

# **RÖRELSE – EN FÖRUTSÄTTNING FÖR LIV**

## **Effekter av fysioterapi för patienter i långtidsvård**

RAPPORT över fysioterapiverksamhet på  
Forsby & Stengårds sjukhus i Helsingfors  
initierad och finansierad av tredje sektorn år 2003–

Brita Pawli  
Inger Westerlund  
Inger Östergård

2010.01.05



Förord .....	4
1 Bakgrund .....	6
1.1 Styrgrupp, metodhandledning och ekonomiskt stöd .....	7
2 Uppdraget; utredningens syfte och frågeställningar .....	9
2.1 Kriterier för val av patienter som får fysioterapi på avdelningarna .....	10
2.2 Patienter som får långtidsvård på hälsocentralsjukhus i Helsingfors .....	11
2.3 Nyttan och effekterna av fysioterapi .....	11
3 Genomförandet av uppdraget .....	13
3.1 Svenskspråkiga patienter på avdelningarna vid Forsby och Stengårds sjukhus i Helsingfors .....	14
3.1.1 ADL-förmåga hos patienter som får rehabilitering .....	14
3.1.2 Funktioner som patienterna har svårt att klara av (bilaga 12 & 13).....	16
3.1.3 Fysioterapeutens skriftliga dokumentation om patienterna.....	16
3.1.4 Erfarenheter av fysioterapin.....	18
3.1.5 Patienter som bedöms ha det största behovet av att aktiveras.....	21
3.2 Fysioterapi och patienter i långtidsvård.....	21
3.2.1 Låt den äldre göra så mycket som möjligt själv .....	22
3.3 Fysioterapi och vårdarbete.....	23
3.4 Långvårdspatienter och vård på eget språk .....	25
3.4.1 Verbalt beteende och verbal aktivitet .....	26
3.4.2 Rätt till vård på eget språk .....	27
4 Resultatanalys.....	29
4.1 Språkligt och kulturellt välbefinnande.....	29
4.2 Rörlighet en rättighet också för de allra äldsta .....	30
4.3 Ett rehabiliterande förhållningssätt och rehabiliterande vård .....	31
4.4 Implementering av en ny arbetsmodell inom långtidsvård .....	32
5 Avslutande diskussion .....	34
5.1 Rehabiliterande god patientvård.....	34
5.2 En ny samarbetsmodell mellan tredje sektorn och kommunen inom rehabilitering.....	35
Bilagor 1–13.....	37

## Förord

Föreningen De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf är en förening inom tredje sektorn som samarbetar med Helsingfors hälsocentral. Föreningen, som har ca 60 medlemmar, har som målsättning för sin verksamhet att bistå sjuka som inte själva har möjlighet eller kraft att driva sin sak för att få den hjälp och det stöd de är berättigade till. Föreningen samarbetar med de sjuka, deras anhöriga och vårdpersonalen. I alla situationer betonar föreningen vikten av att patientens individuella behov beaktas. Riktlinjerna för föreningens verksamhet är förankrade i fakta som ska baseras på forskningsresultat.

Sedan år 2003 har föreningen finansierat rehabilitering på de svenska vårdavdelningarna vid Forsby och Stengårds sjukhus i Helsingfors. Föreningen har anställt en fysioterapeut i arbetsavtal, som har gett och ger rehabiliteringen. Rehabiliteringen har möjliggjorts genom donationer från svenska fonder och stiftelser.

Fysioterapeuten har tillsammans med avdelningens personal valt ut de patienter som har ansetts ha den största nyttan av fysioterapi. Antalet patienter som har fått fysioterapi har varierat från sju till elva per avdelning och gång.

Rehabiliteringens utvärderingsprojekt som haft arbetstiteln "Effekten av rehabiliteringen av patienter i långtidsvård" har länge varit under planering. Patienterna finns på Helsingfors hälsovårdscentrals två svenska avdelningar på Forsby och Stengårds sjukhus. Avdelningarna har vardera 25 patienter. På avdelningarna har man sett betydelsen av att rehabilitera patienterna men ingen har kunnat sätta ord på effekterna av rehabiliteringen. Frågor har ställts: Vad är påverkan? Vad är inverkan? Förhoppningar om att genomföra denna utvärdering har kommit från olika håll, men ekonomiska resurser har saknats. Utvärderingen kunde slutligen genomföras tack vare donationer från Märtha Gahmbergs stiftelse, Villa Ensi Stiftelsen Villa Ensi Säätiö ry och Svenska Sjuksköterskeföreningen i Finland rf.

I Finland liksom i alla västliga välfärdsstater har man under de senaste åren diskuterat välfärdens kris. Frågor ställs om vi har råd med, behov av och vilja att upprätthålla en välfärdsstat, om vi ska främja allas hälsa! De allra äldsta och de mest sjuka som inte förmår föra sin talan, är den grupp som oftast glöms bort av politiker och beslutsfattare och som blir utan resurser.

När patienten får ett beslut om långtidsvård och överförs till en vårdavdelning får patienten i allmänhet en god grundvård. På avdelningarna har man märkt att en rehabilitering med lugnare rutiner än inom den akuta vården kan få patienten att bli piggar, må bättre och komma i bättre kondition. Man glömmer ofta att när patienter får ett beslut, som leder till att de inte kan återvända till sina hem eller träffa sina anhöriga som tidigare, blir de sorgsna eller deprimerade. Patienterna känner sig ofta hemlösa. När de anpassat sig till situationen och blir sedda i sin nya omgivning har de lättare att vara. (Hartikainen A. 2009. Vapaaehtoiset vuodeosastolla. Etnograafinen tutkimus vanhusten ja vapaaehtoisten kohtaamisesta. Helsingin yliopisto)

Inom tredje sektorn finns det verksamhet som har som målsättning att främja äldre och åldrande personers välbefinnande och att trygga ett värdigt liv för dem. Inom sjukhusvärlden syns tredje sektorns insatser endast på de avdelningar inom vilka de utför arbetet. Det syns i form av gamla människors uppskattning och i form av goda tjänster. Det syns också i människors tilltro till att även den som är gammal kan uppleva sig vara en värdefull människa.

Det finns många sådana uppgifter som samhället och offentliga sektorn behöver, men som offentliga sektorn själv inte satsar på. Till dem hör definitivt rehabiliteringen av de allra äldsta. Tredje sektorn kan erbjuda denna service och socialt kapital via frivillig verksamhet och hjälpa till att förbättra människornas välbefinnande och därigenom även samfundets. Vi kan och vi bör, var och en som enskild person, vara med och påverka hälso- och sjukvårdens utveckling, men det är lättare att göra det tillsammans - inom vår egen förening, De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf.

Helsingfors, den 5 januari 2010

Inger Östergård

Ordförande för De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf

# 1 Bakgrund

*Brita Pawli*

*Som kristna är vi kallade att engagera oss i sociala frågor och ta ansvar för sociala behov.*

Det kändes säkert rätt och riktigt att förankra urkund och stadgar i kristen tradition år 1989 då föreningen De Sjukas Vänner r.f grundades - idag De Sjukas Vål i huvudstadsregionen. Med utgångspunkt i kristen tro, andlighet och gudsförtröstan var initiativtagarna aktiva på många plan i samhällliga frågor. De engagerade sig starkt för de svaga och nödställda och utövade påtryckning på beslutsfattare i fråga om samhällliga orättvisor. På 1980-talet var situationen inom äldreomsorgen och jourvården i Helsingfors problematisk. Föreningen, med hemort i Helsingfors, såg som sin uppgift att föra de sjukas och gamlas talan och försvara deras rättigheter. (Rönneikkö. 2008:231-234. När tro och handling möts. Åbo Akademi). Med tanke på dagens situation inom äldreomsorgen och långvården är det bara att konstatera att initiativtagarna både tänkte rätt och gjorde rätta saker.

År 2003 startade föreningen rehabiliterande verksamhet inom kommunal, svensk äldreomsorg i Helsingfors. Det kändes rätt och riktigt. Den allmänna bristen på vårdpersonal och svenskspråkiga vårdare med utbildning i rehabiliterande förhållningssätt har lett till att rehabilitering av de allra äldsta är ett försummat område. Det är känt att ökad funktionsnedsättning hos de allra äldsta påverkar deras livskvalitet och att sjukdomar, som försämrar funktionsförmågan, kan förhindras genom lämplig rehabilitering (SHM. 2000:15:25-26. Hälsa 2015).

Rehabiliteringen bör även ses som föreningens sätt att reagera och agera på att utbudet av lagstadgad, kommunal helhetsvård och omsorg för äldre hela tiden omstruktureras och på den smygande utarmningen av och den bristfälliga servicen på svenska för äldre i Helsingfors.

Det föreligger en ideologisk skillnad i föreningens fokusering på sociala frågor idag jämfört med synsättet vid starten år 1989. Föreningens engagemang i samhällliga frågor är idag förankrat i ett paradigm med evidensbaserad faktakunskap och professionellt kunnande inom social- och hälsovård som ledstjärna. Via rehabiliteringen agerar föreningen i enlighet med det uttalade syftet i sina stadgar samtidigt som agerandet kommer till uttryck som handling i praktisk verksamhet (bilaga 1). Inom föreningen vill vi även rikta blicken framåt och tala för ett synsätt, som fokuserar den äldre patientens funktionsförmåga, hälsa, livskvalitet och helhetsbetonad rehabilitering. Föreningen vill även föra talan för sjuka och äldres rättigheter när den som svenskspråkig förening inom tredje sektorn gör en rehabiliteringsinsats för svenskspråkiga långvårdspatienter på kommunala sjukhus. Vi anser oss även göra rätt när vi befrämjar hälsa och bejaktar livskvalitet - hjälper till att bära livet vidare och framkalla upplevelse av medmänsklig värme och omtanke hos sjuka och de allra äldsta i deras vardag på avdelningarna.

Med utvärderingsprojektet vill föreningen kartlägga nyttan av den rehabilitering som

föreningen finansierar på Forsby och Stengårds sjukhus i Helsingfors. Det kan synas kortsiktigt, dumdrigt och vågat att i en liten förenings regi anställa och avlöna en svenskspråkig fysioterapeut för rehabiliterande insatser inom kommunal äldrevård. Finansieringen av rehabiliteringen har nämligen ingen garanti på lång sikt. Föreningen ansöker årligen om understöd från fonder och stiftelser för att kunna föra verksamheten vidare. Våren 2005 avbröts rehabiliteringen på grund av att de beviljade medlen hade förbrukats men verksamheten kunde återupptas på nytt år 2006 när nya medel beviljats. Inför varje ny ansökningsprocess om medel för rehabiliteringen frågar vi oss inom föreningen om vi agerar rätt för de äldre och sjuka i tiden och förmedlar tidsenliga signaler. Föreningens strävan är att göra rätta saker, på rätt sätt och vid rätt tidpunkt. Därför görs denna utvärdering. Skriftligt tillstånd att göra utvärderingen har erhållits från undersökningsverksamhetens koordineringsgrupp vid Helsingfors stad (bilaga 2).

## **1.1 Styrgrupp, metodhandledning och ekonomiskt stöd**

*Helheten är större än delarnas summa!*

Initiativet till rehabiliteringen togs då ett seminarium i föreningens regi år 2003 gav ett ekonomiskt överskott. I utvärderingsprojektets initialstadium år 2008 tillsattes en styrgrupp. Diskussionerna i styrgruppen har varit till stor hjälp vid avgränsningen av frågeställningarna och vid att hålla fokuseringen inom de ramar som utstakats för utvärderingen. Vid brainstormingsmötena har framkommit många värdefulla idéer, som hjälpt till att forma kreativa, nyskapande lösningar, speciellt i utvärderingens avslutande fas. I styrgruppen har ingått styrelsemedlemmarna Gunvor Brettschneider, Margaretha Berndtson, Runa Reimavuo och Ulla-Brita Ruuskanen. Samtliga möten är protokollförda.

Det har känts tryggt att i samarbete med sakkunniga vid det Finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området, FSKC, diskutera fram och utforma utvärderingsplan och i detalj penetrera plan, utförande och rapportering. Den sakkunniga handledningen i frågor gällande forskningsmetodik och utvärderingsteknik har hjälpt till att navigera och styra rätt och att balansera mellan realism och vision när vi tankemässigt övervägt och prövat olika strategier i utvärderingens olika faser och skeden. De stimulerande diskussionerna i kreativ handledningsanda har förts med forskare vid FSKC under ledning av PM Eini Pihlajamäki, verkställande direktör vid FSKC.

Ett varmt TACK till er alla!

Det ekonomiska stöd som föreningen fått och fortsättningsvis får från följande stiftelser har garanterat kontinuitet i rehabiliteringen på de svenskspråkiga avdelningarna vid Forsby och Stengårds sjukhus i Helsingfors:

Märtha Gahmbergs stiftelse  
Nils Elfings stiftelse  
Svenska Frimurare Orden i Helsingfors  
William Thurings stiftelse

För utvärderingen har ekonomiskt stöd erhållits från

Märtha Gahmbergs stiftelse  
Sjuksköterskeföreningen i Finland  
Villa Ensi Stiftelse

### **Till våra finansiärer riktas ett extra varmt TACK.**

Det har varit stimulerande att samverka vid beskrivningen och dokumenteringen av den rehabiliterande verksamheten bland de allra äldsta och sjuka på de svenska vårdavdelningarna vid Forsby och Stengårds sjukhus i Helsingfors. Samarbetet har varit både lärorikt och gott i teamet i vilket har ingått ledaren för utvärderingsprojektet samt föreningens ordförande och sekreterare.

**Inger Westerlund**

Ledare för utvärderingen

**Inger Östergård**

Ordförande, MPH, sjukvårdsledare

**Brita Pawli**

Sekreterare, HvMag, lektor

De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf



## 2 Uppdraget; utredningens syfte och frågeställningar

*Inger Westerlund*

I januari 2009 fick jag uppdraget att under våren 2009 utreda den fysioterapi för äldre svenska patienter, som De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf står för vid Forsby och Stengårds sjukhus i Helsingfors. De svenska avdelningarna besöks regelbundet av en svenskspråkig fysioterapeut, som är anställd och avlönad av föreningen. Utredningens syfte är dels att dokumentera den fysioterapi som ges av föreningens fysioterapeut och dels att klarlägga det mervärde detta ger de svenskspråkiga patienterna. Föreningen utgår ifrån antagandet att fysioterapin inte bara aktiverar patienterna fysiskt utan att patienterna även stimuleras psykosocialt och sociokulturellt, vilket har betydelse för deras hälsa och livskvalitet. Föreningen utgår även ifrån att den personliga omtanke, som fysioterapeuten visar de äldre, är av betydelse för anhöriga som kanske har begränsade möjligheter att besöka sina äldre på sjukhusen och aktivt delta i deras vård.

