



Utveckling av vardagsrehabilitering på vård- och omsorgsavdelning SLUTRAPPORT

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning	3
2.	Bakgrund	4
3.	Mål	5
3.1	Effektmål.....	5
3.2	Projektmål.....	5
4.	Projektramar	7
4.1	Tidsplan	7
4.2	Budget.....	7
4.3	Avgränsningar.....	7
5.	Projektbeskrivning	9
6.	Arbetsätt	11
6.1	Projektorganisation.....	11
6.2	Samarbetsformer	12
6.3	Metoder.....	13
6.4	Begrepp/Teorier	14
6.5	Utvärderingsinstrument.....	16
7.	Resultat	18
7.1	Måluppfyllelse	18
7.2	Resultatutvärdering.....	20
7.3	Diskussion.....	27
7.4	Slutsats.....	29
8.	Litteraturlista	30

I. SAMMANFATTNING

Projektet är finansierat med stimulansmedel från Socialstyrelsen. På längre sikt är målet att de boende ska få en ökad livskvalitet genom att de får utföra vardagsaktiviteter i större utsträckning och att baspersonalen ska få utveckla ett vardagsrehabiliterande arbetssätt. Projektarbetet på avdelningen har pågått mellan 06.08.2007 – 14.12.2007 och riktat sig till boende med omvårdnadsdiagnoser. För att ett vardagsrehabiliterande arbetssätt skall kunna utvecklas har arbetsterapeut och sjukgymnast givit handledning och stöd till baspersonalen. Bedömning med instrumentet Functional Independence Measure (FIM) har utförts vid två tillfällen för att mäta de boendes aktivitetsnivå. Resultaten av FIM-bedömningarna har visat en bibehållen eller förbättrad aktivitetsnivå. Vid utvärderingen uttrycker baspersonalen att de önskar ett utökat samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast. En förklaring av begrepp och teorier erhålls i slutrapporten.

2. BAKGRUND

Regeringen beslutade den 21 juni 2006 att 600 miljoner kronor skulle avsättas för att stödja kommuner och landsting i deras arbete med att utveckla vård- och omsorg om de mest sjuka äldre. De statliga pengarna skulle medföra en utökning/förstärkning bland annat inom området rehabilitering. Medlen skulle användas till att förstärka vården och omsorgen om äldre och skulle inte ersätta verksamheter som kommunen redan bedriver eller planerar att starta.

Rehabiliteringstänkande ska genomsyra hela verksamheten och rehabilitering ska inte betraktas som en särskild sorts insats. Äldres rehabilitering bygger i hög grad på att arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar indirekt genom baspersonalen det vill säga, undersköterskor och vårdbiträden. För baspersonalen handlar det om att väva in aktiviteter och träning i vardagen där de bästa träningstillfällena ofta finns, vilket benämns vardagsrehabilitering. Baspersonalen har alltså en avgörande roll för rehabiliteringen och är en betydande rehabiliteringsresurs (Socialstyrelsen 2001; Socialstyrelsen 2003).

I verksamhetsplanen 2007 för Stureby vård- och omsorgsboende nämns att "Livskvaliteten för de äldre inom vård- och omsorgsboenden samt för hemtjänstmottagare skall öka genom att vardagsaktiviteter ges en mer framträdande roll".

Enskede- Årsta Stadsdelsförvaltning beviljades stimulansmedel för utveckling av rehabilitering inom stadsdelen Enskede- Årsta. Det var dessa stimulansmedel som gjorde det möjligt att genomföra projekt "Utveckling av vardagsrehabilitering på vård- och omsorgsavdelning". Under projektiden har en sammanslagning av Enskede- Årsta Stadsdelsförvaltning och Vantör Stadsdelsförvaltning skett till Enskede- Årsta- Vantör Stadsdelsförvaltning.

3. MÅL

I ansökan till Socialstyrelsen nämns att målen med projektet ska vara följande:

Att kunna erbjuda alla äldre som så önskar mer rehabiliterande insatser i form av träning och behandling tillsammans med arbetsterapeut och sjukgymnast.

Att kunna erbjuda baspersonal mer stöd i det direkta omvårdnadsarbetet.

3.1 Effektmål

Projektets effektmål har varit:

- Att livskvaliteten för de boende ökar genom att ett vardagsrehabiliterande synsätt genomsyrar verksamheten. De boende får därigenom större möjligheter att utföra vardagsaktiviteter och detta bör medföra att vårdtyngden minskar.

3.2 Projektmål

Projektmålen har varit:

- De boende skall få adekvat intervention¹ av arbetsterapeut och sjukgymnast, gällande vård- och omsorgsavdelning. För att genomföra detta görs en bedömning av aktivitets- och funktionsnivå.
- Baspersonalen skall få stöd i att arbeta med vardagsrehabilitering genom att handledning ges i direkt omvårdnadsarbete. Detta bör medföra att de boende kommer att få utföra vardagsaktiviteter i större utsträckning.
- Baspersonalen skall få möjlighet att fortsätta utveckla ett rehabiliterande synsätt genom att delta/medverka i studiecirkelar sex till åtta gånger.
- Baspersonalen skall få skriftliga instruktioner angående de boendes aktivitets- och funktionsförmåga för att ordinationer från arbetsterapeut och sjukgymnast skall utföras på ett säkert sätt och missförstånd elimineras. Detta medför att baspersonalens förmåga till samarbete i gruppen ökar.
- Baspersonalen skall få ökad kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast genom att tydliga kontaktvägar skapas. Arbetsterapeut och sjukgymnast kommer att närvara mer på avdelningen, delta i rapporter, möten kring den boende och införa skriftliga remisser. Detta främjar samarbetet mellan yrkeskategorierna.

¹Här avses en åtgärd utförd av arbetsterapeut eller sjukgymnast.

- Baspersonal ska få en tydligare bild av vad en arbetsterapeut och sjukgymnast utför på en vård- och omsorgsavdelning genom att information ges om respektive yrkesroll. Detta underlättar arbetet vid skriftlig och muntlig kommunikation.

4. PROJEKTRAMAR

4.1 Tidsplan

Projektledare anställdes i projektet den 1 januari 2007. I samband med projektstarten anställdes även en sjukgymnast. Den 23 april 2007 slutade sjukgymnasten i projektet. Projektet fick en sen start på grund av svårigheter med rekrytering av arbetsterapeut och en ny sjukgymnast. Den 17 april 2007 började projektets arbetsterapeut. Den nya sjukgymnasten påbörjade sin anställning den 30 april 2007. Därefter var hela projektgruppen på plats och arbetet med att utforma projektplanen påbörjades den 2 maj. Projektplanen godkändes av styrgruppen den 15 juni 2007. Projektets arbete försenades ytterligare av att semesterperioden inföll då det var dags att starta arbetet på avdelningen. Officiellt påbörjades arbetet på avdelningen den 6 augusti. Ordinarie baspersonal var tillbaka i full styrka först i början av september. I början av september slutade sjukgymnasten och ytterligare en ny sjukgymnast anställdes. Mot slutet av projekttiden visade det sig att slutrapporten behövde vara färdigskriven den 15 januari 2008, för att vara berörda personer i Stadsdelsförvaltningen tillhanda innan rapporten presenteras för nämnden. Det medförde att tiden för att utföra slutbedömningar, enkäter, intervjuer, sammanställa material och skriva slutrapporten förkortades.

Alla aktiviteter som var inplanerade för att nå målen i projektet har med viss justering kunnat genomföras. Exempelvis fick studiecirkelarna senareläggas på grund av en sen projektstart på avdelningen.

4.2 Budget

Den beviljade budgeten för projektet var 1,100 tusen kronor. Dessa pengar har använts till personalkostnader, FIM-utbildning och till övriga kostnader. Projektets beviljade budget från Socialstyrelsen har inte överskridits.

4.3 Avgränsningar

I projektplanen gjordes följande avgränsningar:

- Projektet riktar sig mot en avdelning på Stureby vård- och omsorgsboende.
- Utbildning till baspersonal sker i form av handledning som utförs av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast i direkt omvårdnadsarbete.

