

Teamverktyg vid rehabilitering av äldre

**Utvärdering av införande av
Traffic Light System
på en korttidsenhet**

Gillian Asplin

Innehåll

Inledning	4
Studien	7
Metod	7
Resultat från intervjuerna	9
Resultat från enkäterna	12
Sammanfattning	13
Referenser	14
Bilagor	15

Inledning

Traffic Light System

Traffic Light System (TLS) är ett multiprofessionellt bedömningsinstrument som har utarbetats för att samordna rehabteamets, det vill säga arbetsterapeutens, sjukgymnastens, sjuksköterskans och undersköterskans resurser kring patienten på en geriatrisk slutenvårdsavdelning. Instrumentet tydliggör patientens aktivitetsförmåga, eventuella hjälpbehov, mål för rehabiliteringen och eventuella restriktioner. Instrumentet används även som ett verktyg för att förbättra kommunikationen såväl inom det multiprofessionella teamet som med patienten. Patienten kan även använda instrumentet på sin egen vårdplanering (med eller utan hjälp från personalen) för att på ett enkelt och tydligt sätt informera biståndsbedömaren om vad han/hon har för fortsatt hjälpbehov efter utskrivning från till exempel sjukhuset.

TLS har utvecklats av författaren, sjukgymnasten Gillian Asplin tillsammans med sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och undersköterska på geriatriska kliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. TLS används idag inom den geriatriska slutenvården.

Våren 2010 inleddes diskussioner mellan författaren, Sahlgrenska Universitetssjukhus, Göteborgs Stad och FoU i Väst/GR kring ett samarbete för att utvärdera TLS i kommunal verksamhet med inriktning mot äldreomsorg/rehabilitering. Målet var att utforska de olika yrkeskategoriernas upplevelser av implementering och användning av TLS i ett kommunalt korttidsboende.

Genom ett reportage i FoU i Väst/GR:s tidning, Fourum, visade flera olika rehabiliteringsenheter i Göteborg och kranskommunerna intresse för att medverka i en implementerings- och utvärderingstudie. I samtliga fall var det sjukgymnaster, arbetsterapeuter eller ansvarig MAR som tog kontakt. Tyvärr blev det inte så lätt att få till stånd ett samarbete som tillät en full utvärdering. Ett samarbete inleddes med

fem olika enheter men bara vid en av dessa fem enheter kunde samarbetet/projektet fullföljas. Problemen som uppstod för de övriga fyra var; stora personalgrupper, svårigheter att organisera informationsträffar för omsorgspersonal, nyckelpersoner slutade, omorganisationer genomfördes som ledde till svårigheter att få cheferna att stödja processen.

Den enhet som deltog i studien var korttidsenheten Kompassen i Lerums kommun.

Rehabilitering av den äldre personen

Målet med rehabilitering är att främja den enskildes bästa möjliga funktionsförmåga. Insatserna kan se olika ut beroende på vad personen har för behov. Det finns två olika typer av behandlingsinsatser:

Funktionsåtervinande: insatser som syftar till att personen ska kunna återfå medicinska, sociala och psykologiska funktioner som gör det möjligt att återgå till tidigare förhållanden, t.ex. efter höftfraktur eller stroke.

Funktionsbevarande: insatser som syftar till att personen ska kunna bibehålla en funktionsnivå, vilket är fallet för en stor andel äldre med varierande funktionsbortfall som vårdas inom sjukvård och omsorg (1).

Det är viktigt att ta reda på var personen befinner sig i sin rehabiliteringsprocess. Kunskap om personens tidigare funktionsförmåga samt medicinska, sociala och psykologiska funktioner är nödvändig för att tillsammans med den enskilde och närstående kunna planera fortsatt vård.

Hur ta reda på förutsättningar och behov?

Inom rehabilitering används olika bedömningsinstrument beroende på vad som ska mätas, allt från diagnosspecifika till aktivitetsspecifika instrument. Bedömningsinstrument som mäter

personens funktionsförmåga inom aktiviteter i det dagliga livet är vanligt förekommande inom rehabilitering av den äldre personen.