Vårdsektorn kämpar med reducerade resurser. Med denna verksamhet - frivillig, svensk fysioterapi i offentlig långtidsvård - tror förening sej vara med om att utveckla en kvalitativt bättre vård för patienter i behov av vård dygnet runt. Föreningen efterfrågar därför även betydelsen av att utvärdera samarbetet med stadens vårdorganisation, dvs. samarbetsprocessen mellan offentlig och tredje sektor. Språket är en kvalitetsfaktor. De svenskspråkiga patienterna på nämnda hälsocentralsjukhus representerar en språkminoritet på de finskspråkiga institutionerna för äldre i Helsingfors.

***Antagandet*** är att patienten mår bättre av rehabiliteringen. Anhöriga blir nöjda när patienten blir piggare. Personalen har lättare att sköta en patient som är rörlig. Samhället sparar om patienten kan föras över till lättare boende.

***Syftet*** med utredningen är att:

1. utreda behovet och nyttan av svenskspråkig fysioterapi för patienter på svenskspråkiga avdelningar vid Forsby och Stengårds sjukhus,
2. utreda betydelsen av att fysioterapin ges på patientens eget språk, svenska,
3. presentera förslag på en verksamhetsmodell för hur samarbetet mellan föreningens fysioterapeut och avdelningens övriga vårdpersonal kunde utvecklas.

I utredningens förberedande skede gjordes en orienterande intervju med föreningens ordinarie men tjänstlediga fysioterapeut. Denna intervju som gjordes i januari 2009 ligger till grund för formuleringen av följande frågor.

***Frågeställningar:***

1. Vilken är nyttan av att patienterna på de två svenskspråkiga avdelningarna har besök av fysioterapeuten två dagar per vecka?
2. Vilken betydelse har det att fysioterapeuten har samma modersmål som patienten?
3. Hur kan samarbetet mellan fysioterapeut och övrig vårdpersonal utvecklas?

## 2.1 Kriterier för val av patienter som får fysioterapi på avdelningarna

Inger Westerlund & Inger Östergård

Då patienter tas in på Forsby eller Stengårds sjukhus bedöms deras vårdbehov utgående från deras behov av daglig vård och omsorg. Bedömningen görs av ett vårdteam i vilket ingår en läkare, sjukhusets fysioterapeut och den vårdare som utsetts till patientens egenvårdare. Detta resulterar i en vård- och rehabiliteringsplan. I de fall patienten bedöms vara rehabiliterbar ordineras fysioterapi. Sjukhusets fysioterapeut ansvarar för denna rehabiliterande fysioterapi.

Intagningen på sjukhuset föregås av en bedömning som mäter patientens funktionsförmåga och individuella behov av daglig vård och omsorg enligt ett RaVa-poängssystem (Rajala-Vaissi). RaVa-mätaren är ett verktyg som kan användas för att bedöma funktionsförmågan hos personer över 65 år och deras behov av daglig hjälp. Funktionsförmågan bedöms utifrån följande aktiviteter och funktioner: syn, hörsel, tal, rörlighet, blåsfunktion, tarmfunktion, förmågan att äta, klä sig och sköta sin hygien, medicinering, minne och psyke. Med hjälp av mätaren beräknas ett RaVa-index som används som beslutsunderlag vid anvisandet av en ändamålsenlig vårdplats.

Patientens vårdsituation på avdelningen följs upp två gånger om året eller vid behov med *Resident Assessment Instrument*, RAI-index databehandlingsprogram (bilaga 3). I programmet insamlas uppgifter om kognitiv förmåga, kommunikation och hörsel, synen, sinnesstämning och beteende, psykosocialt välbefinnande, fysisk funktionsförmåga, förmåga att hålla tätt, diagnoser, hälsotillstånd, näringstillstånd, mun- och tandhälsa, hudens tillstånd, aktiviteter och intressen, medicinering, specialvård och allmänt tillstånd. RAI-indexet bildar ett heltäckande uppföljnings- och bedömningssystem, som ger en omfattande och detaljerad bild av patientens funktionsförmåga, hälsotillstånd och vårdbehov. Både en förbättring och en förestående försämring av patientens funktionsförmåga och hälsotillstånd kan utläsas av RAI-bedömningen.

Patientens vårdplan följs upp med 3 månaders mellanrum. Om det i den uppföljande RAI-bedömningen konstateras att patienten inte gör sådana framsteg, som märkbart förbättrar patientens rörelse- och funktionsförmåga och som skulle möjliggöra en förflyttning av patienten till en annan form av boende eller tillbaka till hemmet, avslutas den rehabiliterande fysioterapi som ges av sjukhusets fysioterapeut. Om patientens egenvårdare eller någon annan av avdelningens vårdare anser att patienten har nytta av fysioterapin kontaktas föreningens fysioterapeut. Då fysioterapeuten besöker patienterna strävar hon att samspela med patienten så att det, som de gör tillsammans stärker de funktioner, som patienten fortfarande har kvar,

*förbättra där det är möjligt, tex. bättre rörlighet i någon led, patienten har lättare att stiga upp och förflytta sig, gångsträckan blir längre osv.*

Där det inte är möjligt att förbättra strävar hon att upprätthålla rörlighet och styrka för att patienten ska klara av att vara delaktig i "det mesta möjliga av de dagliga ADL-funktionerna". Denna aktiverande fysioterapi fortgår sedan så länge fysioterapeuten

och egenvårdaren bedömer att patienten har nytta av den. ADL kommer från engelskans *Activities in/of daily living*.

## 2.2 Patienter som får långtidsvård på hälsocentralsjukhus i Helsingfors

Hälsocentralsjukhusen Forsby och Stengård i Helsingfors har vardera en avdelning med 25 svenskspråkiga patienter. Patienterna, som alltid kommer med remiss, tas in på avdelningarna från akutvården, eget hem eller annat stödboende. Den information som kan utläsas av RaVa-bedömningen på det individuella planet, används vid fastställandet av vilken boende- och vårdform patienten är i behov av. Ett RaVa-index på > 3,7 innebär att patienten är i behov av vård och omsorg dygnet runt.

Vård och omsorg dygnet runt har samband med den äldres hälsotillstånd. Med minnesstörningar som demens- och/eller hjärnsjukdomar, som är vanliga i hög ålder, följer bestående förändringar. Personligheten förändras. Förmågan att orientera sig i tid, rum och person försämras. Det sker kognitiva förändringar, som kommer till uttryck i språket - att uttrycka sig i tal, att förstå tal och ordens betydelse m.m. - samt i den personliga förmågan att klara av att äta, dricka, sova, klä på sig, tvätta sig, gå på toaletten och röra sig m.m.

Funktionsförmågan knyter starkt an till hälsa och välbefinnande. Minskad fysisk aktivitet i rörelseorganen hos den äldre leder snabbt till nedsatt funktion i muskler, leder och skelett. Av detta följer att förmågan att klara av vardagens ADL-aktiviteter minskar med ökad risk för att patienten avtrubbas psykiskt, emotionellt och socialt. Efter en tid har få patienter förmåga att själva påverka sin vårdssituation. De klarar varken av att uttala önskemål eller att ställa krav på den vård och omsorg som de får. Förändringar i den äldres livssituation, vilket en flyttning till hälsocentralens vårdavdelning innebär, är även en riskfaktor i sig.

Med RAI-index är det möjligt att följa med och bedöma vårdbehov som håller på att uppstå och att beakta riskfaktorer, som tyder på en förestående försämring av funktionsförmågan hos de äldre. Med patientens RAI-index poängvärden som jämförs med RAI-dataprogrammet är det även möjligt att utläsa vilka prioriteringar som bör göras i vården och vilka risker som föreligger hos patienten. Samtidigt utvecklar man tjänster som svarar på patientens vårdtyngd. God praxis förutsätter att avdelningens personalresurser och personalens kompetens är dimensionerade i förhållande till vårdtyngden - att det är patienternas behov som avgör vilka insatser, som krävs och utvecklas för god vård och omsorg samt vilka yrkespersoner, som ska stå för den. God praxis är att göra tillsammans med patienten, inte för.

*Att göra för passiverar patienten och skapar beroende, att göra tillsammans med aktiverar och skapar självständighet” (Andell. ViF 2/09:4-8).*

## 2.3 Nyttan och effekterna av fysioterapi

Inger Östergård

En resurs som inte alls används eller mycket litet i långtidsvården är tredje sektorns social- och hälsovårdsorganisationer. Många av organisationerna har som målsättning att

främja äldre och åldrande personers välbefinnande och att trygga ett värdefullt liv för dem. En organisation är som bäst när den arbetar i tiden, känner till gamla människors liv och deras villkor i vardagen. Föreningen De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf tog på eget initiativ kontakt med de svenska avdelningarna på Forsby och Stengårds sjukhus. Styrelsemedlemmarna hade en god insikt i hur vardagen såg ut på de två svenska avdelningarna och erbjöd sig att på försök anställa en fysioterapeut för att rehabilitera de patienter som avdelningens personal valde ut. Initiativet finansierades i början med ett ekonomiskt överskott från ett seminarium.

När de första diskussionerna om rehabilitering fördes på avdelningarna var avdelningsskötarna genast intresserade av verksamheten. Avdelningen fick en tilläggsresurs. Vårdpersonalen var till en början reserverad till att någon kom utifrån och gav fysioterapi. Patienterna själva eller deras anhöriga har dock alltid haft möjlighet att köpa fysioterapitjänster. Att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt innebär att uppmuntra, tillåta, möjliggöra och skapa förutsättningar för patienten att själv försöka klara av olika aktiviteter bättre och bättre trots olika funktionshinder. Det gäller allt från att svänga sig i sängen, att äta och kommunicera till att sysselsätta sig med något meningsfullt. För både patient, vårdpersonal och anhöriga handlar det om att utvärdera och tillåta misslyckanden och motgångar, utan att förlora tron på att det lyckas en dag. Alla rehabiliteringsprocesser är tålamodskrävande, oberoende av typ av rehabilitering, såsom i alla processer där man strävar efter att förstärka redan befintliga förmågor. Det kan hända att patienten har andra förväntningar på vad vård och omsorg är samt vad rehabilitering innebär. Det är viktigt att alla i vårdteamet har samma förståelse för vad rehabiliterande förhållningssätt innebär, annars uppstår förvirring hos patienten.

När fysioterapin kommit i gång ordnades en anhörigträff år 2004 på avdelningarna. Några kommentarer:

*Min mamma är mycket gladare sedan hon började få fysioterapi, min mamma är ledsen om hon inte orkade delta i fysioterapin, hon vill röra på sig mycket mera nu sedan hon började få fysioterapi, han talar mycket mer sedan fysioterapin påbörjades, varför kan inte alla få fysioterapi.*

I begreppet rehabilitering betyder *re* åter och *habilis* skicklig eller duglig. Att vara duglig kopplas till flera dimensioner hos människan. Människans habilitet synliggörs i hennes habitus, hållning. I sin habitus utstrålar människan livsglädje, optimism, en sund självkänsla, eller misstro, misslyckande, pessimism. Om människan känner sig misslyckad, osäker och obehövlig kan likaså avläsas i hennes habitus. Blir människan dessutom mycket beroende av andra personer mister hon känslan av självständighet. (j.fAndell T. VIF. 2/09:4-5)

#### Referenser

- Andell, Therese. 2/09. Ett rehabiliterande förhållningssätt i vård- och omsorgsarbetet. Vård i fokus 2/09. Sjuksköterskeföreningen i Finland r.f.
- Edberg, Anna-Karin (red.). 2002. Att möta personer med demens. Studentlitteratur.
- Honne, Karin. 4/09. Rehabilitering i norsk institusjon. Revmatikeren 4/09.
- Strang, Peter. 2007. Livsglädjen och det djupa allvaret. Natur och kultur.

### 3 Genomförandet av uppdraget

*Inger Westerlund*

Uppdraget har sin grund i den fysioterapiverksamhet som föreningen De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf står för på de svenskspråkiga avdelningarna vid Forsby och Stengårds sjukhus i Helsingfors sedan år 2003. Utredningen baserar sig dels på observationer av patienterna och dels på intervjuer och frågeformulär. Två av totalt fyra fysioterapeuter, som föreningen har haft anställda, har intervjuats. Sammanställningen av utredningen har skett som teamarbete där de medverkande författarna bidragit med sin professionella sakkunskap.

#### **Intervjuer**

För att få en beskrivning av hur verksamheten ser ut och hur den fungerar på avdelningarna inleddes utredningen med en orienterande intervju med avdelningssköterna (bilaga 4). På motsvarande sätt intervjuades den ordinarie men tjänstlediga fysioterapeuten om hur fysioterapin är upplagd och hur den fungerar i praktiken. De orienterande intervjuerna gjordes i januari 2009. Förutom den orienterande intervjuen i januari 2009 svarade föreningens ordinarie men tjänstlediga fysioterapeut och nuvarande fysioterapeut dessutom på frågor (bilaga 5). Svaren på frågorna lämnade fysioterapeuterna in skriftligen i april och maj 2009. Intervjuerna med egenvårdarna gjordes på avdelningarna i mars 2009. Egenvårdarna fick frågorna på förhand (bilaga 6) och de informerades om att intervjun bandas, att bandningen raderas efter att svaren skrivits ut, att svaren behandlas konfidentiellt och att deras namn inte förekommer i utredningsrapporten. Intervjuerna var kvalitativa halvstrukturerade intervjuer där de intervjuade skulle svara på frågorna med egna ord och berätta om sina erfarenheter av att föreningens svenskspråkiga fysioterapeut besöker avdelningarna. Vid besöken på avdelningarna har ledaren för utvärderingen dessutom kontinuerligt fört diskussioner med avdelningssköterna, egenvårdarna och föreningens nuvarande fysioterapeut. Skriftligt samtycke har begärts och erhållits av alla som intervjuats (bilaga 7 & 8).

