mellan olika grupper av äldre, dels att samarbetet med annan personal ständigt aktualiseras eftersom flera olika yrkeskategorier ofta ger insatser till samma individ.

Om en jämförelse görs mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster oberoende av om de arbetar i kommunal äldreomsorg eller landstingens primärvård framstår sjukgymnasterna oftare som mer tillfreds med sin arbetssituation. Arbetsterapeuterna däremot framstår ofta som kritiska mot att de i så hög grad arbetar med hjälpmedelshantering. De ser behov hos de äldre och anser sig ha kunskaper för att tillgodose dessa, men har sällan möjligheter erbjuda andra lösningar än de mer kompensatoriska i form av hjälpmedel.

Äldres rehabilitering omnämns i olika studier som ett problemområde, något som bekräftas av tidigare undersökningar inom ramen för den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Två grundläggande problem är att ansvaret är fördelat mellan flera sjukvårdshuvudmän och bristande resurser. Undersökningen bekräftar dessa problem, samtidigt som den också synliggör några möjliga vägar i arbetet med att utveckla äldres tillgång till rehabilitering.

¹ Äldreomsorg står för vård och omsorg om äldre i kommunal regi samt utförd av privata entreprenörer.

² Primärvård står för den primärvård landstingets driver. I vissa delar av landet förekommer denna primärvård i kommunal eller privat regi

Frågan om tillräckliga personalresurser handlar inte enbart om den formellt utbildade rehabiliteringspersonalen. Rehabiliteringsresurserna kan förbättras dels genom att rehabiliteringspersonalen kan arbeta indirekt genom baspersonalen, dels genom förbättrat samarbete med andra yrkesgrupper som exempelvis biståndsbedömare, sjuksköterskor, läkare och annan rehabiliteringspersonal. Detta ställer dock krav på att t.ex. baspersonalen har rehabiliteringskunskap, får acceptabel handledning samt har möjlighet att i sin vardagliga arbetssituation inta ett rehabiliterande arbetssätt samt att utföra delegerade träningsprogram. Svårigheten att samarbeta visar sig inte alltid ha sin grund i att det handlar om samarbete med kollegor i andra organisationer. Undersökningen visar att samarbetssvårigheterna kan vara väsentliga också mellan olika personalgrupper inom samma organisation. Problemet kan i hög grad handla om vilket synsätt – omsorg, rehabilitering, omvårdnad, medicin – som företräds och prioriteras av de olika personalkategorierna.

I den kvalitativa delen av undersökningen är det tydligt att sjukgymnaster och arbetsterapeuter – framförallt i den kommunala äldreomsorgen – upplever ett utanförskap. En rehabilitering som har ambitionen att vara en integrerad del av vården och omsorgen om äldre företräds av yrkeskategorier vars kunskaper få tycks ta till sig. Här har rehabiliteringspersonalen en stor pedagogisk uppgift att övertyga kollegor, chefer och politiker om värdet av rehabilitering. Samtidigt finns behov av olika former av stöd. Stödet kan handla om att få bättre möjligheter att medverka och påverka vid de formella utredningstillfällena biståndsbedömning och vårdplanering, ha arbetsledarens befogenheter för att kunna leda rehabiliteringsarbetet samt få stöd av forskning som kan påvisa nyttan med rehabilitering. Viktiga forskningsfrågor handlar både om rehabiliteringens resultat för de äldre och om ekonomiska analyser av värdet av en fungerande rehabilitering.

Förekomsten av flera sjukvårdshuvudmän inom den öppna vården som arbetar med äldres rehabilitering visar sig i undersökningen skapa en rad olika problem. Även om ansträngningar görs för att få till en fungerande ansvarsfördelning går det inte att blunda för de problem konstruktionen för med sig. Det är av yttersta vikt att finna en lösning som sätter fokus på att erbjuda äldre den rehabilitering de har behov av istället för att skapa tydliga administrativa gränser som den enskilde äldre riskerar att missgynnas av.

Inledning

Våren 2002 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning som riktade sig till arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med äldre. Undersökningen ingår som en del i uppföljningen av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, där äldres tillgång till rehabilitering och hjälpmedel i kommunerna är områden som förväntas förbättras (1).

Bakgrund

Under åren 1999–2001 har Socialstyrelsen genomfört fyra studier om äldres rehabilitering. De två första – en om rehabilitering och en om hjälpmedel – publicerades i rapporten ”Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg” (2). De bygger på telefonintervjuer med personer initierade i rehabiliteringsfrågor i ett trettiootal kommuner/kommundelar. Syftet var att få en bild av utvecklingsläget vad gäller rehabilitering och hjälpmedel. Studierna visade att många av de problem som varit kända sedan Adelreformens genomförande i början av 1990-talet kvarstår. Visserligen har antalet anställda arbetsterapeuter och sjukgymnaster ökat i landets kommuner och medvetenheten om värdet av rehabilitering ökat, men samtidigt menar många att resurserna fortfarande är otillräckliga. Därutöver finns oklarheter/tolkningsutrymme kring vilken huvudman som har rehabiliteringsansvar i olika situationer och hinder förekommer som begränsar möjligheten att göra helhetsbedömningar utifrån den äldres situation.

Den tredje studien – Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö – bygger på resultatet av hembesök hos 100 slumpvis utvalda äldre i ordinärt boende i sex olika områden i landet (3). Vid hembesöket undersöktes de äldres rehabiliteringsbehov utifrån den enskildes livs- och boendesituation. Fler än hälften av deltagarna bedömdes ha ett icke tillgodosett rehabiliteringsbehov. De brister som uppmärksammades var bl.a. att rehabilitering ofta sätts in alltför sent med konsekvensen att många äldre inte är motiverade att ta emot insatser. Därutöver har hemtjänstpersonalen och anhöriga ofta bristfälliga kunskaper om, och begränsade möjligheter i sin arbetssituationen att arbeta utifrån, ett rehabiliterande förhållningssätt. De vardagliga insatserna från hemtjänsten som skulle kunna underhålla och förbättra de äldres funktionsförmåga genomförs ofta på ett sätt där den äldre istället riskerar att förlora alltfler av vardagens sysslor. Därmed blir den äldre alltmer beroende av andras hjälp och förlorar i oberoende och möjlighet till självbestämmande.

Den fjärde studien beskriver rehabiliteringsmöjligheterna för äldre i särskilt boende utifrån baspersonalens perspektiv i den kommunala äldreomsorgen (4). Studien belyser framförallt hur rehabilitering riskerar att utebli på grund av en arbetsvardag för baspersonalen där personalstyrkan både vad gäller antalet personal och deras samlade kompetens varierar från dag till dag. Studien understryker också värdet av att rehabiliteringspersonalen finns lätt tillgänglig för baspersonalen i de olika verksamheterna.

Syfte

De tidigare genomförda studierna var begränsade till sitt omfång och gav endast indirekt kunskap om den ordinarie rehabiliteringspersonalens arbetssituation. Därför fanns behov av en kompletterande och mer kvantitativt inriktad studie som dels kunde skapa en bättre klarhet om hur personalresurserna, vad gäller arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med äldre, ser ut och fördelar sig mellan den kommunala äldreomsorgen och landstingens primärvård. Därutöver saknades kunskap om arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas arbetssituation i olika avseenden. Studiens syfte var – mer konkret – att besvara nedanstående frågor.

- Vilka personalresurser i form av arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med äldre finns, och hur är de fördelade sinsemellan och mellan kommunal äldreomsorg och landstingens primärvård?
- Hur fördelar sig deras insatser mellan olika former av rehabilitering och åt vilka specifika arbetsinsatser ägnar de sin tid? Bedömer de att deras arbetsinsatser stämmer överens med de äldres behov av insatser?
- Hur upplever de sitt samarbete med andra yrkeskategorier som arbetar med äldre? Med vilka skulle de vilja förbättra samarbetet?
- Vilka möjligheter har rehabiliteringspersonalen att vara med och initiera rehabilitering vid biståndsbedömning och vårdplanering för äldre?
- Bedömer de att det finns specifika grupper av äldre vars rehabilitering är eftersatt? I så fall vilka?

Ett delsyfte med undersökningen har också varit att få bättre kunskap att utgå ifrån vid en diskussion om de äldres tillgång till rehabilitering.

Undersökningens målpopulation

Under arbetet med enkätformuläret³ uppkom en knäckfråga. Hur skulle undersökningens målpopulation begränsas? De arbetsterapeuter och sjukgymnaster vi sökte var de som arbetar i den kommunala vården och omsorgen om äldre och de i landstingens primärvård som arbetar med äldres hemsjukvård. Landstingens primärvård har dock ansvar för en betydligt bredare målgrupp. Alternativet att endast vända sig till de bland rehabiliteringspersonalen i landstingens primärvård som formellt arbetar med hemsjukvård bedömdes som vanskelig. I flera av frågorna efterfrågades ganska detaljerade svar avseende arbetet med äldre och risken fanns att det utifrån den enskilda individens arbetssituation skulle vara svårt att göra bra bedömningar och skattningar gällande endast en mindre del av deras totala arbetssituation, dvs. arbetet med hemsjukvård. Andra problem med att begränsa undersökningen till landstingens primärvårds arbete med äldre i form av hemsjukvård är dels att kriterierna för vem som ska få hemsjukvård kan se mycket olika ut lokalt (5), dels att insatser som t.ex. förebyggande insatser, handledning av anhöriga skulle uteslutas från undersökningen.

³ Enkätformuläret redovisas i bilaga 2.

Undersökningen kom att inriktas på rehabiliteringsarbetet med äldre enligt definitionen de som är 65 år och äldre. De arbetsterapeuter och sjukgymnaster som berördes av enkäten var de som arbetar i den kommunala vården och omsorgen om äldre och de som arbetar med äldre i landstingens primärvård. Undersökningen är snäv i bemärkelsen att den – redan i regeringsuppdraget – exkluderar den slutna hälso- och sjukvården, samtidigt som den är vid vad gäller gruppen äldre rehabiliteringsinsatserna riktar sig till.

Gruppen sjukgymnaster som är egna företagare utgör en del av primärvården (6). Gruppen består dels av sjukgymnaster med etableringstillstånd, dels av de med tidsbegränsade samverkansavtal och de som har rena vårdavtal gentemot landstinget där vårdavtalen anger en typisk inriktning⁴. De enkäter som kom in från de sjukgymnaster som var egna företagare visade sig vara mycket sporadiskt ifyllda. Enkätfrågorna var dåligt anpassade efter denna grupp sjukgymnasters arbetssituation. Ett skäl till detta var t.ex. att många hade en verksamhet med en specifik inriktning, t.ex. neurologi, psykosomatik, OMT etc., varför deras arbetssituation skiljde sig väsentligt från deras kommun-, privat- och landstingsanställda kollegor. Eftersom bortfallet för många av frågorna skulle påverkas negativt av dessa enkäter har gruppen egna företagare uteslutits i alla delar av resultatredovisningen utom vad gäller personalresurser.

Kategorier av målgrupper	Kommunal äldreomsorg Driven av kommunen eller privat utförare	Landstingets primärvård Driven av landstinget, privat eller kommunen
Befolkningen inom ett geografiskt begränsat område exklusive äldre		■
Äldre utan kommunal äldreomsorg och hemsjukvård		■
Äldre utan kommunal äldreomsorg men med hemsjukvård	■	■
Äldre i ordinärt boende (har hemtjänstinsatser)	■	■
Äldre i särskilt boende	■	

■ = Alla landets kommuner ■ = Cirka hälften av landets kommuner

Figur 1. Beskrivning av målgrupperna för de båda rehabiliteringsaktörer som ingår i undersökningen.

Undersökningens genomförande

Något nationellt register över rehabiliteringspersonal och var de arbetar finns inte. Därför övervägdes möjligheten att göra ett statistiskt urval av landets kommuner och erbjuda samtliga arbetsterapeuter och sjukgymnaster i dessa kommuner som arbetar med äldre att delta i undersökningen. Att identifiera dessa arbetsterapeuter och sjukgymnaster bedömdes emellertid vara tidsödande, bl.a. eftersom det rörde sig om två olika organisationer. Därför kontaktades Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR), som organiserar en hög andel av landets arbetsterapeuter

⁴ Ersättning för sjukgymnastik är beroende av vilken typ av avtal sjukgymnasten har med landstinget.

och sjukgymnaster. Förbunden var positivt inställda till att låta oss göra ett urval från deras medlemsregister. Ett krav var dock att utskicken hanterades av respektive förbund vilket garanterade de medverkandes anonymitet. Några utskriften från medlemsregistren har därför aldrig funnits tillgängliga utanför förbunden.

Medlemsregistrens uppbyggnad medgav inte att de avgränsade grupper undersökningen hade som målpopulation kunde identifieras. Möjligheten fanns att ta hjälp av de löneenkäter förbunden årligen genomför, där medlemmarnas svar delas in i mer specifika kategorier, t.ex. de som arbetar inom äldre och handikappomsorg och landstingens primärvård. Löneenkäten användes inte för sjukgymnaster på grund av en för detta ändmål låg svarsfrekvens, medan den användes för att identifiera arbetsterapeuter som arbetar i primärvård. I den slutliga urvalsramen fanns 4 488 arbetsterapeuter och 8 956 sjukgymnaster. Utifrån dessa gjordes ett sannolikhetsurval.