Arbetsterapeut och sjukgymnast leder även studiecirklar för att baspersonalen ska utveckla ett vardagsrehabiliterande synsätt.

- I projektets ansökan fanns önskemål om gruppgymnastik för äldre med demenssjukdom angivet. Då dessa personer inte ingått i projektet har gruppgymnastiken uteslutits.
- Projektet riktar sig mot alla boende på avdelningen, det inkluderar växelvårdsboende och inte enbart korttidsboende.

Avgränsningarna av projektet fick kompletteras då avdelningen ändrade inriktning i oktober 2007 från somatisk avdelning till demensavdelning. Projektet kunde fortsätta sitt arbetssätt och påverkades inte i någon nämnvärd omfattning av beslutet. Inga boende med demensdiagnos flyttade in på projektavdelningen efter oktober 2007. Följande tillägg har ändå gjorts:

- Projektet har inte riktat sig till boende med demensdiagnos. Vardagsrehabilitering kan med fördel användas för boende med demensdiagnos men de behöver ett annat förhållningssätt och ett bemötande anpassat för demensproblematik. Bedömningsinstrumentet FIM är inte lämpligt för bedömning av personer med demensdiagnos.

5. PROJEKTBSKRIVNING

Syftet med projektet ”Utveckling av vardagsrehabilitering på vård och omsorgsavdelning” har varit att utveckla ett vardagsrehabiliterande arbetssätt och därigenom öka de boendes aktivitetsnivå. För att syftet skulle uppnås har ett antal åtgärder vidtagits:

- Projektet har omfattat de boende på avdelningen som har en omvårdnadsdiagnos. Boende som flyttat till avdelningen under projektets senare del har inte räknats in i projektet då projektet pågick under en så begränsad tid att resultaten skulle ha varit svåra att mäta.
- Interventioner har utförts av arbetsterapeut och sjukgymnast under perioden 06.08.2007 – 14.12.2007. Arbetsterapeut och sjukgymnast har varit patientansvariga för alla boende på avdelningen under den tiden.
- Avdelningen har 11 platser. Total 14 personer har varit boende på avdelningen under perioden 06.08.2007 – 14.12.2007. Av dessa 14 är tio kvinnor och fyra män.
- För att utvärdera aktivitetsnivå hos de boende har bedömningsinstrumentet Functional Independence Measure (FIM) används. FIM har använts, dels för utvärdering och dels som ett arbetsredskap, för att gemensamt kunna diskutera och samarbeta kring den boendes förmåga och aktivitetsnivå. FIM bedömningar har utförts i början och i slutet av projekttiden på avdelningen.
- Statistik över ärenden till arbetsterapeut och sjukgymnast har bokförts under tiden 06.08.2007 – 14.12.2007.
- Studiecirkelar har genomförts vid sju tillfällen. Studiecirkelformen valdes för att ett utbyte av erfarenhet och kunskap skulle komma alla studiecirkeldeltagare till del. Tidsåtgången var cirka två timmar vid varje tillfälle.
- Handledning av baspersonal har genomförts efter förfrågan från baspersonalen själva. Därefter har arbetsterapeut och sjukgymnast utfört en bedömning av den boendes aktivitets- och funktionsnivå. Handledning har skett på avdelningen och/eller i den boendes lägenhet, varit situationsanpassad och utgått från de boendes behov.
- Enkäter till baspersonalen har använts för att utvärdera hur deras förståelse av begreppet vardagsrehabilitering har utvecklats. Enkäterna har lämnats ut i början och slutet av projektet och besvarats skriftligt och anonymt.
- Intervjuer av baspersonalen har utförts för att få en mer nyanserad bild av deras upplevelser av vardagsrehabilitering och av arbetsterapeuten och sjukgymnastens roll och funktion på avdelningen.
- Rutiner såsom meddelandelapp, rapporter, rehabmöten och skriftliga instruktioner har införts på avdelningen under projektets gång.

- Närstående informerades om projektet både skriftligt, via brev och muntligt på en anhörigträff.

6. ARBETSSÄTT

6.1 Projektorganisation

Beställare av projektet är avdelningschefen för äldreomsorgen inom Enskede-Årsta- Vantör Stadsdelsförvaltning. Projektet har varit organiserat på ett sådant sätt att det funnits en styrgrupp och en projektgrupp.

6.1.1 Styrgrupp

Styrgruppen har under tiden 02.05.2007 – 17.12.2007 haft regelbundna möten. Dessa möten har projektledaren kallat till och varit sekreterare för. I styrgruppen har följande personer ingått:

<i>Styrgruppens ordförande</i>	Anders Broberg	Enhetschef Stureby VOB Enskede- Årsta- Vantör SDF
<i>Projektledare</i>	Siw Zettergren	Rehabenheten Enskede- Årsta- Vantör SDF
<i>Styrgruppsmedlemmar:</i> Bitr Enhetschef	Merja Mäenpää	Stureby VOB Enskede- Årsta- Vantör SDF
Undersköterska	Tina Segerman	Stureby VOB Enskede- Årsta- Vantör SDF
<i>Projektmedlemmar:</i> Arbetssterapeut	Karin Persson	Rehabenheten Enskede- Årsta- Vantör SDF
Sjukgymnast	Carolina Burgstaller/ Anna Skawonius	Rehabenheten Enskede- Årsta- Vantör SDF

Dessutom har Enskede- Årsta- Vantör Stadsdelsförvaltnings projektsamordnare och biträdande avdelningschefer deltagit på styrgruppsmöten vid enstaka tillfällen.

6.1.2 Projektgrupp

Projektgruppen har bestått av tre personer: Projektledare, legitimerad arbetsterapeut och legitimerad sjukgymnast. Projektledaren har arbetat åtta timmar, arbetsterapeuten trettio timmar och sjukgymnasten fyrtio timmar varje vecka. Projektledaren har huvudsakligen haft en administrativ roll i projektet med ansvar för ekonomi och att informera beställare. Projektmedlemmarna har planerat och utfört arbetet på avdelningen och informerat projektledaren om arbetet.

Projektgruppen har haft regelbundna möten för att diskutera gemensamma frågor. En annan samarbetsmetod har varit den gemensamma mappen i datornätverket, där all dokumentation angående projektet funnits. Projektmedlemmarna har skickat veckorapporter via mail till projektledaren för att informera om arbetets fortskridande. Dessutom har det funnits en aktivitetsplan som har uppdaterats varje vecka. Aktivitetsplanen har också lämnats till styrgruppens ordförande vid styrgruppsmöte.

6.2 Samarbetsformer

6.2.1 Baspersonal

Baspersonalen har varit mycket motiverad att delta både i studiecirkclar, möten och i övrigt samarbete. Vartefter förståelsen kring arbetet med vardagsrehabilitering har ökat, har också baspersonalens intresse ökat.

6.2.2 Bitr. enhetschef

Projektmedlemmarna har haft möten med biträdande enhetschef vid behov. Projektmedlemmarna har haft ett gott stöd i biträdande enhetschefen som varit mycket intresserad av att ett förändrat arbetssätt uppnås.

6.2.3 Enhetschef

Enhetschefen, tillika styrgruppens ordförande, har visat ett stort engagemang för projektet och både gett projektmedlemmarna förtroende och stöd i deras arbete med att införa ett nytt arbetssätt. Projektmedlemmarna har kunnat arbeta självständigt och kunnat kontakta enhetschefen vid behov.

6.2.4 Läkare

Ett behov av direktkontakt med läkare har funnits, för att kunna diskutera den boendes hälsotillstånd och hur detta påverkar aktivitetsförmågan. På grund av den begränsade projekttiden har ett sådant samarbete inte kunnat utvecklas. Kontakten mellan läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast har under projekttiden förmedlats av sjuksköterska.

6.2.5 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Projektgruppen har tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Enskede- Årsta- Vantör SDF och biträdande enhetschef för Stureby vård- och omsorgsboende haft flera möten. Vid dessa möten har MAS informerats om projektets innehåll. Frågor gällande dokumentation enligt Socialtjänstlagen (SOL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har diskuterats. MAS har varit mycket intresserad av att ett vardagsrehabiliterande arbetssätt utvecklas och att de boende får tillgång till arbetsterapeutens och sjukgymnastens kompetens.