#### **Observationer**

De patienter som observerades hade fått fysioterapi av föreningens fysioterapeut olika länge. Den kortaste tiden var en månad och den längsta var drygt ett år. Under den tid patientobservationerna gjordes, 3 veckor i mars 2009, fick elva (II) patienter på Forsby sjukhus och sju (7) patienter på Stengårds sjukhus extra fysioterapi. Observationerna gjordes medan fysioterapeuten aktiverade patienterna genom olika övningar. Som stöd för observationerna användes en blankett där patientens ADL-förmåga samt kognitiva status antecknades (bilaga 9). ADL-förmågan bedömdes enligt en skala från 0-5 där 0 = gör självständigt och 5 = ingen egen aktivitet. På bedömningsblanketten fanns dessutom utrymme för egenvårdarnas och fysioterapeutens eventuella kommentarer angående patientens förmåga att klara av funktionerna. Vid bedömningen av patienternas funktionsförmåga har även använts de anteckningar som fysioterapeuten gjort i sin mapp eller sitt häfte samt den information om patienterna som framkommit under intervjuerna och vid diskussionerna med avdelningssköterna och egenvårdare. Anhöriga till de patienter som fått fysioterapi har gett skriftligt samtycke till observationerna (bilaga 9). Att intervjua patienterna har inte varit möjligt på grund av deras hälsotillstånd.

## **Föreningens fysioterapeut**

Föreningens fysioterapeut besöker vardera sjukhuset två dagar per vecka och arbetar fyra timmar per dag på vardera avdelningen, dvs. åtta timmar per vecka per sjukhus, totalt sexton (16) timmar. Fysioterapeuten ägnar vanligtvis 30-45 minuter åt varje enskild patient, vilket betyder att hon arbetar tillsammans med de utvalda patienterna 1-2 gånger per vecka. När utredningen gjordes fick sju (7-11) patienter per sjukhus fysioterapi. Patienternas ålder varierade mellan 70 och 98 år. Alla patienter förutom en hade svenska som modersmål.

Besöken på avdelningarna inleder fysioterapeuten med en kort lägesrapport om varje patients aktuella hälsa. Den information om patienterna som fysioterapeuten ytterligare behöver, får hon av vårdpersonalen. Hon har inte tillgång till patienternas personliga journalhandlingar eftersom hon inte räknas tillhöra avdelningens vårdpersonal. Den dokumentation om vad hon gör tillsammans med varje enskild patient har den ordinarie vårdpersonalen fri tillgång till. Dokumentationen bevaras på avdelningen i vårdpersonalens kansli.

Fysioterapeuten har undertecknat ett avtal med föreningen De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf. Genom avtalet ingår föreningen och fysioterapeuten en överenskommelse om aktivering / rehabilitering av patienter på de svenskspråkiga avdelningarna vid Forsby och Stengårds sjukhus.

### **3.1 Svenskspråkiga patienter på avdelningarna vid Forsby och Stengårds sjukhus i Helsingfors**

Eftersom föreningens fysioterapeut besöker vardera avdelningen två (2) dagar i veckan, totalt åtta (8) timmar, är antalet patienter som får extra fysioterapi inte så stort. Fysioterapeutens aktiva tid med varje enskild patient är 30-45 minuter. De patienter som får fysioterapi är sådana som bedöms ha det största behovet av att aktiveras men: *behovet av fysioterapi är hur stort som helst, mer eller mindre alla patienter skulle ha nytta av fysioterapi.*

#### **3.1.1 ADL-förmåga hos patienter som får rehabilitering**

När det gäller observationerna av patienterna har fokus varit på:

**ADL- funktioner som upprepas dagligen** (bilaga 10):

- att förflytta sig i sängen, vända sig, sätta sig upp
- att förflytta sig från sängen, till stol, till rullstol och till toalett
- att förflytta sig från rummet ut till dagrummet, till toalett med rullstol eller genom att själv gå med eller utan hjälp
  - skötsel av den personliga hygien
  - på- och avklädning
  - måltider.

Målsättningen är att patienterna uppmuntras att göra alla dessa aktiviteter så självständigt som möjligt. Största delen av patienterna kan aktivt delta i någon av de dagliga aktiviteterna. Detta att patienten deltar aktivt betyder att han/hon medverkar aningen helt självständigt, med lite hjälp eller gör rörelser på uppmaning. Speciellt patienter med minnesstörningar behöver ofta uppmanas att göra saker.

Till de dagliga rutinerna på avdelningarna hör att patienterna tvättar sig/tvättas, sköter toalettbesök, klär på sig/kläs på, sängen bäddas och måltiderna intas. Man eftersträvar att så många patienter som möjligt ska komma upp ur sängen varje dag. Allt detta tar tid och ju mer hjälpbehövande en patient är desto längre tid tar dessa aktiviteter, tid som kunde användas för andra uppgifter. Om patienten kan göra rörelser själv eller hjälpa till så mycket som möjligt frigörs tid för egenvårdaren att göra annat med patienten.

Av patienterna på avdelningarna kan en del hjälpa till vid vissa ADL-aktiviteter som t.ex. vid förflyttning i sängen, vända sig, sätta sig upp, från säng till stol och tillbaka till sängen (13/18), på- och avklädning (13/18), toalettbesök (9/18) samt skötsel av den personliga hygien (11/18). En del kan gå med stöd av en annan person eller med rollator eller Eva-motionsstol (12/18).

### **Patienternas kognitiva och psykosociala förmåga (bilaga II)**

Alla patienter har nytta av fysioterapi oberoende av diagnos och ålder. De patienter som inte lider av minnesstörningar eller har en lindrigare demensdiagnos kan bättre tillgodogöra sig fysioterapin då de aktivt kan samarbeta med fysioterapeuten. De förstår uppmaningar och instruktioner. Samarbetet fungerar effektivare ju bättre kognitiv och psykosocial förmåga patienten har. Patientens kognitiva förmåga innefattar intellektet, talet, tankeförmågan och minnet. Den psykosociala förmågan handlar om hur samspelet fungerar med andra människor.

Flera av de observerade patienterna led av någon form av minnesstörning (9/11 Forsby, 2/7 Stengårds). Humör, vakenhet, ork, talförmåga och koncentrationsförmåga kunde variera mycket från dag till dag. Generellt kan man säga att de patienter som fått extra fysioterapi var så pass pigga och vakna att de orkade med och hade nytta och glädje av fysioterapin.

De flesta patienter förstod tal och uppmaningar (15/18). Ungefär hälften kunde koncentrera sig och fokusera på det som skulle göras. Flera av patienterna talade otydligt och osammanhängande. Ju bättre vårdare och patient lär känna varandra desto bättre blir kommunikationen även om patienten inte talar så mycket och tydligt.

Med de patienter vars kommunikation är försämrad och där hörsel och syn är nedsatta kan personalen kommunicera med hjälp av kroppsspråk, miner, gester och beröring. Då patienten får individuell fysioterapi umgås han/hon med fysioterapeuten 30-45 minuter och under den tiden hinner de etablera kontakt och prata mycket.

Fysioterapeuten konstaterar att:

*Vårdarna har begränsat med tid varje dag och verkar inte hinna prata så mycket extra med patienterna.*

För personer med minnesstörningar är nyttan med de aktiverande övningarna inte enbart fysisk utan det handlar lika mycket om att träna minnet så att gamla invanda rörelsemönster inte glöms bort.

### 3.1.2 Funktioner som patienterna har svårt att klara av (bilaga 12 & 13)

Eftersom patienternas aktivitet varierar från dag till dag kunde det hända att förmågor som fungerade bra ena dagen inte alls fungerade nästa dag. Hög ålder och sjukdomsdiagnos påverkar och gör ADL-funktionerna långsammare och patienterna behöver uppmanas att göra många av rörelserna.

I vården kan man utgå ifrån att patienten har en potential att utvecklas och att upprätthålla sin aktivitet. Av observationsresultaten kunde utläsas att tretton (13/18) patienter kunde stödja på benen antingen genom att stå själva eller med stöd. De fjorton (14/18) patienter, som inte gjorde det, behövde hjälp vid förflyttning från sängen till stol eller till toaletten. Vid förflyttning av en patient som inte alls stöder på benen behöver egenvårdaren hjälp av en annan vårdare eller ett hjälpmedel. Ingen av de observerade patienterna klarade av att ta sig till toaletten på egen hand. Här behövde de antingen hjälp med att ta sig till toaletten, t.ex. gångstöd eller rullstol, eller så klarade de inte av att kontrollera blåsan eller tarmen och var beroende av blöjor. Fjorton (14/18) patienter klarade av att aktivt delta i av- och påklädningen på ett eller annat sätt. Av- och påklädning är tidskrävande både för patienten och för personalen. Fyra (4/18) patienter var helt beroende av hjälp. Vid tiden för observationerna behövde två (2/18) patienter matas vid måltiderna. Tio (10/18) patienter åt själva och sex (6/18) behövde hjälpas med maten eller glömde bort att äta och behövde uppmanas. Elva (11/18) patienter klarade delvis av att sköta den personliga hygienien själva, tvätta händerna, ansiktet och tänderna. Sju (7/18) patienter klarade inte av att tvätta sig. På grund av olika minnesstörningar hade flera av de observerade patienterna svårt att orientera sig i tid (10/18), i rum (8/18) och i person (8/18). Ca hälften av de observerade patienterna hade svårt att koncentrera sig (8/18) då de skulle utföra en aktivitet. Av de observerade patienterna hade åtta (8/18) nedsatt syn, fem (5/18) hade nedsatt hörsel. Dessa patienter använde glasögon eller hörapparat. Den nedsatta funktionen hindrade inte att de deltog i fysioterapin. Elva (11/18) förstod uppmaningar, tre (3/18) förstod inte uppmaningar och hos fyra (4/18) varierade förmågan beroende på det aktuella hälsotillståndet. När det gäller äldre i hög ålder är det svårt att skilja på vilka brister i funktionsförmågan som beror på sjukdomar och vilka som beror på det normala åldrandet. De problem, som förekommer vid t.ex. neurologiska sjukdomar där demens dominerar, hör även till det normala åldrandet.

### 3.1.3 Fysioterapeutens skriftliga dokumentation om patienterna

Föreningens fysioterapeut kan tyvärr inte göra anteckningar i patientjournalerna på grund av att hon inte hör till sjukhusens vårdpersonal. Hon gör däremot anteckningar i en egen mapp eller ett häfte. Fysioterapeutens dokumentation finns i avdelningarnas kansli. Anteckningarna i mappen/häftet har gjorts på både svenska och norska. Vid tiden för utredningen sköttes fysioterapin av en vikarie med norska som modersmål.



I mappen eller i häftet skriver fysioterapeuten en kort anamnes för varje patient och individuell målsättning med fysioterapin. Ett patientexempel. Målsättning för patient X:

- Upprätthållande av muskelstyrka och rörelseförmåga i armar och ben
- Gångträning så att hon åtminstone skulle kunna gå med rollator från säng till wc och tillbaka.

Anteckningar ur fysioterapihäftet om patient X:

13.08.08 *Trött, vill först inte jumpa men försökte. Liggande aktiv träning för ben och armar. Med rollator upp och stå. Gång ett varv i korridoren. Blev piggare av att träna, gick och vila i sängen efteråt innan lunch.*

11.2.09 *Gått i korridoren med rollator. Var med på stolgymnastik i grupp.*

11.3.09 *Jumpa i säng och på sängkanten. Promenad i korridoren. Hon är lite förvirrad i dag. Hon sitter vid bordet och vill stiga upp. Följer henne till säng, hon blir arg.*

18.03.09 *Rörelseträning för ben i säng. Kommer upp på sängkanten, promenera ut till bordet i korridoren - er lite yr - mår inte så bra seier hon. Lite senare: Mår bättre och promenerar en varv i korridor med en sittpaus.*

Till fysioterapeutens arbetssätt hör att efter varje besök skriva kommentarer om patienten i mappen/häftet, bl.a. vad de gjort tillsammans under dagens fysioterapi: Liggande aktiv rörelseträning för höger ben, både aktivt och passivt för vänster ben. Aktiv rörelseträning för armarna, vänster arm styv idag.

Anteckningar om eventuella framsteg eller problem:

*Blev trött i benen av att cykla.*

*Gjorde övningen bra på uppmaning.*

*Samarbetar bra men behöver hela tiden uppmuntras att orka göra övningarna.*

*Hon er på dåligt skick idag og beslutat med sköterska att fysioterapin avslutas.*

Anteckningar om patienten varit pigg, trött eller orolig:

*Kände igen mig då jag kom till avdelningen och frågade om vi skulle jumpa idag.*

*På dåligt humör, vet inte var hon är eller varför. Orolig över sina föräldrar och bror (alla döda). Slog bort min hand då jag försökte få henne att jumpa med benen.*

Anteckningar om patienten haft baddag:

*Hatt dusjdag idag og "magdag", hon föler lite trött. Träning i säng, aktivt högre sidan og passivt med manuell handledning ve. Sidan. Massage axlar og nakke.*

Anteckningar om hur långt patienten gått eller cyklat:

*Cykling med motomed 10 min, 1,5 km. Blev trött i benen av att cykla.*

*Gång 1/2 varv i korridoren.*

Anteckningar om man provat ett nytt hjälpmedel:

*Justerade rullstolen så att den är lägre.*

Även sjukhusets fysioterapeut kan skriva i häftet/mappen om hon har någonting att kommentera eller informera om patienterna. Också den information som föreningens

fysioterapeut har om patienten kan införas i patientjournalen av någon av avdelningens ordinarie personal.

Fysioterapeuten säger att egenvårdarna "gärna vill veta vad vi gjort och skriver in det i datasystemet", men konstaterar att eventuella brister i kommunikationen delvis kan bero på henne:

*När all information nuförtiden skrivs in på dator och jag inte har möjlighet att göra detta så går en del av informationen förbi. De flesta vet att jag skriver vad vi gjort på fysioterapin i ett häfte, men jag vet sedan inte hur många som sedan går och läser det.*

### 3.1.4 Erfarenheter av fysioterapin

Föreningens fysioterapeut förtydligar målsättningen med fysioterapin på avdelningarna på följande sätt:

*Med fysioterapin strävar vi efter att upprätthålla och förbättra patienternas rörelse- och funktionsförmåga. Målet är också att patienternas egen aktivitet skall bevaras så att de aktivt kan delta i de vardagliga sysslorna.*

Förutom den fysiska hälsodimensionen uppmärksammas även andra hälsodimensioner hos patienterna vid fysioterapin. Fysioterapeutens besök har en stor social betydelse då hon dessutom har tid att prata och umgås med patienterna.