Tillvägagångssättet innebar att enkäten skickades ut till många som inte berördes av undersökningen. Det gällde bl.a. arbetsterapeuter och sjukgymnaster som inte arbetar med äldre och de som arbetar med äldre i landstingens slutenvård. Några av de arbetsterapeuter som arbetar inom landstingens primärvård som drivs av kommunen (t.ex. Gotland) riskerade också att få dubbla enkäter. Av de 3 000 enkäter som skickades ut beräknades cirka en tredjedel nå den målgrupp undersökningen avsåg.

Utskicket genomfördes via respektive förbund under den första veckan i mars 2002. Ett påminnelsebrev skickades ut tre veckor senare. Med brevet bifogades ingen ny enkät, däremot uppmanades de som behövde, att rekvidrera en ny enkät.

Svarsfrekvensen blev 80 procent. Av dessa 2 400 enkäter som kom in var det 1 029 som besvarats av den målgrupp som eftersöktes. 453 av dessa svar kom från arbetsterapeuter medan 576 kom från sjukgymnaster. Det visade sig att många – ca hälften – antagit uppmaningen att vid ”Plats för kommentarer” mer utförligt berätta om de äldres situation och den egna arbetssituationen. Det innebar att enkätundersökningen vid sidan av ett kvantitativt material också innehöll ett bearbetningsbart kvalitativt material.

Undersökningen har genomförts på ett sätt som möjliggör skattningar gällande landets arbetsterapeuter och sjukgymnasters. En mer ingående metodbeskrivning av den kvantitativa delen finns i bilaga 1.

Definitioner av begrepp i rapporttexten

Undersökningen ger i många fall en förenklad bild av en verksamhet som är mycket komplex. Begreppet rehabilitering ges i undersökningen en bred innebörd. Rehabiliteringen ska dels genom avgränsade individuella behandlingsinsatser stödja den äldre att återhämta sig från t.ex. en medicinsk behandling. Den ska också genom rehabiliteringspersonalens samarbete med – samt utbildning och handledning av – andra yrkeskategorier, t.ex. baspersonalen i vården och omsorgen om de äldre, syfta till att få till stånd ett rehabiliterande förhållningssätt bland de som arbetar med de äldre. Målet ska vara att upprätthålla och förbättra de äldres funktionsförmåga samt verka för den enskildes psykiska, fysiska och sociala välbefinnande.

Nedan följer en genomgång av några begrepp som används i tabeller och den löpande texten och vad de då omfattar.

Kommunal äldreomsorg: Den kommunala vården och omsorgen om äldre som utförs av kommunal- och privatanställd personal (entreprenörer).

Landstingens primärvård: Till landstingets primärvård räknas också den primärvård som i vissa delar av landet drivs av kommunen (t.ex. Gotland) och primärvård i privat regi.

Rehabiliteringspersonal: Arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med äldre i kommunal äldreomsorg eller landstingens primärvård enligt definitionerna ovan.

Baspersonal: Vårdbiträden och undersköterskor som arbetar i kommunal, eller av entreprenör driven, äldreomsorg.

Resultaten redovisas utifrån ovan beskrivna definitioner i följande fyra kategorier. Landets arbetsterapeuter respektive sjukgymnaster som arbetar med äldre samt landets rehabiliteringspersonal som arbetar med äldre i kommunal äldreomsorg respektive landstingens primärvård.

Rapportens disposition

Första avsnittet är en redovisning av resultaten från den kvantitativa undersökningen. I det andra avsnittet redovisas bearbetningen av det kvalitativa materialet. Därefter följer en avslutande diskussion där området äldres rehabilitering i kommunernas äldreomsorg och landstingens primärvård beskrivs utifrån de resultat som framkommit samt utifrån resultaten från tidigare genomförda studier. Längst bak i rapporten finns dels en bilaga som beskriver urvalsförfarandet och statistiska överväganden, dels en bilaga innehållande det enkätformulär som användes i undersökningen.

Resultat – enkätfrågor

De förhållanden som redovisas beskriver situation våren 2002. Enkätfrågorna riktade sig till de som för närvarande arbetade vid undersökningstillfället, varför de som studerade, var sjukskrivna eller tjänstlediga etc. är exkluderade i redovisningen. Därutöver är de sjukgymnaster som är egna företagare exkluderade. De redovisas emellertid separat vad gäller personalresurser.

I samtliga tabeller redovisas konfidensintervallet för varje värde. Det anger det intervall inom vilket det sanna värdet med 95 procents sannolikhet ligger (se bilaga 1).

Personalresurser

Undersökningen möjliggör en skattning av antalet arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetade med äldre vid undersökningstillfället i kommunal äldreomsorg respektive landstingets primärvård.

Tabell 1. Antal arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med äldre i den kommunala äldreomsorgen, samt deras arbetstid med äldre omräknat till antal heltider som arbetar med äldre.

	Antal personer som helt/delvis arbetar med äldre	95% konf.int.	Omräknat till antal heltider som arbetar med äldre	95% konf.int.
Arbetsterapeuter	1 800	+/- 215	1 390	+/- 174
Sjukgymnaster	910	+/- 101	780	+/- 92
Totalt	2 710		2 170	

Tabell 2. Antal arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med äldre i landstingets primärvård, samt deras arbetstid med äldre omräknat till antal heltider som arbetar med äldre.

	Antal personer som helt/delvis arbetar med äldre	95% konf.int.	Omräknat till antal heltider som arbetar med äldre	95% konf.int.
Arbetsterapeuter	2 680	+/- 218	1 410	+/- 147
Sjukgymnaster	1 710	+/- 152	480	+/- 60
Totalt	4 390		1 890	

Enligt Svenska Kommunförbundets personalstatistik för år 2001 var antalet anställda arbetsterapeuter 2 500 och sjukgymnaster 1 100 (7). Dessa siffror är något högre än de som redovisas i tabell 1 vilket kan förklaras av att de inkluderar även tjänstlediga samt de som arbetar med funktionshindrade. Någon

motsvarande jämförelse med landstingsförbundets personalstatistik har inte varit möjlig att genomföra eftersom den inte särredovisar de arbetar i landstingens primärvård.

En jämförelse av de som arbetar i kommunal äldreomsorg respektive landstingets primärvård visar att rehabiliteringspersonalen i landstingets primärvård – allra mest tydligt bland sjukgymnasterna – oftare arbetar sporadiskt med gruppen äldre än deras kollegor i den kommunala äldreomsorgen. För rehabiliteringspersonalen i landstingens primärvård är äldre en av flera grupper vars behov man har ansvar att svara upp mot. Det innebär en annan arbetsituation. Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna i landstingens primärvård bör oftare hamna i en situation då de måste prioritera sina insatser mellan olika grupper. Därutöver riskerar den vardagliga kontakten med den kommunala äldreomsorgens baspersonal att bli fragmentarisk. Den vardagliga kontakten med baspersonalen kan också hindras av var man har sin arbetsplats förlagd. Utifrån enkätsvaren visar det sig att endast några procent av rehabiliteringspersonalen i landstingens primärvård har sin arbetsplats placerad i anslutning till någon av den kommunala äldreomsorgens verksamheter. Motsvarande siffra för rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen är ca 70 procent.

Utöver de redovisade grupperna finns också gruppen sjukgymnaster som är egna företagare. Deras arbete med äldre är omfattande. Antal som arbetar med äldre är 870 personer⁵ och omräknat till heltider som arbetar med äldre blir det 240 personer⁶. Det innebär att de egna företagarna lägger ner nästan motsvarande en femtedel av den tid som samtliga sjukgymnaster inom den kommunala äldreomsorgen och landstingens primärvård ägnar gruppen äldre. De egna företagarnas arbete med äldre bör dock i hög grad handla om en annan kategori av äldre, dvs. äldre utan hemtjänst och/eller äldre med mer specifika behov av rehabilitering.

Samtidigt som de egna företagarna står för avsevärda insatser för äldre visar det de skrivit under rubriken ”Plats för kommentarer” att deras möjligheter i vissa avseenden kan vara begränsade. Det handlar om att inte ha förskrivningsrätt på hjälpmedel och att inte få ekonomisk kompensation för att göra hembesök. Konsekvensen är att den äldre i vissa situationer måste uppsöka en ny sjukgymnast. Den äldres förtroende till sin sjukgymnast och den kunskap som sjukgymnasten har om de äldre och dennes livssituation går förlorad. Det är samtidigt viktigt att understryka att skälet till att uppsöka en sjukgymnast som är egen företagare många gånger är resultat av ett aktivt val från den äldres sida. Därutöver nämner flera av de egna företagarna att deras kontakter med andra vård- och omsorgsaktörer runt den enskilde är eftersatta. Förutsättningarna för att den enskilde företagaren ska vara delaktig i t.ex. teamarbete, vårdplanering, biståndsbedömning etc. framstår många gånger som dåliga.

Arbetsuppgifter

Fördelning av tid mellan olika rehabiliteringsformer

Rehabiliteringsinsatser för äldre ges i olika former av verksamheter. I enkäten delades de in i fem kategorier. För att tydliggöra innebörden i de fem rehabili-

⁵ 95% konfidensintervall +/- 85 personer.

⁶ 95% konfidensintervall +/- 38 personer.

teringsformerna beskrevs de i anslutning till frågan enligt följande.

Dagverksamhet: Verksamhet dit äldre kommer dagtid för att få träffas och delta i olika aktiviteter efter sin förmåga, t.ex. dagcentral.

Dagrehabilitering: Verksamhet dit äldre kommer dagtid för att få målinriktade/planerade rehabiliteringsinsatser.

Korttidsrehabilitering: Verksamhet där äldre temporärt vistas dygnet runt för att få rehabilitering.

Hemrehabilitering – ordinärt boende: Rehabiliteringsinsatser som ges i ordinärt boende där arbetsterapeut/sjukgymnast direkt/indirekt är delaktiga.

Hemrehabilitering – särskilt boende: Rehabiliteringsinsatser som ges i särskilt boende där arbetsterapeut/sjukgymnast direkt/indirekt är delaktiga.

I enkäten efterfrågades dels vilken/vilka av de fem rehabiliteringsformerna man arbetade i dels hur mycket tid/vecka (givna femtimmarsintervall) man i genomsnitt bedömde att man direkt och indirekt arbetade i respektive rehabiliteringsform. Indirekt arbete kunde exempelvis gälla handledning eller utbildning av personal vid ett korttidboende. Frågan inbegriper flera osäkerhetsmoment varför resultaten som redovisas ska tolkas försiktigt⁷.

En grov skattning pekar mot att ca en fjärdedel av arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas tid riktas mot äldre vid särskilt boende. Det är den kommunala äldreomsorgens rehabiliteringspersonal som ansvarar för denna rehabiliteringsform. De resterande tre fjärdedelarna av tiden ägnas åt äldre i ordinärt boende, inkluderande dagrehabilitering, korttidsrehabilitering samt hemrehabilitering i ordinärt boende.

Den kommunala äldreomsorgen täcker in samtliga fem former av rehabilitering och står för huvudparten vad gäller hemrehabiliteringen i särskilt boende, korttidsrehabilitering och dagverksamhet. Landstingens primärvård är framförallt inriktade på hemrehabilitering i ordinärt boende och dagrehabilitering.

Arbetsuppgift som ägnas mest tid

Deltagarna i undersökningen fick besvara vilken av tretton möjliga arbetsuppgifter de ägnar mest tid. Alternativen ”chefsrelaterade sysslor” samt ”annan syssla” redovisas inte i tabellerna 3–6 eftersom de visade sig beröra få av de tillfrågade.

⁷ Exempel på osäkerhetsmoment. Låg svarsfrekvens, angiven tid inom noggrannhetsintervallet 5 timmar, möjligt att begreppet hemrehabilitering tolkas olika likaväl som bedömningen av vad som kan ingå i indirekt arbete.

Tabell 3. Arbetsuppgifter som arbetsterapeuter och sjukgymnaster ägnar mest tid.

Arbetsuppgift man ägnar mest tid	Arbets- terapeut	95% konf.int.	Sjuk- gymnast	95% konf.int.
Utredning/bedömning – hjälpmedel	62%	+/- 4,6	11%	+/- 2,6
Träning/behandling – individuellt	13%	+/- 3,3	68%	+/- 3,8
Administrativa sysslor	8%	+/- 2,6	5%	+/- 1,8
Utredning/bedömning – ej bostadsanpassn./hjälpmedel	6%	+/- 2,2	7%	+/- 2,1
Utredning/bedömning – bostadsanpassn.	4%	+/- 1,9	0%	+/- 0,6
Träning/behandling – grupp	2%	+/- 1,3	1%	+/- 0,9
Handledning – personal/anhöriga	1%	+/- 0,9	4%	+/- 1,6
Utbildning – personal/anhöriga	0%	+/- 0,5	2%	+/- 1,1
Förebyggande arbete	0%	+/- 0,0	0%	+/- 0,0
Uppsökande arbete	0%	+/- 0,0	0%	+/- 0,0
Uppföljning av rehabiliteringsinsatser	0%	+/- 0,0	0%	+/- 0,0

Medan huvuddelen av arbetsterapeuterna bedömer att de ägnar mest tid åt hjälpmedel ägnar en klar majoritet av sjukgymnasterna mest tid åt individuell träning/behandling med äldre. En liten andel av arbetsterapeuterna ägnar bostadsanpassning mest tid. Andelen sjukgymnaster som ägnar denna arbetsuppgift mest tid inte mätbar⁸. Övriga skillnader mellan de båda yrkesgrupperna är små.