6.2.6 Sjuksköterska

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska blev informerad om projektet såväl som projektmålen. Ansvarig sjuksköterska deltog vid två av totalt fyra rehabmöten och vid ett fåtal morgonrapporter. Övrig kontakt med sjuksköterska gällande de boende ägde rum på avdelning eller genom telefonsamtal.

6.2.7 Projektsamordnare

Projektsamordnaren i Enskede- Årsta- Vantör Stadsdelsförvaltning har sedan oktober deltagit i styrgruppsmöten och funnits tillgänglig för projektgruppens frågor. Projektsamordnaren har även hållit i projektledarträffar som projektets projektledare deltagit i.

6.3 Metoder

Lilla Ratten har använts som projektstöd.

För att underlätta samarbete i projektgruppen skapades en gemensam mapp i datornätverket för den dokumentation som ingått i projektet.

En aktivitetsplan upprättades för att planera arbetet och redovisa tidsåtgång.

6.4 Begrepp/Teorier

6.4.1 Salutogenes/KASAM

Begreppet salutogenes myntades av Aron Antonovsky professor i medicinsk sociologi och verksam vid Ben Gurion University of the Negev i Israel. I samband med att Antonovsky utförde studier av hjärt- kärlsjuka började han intressera sig för ämnet hälsa och föreställningar kring begreppen frisk - sjuk. I studier av hälsa formade han senare teorierna runt salutogenes. Ordet salutogenes är en sammansättning av de grekiska orden salus (hälsa) och genesis (ursprung). Ett salutogent synsätt innebär att god hälsa är beroende av en känsla av sammanhang. För att känna känsla av sammanhang, eller KASAM, behöver livet vara meningsfullt, begripligt och hanterbart. Ett salutogent synsätt sätter individen i fokus och tar tillvara individens resurser trots ohälsa och sjukdom. Tonvikten ligger på hälsa och friskfaktorer i stället för sjukdom.

6.4.2 Den totala institutionen

Begreppet "Den totala institutionen" förekommer i litteraturen (Goffman 1961; Andersson 2006) som en motpol till det vardagsrehabiliterande tankesättet. "Den totala institutionen" är en verksamhet som är styrd av regler och hierarkier. Arbetet är syssloinriktat, personalen och de boende utvecklar ett "vi och dom" tänkande gentemot varandra. De boende fråntas sin identitet och konformerar sig för att passa in i "Den totala institutionens" mall, de institutionaliseras.

6.4.3 Övervård

Övervård kan sägas vara ett resultat av institutionalisering (Andersson 2006) och innebär att mer insatser utförs än vad som krävs. Ofta är orsaken till övervård tidsbrist, men det kan även finnas förklaring i baspersonalens inställning gentemot sina arbetsuppgifter. Inställningen till omvårdnadsarbetet är ofta att man ska hjälpa den boende även då funktion finns. För individen, eller den boende, leder övervård i förlängningen till nedsatta kroppsfunktioner och minskad aktivitet. Resultatet av övervård kan således bli ökad vårdtyngd, det vill säga ett ökat behov av vård- och omsorg.

6.4.4 Rehabilitering

Rehabilitering definieras på olika sätt beroende på vilken målgrupp rehabiliteringen vänder sig till. Socialstyrelsens definition på rehabilitering från 2007 lyder:

Med rehabilitering avses... insatser som skall bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet

6.4.5 Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering är ett förhållningssätt som ska genomsyra hela verksamheten, från baspersonal till avdelningschef. Vardagsrehabilitering kan vara ett sätt att tillvarata det salutogena synsättet inom vård och omsorg. Vardagsrehabilitering utförs av baspersonal. Det innebär att baspersonalen utför arbetet på ett sådant sätt att de inte tar över de förmågor som den boende har, utan aktivt stödjer den boende i vardagssituationer.

6.4.6 Specifik rehabilitering

Till skillnad från vardagsrehabilitering kan specifik rehabilitering endast utföras av personer som har en formell kompetens inom rehabilitering. Det vill säga legitimerade arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Exempel på specifik rehabilitering kan vara bedömning och träning av förflyttningsförmåga, bedömning och träning i personlig vård, förebygga uppkomst av kontrakturer, trycksårsprofylax, smärtbehandling, förskrivning av hjälpmedel med mera.

6.4.7 Vardagsaktivitet

Begreppet vardagsaktivitet förekommer ofta tillsammans med begreppet vardagsrehabilitering. Vardagsaktiviteter utförs av individen själv, det vill säga den boende. Vardagsaktiviteter utförs i vardagen och kan till exempel omfatta att tvätta och klä sig på morgonen, bre sin smörgås till frukosten, kunna förflytta sig med rollator eller rullstol, lyssna på musik, läsa tidning, delta i samtal och att diska. Vardagsaktiviteter bidrar till ökad livskvalitet och skapar en mer hemlik miljö för den boende.

6.5 Utvärderingsinstrument

6.5.1 Functional Independence Measure/FIM

Functional Independence Measure (FIM) är ett standardiserat bedömningsinstrument som utvecklats i USA av företaget Uniform Data System for Medical Rehabilitation. Instrumentet mäter aktivitetsnivå, omfattar arton områden och är uppdelat i två delar. Den första delen omfattar personlig vård och förflyttning och den andra delen omfattar psykosociala färdigheter. Varje område bedöms enligt en skala från ett till sju, där sju motsvarar total självständighet och ett motsvarar totalt beroende. När de arton områdena bedömts enligt den sjugradiga skalan räknas siffrorna samman. I projektet har FIM använts för att bedöma de boendes reella aktivitetsnivå dels för att användas som utvärderingsinstrument och dels som samtalsgrund för att kunna sätta upp mål kring de boende tillsammans med baspersonalen. Instrumentet FIM kan användas av all vård- och omsorgspersonal oavsett yrke, men kräver utbildning för att användas korrekt. Arbetsterapeut och sjukgymnast i projektet hade sedan tidigare kunskap om bedömning med instrumentet FIM och de första FIM-bedömningarna utfördes i augusti 2007 efter observation av arbetsterapeut och sjukgymnast, med stöd av baspersonalens kunskap om de boende. I september fick arbetsterapeut, baspersonal, projektledare, sjukgymnast och sjuksköterska utbildning i FIM av en extern utbildare. Därefter hölls möten med kontaktperson, arbetsterapeut och sjukgymnast för en gemensam bedömning med FIM och för att upprätta mål. I december utfördes nya FIM-bedömningar tillsammans med baspersonal, för att utvärdera de boendes aktivitetsnivå.

6.5.2 Grov aktivitetsskattning

En grov skattning av de boendes aktivitet har utförts vid två tillfällen, 11.09.2007 och 12.12.2007. En annan avdelning har använts som kontroll för att jämföra med den avdelning som ingått i projektet. "Kontrollavdelningen" har samma personaltäthet, patientantal och inriktning som projektavdelningen. Den grova skattningen utfördes genom att de boendes aktivitet på avdelningen (ligga i säng, gå, sitta på sitt rum eller i matsal) kartlades vid fyra tidpunkter under en dag.

6.5.3 Ärendestatistik

Statistik har förts över de ärenden som arbetsterapeut och sjukgymnast utfört på avdelningen under hela den aktiva projektiden. Exempel på ärenden kan vara problem med förflyttningar eller problem som rör sittande i rullstol. För det ändamålet utvecklades en lista som har fyllts i allt eftersom ärenden utförts. Utifrån ärendelistan har statistik sammanställts varje månad. Statistiken visar bland annat vilken typ av interventioner som utförts, antal interventioner och vilken yrkeskategori ärendet kommit ifrån.

6.5.4 Enkät till baspersonal

Baspersonalen fick svara, skriftligt och anonymt, på en enkät i början och slutet av projektet. Syftet med enkäten har varit att utvärdera baspersonalens förståelse om begreppen vardagsrehabilitering och vardagsaktivitet, samt vad arbetsterapeuten och sjukgymnastens roll och funktion består i.