*Under fysioterapin brukar jag prata mycket med patienterna och då upprätthåller de sin sociala kompetens genom att prata och diskutera med andra människor.*

Den här uppfattningen delas av avdelningssköterna:

*Patienter som inte är dementa pratar gärna och tycker det är skönt då någon rör vid dem, masserar dem eller ger dem uppmärksamhet. Även om den fysiska nyttan inte skulle vara så stor har det en stor psykosocial betydelse att någon ägnar patienten tid. Beröring är viktigt.*

I samband med t.ex. gångträning kommer patienterna ut ur det egna rummet och ser personal och andra patienter. I samband med grupp gymnastiken kommer patienten dessutom utanför den egna avdelningen. Fysioterapin ger närkontakt i form av beröring. Fysioterapeutens besök blir också en programpunkt i vardagen som normalt är rätt ensidig. Patienternas vardag är enahanda och tiden blir lång då det inte händer så mycket. Om dagsrutinerna enbart fokuserar på fysisk omvårdnad förlorar patienten lätt känslan och bilden av vem hon är. Ökad passivitet leder även lätt till depressioner.

Enligt fysioterapeuten:

*blir patienterna ofta gladare och på bättre humör under och efter fysioterapin. Jag har upplevt att mitt besök hör till en av veckans höjdpunkter för en del patienter eftersom dagarna annars ser så lika ut.*

*Patienter som har en tendens att ropa mycket och vara oroliga har jag märkt att kan vara lugnare en tid efter att de haft fysioterapi.*

Fysioterapeuten ser nyttan av fysioterapin i resultaten:

*Patienten har lättare att stiga upp och förflytta sig, gångsträcken blir längre och*

*rörligheten i lederna blir bättre. Den psykiska nyttan upplever hon som mycket viktig, speciellt för dem som inte lider av någon minnesstörning. Hon upplever att patienterna ofta blir gladare och på bättre humör under och efter fysioterapin. De som är oroliga kan också lugna ner sig.*

Den sociala nyttan ser fysioterapeuten i det att patienten kommer upp ur sin säng och ut ur rummet och därmed har möjlighet att träffa andra på avdelningen. Både avdelningsskötarna och fysioterapeuterna ansåg att alla patienter på hälsocentralens långvårdsavdelningar har nytta av fysioterapi. Fysioterapeuten anser att:

*alla långvårdspatienter borde få regelbunden fysioterapi för att rörligheten i deras leder och muskelstyrkan skulle upprätthållas (och gärna förbättras). Ökad rörlighet underlättar även vårdarnas arbete och minskar risken för kontrakturer. Eftersom tiden på en långvårdsavdelning ofta blir rätt lång är detta även ett avbrott i vardagen. Livsglädjen blir förhoppningsvis större för patienten om hon/han ser resultat av fysioterapin och märker att hon/han blir bättre. En långvårdsavdelning är ofta det sista stället för patienterna och då är det roligt om man kan göra något för att göra patienternas sista tid i livet så glädjefyllt som möjligt.*

### **Egenvårdarnas uppfattning om hur fysioterapin fungerar på avdelningen**

Egenvårdarna samarbetar gärna med föreningens fysioterapeut men upplever att de inte hinner göra det tillräckligt. De vill gärna ha hjälp i frågor som berör vården av patienten men också i frågor som berör deras egna arbetsmetoder, ergonomi och hjälpmedel. Om hjälpmedlen inte används hela tiden glömmer vårdpersonalen lätt bort att de finns och hur de används. Egenvårdarna ser gärna att föreningens fysioterapeut är tillgänglig på avdelningen samt att hon handleder och utbildar.

*Det har varit bra då man blivit visad hur man skall göra med patienten för att hon skall göra mera själv.*

*Uppdatering och skolning av personalen är viktigt. Det räcker inte med det man lärde sig i skolan för 4 år sedan.*

*Fysioterapeuten har en stor uppgift då det gäller att motivera personalen att bl.a. gångträna med de patienter som klarar av det.*

Egenvårdarna ser fördelar med fysioterapin:

*Min patient blir inte bättre men hon stelnar inte till så mycket. Har då lättare att göra de dagliga sysslorna.*

*Min patient har gått mycket framåt tack vare fysioterapin.*

*I och med att fysioterapeuten kommer regelbundet är det bra för patienterna. Mest nytta har de patienter som är uppe och rör på sig, t.ex. går. För de sängliggande patienterna är det bra med rörelser och att man kollar liggställningar för att förhindra felställningar.*

*Patienten slutar fungera fysiskt om de inte rör på sig.*

Det finns egenvårdare som inte ser nyttan med fysioterapin varken för patienten eller för det egna arbetet:

*Vet inte så noga vad fysioterapeuten gör. Vet inte vad hon kunde göra med min patient. (Hjärnskada, förlamning).*

*Kan inte säga. Vet inte vilken nytta min patient skulle ha med den diagnos hon har. (Demens)*

*Min patient behöver bara promenadhjälp och till det behövs ingen fysioterapeut.*

Den allmänna uppfattningen bland egenvårdarna var ändå att det är bra att föreningens fysioterapeut kommer till avdelningen och att patienterna får fysioterapi.

De flesta egenvårdare tyckte att det är positivt att fysioterapeuten sköter om gångträningen. Det garanterar att gångträningen blir mera regelbunden och mera effektiv. Egenvårdarna hinner inte alltid göra det regelbundet trots att de patienter som behöver hjälp med t.ex. promenaderna skulle ha nytta av det.

*Jag vet att fysioterapeuten kommer regelbundet och det tror jag att är viktigt för de här patienterna då de inte kan röra sig så mycket självständigt.*

Av intervju svaren kan utläsas att patientens funktionsförmåga och hälsa främjas av fysioterapi på många olika sätt. Med sängliggande patienter, som har multipla sjukdomar och därmed en komplex sjukdomsbild, gör fysioterapeuten rörelser som upprätthåller rörligheten i lederna och förhindrar kontrakturer, d.v.s, felställningar i lederna. "Patienten stelnar inte till" var en vanlig kommentar under intervjun.

Den tid, 30-45 minuter, som fysioterapeuten ägnar åt patienten, kommenterades av en egenvårdare på följande sätt:

*Fysioterapeuten jobbar individuellt med patienten och det har en stor betydelse då patienten får den uppmärksamheten någon gång i veckan.*

Flera egenvårdare lyfte fram betydelsen av att fysioterapeuten låter patienterna aktivt göra rörelser och påminner dem om att göra sådana rörelser som används i de ADL-funktioner som utförs i vårdsituationen. För patienter med minnesstörningar är det bra med olika rörelseövningar som tränar den dagliga ADL-förmågan så att de "inte glömmer bort hur man gör" framhöll en egenvårdare. Genom att t.ex. föra handen över håret bakåt mot nacken övar patienten dels att kamma håret och dels att upprätthålla rörligheten i axelleden.

*De dementa glömmer bort hur man gör saker om de inte övar - äta, tvätta sig, resa sig upp etc.*

### 3.1.5 Patienter som bedöms ha det största behovet av att aktiveras

Antalet patienter som fick fysioterapi på Forsby och Stengårds sjukhus, under den tid observationerna gjordes i mars 2009, var arton (18). På Forsby fick elva (11) patienter och på Stengårds sju (7) patienter fysioterapi. Det är i första hand de som bedöms ha det största behovet av att aktiveras som får fysioterapi. En av avdelningsskötarna säger att behovet är "hur stort som helst" och fysioterapeuten säger att "alla skulle ha nytta av fysioterapi". Men då resurserna är begränsade får avdelningarna göra prioriteringar. Fysioterapeuten hinner arbeta med 6-10 patienter per dag beroende på hur lång tid hon ägnar varje patient. Avdelningsskötaren och egenvårdaren föreslår patienter, som kunde aktiveras av fysioterapeuten.

*Personalen diskuterar med föreningens fysioterapeut om patienter som de upplever kunde ha nytta av fysioterapi. Läkaren diskuterar gärna eventuella behandlingar med henne.*

Vid tiden för observationerna var majoriteten av de patienter som fick fysioterapi så pass pigga och vakna att de orkade med fysioterapin. Hälsotillståndet varierade dock från dag till dag. Vissa dagar orkade de inte vara aktiva tillsammans med fysioterapeuten då hon besökte avdelningarna.

*Sovit hela förmiddagen, inte haft lunch. Ingen träning.*

## 3.2 Fysioterapi och patienter i långtidsvård

I boken "Medicinsk rehabilitering" (Höök, 1988:456) sammanfattar Aniansson, Mellström och Rundgren kapitlet Geriatrisk rehabilitering på följande sätt:

*Det finns goda förutsättningar för att man genom lämpliga åtgärder kan åstadkomma en reaktivering och en förbättring av den allmänna konditionen hos äldre. Särskilt hos individer med små marginaler är detta viktigt eftersom dessa personer ofta avlastas i sina dagliga aktiviteter av social- och sjukvårdspersonal. Förbättring av styrka och kondition skulle vara av stor betydelse för det allmänna hälsotillståndet och för ADL-kapaciteten hos de äldre.*

I och med intagning för vård minskar en människas fysiska och sociala rörlighet. Redan en kortvarig inaktivitet påverkar kroppen negativt. Därför är det viktigt att stimulera patienterna på en vårdavdelning till regelbunden fysisk aktivitet. Minskad fysisk aktivitet försämrar muskelstyrkan och konditionen samt gör lederna stelare. Detta kan i sin tur leda till att patienten blir passiv, kraftlös, nedstämd, deprimerad samt tappar tron på sig själv, sina möjligheter och sin förmåga att klara av saker. Detta ökar belastningen på vårdpersonalen. En funktionsnedsättning kan, förutom på ett normalt åldrande eller brist på fysisk aktivitet, också bero på sjukdom. Det är vanligt att patienter som intas på en vårdavdelning har drabbats av sjukdomar som orsakar minnesstörningar. I och med det kan patienten få svårt att klara av ADL-funktioner, patienten glömmer hur man gör saker.

## Följder av fysisk inaktivitet hos patienter i långtidsvård

**Leder:** Alltför liten fysisk belastning kan orsaka förändringar i brosket i lederna. Dessa förändringar i form av sprickor och ojämnheter ger ökad friktion, stelhet och smärtor som i sin tur leder till ytterligare minskad fysisk aktivitet. För att hålla igång ledemas funktion rekommenderas i allmänhet regelbundna promenader minst tre gånger per vecka och minst en halv timme per gång.

**Skelettet:** Från 40-årsåldern förlorar kvinnorna ca 1 % och männen ca 0,5 % av skelettets ursprungsvikt per år. Under en bestämd period av livet, menopausen, förlorar kvinnorna 5-6 % av benmineralen per år. En snabb förlust av benmineral kan ses hos sängliggande personer som inte belastar kroppen dagligen. Risken för benskörhetsfrakturer är vanligare hos personer som är fysiskt inaktiva än hos personer som är fysiskt aktiva.

**Muskler:** Muskelstyrkan minskar från 40- till 80-årsåldern med ca 50 %. Detta beror delvis på att muskelmassan minskar men delvis också på minskad fysisk aktivitet. Med regelbunden fysisk aktivitet, såsom gångträning och olika gymnastikövningar, kan människan bibehålla styrkan och koordinationsförmågan i musklerna och också förbättra dessa. Att träna musklerna förbättrar kroppskänningen och balansen vilket minskar risken för fallolyckor. En god kroppskänning ger patienter möjlighet att bättre klara av de dagliga aktiviteterna. (Höök, 1988)

## Sjukhusets resursering av egen fysioterapi

Sjukhusets fysioterapeut gör en rehabiliteringsplan och en bedömning av rehabiliteringsbehovet för varje ny patient som kommer till avdelningen. Om patienten behöver hjälpmedel såsom rollator, rullstol, m.m. prövar sjukhusets fysioterapeut fram det rätta hjälpmedlet. Sjukhusets fysioterapeut ger individuell fysioterapi och grupp gymnastik. Individuell fysioterapi ges främst de patienter som anses vara så rehabiliterbara att de eventuellt kan flytta till annat boende. Egenvårdaren för patienten till grupp gymnastiken. Beroende på patienterna ordnar också föreningens fysioterapeut grupp gymnastik. Under den tid observationerna gjordes förekom dock ingen grupp gymnastik.

### 3.2.1 Låt den äldre göra så mycket som möjligt själv

Då patienten intas för vård förändras hans/hennes livssituation. Risken finns att han/hon tappar motivationen till att självständigt klara av ADL-funktioner och överlämnar mer och mer till vårdpersonalen. Minskad fysisk aktivitet försämrar muskelstyrkan och gör lederna stelare. Då patienten tränar muskelstyrka förbättras bl.a. balansen och risken för fallolyckor minskar. En vanlig följd av fallolyckor är benbrott vilka leder till att många patienter blir sängliggande och därmed ökar vårdbehovet. Att arbeta rehabiliteringsinriktat är att låta patienten göra så mycket som möjligt själv.

Största delen av egenvårdarna ser klara fördelar med att fysioterapeuten aktiverar patienterna.

*Patienterna slutar fungera fysiskt om de inte rör sig. Allt man gör som förhindrar att patienten stelnar till underlättar vårt jobb.*

*Fysioterapeuten visar och berättar. Jag försöker så gott jag kan. Man är själv mer försiktig och pressar inte patienten till så goda prestationer som fysioterapeuten gör.*

Två egenvårdare såg inte någon nytta med fysioterapin för patienter med minnesstörningar. Att fysioterapeuten kommer regelbundet två (2) dagar i veckan garanterar enligt egenvårdarna att patienterna aktiveras regelbundet. Själva hinner de inte dagligen göra det.

*I och med att fysioterapeuten kommer regelbundet är det bra för patienten.*

*Det är positivt att fysioterapeuten kommer. När patienten gärna vill gå men vi inte har tid är det bra att någon kommer och gör det.*

### 3.3 Fysioterapi och vårdarbete

Vårdpersonalen strävar efter att hjälpa patienterna att klara sig så självständigt och så tryggt som möjligt i det dagliga livet på avdelningen. Enligt fysioterapeuten vänder sig en del vårdare till henne för att få handledning och råd i ett rehabiliterande arbetssätt.