För att få en bild av vad personen har för förutsättningar är det centralt att ta reda på vad den enskilde har för tidigare funktionsförmåga när det gäller basala aktiviteter i det dagliga livet (ADL). Var personen självständig eller behövdes hjälp med vissa aktiviteter, till exempel förflyttningar, dusch eller på- och avklädning? Hur ser personens funktionsförmåga ut idag jämfört med tidigare? Behövs det funktionsbevarande eller funktionsåtervinnande insatser? Först när dessa frågor utretts kan aktuella insatser och åtgärder planeras.

Hur ta reda på vilka typer av insatser som är aktuella?

Multiprofessionella Team

I WHO:s deklARATION "Hälsa för alla år 2000" uttrycks en önskan om samarbete mellan professionerna för en förbättrade hälsa i befolkningen (2). Hälso- och sjukvårdsorganisationen har blivit så komplex att det ofta behövs ett team för att svara mot patientens behov. Ett multiprofessionellt team består av närliggande men separata yrkesgrupper som arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål. Vinsterna med ett väl fungerande multiprofessionellt team är många. Det kan bland annat vara att deltagarna i teamet lär av varandra, att de tar tillvara den samlade reella kompetensen, att man förstår varandras bidrag, att man ser den gemensamma helheten och att man lättare kan samla rehabiliteringsresurserna kring patienten. "Helheten är större än summan av delarna" (3).

När samarbetet är effektivt, blir vinsten för patienten större än om en enda profession skulle vårda patienten enskilt.

Bedömningsinstrument

Att använda bedömningsinstrument som är meningsfulla för alla professioner kan bidra till god kommunikation inom teamet, något som är grundläggande om samarbetet ska fungera optimalt. Det ger teamet ett gemensamt språk att diskutera vårdtagens behov utifrån.

Vid användning av bedömningsinstrument har Tyson (4) beskrivit kommunikation utifrån två olika perspektiv.

1. Internt – inom teamet

- Teamet förstår personens problem genom att identifiera och visa graden av funktionsnedsättning.
- Förutsäga förväntad återhämtning och utskrivningsdestination.
- Informera angående behandlingsplanering och följa processen.

2. Externt – utanför teamet

- Kommunicera med patienten/vårdtagaren och deras familj.
- Kommunicera med andra vårdgivare, till exempel biståndshandläggare, hemtjänst, rehabpersonal angående personens fortsatta behov.
- För att kunna visa chefer/beslutsfattare resultatet av rehabiliteringen.

Bedömningsinstrument bidrar till en gemensam förståelse som underlättar kommunikation genom att fokusera diskussionen på patientens förmåga snarare än på de enskilda professionernas bidrag.

När teamet väljer ett bedömningsinstrument är det viktigt att det är lämpligt och meningsfullt för teamet samt för vårdtagaren som de bedömer. Inom äldreomsorg är det vanligt att bedöma vårdtagarens basala funktionsförmåga, det vill säga personens förmåga att förflytta sig samt klara basala aktiviteter i det dagliga livet.

Patientens målsättning är också en viktig del av processen. För att kunna ge rehabilitering av hög kvalitet bör patienten involveras i hela processen, från planering genom behandling till utvärdering (5). Att återfå funktionsförmåga och självständighet i aktiviteter i det dagliga livet (ADL) är viktiga mål. Dessa mål bör vara kopplade till funktionella begränsningar och handikapp som är meningsfulla för patienterna att förbättra (6-8). Det kanske viktigaste skälet för att skriva patientcentrerade funktionella mål är att patienter sannolikt kommer att göra de största vinsterna när behandlingen och tillhörande målsättningar fokuserar på aktiviteter som är meningsfulla för dem och som kommer att bidra till förbättringar i deras liv (7-9).




Problemformulering

Inom rehabilitering av äldre personer saknas det kliniska tillämpbara verktyg som mäter patientens funktions- och aktivitetsförmåga. Det finns

ett behov av instrument som bidrar till bättre kommunikation inom teamet och med patienten, är patientfokuserade samt användarvänliga.