I tabell 4 redovisas hur svaren fördelar sig mellan rehabiliteringspersonalen beroende av om de arbetar i landstingets primärvård eller i kommunal äldreomsorg.

Tabell 4. Arbetsuppgifter arbetsterapeuter/sjukgymnaster i landstingets primärvård och kommunal äldreomsorg ägnar mest tid

Arbetsuppgift man ägnar mest tid	Kommunal äldreomsorg	95% konf.int.	Landst. primärvård	95% konf.int.
Utredning/bedömning – hjälpmedel	43%	+/- 5,2	44%	+/- 4,3
Träning/behandling – individuellt	24%	+/- 4,2	39%	+/- 3,7
Administrativa sysslor	10%	+/- 3,2	5%	+/- 2,1
Utredning/bedömning – ej bostadsanpassn./hjälpmedel	9%	+/- 2,9	4%	+/- 1,9
Handledning – personal/anhöriga	4%	+/- 1,8	1%	+/- 0,8
Träning/behandling – grupp	4%	+/- 2,0	1%	+/- 0,6
Utredning/bedömning – bostadsanpassn	3%	+/- 2,1	3%	+/- 1,6
Utbildning – personal/anhöriga	1%	+/- 0,8	1%	+/- 0,7
Förebyggande arbete	0%	+/- 0,0	0%	+/- 0,0
Uppsökande arbete	0%	+/- 0,0	0%	+/- 0,0
Uppföljning av rehabiliteringsinsatser	0%	+/- 0,0	0%	+/- 0,0

⁸ Skattning understiger 0,5 procent.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter i den kommunala äldreomsorgen uppger mer sällan än deras kollegor i landtingens primärvård att de ägnar mest tid åt individuell träning/behandling. Istället lägger en större andel mest tid på utredning/bedömning – ej bostadsanpassning/hjälpmedel, handledning av personal/anhöriga och träning/behandling – grupp.

Arbetsuppgifterna förebyggande arbete, uppsökande arbete eller uppföljning av rehabiliteringsinsatser är inte i någon av de redovisade grupperna i tabell 3 och 4 mätbar⁹. En del av förklaringen till detta bör ligga i enkätfrågans formulering som fäster uppmärksamhet på den arbetsuppgift man ägnar mest tid. Det är alltså möjligt att många arbetar med någon/några av ovanstående arbetsinsatser men mycket få ägnar dem mycket tid.

Eftersatta arbetsuppgifter

Enkäten innehöll en fråga där rehabiliteringspersonalen skulle ange om det finns någon arbetsuppgift de anser att de borde ägna mera tid. De som svarade ja på frågan fick följdfrågan vilken arbetsuppgift de bedömer vara mest angelägen att ägna mera tid. Den enda skillnaden bland svarsalternativen i jämförelse med frågan om den arbetsuppgift man ägnar mest tid (redovisade i tabell 3 och 4) var att handledning och utbildning delats upp i separata alternativ för personal och anhöriga.

Bland arbetsterapeuterna menade nästan 85 procent att det finns arbetsuppgifter de behöver ägna mer tid. Bland sjukgymnasterna var det nästan 65 procent som menade att det finns arbetsuppgifter som de behöver ägna mer tid¹⁰.

Skillnaden mellan vad man gör mest och vad man skulle vilja ägna mer tid är intressant. Därför kommenteras resultaten i tabell 5 och 6 bl.a. utifrån vad respektive kategori angett att de gör mest.

Tabell 5. Arbetsuppgifter arbetsterapeuter och sjukgymnaster bedömer som mest angelägna att ägna mer tid.

Mest angelägna arbetsuppgift att ägna mer tid	Arbets-terapeut	95% konf.int.	Sjukgymnast	95% konf.int.
Utredning/bedömning – hjälpmedel	3%	+/- 1,7	1%	+/- 1,2
Träning/behandling – individuellt	41%	+/- 5,2	30%	+/- 4,9
Administrativa sysslor	1%	+/- 0,8	2%	+/- 1,4
Utredning/bedömning – ej bostadsanpassn./hjälpmedel	4%	+/- 2,2	3%	+/- 1,8
Utredning/bedömning – bostadsanpassn	2%	+/- 1,6	0%	+/- 0,0
Träning/behandling – grupp	5%	+/- 2,3	7%	+/- 2,8
Handledning – personal	12%	+/- 3,4	15%	+/- 3,8
Handledning – anhöriga	1%	+/- 1,1	3%	+/- 1,7
Utbildning – personal	7%	+/- 2,6	11%	+/- 3,4
Utbildning anhöriga	1%	+/- 0,9	1%	+/- 1,2
Förebyggande arbete	7%	+/- 2,7	16%	+/- 3,9
Uppsökande arbete	1%	+/- 0,9	1%	+/- 0,9
Uppföljning av rehabiliteringsinsatser	14%	+/- 3,7	8%	+/- 2,9

⁹ Se föregående fotnot.

¹⁰ 95 procent konf.int. Arbetsterapeuter +/- 3,5 procent, Sjukgymnaster +/- 4,0 procent

Vid en tolkning av svaren i tabell 5 är det viktigt att ha i åtanke att betydligt fler arbetsterapeuter än sjukgymnaster angett att det finns arbetsuppgifter de anser vara eftersatta. Det kan tyda på att sjukgymnasterna är mer tillfreds med sina arbetsuppgifter. Att arbetsterapeuterna i högre grad anser att de skulle behöva ägna mer tid åt andra sysslor kan ha att göra med att de anser sig arbeta för mycket med hjälpmedel och bostadsanpassning. Bredden i deras kompetens tas inte tillvara, utan istället har arbetsterapeuternas arbetsområde i många fall begränsats till att vara synonymt med hjälpmedel/bostadsanpassning. Det bekräftas också av att det är få arbetsterapeuter som vill ägna dessa arbetsuppgifter mer tid. En möjlig tolkning av resultatet är att de anser att rehabiliteringsbehov i alltför hög grad tillgodoses med hjälpmedelsinsatser. Det vill säga att de kompenserar för funktionsnedsättningen istället för att sätta in insatser som skulle kunna förbättra funktionsförmågan, exempelvis mer individuell träning och behandling.

Såväl arbetsterapeuter som sjukgymnaster anser att den individuella träningen/behandlingen är eftersatt. Trots att två av tre sjukgymnaster uppger att de ägnar mest tid åt individuell träning/behandling är det den arbetsuppgiften som flest sjukgymnaster ser de största behoven att ägna mera tid.

De övriga arbetsuppgifterna som både arbetsterapeuter och sjukgymnaster lyfter fram är arbetsuppgifter som de angett att de inte ägnar mest tid. Det handlar om förebyggande arbete, uppföljning av rehabiliteringsinsatser samt utbildning och handledning av personal.

Det är vanligare att rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen – drygt 90 procent – än de som arbetar i landstingens primärvård – knappt 70 procent – anger att det finns arbetsuppgifter som de behöver ägna mer tid¹¹. I tabell 6 redovisas deras svar på frågan vilken arbetsuppgift de bedömer vara mest angelägen att ägna mer tid uppdelat på om de arbetar i den kommunala äldreomsorgen eller i landstingets primärvård.

Tabell 6. Arbetsuppgifter som arbetsterapeuter/sjukgymnaster i kommunal äldreomsorg och landstingens primärvård bedömer som mest angelägna att ägna mer tid.

Mest angelägna arbetsuppgift att ägna mer tid	Kommunal äldreomsorg	95% konf.int.	Landst. primärvård	95% konf.int.
Utredning/bedömning – hjälpmedel	2%	+/- 1,5	3%	+/- 1,9
Träning/behandling – individuellt	38%	+/- 5,5	38%	+/- 5,6
Administrativa sysslor	2%	+/- 1,3	1%	+/- 0,7
Utredning/bedömning – ej bostadsanpassn./hjälpmedel	2%	+/- 1,8	5%	+/- 2,6
Bostadsanpassning	2%	+/- 1,9	1%	+/- 1,2
Träning/behandling – grupp	5%	+/- 2,5	7%	+/- 2,6
Handledning – personal	15%	+/- 4,0	11%	+/- 3,5
Handledning – anhöriga	1%	+/- 1,0	2%	+/- 1,5
Utbildning – personal	14%	+/- 4,0	3%	+/- 1,9
Utbildning – anhöriga	0%	+/- 0,0	2%	+/- 1,3
Förebyggande arbete	9%	+/- 3,3	10%	+/- 3,1
Uppsökande arbete	0%	+/- 0,0	1%	+/- 1,2
Uppföljning av rehabiliteringsinsatser	8%	+/- 3,1	15%	+/- 4,3

¹¹ 95% konfidensintervall. Arbetsterapeuter +/- 3,0 procent, Sjukgymnaster +/- 3,9 procent

De arbetsuppgifter som upplevs som eftersatta är framförallt individuell träning/behandling, handledning och utbildning av personal samt förebyggande arbete och uppföljning av rehabiliteringsinsatser. Någon markant skillnad beroende av om man arbetar i landstingens primärvård eller kommunal äldreomsorg går inte att utläsa. Det enda undantaget är att rehabiliteringspersonalen i landstingens primärvård inte ser samma behov av att ägna tid åt att utbilda personal. Bland dem uppger dock en liten andel att utbildning av anhöriga är en arbetsuppgift de vill ägna mer tid.

Deltagande i biståndbedömning och vårdplanering

Fyra av fem arbetsterapeuter och hälften av sjukgymnasterna ansåg sig ha behov av att delta i biståndbedömning. I vad mån de med behov av att delta också deltar i biståndbedömning och vilka möjligheterna då är att initiera rehabiliteringsinsatser illustreras av tabell 7.

Tabell 7. Medverkan och möjlighet att initiera insatser för den rehabiliteringspersonal som angett att de har behov av att delta vid biståndsbedomning.

Begränsningar vid biståndsbedomning	Arbetar i kommunal äldreomsorg	95% konf.int.	Arbetar i landstingets primärvård	95% konf.int.
Deltar inte trots behov av att delta	18%	+/- 4,3	33%	+/- 5,8
Deltar utan möjlighet att initiera rehabiliteringsinsatser	12%	+/- 3,7	14%	+/- 4,2
Deltar med små möjligheter att initiera rehabiliteringsinsatser	32%	+/- 5,3	31%	+/- 5,7
Totalt med någon form av begränsning	62%	+/- 5,5	78%	+/- 5,0

Nio av tio arbetsterapeuter och sju av tio sjukgymnaster uppger att de har behov av att delta i vårdplanering för äldre. I vad mån de med behov av att delta också deltar i vårdplanering och vilka möjligheterna då är att initiera rehabiliteringsinsatser illustreras av tabell 8.

Tabell 8. Medverkan och möjlighet att initiera insatser för den rehabiliteringspersonal som angett att de har behov av att delta vid vårdplanering.

Begränsningar vid vårdplanering	Arbetar i kommunal äldreomsorg	95% konf.int.	Arbetar i landstingets primärvård	95% konf.int.
Deltar inte trots behov av att delta	6%	+/-2,5	18%	+/-4,0
Deltar utan möjlighet att initiera rehabiliteringsinsatser	11%	+/-3,4	12%	+/-3,6
Deltar med små möjligheter att initiera rehabiliteringsinsatser	35%	+/- 5,0	35%	+/-5,1
Totalt med någon form av begränsning	52%	+/- 5,3	65%	+/-5,1

Möjligheten att – vid de formella utredningstillfällena biståndsbedömning och vårdplanering – vara med och ha möjlighet att initiera rehabiliteringsinsatser framstår som små. Värderingen görs med tanke på att det i en av de tidigare genomförda studierna (3) framkommit att alltför sent iscensatta rehabiliteringsinsatser kan få betydande konsekvenser för den äldres livssituation. Svårigheterna ökar när det gäller att motivera den enskilde att genomgå rehabilitering. Den sämsta möjligheten att få vara med vid de formella utredningstillfällena har arbetsterapeuter och sjukgymnaster i landstingens primärvård. Det blir framförallt tydligt när det handlar om biståndsbedömning. Ett troligt skäl är den barriär som uppstår mellan de båda organisationerna kommun och landsting. Det understryker svårigheten med ett dubbelt huvudmannaskap för de äldres hälso- och sjukvård.

Samarbete

Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna fick också besvara frågan om de upplever ett stort behov av bättre samarbete med någon specifik personalkategori. Åtta av tio arbetsterapeuter och två av tre sjukgymnaster menar att de behöver förbättra samarbetet med någon personalkategori. Fler av de som arbetar i den kommunala äldreomsorgen än de som arbetar i landstingets primärvård önskar ett bättre samarbete med någon annan personalkategori.

De som svarade att de upplevde ett behov av bättre samarbete fick välja ut den personalkategori de upplevde det största behovet att förbättra samarbetet med. Det fanns tolv olika alternativ att välja mellan. Hur svaren fördelade sig mellan de fyra olika kategorierna redovisas i tabell 9 och 10.