*En del har blivit vana med vilka dagar och tider jag kommer och ser till att deras patient är klar för träning. En del frågar vad de kan göra för att aktivera patienten den tid då jag inte är på avdelningen. De vill också veta vad vi gjort och skriver in det i datasystemet.*

*En del vårdare verkar vara stressade och har inte tid att diskutera.*

*Andra tycker kanske att jag får göra mitt jobb sedan när de gjort sitt.*

*Ibland känns det lite som man stör dem när man vill fråga något om en patient.*

*Det gör i alla fall mig glad när egenvårdaren eller vårdare kommer och säger att patienten nu har blivit bättre på något och att även vårdarens arbete underlättats av detta.*

Egenvårdarna uppger sig vara intresserade av att aktivera patienterna. På frågan hur intresserade de är och hur mycket de hinner aktivera patienterna svarar de:

*Jag är jätteintresserad om jag bara hade tid. Allt man gör som förhindrar att patienten stelnar till underlättar vårt jobb.*

*Klienten vill göra saker själv och jag uppmuntrar henne till det. Jag finns med men ser till att hon gör själv allt det hon klarar av. Jag är närvarande och övervakar.*

*Jag är intresserad men tiden räcker inte alltid till. Det beror på hur mycket personal vi har på plats.*

Fysioterapeuten arbetar på avdelningen fyra timmar per gång och då har egenvårdarna möjlighet att konsultera henne. De ber om råd både gällande patienterna och hjälpmedel men också gällande egna arbetsmetoder och ergonomi. Fysioterapeutens uppgift är förutom den egentliga rehabiliteringen att handleda personalen. Det är viktigt att samarbetet mellan fysioterapeuten och egenvårdarna bygger på ömsesidig respekt.

På det ena sjukhuset ansåg avdelningssköterskan att det räcker att fysioterapeuten besöker sjukhuset två dagar i veckan:

*Patienterna orkar inte så mycket mera.*

Samtidigt konstaterar hon:

*Om fysioterapeuten kom flera gånger i veckan kunde fler patienter ha nytta av besöken. Dessutom kunde en del patienter som får fysioterapi få flera gånger i veckan.*

På det andra sjukhuset ansåg avdelningsskötaren att två dagar i veckan inte räcker till:  
*Behovet är hur stort som helst. Mer eller mindre alla patienter skulle ha nytta av fysioterapi. Men vi är tacksamma för det vi får, det fyller klart ett behov.*

Föreningens fysioterapeut anser att:

*Alla långvårdspatienter skulle vara i behov av regelbunden fysioterapi för att rörligheten i deras leder och muskelstyrkan skulle upprätthållas. Nu har det mest varit de aktiva som fått fysioterapi, de som ännu kan komma upp och röra på sig. Men även de som ligger skulle vara i behov av rörelseträning, även passiv, för att förebygga kontrakturer.*

Av tretton (13) egenvårdare visade sju (7) intresse för att aktivera patienterna mera, speciellt de dagar avdelningen inte besöks av fysioterapeuten. Cirka hälften, dvs. sex (6/13), upplevde att de hann aktivera patienten under själva vårdarbetet. De ansåg att de gav patienten tid och möjlighet att själv aktivt utföra ADL-funktionerna. Sju (7/13) upplevde däremot att de inte hann aktivera patienten så ofta som de skulle vilja eller så mycket som de upplevde att patienten skulle ha nytta av.

Angående intresse och tid svarade en egenvårdare:

*Alla dagar hinna jag inte. Jag har också en vuxenstuderande som jag skall instruera dagligen och det tar mycket tid. Egentligen tar det inte så mycket tid med rörelserna men man borde få det naturligt in i det dagliga arbetet.*

Egenvårdarna framförde också önskemål om samarbetet med fysioterapeuten.

*Fysioterapeuten har en stor uppgift då det gäller att motivera personalen att bl.a. gångträna med de patienter som klarar av det.*

*Ja, visst kunde man utveckla och öka samarbetet. Få tips om hjälpmedel.*

Uppdatering och utbildning av personalen är viktig. Det räcker inte med det man lärt sig i skolan för 4 år sedan.

Fysioterapeuten beskriver sin erfarenhet av kontakten med egenvårdarna så här:

*En del vårdare brukar fråga hur jag gör för att få upp en patient ur sängen.*

*På Stengårds så har sjukhusets fysioterapeut haft hand om ergonomisk utbildning och ofta varit med på avdelningsmöten så de frågar oftare ergonomiska råd av henne. På Forsby har jag någon gång visat ergonomiska arbetsmetoder. På Forsby har flera i personalen frågat efter råd för hur man kan sköta egna besvär, t.ex. knäproblem, smärta i nacke och axlar.*

*En tid höll jag pausgymnastik på båda avdelningarna, vilket uppskattades av en del i personalen, men detta avslutades sedan för ingen verkade ha tid att delta.*



### 3.4 Långvårdspatienter och vård på eget språk

Inger Westerlund & Brita Pawli

Vid den tid då intervjuerna och observationerna gjordes hade sjutton (17) patienter av arton (18) svenska som modersmål. En patient hade finska som modersmål, men förstod svenska bra. Av de intervjuade egenvårdarna hade fyra (4) av åtta (8) svenska som modersmål på Forsby sjukhus. På Stengårds sjukhus hade två (2) av fem (5) egenvårdare svenska som modersmål. Det betyder att av det totala antalet egenvårdare, dvs fjorton (14), hade sju (7) finska som modersmål förutom en som varken hade svenska eller finska som modersmål men som talade en god svenska.

De egenvårdare, som hade svenska som modersmål (s), ansåg alla att det är viktigt att vårdpersonalen talar svenska med patienterna och att patienterna får vård på sitt modersmål svenska.

*Modersmålet är viktigt. Det handlar inte bara om att tala det nödvändigaste. Om man kan sjunga sånger, läsa och känner till den svenska kulturen har det ett mervärde för patienten (s).*

*Det har jättestor betydelse. En finskspråkig förstår kanske inte alltid nyansskillnader (s).*

*Ja, det är viktigt. Även om alla förstår finska tror jag det fungerar bättre om vården ges på modersmålet (s).*

*Inom vården tycker jag det är viktigt att patienten och vårdare förstår varandra. Modersmålet är det som finns längst kvar i minnet, orden känns bekanta (s).*

*Jätteviktigt. Skulle fysioterapeuten tala enbart finska skulle många patienter inte kunna ta till sig behandlingen. Då patienterna blir äldre tappar de ofta det andra inhemska språket, i detta fall finskan (s).*

Egenvårdare med finska som modersmål (f) hade en betydligt komplexare syn på sina patienter och vård på eget språk.

*Då alla patienter kan finska är det inte så viktigt. Jag har klarat mig bra här i 22 år. Jag klarar av det viktigaste på svenska (f).*

*Jag tror att det skulle fungera bra också om personalen talade finska.*

*Men visst är modersmålet viktigt (f).*

*Många patienter förstår både finska och svenska, men modersmålet är viktigt (f).*

Komplexiteten kan uttryckas på följande sätt. Egenvårdare med finska som modersmål betonade inte lika starkt som egenvårdare med svenska som modersmål språkets betydelse i vården. De ansåg att kommunikationen med patienterna fungerar bra även om vårdpersonalen talar finska med svenskspråkiga patienter. Utsagorna förankrade de i sina erfarenheter av att svenskspråkiga patienter är tvåspråkiga, de både förstår och talar finska. Samtidigt lyfte de fram modersmålet betydelse.

Dessa inbördes motsättningar i utsagorna väcker oro.

Enligt avdelningsskötarna klarar sig den ordinarie vårdpersonalen tillfredsställande bra på svenska. På vardera avdelningen hade endast en egenvårdare bristfälliga kunskaper i svenska. Problem uppstår då man ska anställa vikarier. Det är svårt att få tag på svenskspråkiga vikarier eller vikarier som kan svenska. Anställning av vårdpersonal och vikarier utan kunskaper i svenska strider mot patienternas språkliga rättigheter. Att kränka äldre patienternas språkliga rättigheter är på inget sätt försvarbart.

Om det är en allmänt utbredd uppfattning bland professionell finskspråkig vårdpersonal att "svenskspråkiga patienter förstår både finska och svenska" är språket i vården ett spänningsfält av godtyckliga prioriteringar. Så får det inte vara. Det är här insatser borde sättas in för att få förändring till stånd. Det är inte nödvändigt att vårdare har svenska som modersmål men de ska definitivt ha goda kunskaper i svenska språket. Det behövs empati och emotionell förståelse för detta både hos dem som fördelar resurser och hos dem som organiserar arbetet. Den egenvårdare som varken hade svenska eller finska som modersmål, men som talade bra svenska ansåg att "det kan inte fungera om patient och personal inte talar samma språk!" Hon hade insikt om att språket är en trygghetsfaktor i vården. Hon hade kulturell sensitivitet och förståelse.

### 3.4.1 Verbalt beteende och verbal aktivitet

Fysioterapeuten hade följande situationsspecifika erfarenhet:

*Jag har flera gånger upplevt att patienter klassas som besvärliga och motsträviga vid förflyttningar och under vardagliga sysslor, de spänner emot, blir stela och besvärliga, medan orsaken just varit att patienten inte förstått vad som händer eller ska göras för att det sagts på ett annat språk. En del patienter kan få extra medicin just för att de verkar så besvärliga men orsaken är att de kanske inte förstår vad som ska ske.*

Upplevelsen av att vara i språkligt underläge kan utlösa ett beteende som kan tolkas som motsträvigt och svårt att hantera eller som bristande vilja till samarbete. Som verbalt beteende innefattas i behavioural and psychiatric problems of dementia, BPSD, verbal aggression, utagerande beteende, hämningslöst språk, rastlöshet, oro, skrik, uppreparande av ord, gnyende m.m. BPSD är patienters sätt att göra motstånd och försvara sig i "situationen för stunden" såsom de upplever den. En av orsakerna till verbalt beteende kan finnas i samspelet mellan patient och hans/hennes omgivning. Det kan gälla brister i den språkliga interaktionen, att tonvikten läggs på den fysiska omvårdnaden m.m. En annan orsak till BSD kan vara dysfunktion. (Edberg, 2002:121-126)

Verbal aktivitet, dvs. talförmågan, förmågan att förstå tal och uttrycka sig, försvagas dels på grund av ålder men även på grund av sjukdom. Patienter med kraftigt inskränkt och nedsatt språklig funktion har svårigheter både att göra sig förstådda och/eller att förstå tal riktat till dem. När inlärd kunskap i det andra inhemska språket går förlorad blir modersmålet allt viktigare. Att kommunicera med äldre svenskspråkiga patienter på finska kan vara en utlösande faktor för BPSD.

Både avdelningssköterna och egenvårdare lyfte fram språkets betydelse i vården av patienter med diagnosen demens.

*Kontakten blir klart bättre om vårdaren talar patientens språk.*

*Språket är väldigt viktigt.*

*Dementa patienter talar inte alls om språket är främmande.*

*Modersmålet är viktigt speciellt för de dementa (s).*

*Det är viktigt med modersmålet, speciellt för de dementa (f).*

Vårdare med svenska som modersmål förstår otvetydigt tal lättare och har lättare att uttrycka sig nyanserat och emotionellt samt att tolka kulturella koder. Att läsa in situationen och tolka de signaler och budskap, som patienter med gravt nedsatt språklig funktion uttrycker via verbalt beteende, blir av betydelse i rehabiliterande samspejsituationer. Enligt avdelningssköterna har vårdpersonalen med åren utvecklat vårdmetoder som gör att vårdarbetet löper och att samspelet mellan vårdare och patient fungerar, även om egenvårdarnas svenska inte är så stark. Utsagan "att sjunga, läsa och känna till den svenska kulturen" är en metod att både stärka och öka patienters verbala aktivitet. Språklig ADL-aktivitet med utgångspunkt i finlandssvensk kultur stimulerar och tillför patienten ett mervärde genom att ord, ramsor och melodier känns bekanta. God språklig ADL-aktivitet hjälper den äldre till ny språklig identitet när den gamla inte längre låter sig återskapas. God rehabiliterande vård ser individen i patienten och jämför individ och ADL-förmåga.

Det innebär att som egenvårdare arbeta patientcentrerat och helhetsmässigt. "Mjukt tonfall", som förmedlar omtänksamhet, vänlighet och respekt, är en annan metod att främja dementa patienters verbala aktivitet (Edberg 2002:18).

### 3.4.2 Rätt till vård på eget språk

Språket går utöver det verbala genom den emotionella dimensionen (SHM 2001:2:11).

Målsättningen på de svenska avdelningarna på Forsby och Stengårds sjukhus i Helsingfors är att så mycket som möjligt görs på svenska i den direkta kontakten med patienten. Att använda finska i kommunikationen med svenskspråkiga patienter och motivera det med att patienterna förstår finska är kränkande. Det kränker de äldres självklara och lagliga rätt till rehabiliterande vård på eget språk, vilket uppmärksammats av staden via det sätt på vilket institutionell långtidsvård är organiserad.

Dagens kritik mot långtidsvård på institution handlar bland annat om vård på eget språk, som "ofta sker på personalens villkor och majoritetens språk" (SHM. 2001:2:81).

Då svenskspråkiga patienter inte blir bemötta på sitt modersmål kan det vara vårdpersonalens förhållningssätt som det brister i. De allra äldsta har olika individuella kompetenser och olika kvarvarande ADL-förmågor. Svenskspråkiga äldre är särskilt utsatta. Därför är det extra viktigt att de blir individuellt bemötta och bejakade.

Att kommunicera med svenskspråkiga patienter på finska står inte i samklang med

gott yrkesutövande. Vårdare med svaga kunskaper i svenska måste ses som en riskfaktor inom rehabiliterande svensk långtidsvård för äldre. Det är av stor betydelse att vårdarnas språkkompetens uppmärksammas och utvärderas kontinuerligt.

Sjukdom och hög ålder kan gravt handikappa en människa. Äldre med bristande språklig kompetens i modersmålet eller äldre vars kunskaper i andra inhemska språket gått förlorade är handikappade i språkligt avseende. När tidigare språklig identitet inte längre låter sig återskapas, ingår det i god yrkeskompetens att hjälpa den äldre till en ny, språklig identitet. I god yrkeskompetens ingår även att försvara patientens rätt att uttrycka sig på sitt eget språk. Patienter som signalerar språkligt illabefinnande och språkligt vårdlidande måste uppmärksammas och brister i den rehabiliterande vården innefattande ADL-aktiviteter som utlöser BPSD måste åtgärdas då det uppdragas. Dyliga missförhållanden är inte förenliga med god yrkesutövning och gerontologisk sakkunskap. Språklig aktivitet hos äldre patienter stärks i deras egen språk- och kulturmiljö och språkligt välbefinnande upplevs i en miljö som visar förståelse, tolerans och respekt för språkminoriteters behov i vardagen.