TLS har utvecklats och använts inom slutenvården under de senaste tio åren och syftet med denna studie var att implementera och utvärdera bedömningsinstrumentet TLS inom den kommunala äldreomsorgen.

TLS omfattar 13 olika aktiviteter som inkluderar patientens/vårdtagarens förmåga att förflytta sig, gå, tvätta sig, klä på sig, klara toalettbesök samt förmåga att äta. Det finns även två tilläggsaktiviteter; trappgång samt gångförmåga utomhus, som kan väljas när det är aktuellt. Bedömningsprotokollet är utformat för att kunna användas för samtliga diagnosgrupper inom geriatrisk rehabilitering. Olikfärgade etiketter används för att ge direkt information om vilken grad av hjälp patienten behöver:

-  rött = hjälp av en eller flera personer
-  gult = tillsyn/handräckning
-  grönt = självständig

I praktiken används ett protokoll i A4-format som är uppsatt hos patienten och är synligt för både patienten och personalen. Allt sker med patientens samtycke. Se bilaga 1.

Nyckelperson/er

Det är viktigt att teamet utser en eller flera ”nyckelpersoner” som har ansvar för att se till att rutiner följs och att protokollet fylls i inom bestämd tid, till exempel 24 timmar efter ankomst till enheten. Vem som har detta ansvar kan variera, det kan vara undersköterskan/sjuksköterskan som träffar patienten när han/hon kommer till avdelningen, sjukgymnasten efter att ha gjort en bedömning av patientens förflyttnings- och gångförmåga alternativt arbetsterapeuten efter ADL-bedömning. Det är upp till varje avdelning/team att se över sina rutiner och bestämma vilken eller vilka yrkeskategorier som är bäst lämpade som nyckelpersoner.

Uppdatering

Protokollet uppdateras kontinuerligt i samråd med patienten. Detta sker genom att man sätter nya etiketter när patientens hjälpbehov förändrats eller att nya mål sätts när patienten nått de tidigare målen. En gång i veckan träffas hela teamet, om möjligt hos patienten för att diskutera

patientens hjälpbehov, om rehabmål har uppnåtts och vilka samordnade åtgärder som behövs för att hjälpa patienten att nå sina mål. Det kan även vara aktuellt att diskutera hembesök, och behov av vårdplanering för eventuell hemtjänst.

TLS har testats och visar sig ha både god reliabilitet och validitet och nästa steg i instrumentets utvärdering är att testa om det är ett lämpligt instrument att använda i kommunala äldreomsorgsenheter. ■

Studien

Korttidsavdelningen Kompassen i Lerum

Kompassen som finns inom äldreboendet Tuvängen har 20 vårdplatser varav cirka åtta platser avsatts för patienter i behov av korttidsrehabilitering inför hemgång. De övriga vårdplatserna är för personer i behov av växelvård, vård i livets slutskede och personer som väntar på permanent plats på ett annat boende.

På Kompassen arbetar en arbetsterapeut, en sjukgymnast, två sjuksköterskor och cirka 30 undersköterskor/sjukvårdsbiträden varav en undersköterska är samordnare. De två sjuksköterskorna har en konsultativ roll på avdelningen där de mer ansvarar för personens medicinska behov än deras rehabiliteringsbehov. Det är arbetsterapeuten och sjukgymnasten som ansvarar för personens rehabilitering och har ett nära samarbete med omsorgspersonalen gällande vardagsrehabilitering på avdelning.

Varför var Kompassen intresserad av att delta i projektet?

Rehabchefen och sjukgymnasten på Kompassen hade tidigare hört talas om TLS, och när rehabchefen läste om det i FoU-tidningen Fourum tyckte hon att det skulle vara intressant att testa instrumentet på Kompassen. Teamsamarbete på Kompassen fungerar enligt personalen bra i dagsläget men sjukgymnasten och arbetsterapeuten trodde att det skulle kunna bidra till en bättre struktur på deras möten och förbättra kommunikationen i teamet.