Tabell 9. Arbetsterapeuters och sjukgymnasters önskan om ett bättre samarbete med andra yrkeskategorier som arbetar med äldre.

Personalkategori att förbättra samarbetet med	Arbets-terapeut	95% konf.int.	Sjuk-gymnast	95% konf.int.
Rehabiliteringspersonal i:				
Äldreomsorgen	11%	+/- 3,5	16%	+/- 3,9
Primärvården	13%	+/- 3,7	6%	+/- 2,6
Slutenvården	4%	+/- 2,3	7%	+/- 2,7
Sjukskötskor i:				
Äldreomsorgen	5%	+/- 2,2	7%	+/- 2,8
Primärvården	2%	+/- 1,6	2%	+/- 1,3
MAS	1%	+/- 1,1	0%	+/- 0,6
Biståndsbedömare	18%	+/- 4,2	7%	+/- 2,7
Enhetschef	4%	+/- 1,9	2%	+/- 1,3
VB/Usk i:				
Hemtjänst	23%	+/- 4,6	25%	+/- 4,6
Särskilt boende	7%	+/- 2,6	9%	+/- 3,0
Patientansvarig läkare	9%	+/- 3,1	18%	+/- 4,1
Annan personalkategori	4%	+/- 2,1	2%	+/- 1,5

Tabell 10. Rehabiliteringspersonalens önskan om ett bättre samarbete med andra yrkeskategorier som arbetar med äldre beroende av om de arbetar i kommunal äldreomsorg eller landstingens primärvård.

Personalkategori att förbättra samarbetet med	Kommunal äldreomsorg	95% konf.int.	Landst. primärvård	95% konf.int.
Rehabiliteringspersonal i:				
Äldreomsorgen	9%	+/- 3,4	15%	+/- 4,0
Primärvården	6%	+/- 2,8	14%	+/- 4,1
Slutenvården	3%	+/- 1,7	7%	+/- 2,7
Sjukskötskor i:				
Äldreomsorgen	12%	+/- 3,7	1%	+/- 1,1
Primärvården	1%	+/- 0,7	3%	+/- 2,0
MAS	2%	+/- 1,5	0%	+/- 0,9
Biståndsbedömare	15%	+/- 4,3	14%	+/- 4,2
Enhetschef	4%	+/- 2,3	2%	+/- 1,7
VB/Usk i:				
Hemtjänst	20%	+/- 4,7	27%	+/- 4,9
Särskilt boende	14%	+/- 4,0	2%	+/- 1,5
Patientansvarig läkare	12%	+/- 3,9	11%	+/- 3,2
Annan personalkategori	3%	+/- 2,0	3%	+/- 2,2

Två yrkeskategorier som många – oberoende av om man är arbetsterapeut eller sjukgymnast eller arbetar i kommunal äldreomsorg respektive landstingens primärvård – ser det största behovet av att förbättra samarbetet med är vårdbiträden/undersköterskor i hemtjänst samt biståndsbedömare. Det är i linje med vad som framkommit vad gäller eftersatta arbetsuppgifter (handledning och utbildning) samt rehabiliteringspersonalens möjligheter att vara med vid biståndsbedömning.

Det visar sig också att många önskar förbättra samarbetet med patientansvarig läkare samt med annan rehabiliteringspersonal. Det sistnämnda gäller framförallt för rehabiliteringspersonalen i landstingens primärvård. De efterlyser ett bättre samarbete både med rehabiliteringspersonal i den egna organisation och i den kommunala äldreomsorgen. Vad gäller rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen är det anmärkningsvärt att ungefär en lika hög andel som i landstingens primärvård önskar förbättra samarbetet med biståndsbedömare trots att dessa finns i den egna organisationen. Rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen ansåg också att de behöver ett bättre samarbete med sjuksköterskor inom den egna organisationen. Resultaten ger alltså inget belegg för att samarbetet mellan olika yrkesgrupper gynnas av att de finns inom samma organisation.

Äldre med eftersatta rehabiliteringsbehov

Undersökningen innehöll också en fråga där deltagarna skulle ange den/de specifika grupper av äldre vars rehabilitering de anser vara mest eftersatt. Ca 80 procent av arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna menar att det finns grupper av äldre vars rehabiliteringsbehov är eftersatt.

Möjligheten fanns att med egna ord ange vilken grupp man anser vara mest eftersatt dels utifrån kategorin diagnos, dels utifrån icke diagnosstyrd kategori. Av de som svarat omnämner mer än varannan diagnosen stroke.

Andra diagnoser som – visserligen omnämns betydligt mer sällan än stroke men relativt de övriga – ofta återkommer i svaren är demens, parkinson, MS och reumatism. Svaren innehåller också ett flertal olika mer preciserade diagnoser vilket kan tyda på att man möter enskilda individer vars behov man inom den kommunala äldreomsorgen och landstingens primärvård saknar både kompetens, utrustning och specifika metoder att erbjuda.

Svaren utifrån icke diagnosstyrd kategori är svåra att tolka eftersom många kategorier som anges är alltför vida, t.ex. ”alla äldre” eller ”äldre i särskilt boende”. En gemensam nämnare bland många av svaren handlar om personer vars rehabiliteringsbehov kräver att någon utomstående ser behovet. Det handlar om äldre som inte själva talar för sin sak och kräver rehabilitering, om äldre invandrare och om de vars rehabiliteringsbehov inte är tydligt. Gemensamt i samtliga nämnda fall är att de enskilda inte förmår kommunicera eller ser sitt behov. Det understryker värdet av att rehabiliteringspersonalen tidigt och rutinmässigt är delaktiga i utredningar. Viktigt är också att baspersonalen kan avgöra när och uppmärksamma rehabiliteringspersonalen på att det behövs en bedömning av rehabiliteringsinsatser.

Resultat – rehabiliterings- personalens egna kommentarer

Drygt hälften (249 arbetsterapeuter och 289 sjukgymnaster) av de 1029 deltagarna i undersökningen skrev under rubriken ”Plats för kommentarer” ner beskrivningar av den egna arbetssituationen och de äldres situation. Kommentarererna varierade i omfattning, allt från någon mening till att även enkätens baksida tagits i anspråk.

Materialet kompletterar enkätfrågorna eftersom dessa texter inte lika självklart är påverkade av enkätformulärets huvudsakliga syften. Att drygt hälften använde sig av möjligheten att ge fria kommentarer tyder på att arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med äldre är intresserade av frågorna och har ett engagemang.

Det är möjligt att andelen ”missnöjda” är hög bland de som gett egna kommentarer. Det är därför viktigt att understryka att sammanställningen som följer inte har som syfte att mäta hur det förhåller sig, utan istället belyser och beskriver de hinder och problem samt eventuella orsaker till dessa som omgärdar äldres rehabilitering. I det sammanhanget kan de eventuellt mer missnöjda vara en bra källa till kunskap. De har mött problem i sin arbetsvardag och har därför också haft anledning att reflektera över dessa.

Utöver missnöje kan andra skäl till att en individ svarar vara en stark vilja att hjälpa till, påverka och förändra. Det kan också handla om personer som råkade ha tid eller tillhör dem som har lätt att formulera sig i skrift.

Materialet har lästs igenom ett flertal gånger. Under genomläsningarna har olika teman tagit form. Dessa teman utgörs av de rubriker som följer. Texten under rubrikerna innehåller citat som dels utgör bitar i arbetet med att bygga upp större mönster kring respektive tema dels används för att illustrera vad många i sina texter givit uttryck för. Citaten är i några fall språkligt redigerade för att öka läsbarheten, dock utan att innehållet i dessa förändrats.

Rehabiliteringspersonalens dilemma

Har nu arbetat 5 år. Mina upplevelser av arbetet är att man känner sig otillräcklig hela tiden. Ser stora rehabiliteringsbehov och möjligheter som aldrig går att göra. Otydliga mål om några finns överhuvudtaget. Minimalt med samarbete mellan olika grupper runt individen. Dåliga kunskaper hos biståndsbedömare, enhetschefer och vårdpersonal om rehabilitering. Svårigheter att sätta individens önskan i centrum. Hur många gånger har jag inte mötts av olika personalsvar: ”Du får tänka att vid hennes ålder är man trött”, medan individen inte får tillräckligt med näring och inte har något att göra under dagen. Jag tror att alla runt den äldre individen måste samarbeta. Tänk vilken potential det finns med våra olika bakgrunder SoL och HSL, det skull kunna bli så bra. (Sjukgymnast/kommunal äldreomsorg)

Texten som är skriven av en sjukgymnast illustrerar vad många av kommentarerna handlar om och vill fästa uppmärksamhet vid. Arbetssituationen för

arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med äldre beskrivs som besvärlig och omgärdad av en rad olika problem. Parallellt med den ofta mycket negativa bilden skymtar också en mer positiv bild fram. Det handlar då om rehabiliteringens möjligheter. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster tvivlar inte på värdet av sina kunskaper. I flera fall uttrycks att en väl fungerande rehabilitering – utöver att ge äldre en bättre livskvalitet – också är en del av lösningen på den framtida äldreomsorgens problem, samt nödvändig om äldre som önskar bo kvar hemma ska kunna göra det.

Ett av rehabiliteringspersonalens dilemman ligger troligen i spännvidden mellan den fasta övertygelsen om nyttan och möjligheterna med rehabilitering och det faktum att hindren framstår som både många och svåra att forcera. Många befinner sig i en situation de skulle vilja förändra samtidigt som de själva många gånger framstår som maktlösa.

Utanförskapet

Vården och omsorgen om äldre omfattar ca 250 000 äldre och ca 300 000 anställda. Även antalet arbetsterapeuter och sjukgymnaster är många, men lokalt ute i de olika verksamheterna tillhör de ofta en liten grupp i en jämförelse med de vars rehabilitering man har ansvar för. Det kan gälla likaväl för de som arbetar i den kommunala äldreomsorg eller i landstingens primärvård.

Är ensam sjukgymnast med ansvar för ca 10 000 invånare. Arbetar heltid och ska sköta allt själv från att boka patienter, telefonrådgivning, akuta/planerade hjälpmedelsprovningar, planerade behandlingsomgångar, akuta behandlingar, hembesök, planera förrådshållning, har ansvar för uppföljning av alla kostsamma hjälpmedel, journalföring, medverka i grupper som sysslar med utveckling/hjälpmedel o. dyl., hålla i vissa bassängpass, verksamhetsuppföljningsmöten, intern fortbildning, ha koll på alla mail – svara på somliga samt föra statistik. Trampar dagligen vatten för att ha näsan över vattenytan. (Sjukgymnast/landstingets primärvård)

Vi arbetsterapeuter och sjukgymnaster som jobbar i vår kommun ansvarar för 5–10 särskilda boenden/person (250–500 äldre och ca dubbelt så mycket personal). Detta gör att det är nästintill omöjligt att genomföra den rehabilitering som skulle behövas, det blir ofta kompensatoriska insatser. Behov finns av betydligt fler arbetsterapeuter och sjukgymnaster om rehabiliteringen för äldre ska kunna jämnställas med rehabiliteringen av yngre (där är man ansvarig för ca 15–20 patienter/person). (Arbetsterapeut/kommunal äldreomsorg)

Rehabiliteringspersonalens problem består dock inte enbart i att vara få i förhållande till alla som behöver deras stöd. Ett annat och kanske minst lika stort problem är att så få i deras omgivning upplevs ha förstått vad rehabilitering är och vad en acceptabel rehabilitering skulle kunna leda fram till. Det framkommer framförallt i kommentarerna från de som arbetar i den kommunala äldreomsorgen. Rehabiliteringspersonalen behöver inte bara bli fler, de behöver också stöd av andra för att bli framgångsrika i sitt arbete.

Delas en liten medicin ut fel blir det stort pådrag! Får de gamla bristfällig eller ingen rehabilitering händer ingenting. (Arbetsterapeut/kommunal äldreomsorg)

Socialstyrelsen måste visa mer intresse för frågor kring rehabilitering inom äldreomsorgen samt vara mer tydliga till vårdgivare om vilken grad av rehabilitering som de äldre har rätt att kräva. Socialstyrelsen måste förstå att det är just rehabilitering och aktiviteter för äldre som det fuskas mest med! (Sjukgymnast/landstingets primärvård)

Diffust definierat i föreskrifter vad rehabilitering innebär. Läkemedelshandling + vad som åligger sjuksköterska och läkare som legitimerad yrkesutövare är tydligt. Resulterar i att rehabiliteringen alltid blir marginaliserad i budgethänseende. (Sjukgymnast/kommunal äldreomsorg)

Rehabiliteringen är till sin natur svårfångad. Samtidigt som den av de initierade beskrivs bära på ”mycket” stora möjligheter är det få som självklart ser och uppfattar när rehabiliteringen uteblir eller brister. Vad som är resultatet av den enskilde äldres åldrande och vad som är resultatet av bristande rehabilitering är svårt att särskilja och konkret synliggöra. Därför är det lätt att – som antyds i ett av citaten ovan – ”fuska” med rehabilitering.

Att synen på vad som är rehabilitering kan skilja sig åt och att det rehabiliterande inslaget i vården och omsorgen av äldre också kan negligeras framkommer i följande citat.