I Sverige har behov av service på finska vuxit fram. Många av de finländare med finska som modersmål som emigrerade till Sverige i slutet av 1960-talet, har fortsättningsvis bristande kunskaper i svenska språket. Behovet av service på finska lär vara störst inom äldreomsorgen. I många kommuner med en stor finsk minoritet har det inrättats demensboenden med finsk inriktning och inom hemtjänsten har team som talar finska skapats. Det uttalade målet är att det alltid ska finnas någon till hands, också nattetid, som talar finska i vårdteamen. (HBL. 26.II.2009:20-21).

#### Referenser:

- Edberg, Anna-Lena (red.). 2002. Att möta personer med demens. Studentlitteratur.  
Fysioterapeutens skriftliga dokumentation. Forsby och Stengårds svenskspråkiga avdelningar. Helsingfors stads hälsocentralsjukhus.  
Hufvudstadsbladet. 26.II.2009:20-21. Service på finska växer fram i Mälardalen.  
Höök O. 1988. Medicinsk rehabilitering. Nordstedts Förlag. Stockholm.  
Justitieministeriet. 2004. Språklagen 1.1.2004. www.jm.fi  
Lukkarinen, Margit. Vård på eget språk. Helsingfors. 2001:2.  
Social- och hälsovårdsministeriets publikationer.  
Silfverberg, Gunilla (red.). 2007. Hemmets vårdetik. Om vård av äldre i livets slutskede. Studentlitteratur.

## 4 Resultatanalys

Med hänvisning till målsättningen för de svenskspråkiga avdelningarna vid Forsby och Stengårds sjukhus “att så mycket som möjligt görs på svenska i den direkta kontakten med patienterna” väcker de inbördes motsättningarna i egenvårdarnas utsagor om språkets betydelse i vården stark oro. “Jag tror att det skulle fungera bra också om personalen talade finska. Men visst är modersmålet viktigt.” Utsagorna bekräftar att vård på eget språk är problematisk och ofta produceras “på personalens villkor och majoritetens språk” (SI-IM. 2001:2:81).

### 4.1 Språkligt och kulturellt välbefinnande

*Brita Pawli*

Det handlar inte bara om grundlagsenlig rätt till eget språk utan även om den äldre patientens rätt till kultur och identitet. Som patient förlorar den äldre lätt sin unikheter som en individ med eget språk. Med förlorad identitet avtrubbas även språket.

Äldre, som inte hör sitt eget språk och som inte får besök utan glöms bort av anhöriga, krymper snabbt som unika personer. En äldre med förkrympt personlighet, försvagad identitet och bristande uttrycksförmåga i sitt eget språk ses inte mera som ett subjekt utan objektiveras. Med objektiveringen av den äldre avtrubbas även kommunikationen mellan vårdare och patient. Personlighet och språk är något dynamiskt, något som kräver kontinuerlig näring för att hållas levande.

Det är inte nödvändigt att vårdare har svenska som modersmål men de ska definitivt ha goda kunskaper i svenska språket. En vårdare som kan kommunicera med patienterna på patientens modersmål har lättare att förstå otydligt tal och kan lättare uttrycka sig varierande. Att kommunicera med äldre svenskspråkiga patienter på finska kan vara en utlösande faktor för BPSD, behavioural and psychiatric problems of dementia. För vårdpersonal med goda insikter i gerontologisk faktakunskap borde det vara en självklarhet att försvara de äldres rätt att få uttrycka sig på sitt eget språk i vården. Att kränka äldre patienters rätt till eget språk och egen kultur är på inget sätt försvarbart. Det strider mot Finlands grundlag (2000.2 kap.17 §) och kan inte kvitteras med att “då alla patienter kan finska är det inte så viktigt”.

Den egenvårdare som varken hade svenska eller finska som modersmål men som talade en god svenska uttalade följande insiktsfulla och kultursensitiva oro: “Det kan inte fungera om patient och personal inte talar samma språk”.

Det krävs kunskap för att förstå att språket är en identitetsfaktor. Det krävs insikt för att se språket som en trygghetsfaktor. Det krävs respekt för livet och aktning för människovärdet för att se de äldres behov av språklig och kulturell stimulans inom långtidsvården. Därför är det så viktigt att satsa på välutbildad vårdpersonal, som kan de äldres språk, och att sammanföra denna språkkunniga vårdpersonal med svenskspråkiga patienter.

Som ett led i skyddandet av de nationella minoriteterna i Sverige har lagliga rättigheter tilldelats finska språket som räknas till ett historiskt minoritetsspråk i Sverige.

De språkliga rättigheterna innefattar bl.a. rätt att använda finska i kontakterna med myndigheter. Aldre med finsk bakgrund har rätt till finskspråkig äldreomsorg innefattande demensvård och hemtjänstservice på finska.

*När man blir äldre är det ofta finskan som tar över, särskilt för den som blir demens. När det gör ont är det lättare att förklara på finska. (HBL 26.11.2009:20-21)*

## 4.2 Rörlighet en rättighet också för de allra äldsta

*Inger Westerlund & Inger Östergård*

För de flesta patienter är individuell, rehabiliterande fysioterapi bäst. Fysioterapeuten gör rörelser i den takt som passar patienten och beaktar patientens hälsotillstånd och sinnesstämning den aktuella dagen. För patienter, som är pigga, orienterade och har bra syn och hörsel är grupp gymnastik en aktivitet där patienterna träffar andra patienter och gör något tillsammans. Förutom fysisk träning får patienterna träna sina kognitiva förmågor då de bl.a. ska se, höra, koncentrera sig, förstå instruktioner samt eventuellt kommunicera och samarbeta med andra.

Att ordna grupp gymnastik för patienter som lider av demens eller annan minnesstörningssjukdom är mera krävande. Patienter med minnesstörningar har svårt att fungera självständigt i grupp. Patienter med nedsatt hörsel eller syn, vilket många långvårdspatienter lider av, har även svårare att delta. För att även dessa patienter ska kunna delta i grupp gymnastik krävs det att egenvårdaren är närvarande och hjälper patienten när det behövs. Här kan man med fördel ta hjälp av studerande när de finns på avdelningen. Om grupp gymnastiken sker utanför den egna avdelningen är det också ett stimulerande avbrott i vardagen att få komma ut och se annat än den egna avdelningen.

I den nya hälsovårdslag, som är under beredning, borde vårdpersonaltätheten för vården av äldre patienter på institution definieras. I vårdteamet för äldre borde även ergoterapeuter ingå. En tidig rehabilitering ger ökad livskvalitet.

Inom ramen för ikraftvarande förordningar räknas både städ- och administrativ personal till den personal som arbetar med patienterna. Idag är en vårdpersonaltäthet på 0,6 per patient ett minimum. Om denna siffra innefattar både städ- och kanslipersonal blir inte sjukskötarens och närvårdarnas antal på avdelningarna särskilt stort. Har avdelningen en för liten vårdpersonalstyrka i förhållande till patienternas vårdbehov leder detta till stress och vantrivsel hos vårdpersonalen. Detta leder i sin tur till att de inte hinner ge patienterna den vård som de behöver. Kravet på det som vårdpersonalen kan ge och det som patienterna har behov av blir för stort. Vårdpersonalen orkar inte utan byter arbete.

Inom utbildningen av sjukskötare och närvårdare borde begreppet rehabiliterande vård och ett rehabiliterande förhållningssätt ha en mycket starkare framtoning än vad som nu är fallet. Inom utbildningen borde den dagliga träningen av ADL-funktionerna hos alla patienter betonas. Det handlar om attitydförändringar bland studerande och hos människor i allmänhet men också om okunskap. Alla inser betydelsen av att en arm- eller benopererad patient får rehabilitering men få inser att en patient med demensdiagnos också behöver rehabiliterande vård. Många anser i dag att det inte löner sig

att rehabilitera de allra äldsta och att det blir för dyrt trots att det ger den äldre ökat välbefinnande och ökad trivsel i vardagen.

På de flesta hälsocentraler i våra nordiska grannländer ingår både ergoterapeut och fysioterapeut i vårdteamet. När teamet gör upp vårdplanen för en ny patient beaktar de patientens ADL-förmåga och vilka ADL-funktioner som måste förstärkas. Alla i teamet arbetar mot samma mål och patienten blir inte på samma sätt sängliggande som ofta är fallet i vårt land. Om teamet målmedvetet går in för att alla patienter ska stiga upp och göra vad de kan självständigt och personalen hjälper i det som patienten inte själv klarar av leder detta till ett rehabiliterande förhållningssätt. Alla arbetar på samma sätt oberoende av profession. Vårdpersonalstyrkan på avdelningarna är högre i våra nordiska grannländer än i vårt land och vårdtiderna kortare.

Rehabiliteringen av äldre borde få mera resurser och synlighet i samhället än vad som nu är fallet. Att göra i grupp och träffa andra motverkar känslan av ensamhet som är ett vanligt problem hos äldre. En attitydförändring behövs för att inse att det inte är endast unga och friska som behöver röra på sig utan att alla har nytta av rehabilitering. Det är aldrig för sent.

### **4.3 Ett rehabiliterande förhållningssätt och rehabiliterande vård**

*Inger Westerlund*

Mycket av det som fysioterapeuten gör tillsammans med patienterna på avdelningarna kan, med rätt handledning, också göras av vårdpersonalen. Målsättningen är att inlemma det rehabiliterande tankesättet i de dagliga ADL-aktiviteterna och i övrigt vårdarbete. Redan en liten aktivitet från patientens sida gör arbetet lättare för vårdaren. Aktiviteter tillhör de dagliga rutinerna och om patienten själv hjälper till varje dag blir det regelbunden funktionsträning för patienten.

Vårdpersonalens uttalanden synliggör att de gärna skulle aktivera patienterna i hälsans alla ADL-funktioner, men de upplevde att de inte alltid hade tid till det och att de delvis saknade kunskap och redskap. Det som tydligt framträdde var att för egenvårdarna är det viktigt att fysioterapeuten är närvarande och tillgänglig på avdelningen. Vårdpersonalen behöver allt det stöd som fysioterapeuten kan ge. Vid sidan av det rehabiliterande arbetet med patienterna önskade egenvårdarna att fysioterapeuten skulle handleda och instruera vårdpersonalen mera systematiskt och organiserat. Vårdpersonalen är i behov av att få instruktioner, gärna också skriftliga, och bli visade hur man konkret utför fysioterapi i olika vårdssituationer. Med tiden lär de sig mer om fysioterapi och rehabiliterande åtgärder så att de inte behöver instrueras på nytt varje gång det kommer en ny patient till avdelningen.

Fysioterapeuten är en viktig tilläggsresurs för vårdpersonalen när det gäller att aktivera patienterna. En aktiv patient, som klarar av att själv delta i sin egen vård, är mindre resurskrävande. Personalen får tid över till annat än den grundläggande fysiska omvårdnaden och kan då stimulera patienterna mentalt och sociokulturellt.

Om egenvårdarna låter patienten göra de dagliga sysslorna så självständigt som möjligt,

även då det tar lite längre tid, upprätthåller patienten bättre sin funktionsförmåga. Vårdpersonalen är även en viktig resurs för fysioterapeuten i hennes arbete tillsammans med patienterna. På Forsby och Stengårds sjukhus innebär det att samarbetet mellan föreningens och sjukhusets fysioterapeut samt egenvårdarna behöver effektiviseras och systematiseras.

### **Rehabiliterande vård**

Föreningens fysioterapeut ingår inte i det vårdteam som gör upp och senare reviderar patientens vård- och rehabiliteringsplan. Enligt nuvarande system tilldelas hon de patienter, som hon arbetar tillsammans med, av avdelningens vårdpersonal. Hon rapporterar om framsteg eller eventuella problem direkt till egenvårdarna och avdelningsskötarna och gör anteckningar i sin mapp eller sitt häfte som finns tillgängliga för vårdpersonalen i avdelningarnas kansli. Det beror på fysioterapeuten hur aktivt hon muntligt informerar egenvårdarna och om hon får dem att skriva in informationen om patienterna i patientjournalen. Egenvårdarna följer inte regelbundet och systematiskt med det som föreningens fysioterapeut dokumenterar i mappen eller häftet. Med det nuvarande systemet fungerar informationsutbytet bristfälligt mellan fysioterapeuten och vårdpersonalen. Detta samarbete borde intensifieras så att man, oftare än nu, tillsammans skulle gå igenom patientens helhetssituation. Mappen eller häftet borde vara en del av den dagliga rapporten. Fysioterapeuten borde ha möjlighet att undervisa egenvårdarna och vårdpersonalen i vilka rörelser eller hjälpmedel som skulle vara viktiga för patienten att använda i den dagliga vården. Fysioterapeuten borde kunna delta i arbetsplatsutbildningen för att undervisa och demonstrera för personalen hur patienternas ADL-förmåga kan upprätthållas. Detta skulle ytterligare förbättra förståelsen för vad rehabiliterande vård är.

Sjukhusets fysioterapeuter tycker att samarbetet med föreningens fysioterapeut fungerar bra men de ser gärna att samarbetet utökas. Det täta bytet av sjukhusets fysioterapeuter har hämmande effekt på samarbetet fysioterapeuterna emellan. Det framfördes önskemål från avdelningsskötarna och egenvårdarna att föreningens fysioterapeut skulle komma oftare: "behovet är hur stort som helst. Mer eller mindre alla patienter skulle ha nytta av fysioterapi."

## **4.4 Implementering av en ny arbetsmodell inom långtidsvård**

*Inger Östergård*

Frivilligt arbete förekommer i dag oftast på hälsocentralernas vårdavdelningar i form av besök av patientvänner eller som någon form av underhållning. Dessa är ett välkommet inslag i patientens vardag, men tyvärr är dessa besök vanligen sporadiska. Ett mera systematiskt samarbete mellan tredje sektorn och avdelningarna förekommer sällan.

När patienter har fått beslut om långtidsvård "glöms" de lätt bort av sina anhöriga.

I undersökningar som har gjorts framkommer det att det tär på patientens eget värde om ingen kommer och hälsar på. Det påverkar också vårdpersonalens attityder till patienten. Kontakt med patienten och samhället utanför sjukhuset är viktig under



hela vårdtiden. Det är viktigt att patienter känner att livet är meningsfullt och att de har människor omkring sig med vilka de kan dela erfarenheter. Människan har ett behov av samhörighet. Ensamheten är välbefinnandets största fende. Om patienten känner att någon bryr sig om henne, ger hon inte upp alltför tidigt, utan vill uppehålla sin funktionsförmåga ända in i det sista. (Sirpa Granö & Saft Högström. 2/ 09:15-19. Dementoituvanhenkilönkuntoutuspolku. Alzheimer keskusliitto). Besök av och rehabilitering tillsammans med fysioterapeuten är ofta något som patienten upplever mycket positivt och som hon väntar på. Fysioterapeuten kan beakta den individuella förmågan och intresset och på så sätt förbättra patientens funktionsförmågor.