6.5.5 Intervju av baspersonal

Som ett komplement till enkäten genomfördes även intervjuer under vecka femtio med all baspersonal som arbetar dag- och kvällspass. Syftet med intervjuerna var att få fram mer individuellt nyanserade svar och komplettera enkätfrågorna.

6.5.6 Utvärdering av studiecirklar

För att evaluera baspersonalens behållning av studiecirkelarna fick de, under det sjätte studiecirkeltillfället, svara på en anonym skriftlig utvärdering.

7. RESULTAT

7.1 Måluppfyllelse

7.1.1 Effektmål

Den långsiktiga nyttan/effekten med projektet bör följas upp om ett år för att se om effekten blivit den avsedda.

7.1.2 Projektmål

7.1.2.1. De boende skall få adekvat intervention av arbetsterapeut och sjukgymnast, gällande vård- och omsorgsavdelning. För att genomföra detta görs en bedömning av aktivitets- och funktionsnivå.

De boendes aktivitet och funktionsnivå har bedömts och utvärderats med hjälp av instrumentet FIM och med en grov aktivitetsskattning. Arbetsterapeut och sjukgymnast har genomfört interventioner där så behövts. Alla interventioner har föregåtts av en bedömning utförd av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast.

7.1.2.2. Baspersonalen skall få stöd i att arbeta med vardagsrehabilitering genom att handledning ges i direkt omvårdnadsarbete. Detta bör medföra att de boende kommer att få utföra vardagsaktiviteter i större utsträckning.

Handledningen har utförts på avdelningen och varit anpassad efter de boendes behov. Handledningen har på så sätt varit situationsanpassad. En handledningssituation bygger på att en bedömning utförts av arbetsterapeut eller sjukgymnast och att arbetsterapeut eller sjukgymnast känner till den boende väl. Statistik över handledning har förts i ärendelistorna.

7.1.2.3. Baspersonalen skall få möjlighet att fortsätta utveckla ett rehabiliterande synsätt genom att delta/medverka i studiecirkel sex till åtta gånger.

Totalt sju studiecirkeltillfällen har genomförts. Studiecirkelarna har omfattat två timmar per gång och ägt rum utanför avdelningen för att undanröja eventuella stressmoment. Baspersonalen har under studiecirkelarna ersatts av vikarier på avdelningen. Ett studiematerial om vardagsrehabilitering från FoU i Väst, "Aktivitet och Självständighet" (Arman 2005) samt ett nyskrivet komplement till "Aktivitet och Självständighet" (Arman 2007), har använts i studiecirkelarna. Baspersonalen har även haft i uppgift att fördjupa sig i något av begreppen

salutogenes/KASAM, Empowerment² och Gerotranscendens³ eller häftet ”Att få leva tills jag dör” (Andersson 2006). Det sjunde studiecirkeltillfället var separerat från de övriga studiecirkeltillfällena och tog upp ämnet yrkesroller. Studiecirkelnas ändamål har varit att ge baspersonalen en teoretisk grund i ett vardagsrehabiliterande synsätt. Studiecirkeln har även medfört tillfällena för baspersonalen att få reflektera över sin arbetssituation. En skriftlig utvärdering utfördes vid det sjätte studiecirkeltillfället. All baspersonal på projektavdelningen, även de som arbetar på natten, har varit inbjudna till studiecirkeln.

- 7.1.2.4. *Baspersonalen skall få skriftliga instruktioner angående de boendes aktivitets- och funktionsförmåga för att ordinationer från arbetsterapeut och sjukgymnast skall utföras på ett säkert sätt och missförstånd elimineras. Detta medför att baspersonalens förmåga till samarbete i gruppen ökar.*

Skriftliga instruktioner har under projektiden införts på projektavdelningen. Instruktionerna är särskilt anpassade journalanteckningar som skrivits ut från journalprogrammet Vodok. Instruktionerna har placerats i en pärm på avdelningens kontor. För att baspersonalen ska få kännedom om en ny instruktion, har en notering gjorts på ett försättsblad i pärmen. Inaktuella instruktioner har tagits bort. Instruktionerna har funnits tillgängliga för baspersonal och sjuksköterska på avdelningen.

- 7.1.2.5. *Baspersonalen skall få ökad kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast genom att tydliga kontaktvägar skapas. Arbetsterapeut och sjukgymnast kommer att närvara mer på avdelningen, delta i rapporter, möten kring den boende och införa skriftliga remisser. Detta främjar samarbetet mellan yrkeskategorierna.*

Flera olika åtgärder har genomförts för att öka kontakten mellan arbetsterapeut, sjukgymnast och baspersonal. Skriftliga remisser har införts på avdelningen för att främja kommunikation mellan arbetsterapeut, sjukgymnast och baspersonal. De skriftliga remisserna skrivs av baspersonalen och läggs i ett fack på avdelningens kontor. Korta morgonrapporter har hållits två gånger i veckan där baspersonal, arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska har medverkat. På rapporterna har de mest aktuella händelserna på avdelningen tagits upp. Rehabmöten har hållits vid fyra tillfällen. På Rehabmötena har arbetsterapeut, baspersonal, sjukgymnast och sjuksköterska medverkat. En bestämd struktur har följts där två i förväg inplanerade boende har diskuterats. Vid varje möte har de berörda boendes kontaktperson deltagit.

² Teori där fokus ligger på självbestämmande. Individen ska delta aktivt i utformning och utförande av sin vård och omsorg.

³ Begreppet tar upp åldrandet slutfas som en övergång till ett mer osjälviskt och generöst stadium där individen reflekterar över livet och döden och kommer närmare ”världsalltet”

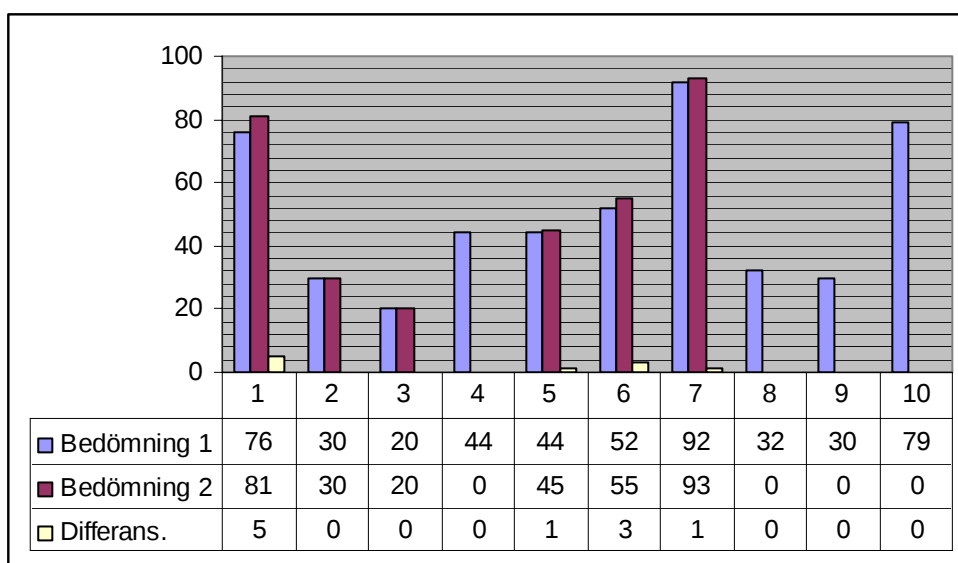
- 7.1.2.6. *Baspersonal ska få en tydligare bild av vad en arbetsterapeut och sjukgymnast utför på en vård- och omsorgsavdelning genom att information ges om respektive yrkesroll. Detta underlättar arbetet vid skriftlig och muntlig kommunikation.*

Löpande information om arbetsterapeuten och sjukgymnastens yrkesroller har givits och ett studiecirkeltillfälle om yrkesroller har hållits. Baspersonalens kunskap om arbetsterapeuten och sjukgymnastens arbetsuppgifter utvärderades i enkäten.