I dagens läge när all kommunal verksamhet i vår kommun ska konkurransutsättas blir rehabiliteringen av äldre en fråga som av ekonomiska skäl ofta sätts i andra hand. Verksamhetschefer har inte alltid klart för sig vad paramedicinare har för kompetens. Man köper rehabilitering i ”tillräcklig omfattning” !? (Arbetsterapeut/kommunal äldreomsorg)

Det största problemet är att arbetsgivaren i kommunens äldreomsorg inte vet – eller vill veta – vad arbetsterapeutens yrke innebär. Det är avsaknad av verksamhetsbeskrivning, verksamhetsmål, ansvar och gränser, oklar organisation. Befattningsbeskrivning för arbetsterapeut existerar inte. (Arbetsterapeut/kommunal äldreomsorg)

Jag önskar att vårdskolan skulle styra om lite från omvårdnadskunskap till rehabiliteringskunskap. (Arbetsterapeut/kommunal äldreomsorg)

Problemet är /.../ att omvårdnadspersonalen inte har tid att utföra och att rehabilitering inte ses som en naturlig del i verksamheten. Exempelvis tas det inte upp att vårdbiträden ska arbeta med rehabilitering när man annonserar efter nya. (Sjukgymnast/kommunal äldreomsorg)

Det finns olika sätt att uppfatta rehabilitering. Dels som något man kan köpa i tillräcklig omfattning och dels att – som i de två senare citaten – vara något som bör förankras också bland andra professioner som arbetar med äldre. Att köpa rehabilitering innebär att se rehabilitering som att man köper en behandling, en utredning eller en förskrivning av ett hjälpmedel, dvs. en slags punktinsats. Att styra om lite från omvårdnadskunskap till rehabiliteringskunskap och att redan vid rekrytering av ny personal markera inslaget av rehabilitering i det vardagliga arbetet är istället att verka för ett förändrat synsätt i arbetet med äldre. De olika förhållningssätten kan också beskrivas som att de – enligt rehabiliteringspersonalen – icke initierade tenderar att vilja se rehabilitering som en självständig fristående specialitet medan de initierade ser rehabilitering främst som ett tänkande som måste förankras hos alla aktörer i organisationen, från politiker till baspersonal. Därför är det svårt att köpa rehabilitering i tillräcklig omfattning, istället ska den vara en inriktning som genomsyrar allt arbete med äldre.

Resonemangen ovan understryker att arbetsterapeuter och sjukgymnaster står inför en pedagogiskt utmaning, dvs. att övertygande förklara vad de kan, hur det ska göras och vad vinsten med rehabilitering är. Men även om det är möjligt visar det sig att något lämpligt forum för att förankra kunskap om rehabilitering i inte självklart finns tillgängligt.

I vår kommun har vi svårt att göra oss hörda, vi har ingen arbetsledare som för vår talan i rehabfrågor. (Arbetsterapeut/kommunal äldreomsorg)

Rehab kräver tid och kostar pengar – i början – men tjänas in i slutet. Detta fattar inte de höga cheferna. Jag känner mig frustrerad och otillräcklig när min tid ej räcker till för alla våra vårdtagare och alla nya arbetsuppgifter som åläggs mig. Det är många arbetsterapeuter som på senare tid gått in i väggen och är sjukskrivna. Vi är många som kämpar på trots att vi mår dåligt av arbetssituationen. Ständiga omorganisationer gör inte saken bättre. I kommunen finns ingen person som huvudsakligen arbetar övergripande med rehabfrågor och utvecklar rehab samt ansvarar för att det finns rutiner för medicinteknik. Det behövs en MAR, som vi arbetsterapeuter har kämpat för i flera år. Det borde vara lagstadgat att kommunerna ska ha en MAR för att uppfylla HSL. (Arbetsterapeut/kommunal äldreomsorg)

Ännu ett hinder i arbetet att realisera ett annat tänkande kring de äldres rehabilitering kan också utgöras av den enskilda rehabiliteringspersonalens befogenheter i förhållande till den övriga kommunala äldreomsorgens personal.

Problem att leda rehabiliteringsarbetet i vården utan att ha arbetsledarens befogenheter. (Sjukgymnast/kommunal äldreomsorg)

Å den ena sidan ska arbetsterapeuten eller sjukgymnasten leda rehabiliteringsarbetet, samtidigt som han/hon kan sakna arbetsledarens befogenheter. Dvs. att för baspersonalen kan rehabiliteringspersonalen framstå antingen som en bland flera arbetsledare eller någon som utan formellt mandat försöker agera som deras arbetsledare. Möjligt är också att rehabiliteringspersonalens handledning går stick i stäv med den formella arbetsledarens, dvs. att baspersonalen ställs inför ett besvärande dilemma.

Rehabiliteringspersonalen möjligheter att erbjuda äldre en bra rehabilitering motverkas alltså enligt kommentarerna – vid sidan av bristande personalresurser – också av ett slags utanförskap. Den pedagogiska utmaningen att förklara vad rehabilitering är, vad den kan tillföra och hur den ska realiserats kan i många fall motarbetas av att de som äger kunskapen sakar forum och möjligheter att verka för en bättre rehabilitering för äldre. Situationen förbättras inte heller av frånvaron av ett stöd i form av statliga riktlinjer för hur rehabiliteringsarbetet riktat mot de äldre ska se ut, dvs. något som skulle kunna sätta press högre upp i organisationen att ta till sig och verka för ett rehabiliteringstänkande.

Ansvarsfrågan

De olika kommentarerna som tar fasta på de äldres behov av rehabilitering beskriver en komplex grupp av äldre. Det handlar om allt från pigga och självständiga äldre som bor i eget boende till kroniskt sjuka och multisjuka äldre. Rehabiliteringsinsatserna kan beskrivas från allt från förebyggande insatser till mycket sammansatta insatser där samarbete krävs mellan olika professioner

och specialister inte sällan verksamma inom olika organisationer. Livssituationen bland de äldre kan se mycket olika ut.

Eftersom arbetet kring varje patient ser olika ut med boende, anhöriga, multisjukdom så är det olika samarbetspartners varje gång /.../ När man jobbar som kommunal rehabpersonal har man otroligt många kontaktytor – läkare, sjuksköterska i kommunen, distriktssköterska, vårdpersonal i särskilda boenden, hemtjänstpersonal, biståndsbedömare m.fl. men det är också det som gör jobbet så omväxlande och roligt. (Sjukgymnast/kommunal äldreomsorg)

Runt varje enskild individ finns en rad olika människor både i form av närstående och olika företrädare för vården och omsorgen vars medverkan för att realisera eventuella rehabiliteringsinsatser i olika grad måste mobiliseras. Det ställer höga krav på information, samarbete, handledning och utbildning hos enskilda individer i den äldres närhet.

Bland de äldre finns en grupp mycket skröpliga. Utmärkande för flera av dem är att de byter ordinärt boende mot särskilt boende och/eller temporärt vistas inom slutenvården. Beroende av var den enskilde befinner sig i vård- och omsorgssystemet är det olika huvudmän som har rehabiliteringsansvaret och det är inte självklart att den som har ansvaret samtidigt också har de rehabiliteringsresurser den enskilde har behov av. En vanlig situationen som beskrivs i kommentarerna är de allt kortare vårdtiderna inom slutenvården. Den enskilde blir snabbt bedömd som medicinskt färdigbehandlad och förs över till en öppenvård som inte är rustad och inte alltid har fått tillräcklig information för att i tid kunna tillgodose den enskildes behov av rehabilitering.

På sjukhuset anses att äldre kan skrivas ut och bortprioriteras eftersom de anser att dessa äldre hör till kommunen och är upp till kommunen att tillgodose. Även äldre som bor i eget boende bortprioriteras. Sjukhusen vet att i slutändan är det alltid kommunen som får ta ansvar när det havererar för de äldre hemma. Sjukhusen tar inte sitt ansvar att se till att de äldre får den specifika rehab som sjukhusen kan ge. Kommunens rehabpersonal arbetar under omöjliga arbetsbetingelser /.../ Vi är alldeles för få. Inför en gemensam børs för all vård = gemensamt vårdansvar. (Sjukgymnast/kommunal äldreomsorg)

Vi har hårt tryck på vår mottagning, lång väntetid. Vi prioriterar äldre, men många äldre med värk och andra svårigheter får vänta oacceptabelt länge. Mer resurser krävs till primärvården då vårdtider på akutsjukhusen minskar och vi förväntas ta vid vid hemkomsten efter fraktur, stroke och annat. (Sjukgymnast/landstingets primärvård)

Patienter med stroke och frakturer har för kort, alternativt ingen rehabilitering inom slutenvården. Jag som arbetar inom primärvården vet ej att patienter kommit hem och behöver träning. Därför blir patienterna tunga för hemtjänsten och rehabiliteringen sätts in för sent eller inte alls. Det är för mycket ifrågasättande att jag som sjukgymnast behövs. Anhöriga och patienter vet ej vad som finns att tillgå. Det är en tickande bomb av problem. Det fungerade bättre på 70-talet. Det ges knappt någon funktionsträning alls för patienterna. Snabba lösningar med hjälpmedel, men ingen sjukgymnastisk träning för att bibehålla rörlighet och styrka. Exempelvis en patient opererades 4 ggr med knäprotes. Skickas hem. Ramlar efter 2 dagar. Anhörig ringer mig och vid hembesöket upptäcker jag en muskelfunktion.

Plus/minus 0. Varför kosta på dyra operationer men ingen rehabilitering. (Sjukgymnast/landstingets primärvård)

Den öppenvård som de äldre skrivs ut till är i sin tur uppdelad i landstingets primärvård och kommunal hemsjukvård. Utöver att öppenvården som helhet inte självklart förfogar över de specialistinsatser som finns inom slutenvården är ansvarsfördelningen mellan rehabiliteringsaktörerna i öppen vård inte alltid så tydlig och/eller ändmålsenlig. Så här skriver tre sjukgymnaster som arbetar i landstingets primärvården.

Jag behandlar enbart polikliniskt de som kan ta sig till vårdcentralen. Kommungymnastiken ansvarar för åtgärder i eget eller särskilt boende, men behandlar ej. Denna tjänstemannagränsdragning är menlig för de vars tillstånd förvärras av mödan att ta sig till vårdcentralen och de med kognitivt nedsatta funktioner som förvirras av många kontakter. Vi försöker låta sunda förnuftet och patienternas bästa råda och tänjer på gränserna. (Sjukgymnast/kommunal äldreomsorg)

I vår kommun har man satt tröskeln som gräns. Dvs. kan patienten ta sig till vårdcentralen för sjukgymnastik ska de göra det, även om behovet av funktionell träning i hemmet är det mest primära. (Sjukgymnast/landstingets primärvård)

Eftersom jag arbetar på vårdcentral har jag en stor del av mitt klientel som är 70–80 år. Ibland känns det viktigt att göra hembesök – hemrehabilitering – men det ingår ju inte i mina arbetsuppgifter, det är synd. (Sjukgymnast/landstingets primärvård)

Med ambitionen att skapa tydliga gränser för när ansvaret är den enes eller den andres riskerar den enskilde äldres behov att komma i skymundan. Behov som i praktiken ser annorlunda ut än vad den lokala gränsdragningen förutsätter leder till att enskilda hamnar i gråzoner och blir utan eller erbjuds mindre ändamålsenliga insatser. Den person som t.ex. primärt har behov av träning i hemmet får istället sin träning vid vårdcentralen.

En annan problematik som beskrivs är hur de olika huvudmännen inom öppenvården mer eller mindre medvetet försöker skjuta över ansvar på den andra huvudmannen.

Kommunen lägger ner äldreboendepaster och satsar på hemtjänst och rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster i äldreboenden ökar, vilket är bra. Samtidigt är det landstinget som ansvarar för rehabiliteringen i eget boende, även om personen har hemtjänst, vilket är mindre bra. Hur kan kommunen säga att man satsar på rehabilitering i hemmet när detta är landstingets ansvar. Den frågan verkar olöst. Huvudmännen borde ta gemensamt ansvar för rehabiliteringen oavsett boendeform, och se till att det finns tillräckliga resurser för det. (Arbetsterapeut/kommunal äldreomsorg)

En satsning på ordinärt boende i kombination med rehabilitering är helt i linje med ädelreformens intentioner. Samtidigt kan rimligen inte satsningen göras annat än i samverkan med den andre huvudmannen eftersom det är den som står för rehabiliteringsansvaret i ordinärt boende i exemplet ovan. Citatet antyder en förskjutning av ansvar och därmed kostnader från en part till en annan alternativt att äldre får bo kvar hemma utan stöd i form av rehabilitering.

Utmärkande för den öppna vården – till skillnad från den slutna vården – är

att den ska finnas tillgänglig i närområdet. Samtidigt kan den resurs som är belägen nära vara otillgängliga eftersom den enskilde individen på grund av sitt boende hör till fel huvudmans ansvarsområde.