Kompassens medverkan i studien blev sedan förankrad hos avdelningens enhetschef och rehabchefen. På det mötet beslutades att sjukgymnasten och arbetsterapeuten skulle ansvara för införandet av TLS på avdelningen eftersom samordnaren kände att hon inte kunde ta på sig den rollen eller extra arbetsuppgifter. ■

Metod

Information och utbildning

Tre olika utbildningstillfällen genomfördes för att försöka nå all personal, både dag- och nattpersonal. Utbildningen tog cirka 30 minuter där personalen fick information om syftet med TLS och hur man praktiskt fyller i protokollet.

Efter utbildningstillfällena uppstod en hel del frågor kring hur TLS skulle införas på bästa sätt; var skulle protokollet placeras, hur skulle rehabteamet praktiskt fylla i protokollet, vem och när, hur skulle TLS användas på mötet? En pilotstudie genomfördes därför med ett par patienter för att från början hitta så bra rutiner som möjligt.

Enkätundersökning och auskultation

Innan TLS infördes på avdelningen var det viktigt att ta reda på bland annat hur rutinerna och samarbetet fungerade på avdelningen samt hur delaktig personalen kände sig i vårdtagarens rehabilitering, upplägg av rehabiliteringsmål och deras inställning till att införa en ny rutin.

En enkät delades därför ut till all personal som arbetade på avdelningen samt till biståndshandläggarna som ansvarar för vårdplaneringarna på avdelningen. Författaren till denna rapport auskulterade hos sjukgymnasten och arbetsterapeuten för att se hur de arbetade med sina patienter samt deltog i ett möte med rehabteamet och ett avstämningsmöte med rehabteamet och biståndshandläggarna.

Intervjuer

Utifrån enkätundersökningen formulerades semi-strukturerade intervjufrågor för att få en djupare förståelse av hur de olika yrkeskategorierna upplever rutiner, teamsamarbete, hur nöjda och delaktiga de känner sig samt förväntningar och inställning till att införa TLS, se bilaga 2. Huvudfokus i intervjuerna låg däremot på kommunikation och kliniskt beslutsfattande. En representant från varje yrkesgrupp deltog i en intervju; arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och

undersköterska. Intervjuerna genomfördes av författaren som även var studieansvarig.

Införandet av TLS

I januari 2011 började teamet använda TLS för de vårdtagare som skrevs in för rehabilitering. Arbetsterapeuten och/eller sjukgymnasten började fylla i protokollet antingen samma dag vårdtagaren skrevs in på avdelningen alternativt dagen efter. I samråd med vårdtagaren fyllde de i den första kolumnen, hur patienten enligt TLS-aktiviteterna hade klarat sig före sjukhusvistelse och den andra kolumnen, hur de klarar sig i nuläget vid inskrivning på Kompassen. När sedan vårdtagarens förmåga förändrades uppdaterades det i den tredje kolumnen. Uppdateringen skedde antingen direkt eller en gång i veckan på målmötet där alla vårdtagare diskuteras. På målmötet deltog sjukgymnasten, arbetsterapeuten, samordnaren och de undersköterskor/vårdbiträden som hade möjlighet.

Uppföljningsenkäter

Det var planerat att göra en uppföljande enkätundersökning efter ett år men på grund av en omorganisation bestämdes det att genomföra uppföljningen redan efter cirka 10 månader. Enkäter skickades ut till all personal som arbetar på avdelningen samt biståndshandläggarna.

Uppföljningsintervjuer

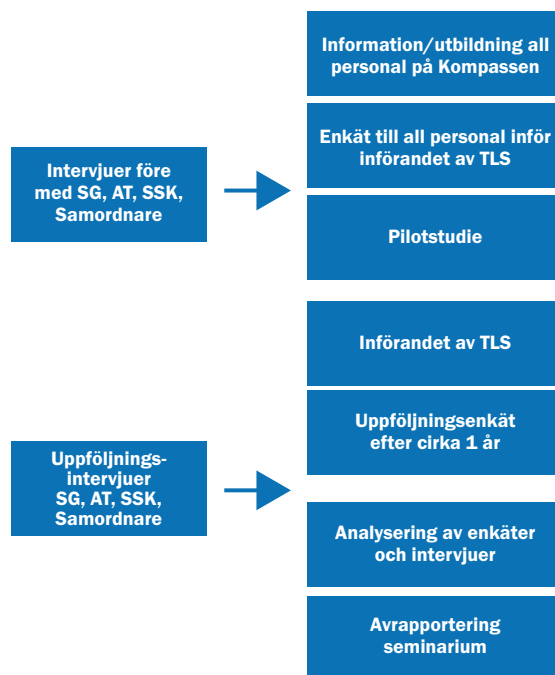
Intervjuer genomfördes med samma personer som innan införandet för att ta reda på deras upplevelser. Återigen användas semi-strukturerade frågor med fokus på implementering, användningsområden, samarbete, ansvarsfördelning, meningsfullhet och inställning till fortsatt användning.