7.2 Resultatutvärdering

7.2.1 Functional Independence Measure/FIM

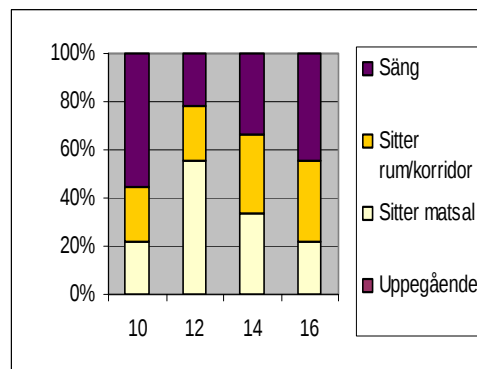
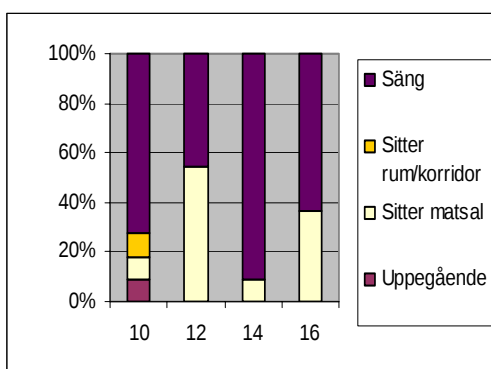
Totalt tio boende på avdelningen bedömdes med hjälp av instrumentet FIM. Vid slutbedömningen återstod endast sex boende som kunde bedömas. Att slutantalet var lägre beror på att några boende avlidit, eller att deras hälsotillstånd inte tillät en andra bedömning. De nyinflyttade på projektavdelningen bodde så kort tid på avdelningen att de inte kunde bedömas med FIM då eventuella resultat av deras bedömningar skulle vara svåra att mäta. Av de sex slutligen bedömda boende har två boende bibehållit den aktivitetsnivå som de hade vid den första bedömningen och fyra boende har förbättrats. FIM är ett bra instrument att använda med tanke på att det underlättar samarbetet mellan baspersonal, arbetsterapeut och sjukgymnast. Bedömningsinstrumentet, med sina sju steg, visar på förändringar i aktivitetsnivå. Det är dock långt mellan stegen i FIM-skalan och det hade varit önskvärt med ett utvärderingsinstrument som varit mer känsligt för små förändringar i aktivitetsnivån.



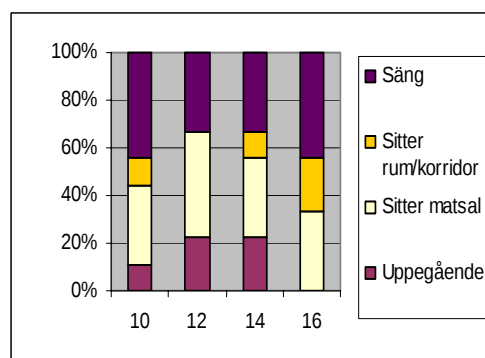
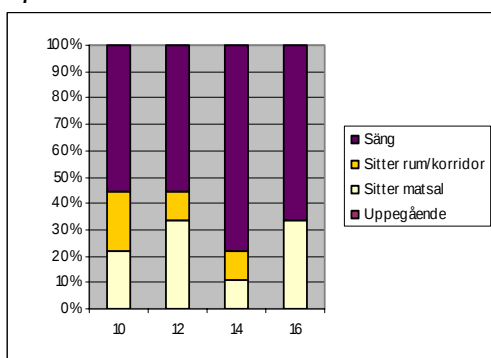
Tabell I: Resultat av FIM-bedömningar.

7.2.2 Grov aktivitetsskattning

Den grova aktivitetsskattningen är hämtad från "Gråboprojektet" (Nelson & Öhrström 2005) där den använts för att mäta aktivitet på ett servicehus. På omvårdnadsavdelning visar sig aktivitetsskattningen vara för grov. Resultaten av jämförelsen mellan projektavdelningen och "kontrollavdelningen" genom grov aktivitetsskattningen ger inga tydliga resultat. "Kontrollavdelningen" har till synes flera aktiva boenden, än vad projektavdelningen har enligt mätningarna. En sådan slutsats går emellertid inte att dra. Det framgår inte om det är en och samma boende som sitter uppe alternativt ligger i sängen hela den undersökta dagen. Det framgår inte vilket fysiskt skick de boende är i, eller vilken sorts stol de sitter på. Det syns inte om de boende som sitter uppe är aktiva eller om de "sitter och sover", inte heller om det är samma personer vid båda skattningsstillfällena eller om det flyttat in nya boende.



Figur III och IV: Aktivitetsskattning 11.09.2007 på projektavdelningen till vänster och kontrollavdelningen till höger. 10, 12, 14 & 16 är de klockslag då skattnings utförts.

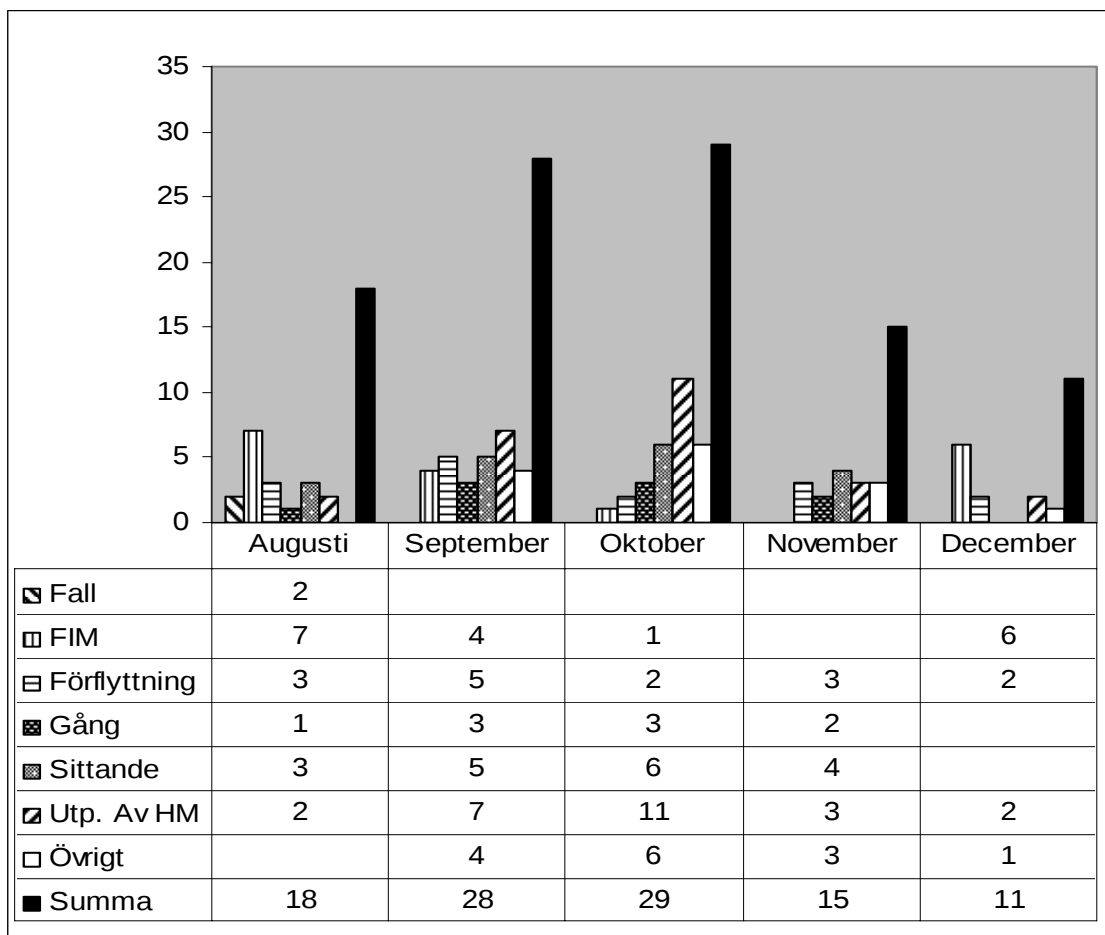


Figur V och VI: Grov aktivitetsskattning 12.12.2007 på projektavdelningen till vänster och kontrollavdelningen till höger. 10, 12, 14 & 16 är de klockslag då skattnings utförts.