Primärvården bedriver ingen dagrehabilitering för äldre i särskilt boende, Kommunens dagrehabilitering vänder sig i första hand till patienter i särskilt boende och tar endast i undantagsfall emot patienter som bor i ordinärt boende. (Arbetsterapeut/landstingets primärvård)

Det är hela tiden problem med gränsdragningen. I vår kommun får primärvårdens patienter inte tillgång till kommunens dagrehabilitering. Följden blir att dessa blir tvungna att åka 2 mil till närmaste stad där primärvården valt att teckna avtal om dagrehab för båda kommunernas primärvårdspatienter. (Arbetsterapeut/kommunal äldreomsorg)

Verksamheten finns likaväl som behoven men eftersom det är landstingets primärvård som ansvarar för insatser i ordinärt boende kan de äldre i de båda exemplen ovan inte annat än i undantagsfall komma ifråga. Anledningen är att den verksamheten de har behov av vänder sig till kommunens äldre, dvs. de som bor i särskilt boende. Det är alltså viktigt från den enskilda äldres perspektiv att den huvudman som har ansvaret också förfogar över den resurs man har behov av. Men även om ansvaret i många fall är beroende av var den enskilde bor kan också olika situationer i ett och samma boende vara ett ansvar för båda huvudmännen.

Onödigt komplext med två huvudmän inom äldrevården. Som exempel; Då den äldre är i behov av mera hjälp (hemtjänst) i hemmet och personalen från hemtjänsten anser sig vara i behov av arbetstekniska hjälpmedel. Vi som jobbar inom primärvården har inget arbetsgivaransvar men känner bäst till den äldres förmåga eftersom de bor i eget boende, vilket är vårt ansvar. Då måste vi kontakta en arbetsterapeutkollega på kommunen för att tillsammans göra ett hembesök. Jag inom primärvården, för att jag känner den äldre, samt från kommunen för att den personen har budgetansvar för dessa hjälpmedel. Detta blev krångligt att skriva ned och förstå, men det är precis som det är i verkligheten, krångligt. (Arbetsterapeut/landstingets primärvård)

Prioriteringar

En arbetssituation som utmärks av resursbrist tvingar den enskilda arbetsterapeuten eller sjukgymnasten att göra olika typer av prioriteringar. Vilka prioriteringar som görs kan bestämmas av en rad olika faktorer i arbetssituationen, allt från formellt uttalade till prioriteringar som tvingas fram mer informellt, dvs. att prioriteringarna skulle kunna se annorlunda ut om villkoren kring arbetssituationen såg annorlunda ut.

Den otroligt stora tidspressen är det största hindret för att utveckla omhändertagandet av äldre. Man bromsar själv sina insatser, nosar på ytan, gör det nödvändigaste. En stor konflikt hur prioritera äldregruppen kontra den större gruppen yngre/medelålders med nack-, skulder-, rygg-, samt psykosomatiska besvär. (Sjukgymnast/landstingets primärvård)

Remissflödet är så stort i förhållande till våra resurser att äldre aldrig kan få möjlighet till positiv särbehandling. Träning i hemmiljö kan aldrig utföras. Enda chansen vore att anställa en sjukgymnast som endast fick arbeta med äldre. Svårt annars att prioritera äldre med fast kronisk problematik framför yngre med akuta problem. (Sjukgymnast/landstingets primärvård)

Att arbeta mot en bred population som är vardagen för framförallt många av arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna i landstingets primärvård kan innebära att de äldres behov kommer till korta. De yngres behov kan som i ett av exemplen ovan ges företräde eftersom de framstår som akuta medan de äldre får vänta eftersom de har en mer fast kronisk problematik. Att bli nedprioriterad behöver dock inte innebära att bli utan hjälp, istället hamnar den äldre i en kö eller får sina behov tillgodosedda på ett annat sätt. Ett i materialet ofta omnämnt sätt att effektivt möta de äldres behov av rehabilitering är att sätta in kompensatoriska insatser i form av hjälpmedel. För många av arbetsterapeuterna innebär det att arbetet med hjälpmedel och bostadsanpassningar blivit det de sysslar med.

Idag verkar allt handla om biståndsbedömning och denna styr vad både arbetsterapeut och sjuksköterskor ska göra. Arbetsterapeuter måste gå från rollen som enbart hjälpmedelsutprovare och arbeta med hela den arsenal av bedömning och åtgärder som finns, som vi är utbildade för, där hjälpmedel är en del i rehabiliteringsåtgärderna. (Arbetsterapeut/landstingets primärvård)

Ett annat sätt som indirekt nedprioriterar de äldres behov av rehabilitering kan härledas från användandet av olika system – ekonomiska eller rutiner – som styr hur äldres rehabiliteringen kan tillgodoses.

Äldre patienter behöver längre tid för av- och påklädning så vi kan inte ha så många äldre samtidigt då vi måste ha 8–10 behandlingar/dag för att klara beställarnämndens krav. (Sjukgymnast/landstingets primärvård)

Vi behöver också en bättre insyn i verksamheter och boenden. Det är mycket som skulle kunna göras annorlunda med bättre kvalité men våra tjänster efterfrågas ej. Detta gäller biståndsbedömare också. Här tycker jag turordningen är helt bakvänd. Ofta görs en beställning på tjänst från sjukgymnast/arbetsterapeut. Det borde vara så att vi gjorde en bedömning på funktionsstatus, rehabpotential etc. och sedan beställdes bistånd utifrån vår bedömning. Händer ofta att biståndsbedömaren direkt pratar med patient och ej har kunskap att bedöma. Tänker framför allt på Stroke patienter med kognitiva svårigheter. (Sjukgymnast/kommunal äldreomsorg)

Genom att på förhand fastställa hur många behandlingar en sjukgymnast ska göra per dag tvingas äldre att spridas ut över tid eftersom de tar för lång tid på sig när det handlar om av- och påklädning. Det är alltså inte behovet utan de enskildes förmåga att klä sig snabbt eller långsamt som styr hur snabbt en insats kan tillgodoses. I det andra citatet beskrivs ett tillvägagångssätt som innebär att sjukgymnastens/arbetsterapeutens utredning/bedömning effektivt hålls undan. Processen påskyndas genom att direkt koncentreras på insatsen. Ett annat sätt att beskriva förfarandet är att andra tar kontrollen över utredningen och vad den ska leda till, dvs. att i värsta fall är varken den äldre eller rehabiliteringspersonalen delaktiga i vad som ska ske.

Avslutande diskussion

I rapporten beskrivs den kommunala äldreomsorgen och landstingens primärvårds rehabilitering riktad mot äldre utifrån rehabiliteringspersonalens perspektiv. Bl.a. beskrivs personalresurser, rehabiliteringspersonalens syn på olika aspekter vad gäller arbetsuppgifter och samarbete med andra yrkesgrupper som arbetar med äldre. Därutöver redovisas också rehabiliteringspersonalens erfarenheter av vilka äldre som riskerar att inte få sina rehabiliteringsbehov tillgodosedda. Eftersom drygt hälften hörsammade uppmaningen och kompletterade sina svar med egna mer fria texter genomfördes en kvalitativ bearbetning av dessa. Resultaten från bearbetningen belyser rehabiliteringspersonalens arbetssituation från ett kompletterande perspektiv. Nedan följer en diskussion som tar sin utgångspunkt i de föregående båda redovisningarna.

Rehabiliteringsaktörernas olika målgrupper

Omräknat till antal heltider visar undersökningen att den kommunala äldreomsorgen och landstingens primärvård har ca 1 400 arbetsterapeuter vardera som arbetar med äldre. Antalet sjukgymnaster omräknat till heltider som arbetar med äldre är fler i de kommunala äldreomsorgen. Skillnaden minskar emellertid om de sjukgymnaster som är egna företagare inkluderas i landstingens primärvårdsverksamhet. De egna företagens arbetssituation är emellertid i flera avseenden begränsade.

Den kommunala äldreomsorgen och landstingens primärvårds målgrupper skiljer sig åt. Den kommunala äldreomsorgen ansvarar för hemsjukvård i särskilt boende och – i ca hälften av landets kommuner – också till äldre i ordinärt boende. Landstingens primärvårds rehabiliteringsresurser vänder sig till hela befolkningen inom ett geografiskt avgränsat område med undantag för den hemsjukvård kommunerna bedriver. Gränsdragningen mellan vad som är landstingens primärvårds respektive den kommunala hemsjukvårdens ansvarsområde kan dock se väldigt olika ut i olika kommuner (5).

Arbetssituationen för rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen och landstingens primärvård skiljer sig åt. En väsentlig skillnad är att rehabiliteringspersonalen i landstingens primärvård ofta arbetar mer sporadiskt med äldre. Deras rehabiliteringspersonal kan – beroende av hur de lokalt är organiserade – hamna i en situation då äldres behov konkurrerar med behov hos den yngre delen av befolkningen.

För rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen utmärks arbetssituationen av att de huvudsakligen arbetar med äldre och då i hög grad med äldre som har mycket sammansatta och/eller långvariga behov. Landstingens primärvård ska tillgodose rehabiliteringsbehov hos en i åldershänseende mycket vidare del av befolkningen. Det påverkar både hur man är organiserad och hur arbetet genomförs.

Eftersom målgrupperna för landstingens primärvård och den kommunala äldreomsorgen är olika går det inte att bedöma om antalet sjukgymnaster och arbetsterapeuter är rimligt fördelade mellan de båda organisationerna. Utifrån

resultaten är det emellertid möjligt att beskriva och diskutera rehabiliteringspersonalens arbetssituation beroende av om de arbetar i landstingens primärvård och kommunernas äldreomsorg.

Situationen i landstingens primärvård

Hur landstingens primärvård organiserar sitt arbete mot äldre ger undersökningen lite kunskap om. Deras rehabiliteringspersonal arbetar mer fragmentariskt med målgruppen äldre. En konsekvens av detta kan vara att äldres behov av rehabilitering inte självklart hamnar lika mycket i fokus.

Vid biståndsbedomning och vårdplanering är det vanligare att rehabiliteringspersonalen i landstingens primärvård inte deltar trots att de uppger sig ha behov av att delta. Skälen kan vara flera. Det kan handla om att de i mindre utsträckning efterfrågas vid biståndsbedomningar eller att de efterfrågas men prioriterar andra målgrupper.

Rehabiliteringspersonalen i landstingets primärvård ser i mindre utsträckning än kommunens rehabiliteringspersonal behov av ett förbättrat samarbete med andra yrkeskategorier som arbetar med äldre. Bland de som efterlyser ett bättre samarbete är det dock vanligt att de önskar ett förbättrat samarbetet med biståndsbedömare och baspersonal i hemtjänst. Det tyder på att många bland rehabiliteringspersonalen i landstingets primärvård ser behov av att utveckla rehabiliteringen genom att samarbeta med baspersonal och delta i biståndsbedomning. I praktiken kan de dock ha svårt att förverkliga sina ambitioner, vilket visar sig vad gäller deras begränsade möjligheter att delta och initiera rehabiliteringsinsatser vid biståndsbedomning.

Situationen i den kommunala äldreomsorgen

Den kommunala äldreomsorgens rehabiliteringspersonal har en annan arbetssituation än rehabiliteringspersonalen i landstingets primärvård. De är oftare verksamma bland övrig kommunal äldreomsorgspersonal och har äldre som målgrupp. Det handlar framförallt om de allra mest vårdtunga i särskilt boende till – beroende av kommun – äldre i ordinärt boende med hemtjänst och en mindre grupp äldre med enbart kommunal hemsjukvård. Det är vanligt att de äldre man arbetar med också har andra insatser som erhålls via andra yrkeskategorier verksamma i den kommunala äldreomsorgen.

Rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen ingår i samma organisation och är ofta rent fysiskt placerade i anslutning till verksamheter där annan personal från den kommunala äldreomsorgen arbetar. Trots detta är det vanligast att den kommunala äldreomsorgens rehabiliteringspersonal önskar förbättra samarbetet både med de kommunala baspersonalen och biståndsbedömare. Att arbeta i samma organisation tycks alltså inte vara en garanti för ett fungerande samarbete. En del av förklaringen ligger naturligtvis i att så många av de äldre man arbetar med också har insatser från annan kommunal äldreomsorgspersonal, dvs. att tanken om samarbete ligger nära till hands. Samtidigt bör en del av förklaringen sökas i det utanförskap som beskrivs i de egna kommentarerna. De problem som omgärdar äldres rehabilitering är inte enbart en huvudmannaskapsfråga, utan rehabiliteringen tycks även ha svårt att hävda sig

i konkurens med den kommunala äldreomsorgens övriga insatser. Påfallande i resultatredovisningen var t.ex. att drygt var tionde av rehabiliteringspersonalen i den kommunala äldreomsorgen som efterlyste ett bättre samarbete, efterlyste ett bättre samarbete med sjuksköterskorna i den egna organisationen. Det är en lika hög andel som efterlyser ett bättre samarbete med patientansvarig läkare.

Situationen för sjukgymnaster och arbetsterapeuter

Sjukgymnasterna framstår som den grupp som är mest tillfreds med sin arbets-situation oberoende av om de arbetar i den kommunala äldreomsorgen eller i landstingets primärvård. De lägger ner mycket tid på individuell träning/ behandling och ser behov av att ägna denna arbetsuppgift ännu mer tid. I jämförelse med arbetsterapeuterna ser en lägre andel av sjukgymnasterna behov av att delta i biståndsbedömning och vårdplanering samt att utveckla samarbetet med andra yrkesgrupper.