För att vara opartisk och ge deltagarna möjlighet att prata så fritt som möjligt genomfördes intervjuerna av en annan forskare som har erfarenhet av intervjuer men inte någon anknytning till studien.

Analys av enkäter och intervjuer

Enkätsvaren från både före och efter implementering sammanställdes och svaren jämfördes med varandra, se bilaga 3.

Intervjuerna som spelades in skrevs ut ordagrant och analyserades med hjälp av innehållsanalys. Det innebär att intervjuerna har bearbetats genom följande steg: Författaren har



Figur 1: Schema som visar tillvägagångssättet i studien.

läst intervjuerna upprepade gånger för att få en känsla för helhet och för att fånga in de viktigaste egenskaperna. Därefter har meningar eller fraser som innehåller information som är relevant för frågeställningen markerats och plockats ut. De kallas för meningsbärande enheter. Därefter kondenseras texten, det vill säga att den blir kortare och mer lätthanterlig men tappar inte mening. Dessa meningsbärande enheter kodas sedan och grupperas i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Kategorierna utgör det manifesta innehållet i texten. En kod är en etikett på en meningsenhet som kortfattat beskriver dess innehåll. En kategori utgörs av flera koder som har ett liknande innehåll.

Målet var att utforska de olika yrkeskategoriernas upplevelser av implementeringen och användningen av TLS i ett kommunalt korttidsboende. ■

Resultat från intervjuerna

Sjuksköterskan som intervjuades arbetar konsultativt på avdelningen där hon ansvarar för vårdtagarens medicinska behov. Eftersom det framkom på intervjun att hon inte var delaktig i implementeringen och inte använder sig av instrumentet i sitt arbete redovisas endast arbetsterapeutens, sjukgymnastens och samordnarens berättelser.

Implementeringsprocessen

Ansvarsfördelning – förankrade rutiner

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten drev frågan kring implementering av TLS på korttidsboendet. Samordnaren på avdelningen var tydlig från första början med att hon inte kunde ta på sig något ansvar för implementering och uppdatering men att hon och personalen var väldigt positiv till att medverka. Rehabpersonalen hade den aktiva rollen att påbörja processen samt ledde diskussioner kring patientens funktionsförmåga på mötana.

Oftast träffade arbetsterapeuten patienten först och initierade samtalet och påbörjade ifyllning av protokollet. Rehab uppdaterade protokollet och ändrade målsättning vid behov medan avdelningspersonal hade en mer passiv roll, de medverkade i diskussionerna men ändrade inte någonting i protokollet. Detta har därför medfört väldigt lite extra arbete för samordnaren och omvårdnadspersonalen.

...de (rehab) är nyckeln till systemet och de har den aktiva rehabilitering, vi utför det vi är sagt till att göra. (Samordnare)

Ansvarsfördelning – hitta rätt nivå

Eftersom implementeringsansvaret låg på sjukgymnasten och arbetsterapeuten kände de att det var viktigt att hitta rätt nivå för att processen skulle lyckas. Rehab tog ansvar för att välja ut patienter med ett rehabiliteringsbehov, påbörja ifyllning av protokollet, förankra det hos patienten samt att uppdatera protokollet tillsammans

med omvårdspersonalen på mötet varje torsdag. Omvårdnadspersonalen behövde inte ta mer ansvar än att delta i mötet.