7.2.3 Ärendestatistik

7.2.3.1. Ärenden

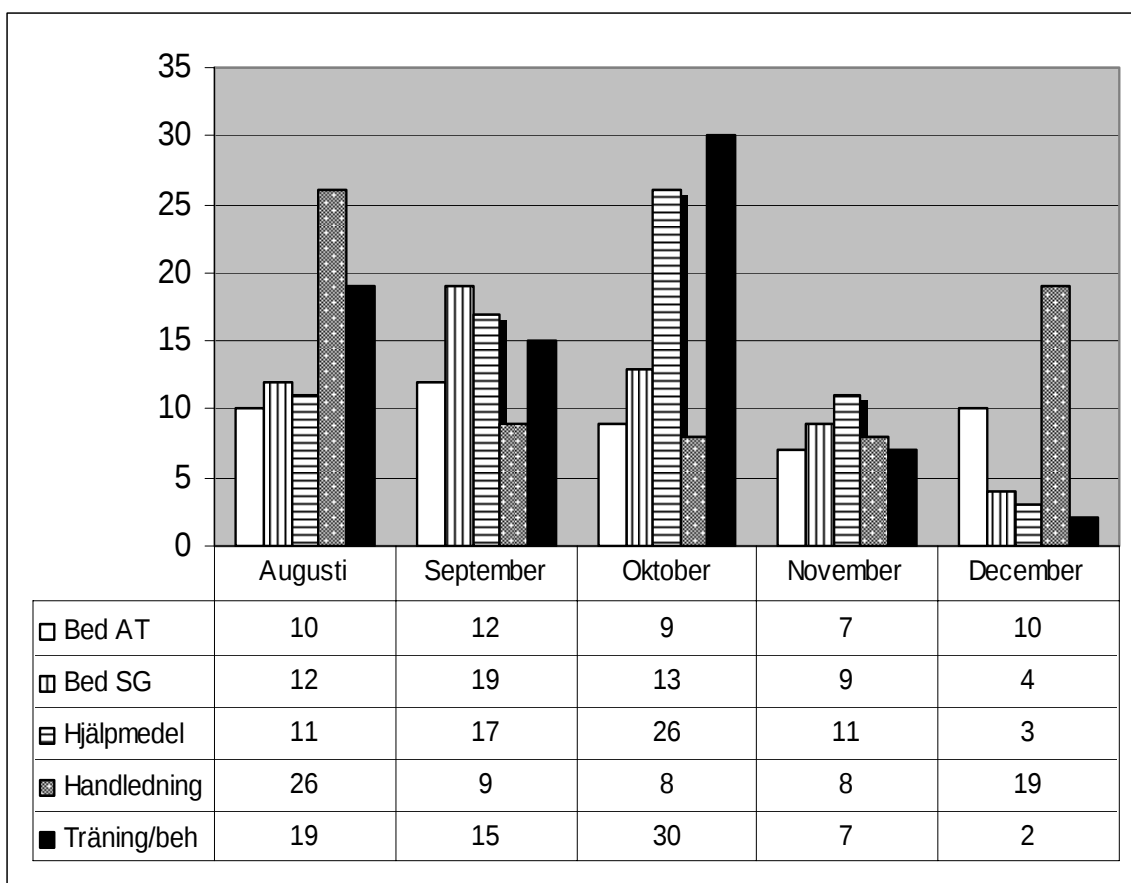
Totalt inkom 101 ärende mellan 08.08.2007-12.12.2007. Majoriteten av dessa ärenden inkom från augusti till oktober med en markant nedgång i november för att sedan plana ut i december. Ärenden gällande sittande och utprovning av hjälpmedel når också sin kulmen i oktober för att sedan avta. Det beror troligtvis på att de flesta hjälpmedel som behövs bytas ut, inklusive sådana som påverkar sittande, har blivit utbytta i oktober. Ärenden gällande FIM är flest i augusti till september samt i december, då FIM-bedömningarna utfördes. I kategorin "Övrigt" ingår bland annat personlig vård, smärtbehandling, bedömningar av rörlighet och av smärta.



Figur VII: Diagrammet visar summan av de ärenden som nått arbetsterapeut och sjukgymnast varje månad och vad ärendena avser (december statistik omfattar endast 1/12-12/12).

7.2.3.2. Interventioner

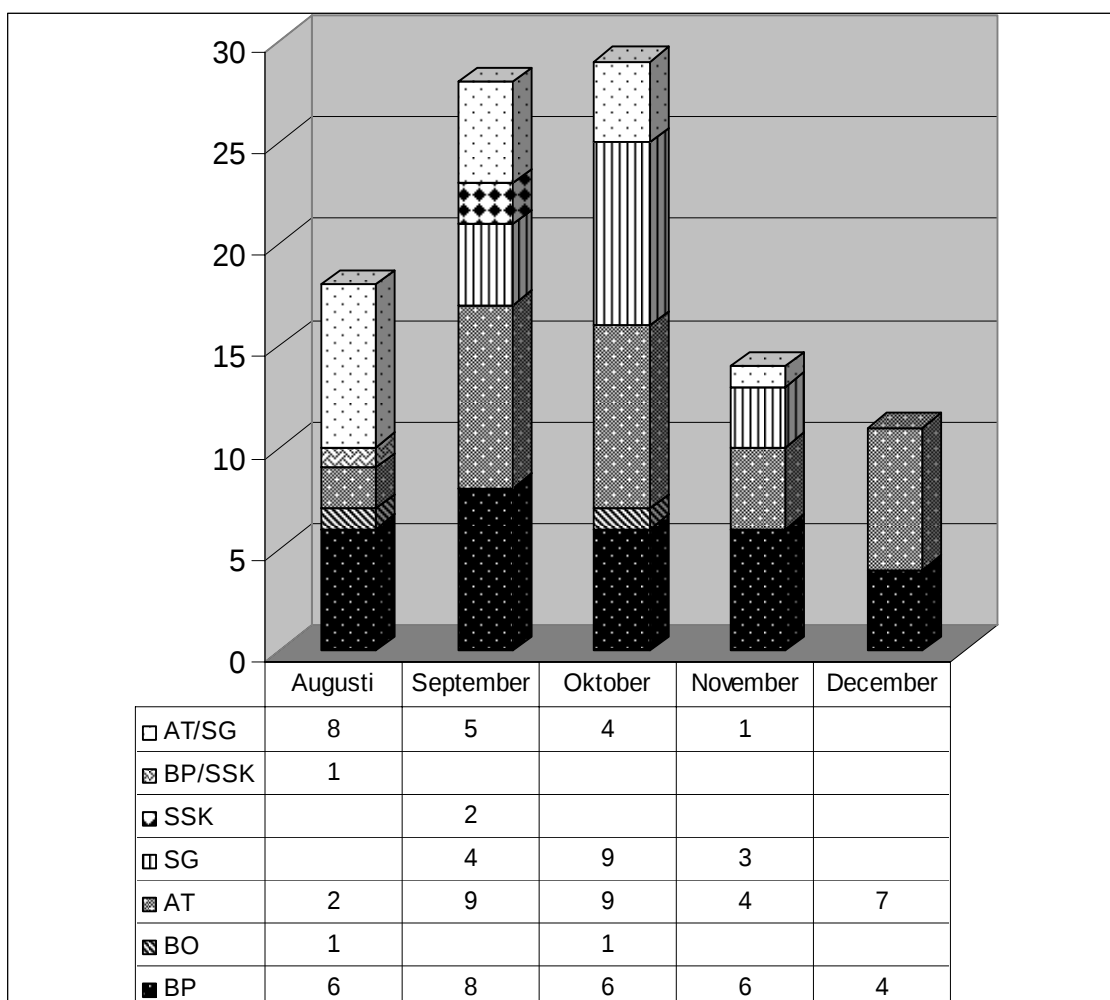
Arbetsterapeut och sjukgymnast har utfört lämpliga interventioner utifrån bedömningar de gjort då ett ärende kommit dem tillhanda. Interventioner gällande hjälpmedel följer i stora drag ärendestatistiken som syns i tabell VII.Handledningsärenden har ökat i samband med att FIM-bedömningarna utförts. Eftersom sjukgymnasten utförde en behandlingsserie i oktober steg behandlingsinterventionerna kraftigt under behandlingsperioden.