Arbetsterapeuterna ägnar en stor del av sin tid åt utredning/bedömning av hjälpmedel och bostadsanpassning. Många vill istället ägna mer tid åt individuell träning/behandling. Deras sätt att svara kan tolkas på två sätt som emellertid inte utesluter varandra. Arbetsterapeuterna riskerar oftare än sjukgymnasterna att hamna i en situation där endast en del av deras kunskaper efterfrågas. De ser andra möjligheter och har kunskapen, men får alltför sällan realisera dessa. Samtidigt kan det vara en kritik mot en alltför stor fokusering på hjälpmedel. Istället för att förbättra de äldres funktionsförmåga, tvingas arbetsterapeuterna erbjuda lösningar som kompenserar för funktionsnedsättningen. Vidare uppger arbetsterapeuterna oftare än sjukgymnasterna att de har behov av att förbättra samarbetet med andra yrkesgrupper och att delta i biståndsbedömning och vårdplanering.

Medan sjukgymnasterna framstår som mer tillfreds med sin arbetssituation ser arbetsterapeuterna oftare behov av att förändra sin arbetssituation. Det handlar både om arbetsuppgifterna och behovet av samarbete med andra yrkesgrupper.

Vägar mot en bättre tillgång till rehabilitering för äldre

Utifrån undersökningen går det inte att bedöma om antalet arbetsterapeuter och sjukgymnaster i den kommunala äldreomsorgen och landstingens primärvård motsvarar behovet. Det varierar naturligtvis lokalt från plats till plats. En tolkning av att flera i sina fria kommentarer beskriver en tung och pressad arbetssituation är att många anser att det skulle behövas mer rehabiliteringspersonal.

Samtidigt är det viktigt att i samband med resursfrågan också reflektera över hur de befintliga resurserna används. I resultatredovisningen finns exempel på onödigt dubbelarbete och att huvudmännen skjuter över ansvar på varandra. Därutöver är det många bland rehabiliteringspersonalen som efterlyser ett bättre samarbete med andra yrkesgrupper, då främst med den kommunala äldreomsorgens baspersonal, patientansvarig läkare, biståndsbedömare samt med annan rehabiliteringspersonal både hos den huvudman man själv är verksam

och hos den andra huvudmannen. Den kommunala äldreomsorgens rehabiliteringspersonal efterlyser även ett bättre samarbete med sjuksköterskorna i den egna organisationen. Det finns alltså skäl att reflektera över om de befintliga personalresurserna används på rätt sätt och om de ansvarområden som är fördelade mellan olika huvudmän verkligen är ändamålsenliga och fungerar i praktiken.

Medverkan vid biståndsbedömning och vårdplanering

I rapporten – äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö – konstateras att rehabiliteringen ofta kommer igång för sent (3). Därför är det viktigt att rehabiliteringspersonalen finns med vid biståndsbedömning och vårdplanering. Om rehabiliteringspersonalen hade bättre möjligheter att mer rutinmässigt delta i dessa utredningar skulle också rehabiliteringsinsatserna kunna påbörjas tidigare. Förutsättningarna är då bättre eftersom den äldre är bättre motiverad.

Äldre som inte av egen kraft efterfrågar rehabilitering är en grupp äldre som lyfts fram i undersökningen. Även deras möjligheter att få rehabilitering skulle förbättras om biståndsbedömningar och vårdplaneringar mer rutinmässigt fokuserade på rehabilitering. Då skulle också denna grupp vara lättare att fånga upp.

Rehabilitering, en integrerad del i vården och omsorgen av äldre

Om rehabiliteringen ska bli en integrerad del i vården och omsorgen av äldre, måste den vara en angelägenhet för många. Rehabiliteringen måste tillåtas geomsyra verksamheten och inte betraktas som en speciell sorts insats.

I bearbetningen av det kvalitativa materialet framkom det utanförskap som många bland framförallt den kommunala äldreomsorgens rehabiliteringspersonal upplever. Utanförskapet kunde spåras på många olika nivåer. Det handlade exempelvis om frånvaron av någon som högre upp i organisationen driver på rehabiliteringsfrågorna, svårigheten att leda rehabiliteringsarbetet utan att ha en arbetsledares befogenheter och att rehabilitering sällan omnämns i annonser vid rekrytering av baspersonal.

Rehabiliteringen kan till stora delar sägas vara osynlig. Den bedrivs bl.a. genom att utreda, motivera, dokumentera, sätta upp och följa upp lång- och kortsiktiga mål samt bedrivs invävt i vardagssituationer. Både rehabiliteringen i sig och dess resultat kan vara svåra att se och mäta. Kanske är behovet av rehabilitering extra svårt att se när det gäller äldre människor eftersom rehabiliteringens resultat inte självklart syns tydligt. Istället för att förbättra funktionsförmågan försämras den långsammare. Samtidigt är andra delar av rehabiliteringen mer synliga. En hjälpmedelsinsats kan ge synbara resultat på kort sikt men ändå inte vara den optimala lösningen, genomförandet av ett antal träningspass hos en sjukgymnast kan både beskådas och översättas till utförd tid av rehabiliteringspersonalen. Allt detta är rehabilitering, men risken finns att det som går att se och är lätt att mäta är det som prioriteras. Här uppenbarar sig ett dilemma. Rehabiliteringen består av många delar och risken är uppenbar att viktiga inslag prioriteras bort därför att de inte syns. Därmed minskar också rehabiliteringens effekter.

Flera av de arbetsterapeuter och sjukgymnaster som gett egna kommentarer ger uttryck för att de ser möjligheter utan att kunna realisera dem. De har behov av ett forum inom sin organisation där de kan delge andra sin kunskap och ges möjligheter att arbeta för att genomföra sina idéer. Genom att vara få och

praktiskt inriktade i sina arbeten riskerar de nu istället att bli osynliggjorda. Få märker när rehabiliteringen uteblir, men när medicinen inte delas ut blir det stort pådrag – som en arbetsterapeut uttrycker det.

Ett utvecklat samarbete med baspersonalen

Sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna arbetar ofta indirekt genom den kommunala äldreomsorgens baspersonal. Baspersonalens uppgifter är många. De ska uppmärksamma de äldres behov av bedömning av rehabilitering, arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt och efter delegation kunna utföra träningsprogram. Genom utbildningsinsatser och handledning skapas den sista länken i en kedja som möjliggör att rehabiliteringen kan nå ut till många äldre. Baspersonalens viktiga roll framkommer tydligt i undersökningen då de är den personalkategori som flest arbetsterapeuter och sjukgymnaster önskar förbättra samarbetet med.

Genom sin centrala roll för rehabiliteringen är den kommunala äldreomsorgens baspersonal en betydande rehabiliteringsresurs. Det är först när baspersonalen äger kunskap om rehabilitering, har tillgång till handledning, är fulltalig och därmed kan upprätthålla en varaktig kontinuitet i arbetet med de äldre som rehabiliteringen kan få fullt genomslag. Här torde det finnas en stor utvecklingspotential.

Ansvargränser som fungerar dåligt i praktiken

I Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av Ädelreformen beskrivs svårigheter med äldres rehabilitering (8). Uppdelningen av ansvar mellan olika huvudmän leder till problem både för de äldre och för rehabiliteringspersonalen. Vem som har ansvar i olika situationer bestäms t.ex. av var de äldre bor, i ordinärt boende, särskilt boende eller i den slutna vården. Det innebär att en och samma individ riskerar att möta ny rehabiliteringspersonal då boendet byts mot ett annat. Därutöver förfogar de olika huvudmännen över olika resurser och kompetenser. För den äldre är det därför viktigt att det behov han/hon har kan tillgodoses av den huvudman som har ansvaret. Flera exempel på att dessa svårighet finns framkommer i undersökningen. Det kan handla om behov av rehabilitering i hemmet medan huvudmannen endast erbjuder rehabilitering vid vårdcentral, eller att bo i ordinärt boende och ha behov av den dagrehabilitering som i just denna kommun endast vänder sig till äldre i särskilt boende. Vem som har ansvar kan t.o.m. skifta inom ett och samma boende. Medan den ena huvudmannen står för den äldres rehabiliteringsinsatser är det den andra huvudmannen som provar ut de arbetstekniska hjälpmedlen.

Svårigheterna att fördela ansvaret mellan olika huvudmän på ett sätt som gynnar de äldres tillgång till rehabilitering är uppenbara. Här infinner sig en rad olika risker som, risk för dubbelarbete, risk för att äldre hamnar mellan gränsdragningarna, risk att en upparbetad förtroendefull relation mellan rehabiliteringspersonal och brukare går om intet osv. Frågan är om den ansvarfördelning som idag råder mellan de olika sjukvårdshuvudmännen verkligen bär på de möjligheter som skulle kunna leda fram till en fungerande rehabilitering för äldre?

Referenser

1. Regeringens proposition. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Stockholm, Socialdepartementet, 1998. (prop. 1997/98:113)
2. Socialstyrelsen. Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg. Stockholm, Socialstyrelsen, 2000. (Äldreuppdraget 2000:8)
3. Socialstyrelsen. Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö. Stockholm, Socialstyrelsen, 2001.
4. Socialstyrelsen. Äldres rehabilitering i särskilt boende. Allt faller om den sista länken brister. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003.
5. Svenska Kommunförbundet. Kommunen kommer hem. Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna. Stockholm, Svenska Kommunförbundet, 2002.
6. Socialstyrelsen. Från slitna honnørsord till praktisk verksamhet – Slutrapport från Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning. Stockholm, Socialstyrelsen, 1998. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:2)
7. Svenska Kommunförbundet. Aktuellt om äldreomsorgen. September 2002. Stockholm, Svenska Kommunförbundet, 2002.
8. Socialstyrelsen. Ädelreformen. Slutrapport. Stockholm, Socialstyrelsen, 1996. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2)

Metod

Syfte

Syftet med undersökningen är att belysa personalresurser, vad gäller arbetsterapeuter och sjukgymnaster, som arbetar med rehabilitering av äldre och deras arbetssituation i olika avseenden.

Undersökningspopulation

Undersökningspopulationen är sjukgymnaster och arbetsterapeuter som arbetar med äldre inom kommunal äldreomsorg och landstingens primärvård i Sverige. Med äldre avses personer 65 år eller äldre.

Urval

Arbetsterapeuter

Urvalsramen utgörs av delar av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters (FSA) medlemsregister och lönestatistik för 2000. Ur tre strata drogs totalt 1000 personer fördelade efter nedanstående tabell. Inom varje stratum har personerna dragits slumpmässigt.

Stratum	Antal i urvalsramen	Antal i urvalet
Privat anställda (medlemsregister)	468	200
Kommunalt anställda (medlemsregister)	3120	400
Primärvård (löneenkät)	900	400

Sjukgymnaster

Urvalsramen utgörs av delar av och Legitimerade Sjukgymnasters Förbunds (LSR) medlemsregister. Urvalet består av totalt 2000 slumpmässigt valda personer. Urvalet från respektive stratum har gjorts proportionellt mot antal i urvalsramen.

Stratum	Antal i urvalsramen	Antal i urvalet
Privat anställda	1020	228
Kommunalt anställda	1300	290
Landstingsanställda	5018	1121
Egenföretagare	1618	361

En majoritet av personerna i urvalsramen arbetar inte med äldre. Urvalsstorleken i varje stratum har därför bl.a. anpassats efter hur stor andel som bedöms tillhöra målpopulationen.

Datainsamling

Till samtliga personer i urvalet skickades en postenkät till hemadressen enligt respektive medlemsregister. En påminnelse gjordes per post efter tre veckor. För att enskilda personer i urvalet skulle vara anonyma gjorde respektive förbund både utskick av enkät och påminnelse. Uppgiftslämnarnas namn och adresser var aldrig kända för Socialstyrelsen. Därför kunde inga återkontakter göras för att t.ex. klargöra otydliga svar. Materialet granskades maskinellt. Vissa rättningar av ologiska svar kunde göras men i andra fall ströks svaret.

Estimation

Resultaten består av skattningar på riksnivå av antal personer i olika redovisningsgrupper och hur deras svar fördelar sig i de olika frågorna i enkäten. De vanligast förekommande redovisningsgrupperna är arbetsterapeuter, sjukgymnaster, anställda i primärvård och anställda i äldreomsorg. Både punktskattningar och konfidensintervall presenteras. Formler för skattningarna redovisas i särskild bilaga vilken kan rekvireras från Socialstyrelsen.

Tillförlitlighet

Resultatens tillförlitlighet beror på de osäkerhetskällor som finns i undersökningen. Det är svårt att uppskatta det totala felet som dessa leder till. Nedan beskrivs några av de osäkerhetskällor som finns i undersökningen.

Ramtäckning

En osäkerhetskälla i undersökningen är att urvalsramen inte fullständigt täcker målpopulationen. LSR uppskattar att 90–95 procent av de verksamma sjukgymnasterna är medlemmar och enligt FSA är uppskattningsvis 97 procent av alla utbildade arbetsterapeuterna medlemmar i förbundet. Om täckningen är högre eller lägre för de grupper som arbetar med äldre inom äldreomsorg och primärvård är inte känt. Den löneenkät som används för urval av arbetsterapeuter i primärvård har besvarats av 90 procent av medlemmarna i FSA. De arbetsterapeuter som arbetar i kommunal primärvård ingår dubbelt i urvalsramen och hade större sannolikhet att komma med i urvalet än beräknat.