I diskussioner som förts med sjukhusets fysioterapeuter, har det kastats fram frågan om det vore möjligt att föreningens dvs. tredje sektorns fysioterapeut kunde ansvara för fysioterapin på de svenska avdelningarna. Sjukhusets fysioterapeuter kunde då ge mera tid åt andra patienter som enligt deras åsikt kan rehabiliteras och sedan sändas hem. Detta är ett uttryck för att samhället allokerar för litet resurser för rehabilitering av äldre. Detta berör i synnerhet patienter på hälsocentralavdelningar.

### **Fördelen med en fysioterapeut från tredje sektorn**

När en fysioterapeut från tredje sektorn besöker avdelningarna kan språket i vården lösas på så sätt att fysioterapeut och patient talar samma språk. Detta har föreningen De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf beaktat. Därtill har föreningens fysioterapeut under en längre tid varit samma person och hon har även specialisering inom äldre vård. Det uppstår sällan frågor om var man ska börja fysioterapin. Om hon skulle ingå i vårdteamet kunde hon också handleda vårdpersonalen i det rehabiliterande arbetssättet genast när vård- och rehabiliteringsplan görs. Samarbetet mellan fysioterapeut och avdelningens vårdteam skulle bli smidigare. Det rehabiliterande arbetssättet skulle synas i vardagsarbetet, vilket innebär att vårdpersonalen inte gör saker och ting för den äldre utan uppmuntrar patienten att själv göra det han/hon kan.

### **Nackdelar med en fysioterapeut från tredje sektorn**

Nackdelarna är att tredje sektorns fysioterapeut inte är anställd av kommunen och därför inte kan fatta självständiga beslut om patientens vård. Fysioterapeuten har inte heller rätt att delta vid rapporterna eller direkt komma med förslag beträffande vården. Hon har inte möjlighet att direkt dokumentera i patientjournalen. Fysioterapeuten har mappen eller häftet, som hon dokumenterar i, men det är inte säkert att alla läser vad hon dokumenterar, även om några läser dem flitigt. Om fysioterapeuten hörde till vårdteamet, skulle hon lättare kunna handleda egenvårdaren i det rehabiliterande arbetssättet. Det rehabiliterande arbetssättet borde poängteras och vara en naturlig del av det dagliga vårdarbetet.

Om fysioterapeuten kommer utifrån kan risken vara att antalet kommunalt anställd personal ytterligare minskas. Vill man upprätthålla de äldres funktionsförmåga borde terapipersonalen tvärtom utökas. Om man jämför med övriga Norden är antalet terapeuter i Finland mycket lågt. Det rehabiliterande arbetssättet borde ingå i vårdpersonalens dagliga arbete och rehabiliteringen vara mycket mer systematisk än vad den nu är.

## 5 Avslutande diskussion

*Inger Westerlund & Inger Östergård*

I samhället har det skett och sker hela tiden stora politiska förändringar. I arbetsmiljön sker det omstruktureringar, nedskärningar, sammanslagningar och till och med upplösningar. Det är ofta den allra äldsta gruppen människor som man tar det mesta av. De kan inte föra sin talan eller göra sin röst hörd vid beslutsfattandet.

Man ger dem sällan valmöjligheter i olika vårdsituationer, utan de äldre får ta emot det som erbjuds. Dessutom är samhällets inställning till de äldre ofta negativt präglad.

Utvärderingen ger vid handen att vårdarbetet fungerade tillfredsställande bra på svenska på avdelningarna vid hälsocentralens sjukhus i Helsingfors. Det som skapar problem och vållar svårigheter är den begränsade tillgången på svenskspråkiga vikarier eller vikarier med kunskaper i svenska språket. De svenskspråkiga avdelningarna på Forsby och Stengårds sjukhus har kommit till för att täcka behovet av vård på svenska dygnet runt för äldre med svenska som modersmål. Detta förpliktigar de ledande tjänstemännen när det praktiska vårdarbetet organiseras och när resurserna inom kommunal långtidsvård för äldre fördelas så att vård på svenska garanteras.

### 5.1 Rehabiliterande god patientvård

När det gäller planeringen av rehabiliteringen på de två svenska avdelningarna bör man ta i beaktande att det är fråga om små enheter som ger vård åt en språkminoritet.

Man bör sträva efter att de svenskspråkiga patienterna garanteras samma rehabiliterande vård som sjukhusens övriga patienter. Svårigheten att få tag på svenskspråkig vårdpersonal gäller även sjukhusets egna fysioterapitjänster. Idag finns det ingen garanti för att sjukhusets fysioterapeuter, som har hand om de svenskspråkiga avdelningarna, behärskar svenska så bra att de kan föra en dialog med och förstå de långvårdspatienter, som p.g.a, hög ålder och olika sjukdomar, har problem med kommunikationen.

Förslag har framförts att föreningens fysioterapeut skulle ta över ansvaret för fysioterapin på de svenska avdelningarna för att underlätta arbetsbördan för sjukhusets egna fysioterapeuter. Föreningen De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf har dock inte resurser att utöka fysioterapiverksamheten utöver det nuvarande. Därtill bör poängteras att rehabilitering för alla åldrar är en kommunal skyldighet och ska inte vara beroende av frivillig verksamhet. Däremot kunde avdelningarnas vårdrutiner omorganiseras i.o.m, att föreningens fysioterapeut är en värdefull tilläggsresurs på de svenska avdelningarna.

Föreningens fysioterapeut kunde vara delaktig i planeringen av patienternas rehabilitering från första början genom att:

- ingå i det vårdteam, som gör upp vård- och rehabiliteringsplan
- ordna utbildning för avdelningens personal
- handleda och instruera personalen i rehabiliterande arbetsgrepp och tankesätt.

Ett rehabiliterande arbetssätt innebär att göra tillsammans med patienten och inte för patienten. Det skulle vara viktigt vid vården av de allra äldsta att vårdpersonalen arbetar systematiskt och med vårdmetoder som upprätthåller, stärker och främjar de delar av funktionsförmågan som patienterna ännu har kvar. Den regelbundna funktionsträningen behöver inte vara tidskrävande. Det mesta går lätt att inlemma i de dagliga ADL-aktiviteterna och i övrigt vårdarbete. Det viktiga är att patienterna:

1. får daglig fysisk träning
2. känner tillfredsställelsen av att sköta sig själva och vara så självständiga som möjligt
3. tränar minnet genom gamla, invanda rörelsemönster, ord, sånger, ramsor och kulturella traditioner.

En brist i de kognitiva funktionerna kan begränsa patientens förmåga och vilja att delta i egen rehabiliterande vård och att självständigt upprätthålla den egna förmågan. Patientens fysiska funktionsförmåga är ofta bättre än vad vårdarna och patienten själv tror. Man ska alltid utgå ifrån att patienten har en potential att utvecklas och att upprätthålla sin aktivitet och sitt deltagande i ADL-funktionerna. Att arbeta rehabiliterande innefattar både förhållningssätt och sakkunskap samt krav på att vårdpersonalen arbetar så att de allra äldsta blir bemötta på ett människovärdigt sätt och att alla dimensioner i hälsan bejakas.

Dagarna på långvårdsavdelningar blir ofta enahanda och det är sällan program eller annat ordnas utanför rutinerna. En del har dock anhöriga som kommer på besök, ibland oftare och ibland mera sällan. Anhöriga kan t.ex. föra patienten ut i den omgivande naturen i rullstol. Detta ger patienten möjlighet att njuta av årstidernas växling och se förändringar i naturen. Det finns också många andra sätt att få omväxling i dagsrutinen. De flesta av oss, både ung och gammal, njuter av positiva upplevelser i alla livssituationer.

## **5.2 En ny samarbetsmodell mellan tredje sektorn och kommunen inom rehabilitering**

För att utveckla en ny arbetsmodell bör en diskussion först föras på administrativ nivå. Det har funnits och finns fortfarande ett auktoritärt förhållande till patienten. Detta borde diskuteras. Patienten förväntas binda sig till den vård som planerats. En ändring håller dock på att ske och man talar idag om partnerskap t.ex. i den planerade nya hälsovårdslagen. Genom att diskutera tillsammans söker tredje sektorn och kommunen de möjligheter och tillvägagångssätt som är av betydelse för patienten för att befrämja patientens välmående. Fysioterapeuten och egenvårdaren kan jämföras med en tränare som hjälper sin elev att hitta sin egen potential.

Föreningen som tredje sektororganisation erbjuder den del av fysioterapi som den skulle kunna stå för och definierar vilka färdigheter och specialkunskaper fysioterapeuten erbjuder.Handledning av personalen är viktig för att personalen ska kunna tillgodogöra sig ett rehabiliterande arbetssätt och för att den ska delta i eller ta ansvar för rehabiliteringen av patienter med mera komplicerade problem. Fysioterapeuten skulle

ha möjlighet att ordna arbetsplatsskolning för personalen när komplicerade situationer uppstår.

Inom den kommunala sektorn borde det finnas ett större intresse för att få seriösa tredje sektororganisationer med i sin verksamhet. Vad som förväntas är en diskussion om vem som gör vad och att ansvarsfrågan klargörs. Diskussionerna borde föras regelbundet och information om besluten föras vidare till personalnivå på avdelningarna. Tredje sektorns personal skulle då vara en del av vårdteamet på avdelningen, inte någon utomstående som kommer och går. Det skulle krävas en ansvarsperson, som fungerar som förbindelselänk mellan den offentliga och tredje sektorn. Tredje sektorn har många andra tjänster att erbjuda. Det gäller bara att fånga upp dem. Den modell som nu diskuteras, att föreningens fysioterapeut kunde ha kompletterande ansvar för avdelningens patienter, skulle då kunna förverkligas.

Fysioterapeuten skulle vara en del av vårdteamet och regelbundet delta i diskussioner gällande patienters rehabilitering. Anhörigträffar skulle vara ett forum där fysioterapeuten kunde diskutera med anhöriga om fysioterapin och rehabiliteringen.

Sammanfattningsvis kan noteras att patienter, som är nöjda med sin livssituation och tillfreds med sin tillvaro inom långtidsvården, upplever sig må bra. Anhöriga är tryggare och mindre stressbenägna i sin roll som anhöriga när de vet att deras nära och kära får en kvalitativt god vård och omsorg innefattande rehabilitering.

Utfallet av ett rehabiliterande arbetsgrepp och tankesätt gynnar vårdpersonalen på så sätt att de får patienter, som är lättare att vårda och som mera aktivt deltar i sin egen vård. Detta kräver att ledande tjänstemän omfattar denna utveckling, visar vilja att förnya kommunal verksamhet samt ger allt tänkbart stöd både administrativt och resursmässigt.

### Utdrag ur stadgarna för De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf

#### 1 § Föreningens namn och hemort

Föreningens namn är De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf och dess hemort Helsingfors.

Föreningens språk är svenska.

#### 2 § Syfte och verksamhetsformer

Föreningens syfte är:

- att bistå sjuka personer, som inte har kraft eller möjlighet att själva driva sin sak för att få den vård, den hjälp och det stöd, som de är berättigade till vid sjukdom, vid rehabilitering och vid bristande vård
- att påverka beslutsfattande instanser och myndigheter för att skapa gynnsammare vård- och levnadsförhållanden
- att bedriva samarbete med sjuka och nödställda, deras anhöriga, vänner och vårdpersonal samt organisationer och andra intressenter med likartat verksamhetssyfte.

Föreningen betonar vikten av att individuella behov beaktas och att särskild uppmärksamhet fästs vid rehabiliterande vård, human omtanke och kvalitativ vård samt trivsamt livsmiljö.

Föreningen förverkligar sina strävanden:

- genom informationsverksamhet och pressdebatt,
- genom kontakter till myndigheter, beslutsfattare och organisationer,
- genom att ekonomiskt stöda rehabiliterande verksamhet och
- genom att ordna sammankomster och seminarier.

Föreningen kan grunda stiftelser och fonder samt äga fastigheter och värdepapper.



HELSINGIN KAUPUNKI  
 TERVEYSKESKUS  
 Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä

PÖYTÄKIRJANOTE 3/2009 1 (1)

24.3.2009

*Sille 1 2011*

*Bilaga 2*

47 §  
 INGER WESTERLUNDIN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

09-592/054

Hakija Arcada Ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelija Inger Westerlund

Aihe "Helhetsnyttan" av fysioterapi för äldre på två svenska långvårdavdelningar – ett helhetsbetonat rehabiliteringsprojekt mellan föreningen De Sjukas Vård rf och kommunal äldreomsorg

Lausunto Pitkäaikaishoidon johtaja puoltaa tutkimusluvan myöntämistä

Päätös Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä puoltaa tutkimusluvan myöntämistä ehdolla, että:

- Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia terveyskeskukselle, lukuun ottamatta haastatteluun käytettävää aikaa
- Potilaan tilan salliessa myös häneltä itseltään on pyydettävä lupa tutkimukseen suostumisesta
- Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan terveyskeskuksen käyttöön (Terveyskeskus, kirjaamo, PL 6000, 00099 Helsingin kaupunki)
- Tutkija saapuu maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia siihen työyhteisöön, jota tutkimus koskee.

Ilmoitus toimitusjohtajalle.

PÄIVI MARKKANEN  
 Päivi Markkanen  
 Sihteeri

Postiosoite  
 PL 6000  
 00099 HELSINGIN KAUPUNKI  
 terveyskeskus@hel.fi

Käyntiosoite  
 Siltasaarenkatu 13  
 Helsinki 53  
<http://www.hel.fi/terveyskeskus/>

Puhelin  
 +358 9 310 4011

Faksi  
 +358 9 310 42504

## Kuinka RAI-arviointi tehdään

Asiakkaan hoidon tarpeen ja suunnittelun pohjaksi tehdään kokonaisvaltainen arviointi. Tässä oppaassa esitellään arvioinnin pääperiaatteet. Tarkemmat ohjeet arvioinnin tekoon saadaan käyttöönottokoulutuksessa ja RAI-käsi kirjasta.