Figur VIII: Typ av interventioner utförda av arbetsterapeut och sjukgymnast (decembers statistik omfattar endast 1/12-12/12).

7.2.3.3. Ärendelämnare

Initiativet till ärenden har kommit från alla personkategorier på avdelningen, bortsett från anhöriga. I början av projektiden utförde arbetsterapeut och sjukgymnast bedömningar tillsammans vilket syns i statistiken. Arbetsterapeut och sjukgymnast har själva tagit initiativ till många av de ärenden som utförts under projektiden. Det är en naturlig följd av att arbetsterapeut och sjukgymnast utfört FIM-bedömningar och varit närvarande på avdelningen i så stor utsträckning. Ärendelämning från baspersonalen har varit förhållandevis konstant under hela projektiden. Att de boende på avdelningen inte kommit med så många ärenden till arbetsterapeut och sjukgymnast kan tolkas som att de inte har kunskap om vad de kan få hjälp med av arbetsterapeut och sjukgymnast.



Figur IX: Ärendelämnare: AT= arbetsterapeut, SG= sjukgymnast, BP= baspersonal, SSK= sjuksköterska, BO= boende (decembers statistik omfattar endast 1/12-12/12).

7.2.4 Enkät till baspersonal

7.2.4.1. *Vad är vardagsrehabilitering för dig?*

Baspersonalen kan förklara begreppet vardagsrehabilitering både vid första och andra enkättillfället. Någon större skillnad i svaren mellan enkäterna kan inte ses. Baspersonalen känner till att den boende bör utföra så mycket som möjligt själv för att kunna bibehålla sina funktioner så länge som möjligt. De känner också till att vardagsrehabilitering avser vardagliga aktiviteter som att kunna äta självständigt, utföra toalettbesök och förflyttningar med så lite hjälp som möjligt.

7.2.4.2. *Vem skall utföra vardagsrehabilitering på en vård och omsorgsavdelning?*

Svaren visar att det kan vara svårt att skilja på begrepp som rehabilitering, vardagsrehabilitering och specifik rehabilitering. I alla enkätsvar nämns att baspersonalen är inblandad då vardagsrehabilitering utförs. Baspersonalen har vid det första enkättillfället uttryckt att arbetsterapeut och sjukgymnast är mer involverade då vardagsrehabilitering utförs men vid det andra enkättillfället förekommer inte arbetsterapeut eller sjukgymnast i svaren. Baspersonalen har en tydligare bild av sina arbetsuppgifter vid andra enkättillfället.

7.2.4.3. *Vad gör en arbetsterapeut och sjukgymnast på vård och omsorgsavdelning?*

Svaren är likvärdiga vid båda enkättillfällena. Baspersonalen tar upp hjälpmedel som arbetsterapeuten och sjukgymnastens primära arbetsuppgift. Därefter kommer stöd och handledning, men uttryckt med andra ord, som att informera, ge tips och råd.

7.2.4.4. *Känner du att du får tillräckligt med handledning och instruktioner av arbetsterapeut och sjukgymnast för att utföra ditt arbete på ett bra sätt?*

Vid första enkättillfället visar svaren att de flesta är nöjda med handledningen de fått. Två personer anger att det behövs mer handledning och stöd av arbetsterapeut och sjukgymnast. Vid andra enkättillfället svarar alla att de är nöjda med handledningen. Svaren vid andra enkättillfället visar att frågan har ett syftningsfel, då det varit oklart om frågan syftar på rehabenhetens arbetsterapeut och sjukgymnast eller arbetsterapeut och sjukgymnast som ingått i projektet.

7.2.4.5. *Finns det något som förhindra att vardagsrehabilitering utförs på ett bra sätt?*

Vid båda enkättillfällena uttrycker baspersonalen att det är tidsbrist som förhindrar att vardagsrehabilitering utförs. Baspersonalen ser också svårigheter i att motivera de boende till att utföra vardagsaktiviteter.

7.2.5 Intervju av baspersonal

7.2.5.1. *Vad är syftet med vardagsrehabilitering?*

Generellt svarar baspersonalen att syftet är att de boende ska bibehålla sina förmågor i vardagen.

7.2.5.2. *Hur kan ni arbeta vidare på ett vardagsrehabiliterande sätt?*

De flesta svarar att de fått ett nytt arbetssätt och ett annat sätt att tänka kring de boende. De svarar att de ska arbeta vidare på det nya arbetssättet och mot gemensamma mål.

7.2.5.3. *Finns behov av arbetsterapeut och sjukgymnast på avdelningen?*

Samtlig baspersonal svarar att behov finns.

7.2.5.4. *Hur ska fortsatt samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast se ut?*

Baspersonalen vill behålla den utökade kontakten med arbetsterapeut och sjukgymnast. Utökade rehabmöten och spontanbesök från arbetsterapeut och sjukgymnast är önskvärt. Meddelandelappen till arbetsterapeut och sjukgymnast är uppskattad och baspersonalen vill fortsätta använda den. Baspersonalen önskar snabb kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast när så behövs.

7.2.5.5. *Har de boendes aktivitet förändrats sedan 1/8? – På vilket sätt?*

Svaren är tvetydiga och svåra att tolka. Baspersonalen säger att de inte ser några förändringar, eller att förändringar är till det sämre. Samtidigt talar de om positiva förändringar hos de boende med ökad aktivitet och delaktighet.

7.2.6 Utvärdering av studiecirklar

7.2.6.1. *Vad var bra med studiecirkarna?*

Alla deltagare i studiecirkarna har uttryckt en stor tillfredsställelse över att sitta ned tillsammans och få möjlighet att prata om sitt arbete. De uttrycker även att det har varit positivt att dessa möten skett i en lokal utanför avdelningen.

7.2.6.2. *Vad var mindre bra med studiecirkarna?*

Flera av deltagarna önskade att studiecirkarna hade pågått längre tid då det funnits mycket att ta upp och diskutera.

7.2.6.3. *Blev det som ni tänkt er?*

De flesta i baspersonalen har ingen erfarenhet av studiecirklar och har inget att jämföra med. Det framkommer att behov finns av att få diskutera de boende och eventuella nya rutiner på avdelningen. Baspersonalen säger att innehållet i studiecirkarna blev mer intressant än de hade förväntat sig.

7.2.6.4. Vad blev annorlunda?

Det fanns förväntningar att fler skulle prata. Någon tycker att hela innehållet i studiecirkelarna var bra, men att metodiken och infallsvinklarna blev annorlunda än de hade förväntat sig.

7.2.6.5. Övriga synpunkter.

Baspersonalen tyckte att det var viktigt att kunna sitta ned tillsammans och prata. En viss ovana fanns vid det teoretiska innehållet i studiecirkelarna.

7.3 Diskussion

Syftet med projekt "Utveckling av vardagsrehabilitering på vård- och omsorgsavdelning" var, som namnet antyder, att utveckla vardagsrehabilitering. Vardagsrehabilitering och vardagsaktiviteter är begrepp som förekommer inom äldreomsorgen, till exempel i 2007 års verksamhetsplan för Stureby vård- och omsorgsboende.

7.3.1.1. Varför finns det behov av att genomföra ett projekt om vardagsrehabilitering, som borde finnas i verksamheten? Varför är det inte självklart att individen får behålla sin aktivitetsnivå så länge som möjligt, trots ohälsa, även sedan hon flyttat till särskilt boende?