Urvalsfel

Skattningarna kan vara fel beroende på att resultatet i urvalet inte överensstämmer med resultatet i populationen. Eftersom urvalet är slumpmässigt kan detta fel skattas statistiskt. Punktskattningarna presenteras med 95 % konfidensintervall vilket innebär att intervallet med 95 procents sannolikhet täcker det sanna värdet.

Bortfall

I denna undersökning var objektsbortfallet 20 procent och lägger man till det partiella bortfallet var bortfallet på vissa frågor betydligt högre. I beräkningarna har bortfallet ersatts med medelvärdet av motsvarande uppgifter för de personer i samma stratum som svarat. Det ger ett fel om personerna som inte svarat skiljer sig från de som svarat. Felets storlek kan inte uppskattas så resultat med stora bortfall bör tolkas med försiktighet. I de fall bortfallet överstiger 30 procent framgår detta av redovisningen.

Mätfel

I denna undersökning uppstår mätfel om enkätfrågorna missförstås eller på annat sätt är svåra att besvara. Många av frågorna är sådana att uppgiftslämnaren inte har det korrekta svaret utan måste göra uppskattningar t.ex. av den tid man arbetar med äldre och vilken arbetsuppgift man ägnar mest tid. Det är svårt att kvantifiera detta fel men en indikation kan vara att bortfallet är stort på en viss fråga. Resultat på frågor som misstänks innehålla stora mätfel ingår inte i redovisningen.

Enkät

Enkät till arbetsterapeuter och sjukgymnaster

Begreppen inom området rehabilitering kan skilja sig åt i olika delar av landet. Därför förekommer ibland förtydligande definitioner/förklaringar i anslutning till frågorna. Läs dem noggrant! Ibland följs en besvarad fråga av en pil. Följ instruktionerna efter pilen.

Med äldre avses genomgående i enkäten personer 65 år och äldre. Ifråga om anställningar så görs en åtskillnad mellan att vara anställd i äldreomsorgen och primärvården.

Om du är osäker på hur du ska besvara en fråga, kontakta Anders Bergh, utredare vid Socialstyrelsens äldreinheit: tel. 08-555 531 72; e-post: anders.bergh@sos.se

1. Jag arbetar för närvarande:
 - som arbetsterapeut
 - som sjukgymnast
 - inte som arbetsterapeut eller sjukgymnast¹ → Lämna resten av enkäten obesvarad. Det är viktigt att du skickar den åter i bifogat svarskuvert. Mottagaren betalar portot. Tack för din medverkan!

- ¹Har annan typ av tjänst, är tjänstledig, har gått i pension, studerar, är långtidssjukskriven etc.

2. Jag:
 - arbetar med äldre
 - arbetar inte med äldre → Lämna resten av enkäten obesvarad. Det är viktigt att du skickar den åter i bifogat svarskuvert. Mottagaren betalar portot. Tack för din medverkan!

3. Jag:
 - är anställd i äldreomsorgen
 - är anställd i primärvården
 - är privat anställd och arbetar i äldreomsorgen
 - är privat anställd och arbetar i privat driven primärvård
 - är egen företagare som arbetar i äldreomsorg/primärvård
 - har annan anställning, t.ex. vid AMI, i psykiatrisk öppenvård, landstingets slutenvård/geriatrik, inom undervisning etc. → Lämna resten av enkäten obesvarad. Det är viktigt att du skickar den åter i bifogat svarskuvert. Mottagaren betalar portot. Tack för din medverkan!

4. I vilken omfattning arbetar du som arbetsterapeut/sjukgymnast med äldre?

Jag arbetar enbart med äldre

→ Ange din veckoarbetstid:tim/vecka

Jag arbetar bl.a. med äldre¹

→ Ange antal timmar/vecka du vanligtvis arbetar med äldre:tim/vecka

¹ Om du bl.a. arbetar med äldre ska du ange (skatta) hur många timmar/vecka du vanligtvis arbetar med äldre. Det handlar om all den tid som åtgår för äldre, från direktkontakt till restid, telefontid och handledning som har med äldre att göra.

5. Arbetar du som arbetsterapeut/sjukgymnast – genom avtal/genom köp av tjänster/som konsult – med äldre för annan organisation än den du är anställd vid?

Är du anställd hos privat utförare av äldreomsorg ska du fylla i frågan som om du är anställd i äldreomsorgen. Är du anställd i privat driven primärvård (t.ex. en vårdcentral) ska du fylla i frågan som om du är anställd i primärvården.

Ja, jag är anställd i primärvården, men arbetar också med äldre för äldreomsorgen

→ Ange tim/vecka du arbetar med äldre för äldreomsorgen:

Ja, jag är anställd i äldreomsorgen, men arbetar också med äldre för primärvården

→ Ange tim/vecka du arbetar med äldre för primärvården:

Nej, jag arbetar med äldre enbart för den organisation jag är anställd hos

Jag är egen företagare och arbetar med äldre för äldreomsorgen

→ Ange tim/vecka du arbetar med äldre för äldreomsorgen:

Jag är egen företagare och arbetar med äldre för primärvården

→ Ange tim/vecka du arbetar med äldre för primärvården:

6. Arbetar du som arbetsterapeut/sjukgymnast i verksamhet riktad till äldre som är samfinansierad av kommunen och landstinget?

Ja

Nej

Vet ej

7. Har du någon fast arbetsplats?

Fast arbetsplats innebär en plats där du är tillgänglig via telefon (ej mobiltelefon), utför administrativa sysslor, etc.

Ja, jag har en fast arbetsplats

→ Gå vidare till fråga 8

Ja, jag har flera fasta arbetsplatser

→ Gå vidare till fråga 8

Nej, jag har ingen fast arbetsplats

→ Gå vidare till fråga 9

8. Var är din fasta arbetsplats placerad?
Om du har flera fasta arbetsplatser, välj den där du tillbringar mest tid.

- Arbetsplatsen är placerad i ett särskilt boende
- Arbetsplatsen är placerad i anslutning till annan äldreomsorgsverksamhet än särskilt boende
- Arbetsplatsen är placerad bland tjänstemän i kommunhuset
- Arbetsplatsen är placerad i anslutning till verksamhet i primärvården, t.ex. vid vård-/hälsocentral, husläkarmottagning etc.
- Arbetsplatsen är inte placerad i anslutning till vare sig äldreomsorgs- eller primärvårdsverksamhet
- Annan placering
- ange vad:
-

9. Vilken av nedanstående arbetsuppgifter ägnar du mest tid i arbetet med äldre?
Utgå från hur det är och inte från hur det borde vara. Observera att de insatser du gör troligen ofta inkluderar flera av de arbetsuppgifter som finns uppräddade nedan. Det är den specifika arbetsuppgiften du ägnar mest tid som efterfrågas, inte den mer komplexa insatsen.

- Administrativa sysslor
- Chefsrelaterade sysslor, verksamhetsplanering, rekrytering etc.
- Utredning/bedömning – obs. ej bostadsanpassning/hjälpmedel
- Utredning/bedömning rörande bostadsanpassning
- Utredning/bedömning/föreskrivning/service etc. av hjälpmedel
- Träning/behandling med äldre individuellt
- Träning/behandling med äldre i grupp
- Handledning av personal och/eller anhöriga/närstående
- Utbildning av personal och/eller anhöriga/närstående
- Uppföljning av rehabiliteringsinsatser
- Uppsökande arbete
- Förebyggande arbete
- Annan syssla
- ange vad:.....
-

10. Finns det någon specifik arbetsuppgift som du skulle behöva ägna mer tid i arbetet med äldre?

Ja → Gå vidare till fråga 11

Nej → Gå vidare till fråga 12

11. Ange den av nedanstående arbetsuppgifter du bedömer som mest angelägen att ägna mer tid i arbetet med äldre?

- Administrativa sysslor
- Chefsrelaterade sysslor, verksamhetsplanering, rekrytering etc.
- Utredning/bedömning – obs ej bostadsanpassning/hjälpmedel
- Utredning/bedömning rörande bostadsanpassning
- Utredning/bedömning/föreskrivning/service etc. av hjälpmedel
- Träning/behandling med äldre individuellt
- Träning/behandling med äldre i grupp
- Handledning av personal
- Handledning av anhöriga/närstående
- Utbildning av personal
- Utbildning av anhöriga/närstående
- Uppföljning av rehabiliteringsinsatser
- Uppsökande arbete
- Förebyggande arbete
- Annan syssla
- ange vad:.....
.....

12. Arbetar du regelbundet i nedanstående former av rehabilitering av äldre?

Inkludera även de arbetsinsatser som indirekt har med en specifik form av rehabilitering att göra, t.ex. handledning av personal vid en specifik rehabiliteringsform.

	Ja	Nej
Dagverksamhet Verksamhet dit äldre kommer dagtid för att få träffas och delta i olika aktiviteter efter sin förmåga, t ex dagcentral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagrehabilitering Verksamhet dit äldre kommer dagtid för att få målinriktade/planerade rehabiliteringsinsatser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korttidsrehabilitering Verksamhet där äldre temporärt vistas dygnet runt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemrehabilitering ordinärt boende Rehabiliteringsinsatser som ges i ordinärt boende där arbetsterapeut/sjukgymnast direkt eller indirekt är delaktiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemrehabilitering särskilt boende Rehabiliteringsinsatser som ges i särskilt boende där arbetsterapeut/sjukgymnast direkt eller indirekt är delaktiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Kryssa för hur många timmar per vecka du vanligtvis arbetar direkt/ indirekt i de rehabiliteringsformer du svarat ja på i fråga 12.
Den indirekta tiden kan bl.a. bestå av restid till och från verksamheten, telefonsamtal som har med verksamheten att göra etc. Den tid som inte kan härledas till någon av rehabiliteringsformerna ska inte tidredovisas.

	Antal timmar/vecka							
	5 eller mindre	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36 eller mer
Dagverksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagrehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korttidsrehab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemrehab. ordinärt boende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemrehab. särskilt boende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Upplever du ett stort behov av bättre samarbete med någon specifik personalkategori i arbetet med äldre?

Ja → Gå vidare till fråga 15

Nej → Gå vidare till fråga 16

15. Ange den personalkategori med vilken du upplever det största behovet av ett bättre samarbete?

Anställda hos privata utförare av äldreomsorg eller i privat driven primärvård (t.ex. en vårdcentral) ska uppfattas som att de anställda i äldreomsorgen respektive primärvården.

- Rehabiliteringspersonal i äldreomsorgen
- Rehabiliteringspersonal i primärvården
- Rehabiliteringspersonal i slutenvården
- Sjuksköterskor i äldreomsorgen
- Sjuksköterskor i primärvården
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Biståndsbedömare
- Enhetschefer i äldreomsorgen
- Vårdbiträden/Undersköterskor i hemtjänsten
- Vårdbiträden/Undersköterskor i särskilt boende
- Patientansvarig läkare/husläkare
- Annan personalkategori
- ange vad:
-

16. Har du behov av att medverka vid biståndbedömning av äldre?
Att medverka innebär allt från att aktivt delta i utredningen till att konsulteras t.ex. via ett telefonsamtal.
- Ja → Gå vidare till fråga 17
Nej → Gå vidare till fråga 19
17. Får du möjlighet att medverka vid biståndsbedömning av äldre?
- Ja, i de fall då det behövs → Gå vidare till fråga 18
Ja, men alltför sällan → Gå vidare till fråga 18
Nej, det får jag inte → Gå vidare till fråga 19
18. Är du tillfreds med dina möjligheter att initiera rehabiliteringsinsatser när du deltar i biståndsbedomning av äldre?
- Ja
Ibland
Nej
19. Har du behov av att medverka vid vårdplanering för äldre?
Att medverka innebär allt från att aktivt delta i utredningen till att konsulteras t.ex. via ett telefonsamtal.
- Ja → Gå vidare till fråga 20
Nej → Gå vidare till fråga 22
20. Får du möjlighet att medverka vid vårdplanering för äldre?
- Ja, i de fall då det behövs → Gå vidare till fråga 21
Ja, men alltför sällan → Gå vidare till fråga 21
Nej, det får jag inte → Gå vidare till fråga 22
21. Är du tillfreds med dina möjligheter att initiera rehabiliteringsinsatser när du deltar i vårdplanering för äldre?
- Ja
Ibland
Nej

22. Finns det specifika grupper av äldre som du med erfarenhet från din nuvarande arbetssituation anser är eftersatta vad gäller rehabilitering?
Möjligt att kryssa för båda ja-alternativen!

Ja, äldre med en viss diagnos/sjukdom¹ →

Fyll i den mest eftersatta gruppen utifrån diagnos/sjukdom

.....
.....

Ja, annan/andra grupper² →

Beskriv det gemensamma för den mest eftersatta gruppen

.....
.....
.....
.....
.....

Nej

¹ T.ex. reumatiker, äldre med höftfrakturer, etc.

² T.ex. äldre i särskilt boende, äldre kvinnor etc.

Plats för kommentarer

Här kan du skriva ner spontana kommentarer till enkätfrågorna samt det du vill ha sagt, men som inte täcks in av dina enkätsvar. Se detta också som en möjlighet att berätta om ditt arbete, de hinder och möjligheter du möter i vardagen.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ifylld enkät skickas åter med bifogat adresserat svarskuvert som är ett s.k. Frisvar – portot är betalt. Enkäten ska vara oss tillhanda senast den 20 mars 2002.

Tack för din medverkan!