Arviointia varten kerätään MDS *Minimum Data Set* -tiedot, jotka vähintään tarvitaan hoidon järjestelmälliseksi ja kokonaisvaltaiseksi suunnittelemiseksi ja arvioimiseksi. MDS-arviointitiedot voidaan kerätä paperilomakkeella tai tallentaa suoraan ohjelmistoon. Suomessa on käytössä kotihoidossa RAIsoft-HC-ohjelmisto ja laitoshoidossa RAIsoft-LTC-ohjelmisto, joihin arviointitiedot kirjataan.

### Kotihoidon arvioinnissa kerätään tietoja asiakkaan

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitiivisesta kyvystä</li> <li>• Kommunikaatiosta ja kuulosta</li> <li>• Näkökyvystä</li> <li>• Mielialasta ja käyttäytymisestä</li> <li>• Sosiaalisesta toiminnasta</li> <li>• Omaisten ja läheisten muodostamasta tukijärjestelmästä</li> <li>• Fyysisestä toimintakyvystä</li> <li>• Pidätyskyvystä</li> <li>• Diagnooseista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveystilasta ja ehkäisevästä terveydenhoidosta</li> <li>• Ravitsemuksen ja nesteytyksen tilasta</li> <li>• Suun terveydestä ja hampaistosta</li> <li>• Ihon kunnosta</li> <li>• Ympäristön olosuhteista</li> <li>• Palvelun käytöstä</li> <li>• Lääkityksestä</li> </ul>
---	---

### Laitoshoidon arvioinnissa kerätään tietoja asiakkaan

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitiivisesta kyvystä</li> <li>• Kommunikaatiosta ja kuulosta</li> <li>• Näkökyvystä</li> <li>• Mielialasta ja käyttäytymisestä</li> <li>• Psykososiaalisesta hyvinvoinnista</li> <li>• Fyysisestä toimintakyvystä</li> <li>• Pidätyskyvystä</li> <li>• Diagnooseista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveystilasta</li> <li>• Ravitsemustilasta</li> <li>• Suun terveydestä ja hampaistosta</li> <li>• Ihon kunnosta</li> <li>• Aktiivisuudesta ja harrastamisesta</li> <li>• Lääkityksestä</li> <li>• Erityishoidosta</li> <li>• Yleistilasta</li> </ul>
---	--

## RAI - vertailukehittäminen

### koti- ja laitoshoidossa



### Orienterande INTERVJUFRÅGOR - avdelningsskötare

1. Vilken typ av klienter har ni på avdelningen?
2. Vilket språk talar klienterna/personalen?
3. Vad är målsättningen med rehabiliteringen?
4. Förekommer det i praktiken att patienter rehabiliteras så pass bra att de kan flytta till annat boende?
5. Vem tar initiativ till att patienten får fysioterapi?
6. Vilka är urvalskriterierna för fysioterapi? Vem bedömer behovet?
7. är sköter sjukhusets fysioterapeut om rehabiliteringen?
8. När kommer föreningens fysioterapeut in i bilden?
9. Får patienterna tillräckligt med fysioterapi enligt det nuvarande systemet?
10. Är det skillnad mellan den fysioterapi, som ges av sjukhusets fysioterapeut och den, som ges på svenska av föreningens fysioterapeut?
11. Hur stor betydelse har det att fysioterapin ges på svenska, på patientens eget språk?
12. Deltar egenvårdaren/annan personal i fysioterapiarbetet?
13. Får de instruktioner/handledning av fysioterapeuten?
14. Hur mycket känner personalen till nyttan av fysioterapi?
15. Vilken är den största nyttan för patienten?



### FRÅGOR - föreningens fysioterapeut

1. Vilken nytta tycker du att patienterna på de svenska avdelningarna på Stengårds och Forsby sjukhus har av fysikalisk behandling, fysisk, psykisk och social?
2. Vad är målsättningen med den fysikaliska behandling, som patienterna får på dessa sjukhus?
3. Tycker du att den tid, två dagar per vecka, som du arbetar på varje avdelning, är tillräcklig?
4. Har du ett fungerande samarbete med sjukhusets fysioterapeut?
5. Har du ett fungerande samarbete med vårdpersonalen på avdelningarna egenvårdare, avdelningsskötare och läkare?
6. Är egenvårdarna intresserade av den fysikaliska behandling, som du ger till deras patienter? Upplever du att de förstår meningen med och betydelsen av fysioterapin?
7. Tar egenvårdarna aktivt kontakt angående den fysioterapi, som patienterna får.
8. Tar egenvårdarna aktivt kontakt för att få råd om t.ex. ergonomiska arbetsställningar, arbetsmetoder eller arbetsredskap?
9. Upplever du att det spelar någon roll om du talar svenska eller finska med patienterna på dessa avdelningar då en stor del av patienterna är dementa?
10. Vilken betydelse tycker du det har för en patient att han/hon kan använda sitt modersmål i varden. Ge gärna exempel på situationer då modersmålet är viktigt / inte är så viktigt?
11. Kom gärna med andra kommentarer kring ämnet "fysioterapi för patienter i vård dygnet runt" och "vård på eget språk".



**SAMTYCKE TILL INTERVJU - egenvårdare**

På uppdrag av föreningen De Sjukas Vål i huvudstadsregionen rf kommer jag under våren 2009 att utreda den fysioterapi, som föreningen ger på Forsby och Stengårds hälsocentralsjukhus i Helsingfors.

Avsikten är att kartlägga helhetsnyttan av den fysioterapi som ges på svenska för patienter på de svenskspråkiga avdelningarna. Föreningen har anställt en svenskspråkig fysioterapeut för detta ändamål.

Under utredningsarbetet följer jag medfysioterapeuten och hennes arbete med patienterna på avdelningarna. För att förstå vilken verklig nytta patienterna har av fysioterapin vill jag dessutom intervjua patientens egenvårdare som bäst känner till patienten.

Intervjun görs på avdelningen och beräknas ta ca 1/2 timme. Intervjun bandas. Materialet kommer att användas enbart av mig vid resultatanalysen. Då utredningen är klar förstörs materialet. De frågor, som jag vill få svar på och diskutera med följer som bilaga.

Era svar behandlas konfidentiellt och ni förekommer inte med namn i resultatredovisningen.

Helsingfors \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2009

Utredare

Fysioterapeut Inger Westerlund

Tel. 040 567 6867

Jag \_\_\_\_\_

(texta namnet)

ger härmed mitt samtycke till att medverka i utredningsarbetet genom att ställa upp för intervju.

Helsingfors \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2009

\_\_\_\_\_  
(egenhändig namnteckning)

## FYSIOTERAPEUTENS SAMTYCKE till intervju och att svara på frågor

På uppdrag av föreningen De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf kommer jag under våren 2009 att göra en utredning över den fysioterapi på svenska vilken ges åt patienter på de svenskspråkiga avdelningarna vid Forsby och Stengårds hälsocentralsjukhus i Helsingfors.

Avsikten är att utreda helhetsnyttan av den fysioterapi på svenska, som ges patienterna på de svenskspråkiga avdelningarna på ovan nämnda sjukhus. Under utredningsarbetet följer jag med fysioterapeuten och hennes arbete tillsammans med patienterna på avdelningarna. Samtidigt observerar jag patienterna och registrerar deras ADL-funktionsförmåga samt deras kognitiva och psykosociala status. De observationsscheman, som jag använder, är uppgjorda och bearbetade med RAI- bedömningskriterier som utgångspunkt.

Svaren behandlas konfidentiellt och Ni förekommer inte med namn i resultat-redovisningen.

Helsingfors \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2009

Utredare  
Fysioterapeut Inger Westerlund  
Tel. 040 567 6867

Jag \_\_\_\_\_  
(texta namnet)

ger härmed mitt samtycke till att medverka i utredningsarbetet genom att ställa upp för intervju och svara på frågor.

Helsingfors \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2009

\_\_\_\_\_  
(egenhändig namnteckning)

**PATIENTENS/DE ANHÖRIGAS SAMTYCKE**

På uppdrag av föreningen De Sjukas Väl i huvudstadsregionen rf kommer jag under våren 2009 att göra en utvärdering av helhetsnyttan av den fysioterapi på svenska som ges åt svenskspråkiga patienter på avdelningarna vid Forsby och Stengårds hälsocentral-sjukhus i Helsingfors. Föreningen har anställt och avlönar en svenskspråkig fysioterapeut för att ge fysioterapi på svenska åt de svenskspråkiga patienterna. Fysioterapeuten besöker avdelningarna två dagar i veckan.

Under utredningsarbetet har jag för avsikt att: Följa med fysioterapeuten då hon arbetar med patienterna.

Intervjua egenvårdaren till de patienter som får fysioterapi.

Denna intervju gör jag för att bättre förstå vilken verklig nytta de svenskspråkiga patienterna har av den fysioterapi, som de får på sitt modersmål. Alla fakta om patienten behandlas konfidentiellt och inga namn kommer att framkomma då resultatet av utredningen sammanställs och presenteras.

Helsingfors \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2009

Utredare

Fysioterapeut Inger Westerlund

Tel. 040 567 6867

Jag \_\_\_\_\_

(texta namnet)

ger härmed mitt samtycke till att (patientens namn) får medverka i undersökningen

Helsingfors \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2009

\_\_\_\_\_  
(patientens/anhörigs namnteckning)

## ADL-SCHEMA Activities of/in daily living

Observationsschemat är uppgjort enligt RAI-bedömningssystem, som är ett mångsidigt verktyg, som hjälper vårdpersonalen att utvärdera funktionsförmågan hos den äldre och utgående från det utveckla de äldres individuella vård. Observationsschemat fokuserar de fysiska aktiviteter, som den äldre gör dagligen på avdelningen d.v.s, personlig hygien, måltider, förflyttning, på- och avklädning.

Funktion	Förmåga	Kommentar
Röra/förflytta sig i sängen - hur klarar patienten av att vända sig i sängen, ändra ställning, sätta sig upp i sängen.		
Förflyttning- hur förflyttar sig patienten från en plats till en annan, från säng till stol, - upp och stå och tillbaka.		
Förflytta sig i rummet - går själv eller rör sig med rullstol.		
Förflytta sig i korridoren/på avdelningen- Går själv eller rör sig med rullstol.		
På- och avklädning - hur klär patienten på sig/av sig, -sätter på sig/ tar av sig eventuell protes.		
Måltider- hur äter och dricker patienten.		
Toalettbesök - förflyttning till och från wc eller portativ, uppstigning, torkar sig, tillrättalägger kläderna.		
Personlig hygien - förmåga sköta egen hygien, kamma håret, tvätta händerna och ansiktet, torka sig.		

0 = självständigt 1 = behöver handledning 2 = behöver begränsat med hjälp 3 = behöver mycket hjälp 4 = fullständigt hjälpbehövande 5 = ingen egen aktivitet

2009/I.W.

**Observationsschema för att bestämma patientens****KOGNITIV OCH PSYKOSOCIAL STATUS****Kognitiv:** intellekt (tal, tankeförmåga, minne)**Psykosocial:** människans samspel med andra, känsla av delaktighet, inflytande, självkänsla.

Orienterad

i tid:

i rum:

i person:

Sömnig \_\_\_\_\_ Vaken

Koncentrerad \_\_\_\_\_ Okoncentrerad

Fokuserad uppmärksamhet \_\_\_\_\_ Splittrad

**Kommunikation/hörsel**

Hörapparat

Talar sammanhängande \_\_\_\_\_ osammanhängande

Förstår uppmaningar, tilltal \_\_\_\_\_ förstår ej

**Syn.** Problem förknippade med synen**Humör**

Nöjd \_\_\_\_\_ missnöjd

Glad \_\_\_\_\_ ledsen, gråt mild

Lugn, balanserad \_\_\_\_\_ aggressiv, irriterad temperamentsfull

Observationsschema är uppgjort enligt RAI-bedömningssystem, som är ett mångsidigt verktyg som hjälper vårdpersonalen att utvärdera funktionsförmågan hos äldre och utgående från det utveckla de äldres individuella vård.

**ADL = activities of/in daily living**

Aktiviteter i det dagliga livet innefattar i denna undersökning de dagliga funktioner, som patienter gör eller får hjälp med på en avdelning för långtidsvård. Det handlar om den personliga hygien, måltider, fysiska aktiviteter under den vakna tiden av dagen.

Observationsresultaten har kompletterats av intervjuer med vårdpersonalen.

	<b>Forsby</b>	<b>Stengård</b>
<b>Förflyttar sig själv från säng till stol (uppmaning)</b>	<b>4</b>	
- med hjälp (uppmaning)	4	6
- helt hjälpberoende	3	1
<b>Går självständigt</b>		
- med rollator/Eva-motionsstol	8	3
- med stöd av en person	1	1
- går ej	2	3
<b>Kläs av sig / på sig</b>		
- själv, med uppmaning/hjälp	8	6
- helt hjälpberoende	3	1
<b>Äter</b>		
- självständigt	5	5
- med hjälp, uppmaning	4	2
- inte självständigt	2	
<b>Toalettbesök</b>		
- med hjälp	5	5
- helt hjälpberoende, blöja	6	2
<b>Tvättar sig</b>		
- delvis själv	5	6
- helt hjälpberoende	6	1

2009/I .W.



**KOGNITIV OCH PSYKOSOCIAL STATUS,**

observationsresultat kompletterat genom intervjuer med vårdpersonalen.

*Kognitiv* = intellekt (tal, tankeförmåga, minne)

*Psykosocial* = människans samspel med andra, känsla av delaktighet, inflytande, självkänsla

	Stengård	Forsby
Orienterad i tid		
ja	4	1
nej	2	8
varierar	1	2
Orienterad i rum		
ja	4	3
nej	2	6
varierar	1	2
Orienterad i person		
ja	4	4
nej	2	6
varierar	1	1
Sömnig		3
Vaken	5	7
Varierar	2	1
Koncentrerad	4	2
Okoncentrerad	1	7
Varierar	2	2
Fokuserad uppmärksamhet	2	4
Ofokuserad uppmärksamhet	2	5
Varierar	3	2
Hörapparat/problem med hörsel	1	4
Talar sammanhängande	4	4
Talar osammanhängande	2	5
Varierar	1	1
Förstår uppmaningar, tilltal	5	6
Förstår inte		3
Varierar	2	2



	<b>Stengård</b>	<b>Forsby</b>
Nedsatt syn	3	5
Nöjd	5	6
Missnöjd		2
Varierar	2	3
Glad	3	6
Ledsen	1	
Varierar	3	5
Lugn, balanserad	3	6
Orolig, aggressiv, irriterad	1	3
Varierar	3	2

2009 / I.W.