Bakgrunden till att man inom äldreomsorgen ännu inte lyckats med att arbeta på ett vardagsrehabiliterande sätt kan bero på följande faktorer:

Den kommunala äldreomsorgen har formats av ett tänkande som går tillbaka till mitten av 1900-talet. År 1947 fördelades ansvaret om de äldre mellan kommun och landsting. Kommunerna fick ett socialt- och landstinget fick ett medicinskt ansvar (Westlund P, Sjöberg A, 2005). Äldreomsorgen präglas dessutom av Ädelreformen som genomfördes 1992, då kommunerna tog över sjukhemmen från landstinget. Det finns ett generellt synsätt inom hälso- och sjukvård där tonvikten ligger på konsekvenser av sjukdom och medicinska problem. Det här synsättet kan spåras tillbaka till den tid då landstinget ansvarade för de kroniskt sjuka äldre. Landstingets värdegrunder har på flera sätt färgat av sig på den kommunala äldreomsorgen. Baspersonalen har betraktat sitt arbete som bestående av en mängd olika sysslor. Bland de sysslorna ingår att ge omsorg till de boende. Inom den kommunala äldreomsorgen råder en begreppsförvirring där arbetsterapeuten och sjukgymnastens roller är otydliga. Rehab inom kommunen har en förhållandevis kort historia i och med att de flesta kommuner i Sverige började anställa arbetsterapeuter och sjukgymnaster först i samband med Ädelreformen. Arbetsterapeuten och sjukgymnastens roller inom landstinget är tydligt definierade och har ofta fokus på behandling, träning och gruppaktiviteter i särskilda lokaler. Vad begreppet rehabilitering ska innefatta inom kommunal äldreomsorg och hur arbetsterapeuten och sjukgymnastens roll ska se ut, behöver diskuteras och klargöras.

7.3.1.2. Om vi utgår från ett salutogent synsätt och ett vardagsrehabiliterande arbetssätt; hur skulle en verksamhet då kunna se ut? Vilka förutsättningar behövs för att införa ett vardagsrehabiliterande arbetssätt och för att individen ska tillåtas vara aktiv och bibehålla sina förmågor även sedan hon flyttat till ett särskilt boende?

Utifrån de resultat projektet givit, tendenser vi har sett och de erfarenheter vi som arbetsterapeut och sjukgymnast har, vill vi som författare av slutrapporten diskutera följande förutsättningar för en verksamhet:

Innebörden av begreppet vardagsrehabilitering ska vara väl känt av alla aktörer som kommer i kontakt med de boende inom äldreomsorgen. Verksamheten ska i verksamhetsplanen ha tydliga verksamhetsmål med inriktning mot vardagsrehabilitering. Verksamhetsmålen ska vara väl förankrade hos berörd personal. Det behövs en målinriktad, tydlig arbetsledning som är tillgänglig för personalen. Samarbetet mellan de personalkategorier som arbetar på vård- och omsorgsavdelning, det vill säga arbetsterapeut, baspersonal, läkare, sjukgymnast och sjuksköterska, behövs för att den boendes individuella behov och önskemål ska tillgodoses. Gemensamma mål ska upprättas tillsammans med den boende där samtliga yrkeskategoriers kompetens tas till vara. Tydliga kontaktvägar, både muntliga och skriftliga, mellan arbetsterapeut, baspersonal, sjukgymnast och sjuksköterska måste finnas för att underlätta kommunikation, höja och säkerställa kvalitén inom omsorg och vård. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten behöver ha direktkontakt med ansvarig läkare för att kunna diskutera och återkoppla frågor rörande till exempel aktivitets- och funktionsförmåga. Det ska finnas möjlighet för arbetsterapeut och sjukgymnast att utföra situationsanpassad handledning utifrån baspersonalens behov. För att uppnå en bra handledningssituation behöver förtroende skapas mellan baspersonal, arbetsterapeut och sjukgymnast. Det kräver att arbetsterapeut och sjukgymnast finns tillgängliga för baspersonalen. Samarbetet inom baspersonalens egen grupp måste fungera för att de ska uppnå ett likartat arbetssätt. Ett sätt att uppnå gott samarbete är att baspersonalen har tid avsatt för reflektion. Att utveckla ett vardagsrehabiliterande arbetssätt är en pågående process. Då de boendes behov ständigt förändras, måste även personalen runtomkring den boende ha möjlighet att utvecklas och förändras.

7.3.1.3. Vad är vinsterna med införandet av ett vardagsrehabiliterande arbetssätt?

För den boende innebär införandet av ett vardagsrehabiliterande arbetssätt att hennes resurser och förmågor tillvaratas, att hon får en individuellt anpassad omsorg och en mer meningsfull tillvaro till livets slut. För baspersonalen innebär ett vardagsrehabiliterande arbetssätt arbete mot gemensamma mål, ett gemensamt förhållningssätt och en tydligare yrkesroll. För organisationen kan ett vardagsrehabiliterande arbetssätt på längre sikt medföra minskad vårdtyngd och ökad frisknärvaro.

7.4 Slutsats

Trots den korta tid som projektet pågått på avdelningen finns positiva resultat. De boende som bedömts med instrumentet FIM har bibehållit eller förbättrat sin aktivitetsnivå och tillåtit utföra fler vardagsaktiviteter. Resultaten visar även att en attitydförändring påbörjats hos baspersonalen. Baspersonalens intresse för vardagsrehabilitering och behovet av arbetsterapeut och sjukgymnast har väckts. Det är svårt att dra några tydliga slutsatser av resultaten med tanke på att det aktiva projektarbetet på avdelningen endast pågått i drygt fyra månader. De boende på avdelningen ingår i kategorin multisjuka äldre äldre, vilket medför att en bibehållen aktivitetsnivå får anses vara ett gott resultat. Resultatet av FIM - bedömningarna är dock inte statistiskt signifikanta. För att få fram ett mer exakt resultat behövs ett projekt som pågår under en längre tid och där en större population ingår. Med hänvisning till forskning om implementeringsprocessen (Fixsen et al, 2005) är det dessutom osäkert om projektresultatet är bestående sedan projekttiden på avdelningen avslutats. Projektet är ändå betydelsefullt eftersom det är en del av en mängd projekt som just nu utförs inom området rehabilitering.

8. LITTERATURLISTA

Andersson, Lisa (2006). *Att få leva tills jag dör – om ett rehabiliterande synsätt*. Solna: Fortbildningsförlaget.

Antonovsky, Aaron (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Arman, Rebecka (2005). *Aktivitet och självständighet – Ett studiematerial om vardagsrehabilitering*. Göteborg: FoU i Väst/GR.

Arman, Rebecka (2007). *Ett komplement till studiematerialet "Aktivitet och självständighet" – för personal på särskilt boende*. Göteborg: FoU i Väst/GR.

Carlander, Jakob (2006). *Starka känslor – Affekter och emotioner i möten med människor*. Stockholm: Gothia Förlag.

Carlander, Jakob & Carlander Lis (2004). *Hur står det till? Konsten att ställa frågor i människovårdande yrken*. 2. uppl. Stockholm: Gothia Förlag.

Ehlin, Bengt (red) (2001). *Trygga och otrygga möten: vardagsetik och bemötande i arbete med människor*. Stockholm: Gothia Förlag.

Fixen, Dean L, Blase, Karen A, Naoom, Sandra F & Wallace, Frances (2005). *Core Implementation Components*. National Implementation Research Network, Florida: University of South Florida.

Goffman, Erving (1961). *Totala institutioner*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Majanen, Peter, Mellberg, Lotta & Norén, Dag (2007). *Äldrelevsbranschen*. Stockholm: KK-stiftelsen.

Malkan Nelson, Anna & Öhrström Emmy (2005). *Utvärdering av "Gråboprojektet" – ett utvecklingsarbete kring rehabiliterande synsätt inom särskilt boende*. Gotland: Gotlands kommun – Arbetsrapport.

Sjöberg, Arne & Westerlund, Peter (2005). *Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg och vård*. 2. uppl. Solna: Fortbildningsförlaget.

Socialstyrelsen 2001. *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003). *Äldres rehabilitering i särskilt boende – Allt faller om den sista länken brister*. Stockholm: Socialstyrelsen – Arbetsrapport.

Socialstyrelsen (2006). *Vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen – Lägesrapporter.

Socialstyrelsen (2007). *Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering*. SOSFS 2007: 10 (M och S) Föreskrifter och allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.