Det här kändes som vi hade en nivå där jag såg att vi kunde lyckas. ... att vi hittade ett bra instrument liksom, att man inte bara känna att det blir ett gnat om att men det inte gjort och sådär. Nu vet vi att en gång i veckan så tar vi tag i det här, och det är kanske tillräckligt snabb process för vår målgrupp. (Sjukgymnasten)

Även om rehabpersonalen hade önskat ett mer aktivt deltagande från omvårdnadspersonalen hade de inte förväntat sig det.

...det gäller liksom att hitta en positiv nivå så att det inte hela tiden blir ett missnöje, för då blir det ingen positiv anda i det vi gör. (Sjukgymnasten)

De hade även ett önskemål om att Kompassens enhetschef skulle vara mer delaktig i processen för att få rutinerna att sätta sig bättre, att få personalen mer motiverad och känna att TLS är någonting bra för dem.

Analysen av intervjuerna utgick ifrån två huvudkategorier; hur TLS påverkade kommunikation samt kliniskt beslutsfattande.

Kommunikation

Inhämtning av relevant information

Rehabiliteringspersonalen upplevde att TLS-protokollet ger ett snabbt och tydligt underlag för in- och utskrivningsanteckningar. Genom att följa protokollet missar de inte att ställa frågor om tidigare förhållanden i hemmet.

Man koncentrerar sig på att få den här lappen ifyllt ordentligt. Jag kanske har missat lite grand att fråga hur det var hemma och hur är det med dusch, så det är ingen nackdel. (Arbetsterapeut)

Identifiering och definiering av vårdtagarens problem

Kartläggning av patientens tidigare och nuvarande funktions- och aktivitetsförmåga gav både personalen och patienten en tydlig bild av vad

patienten hade för förutsättningar innan sjukhusvistelse samt deras nuvarande förmåga. Det gav en baslinje för rehabiliteringen, ett utgångsvärde för diskussioner kring patientens behov samt rehabiliteringsmål.

Man fokuserar ju mer just på, på just den här Traffic Light-lappen ... diskussionerna har blivit tydligare. (Arbetsterapeut)

Teamsamarbete

Teamsamarbetet fungerade enligt alla yrkeskategorier bra innan implementering. Omvårdnadspersonalen har inte märkt någon direkt förändring.

Jag tycker att vi har ett jättegott samarbete, det tyckte jag innan så det har inte blivit någon skillnad på det. (Samordnaren)

Rehabiliteringspersonalen upplever däremot att kommunikationen har blivit tydligare med TLS.

Ja, jag upplever framförallt att vi har, eeh, det blir tydligare och att vi hittar ett gemensamt språk för "vad är de olika nivåer, rött, gult och grönt?". "Vad är det egentligen att vara självständig?" "Vad är egentligen att ha tillsyn?" Det tycker jag att det har blivit mycket tydligare med sådant här instrument. (Sjukgymnast)

Gemensamt språk

En gång i veckan inför målmötet samlades TLS-lapparna in och lade grunden för diskussionerna kring de patienter som hade en rehabplan. Detta bidrog till ett mer strukturerat sätt att diskutera patientens förmåga och mål. Det blev mindre allmänt prat och mer fokus på aktiviteterna på TLS-lappen, diskussionerna blev tydligare.

...vi hade målmöten även innan med undersköterskorna men ibland kände man att "vad var det som sades nu då?". Det blev så odefinierat – "jo men det går bättre med Kalle". Ah, men det gällde att man var själv strukturerad, "vad är det som går bättre?" Det tycker jag att Traffic Light har gett oss ett instrument för. Så det är ett väldigt bra kommunikationsinstrument så. (Sjukgymnast)

Det är jättebra att tydliggöra vad det är som är problem, vad fungerar bra och sätta upp mål. (Arbetsterapeut)

Personalen var överens om vilken hjälp patienten behöver och det var en hjälp att komma vidare och att nå målen.

...även om vi har diskuterat mål tidigare och så, så blir det tydligare. (Arbetsterapeut)

...vi har uppdaterat och fyllt i den sista kolumnen och det har vi gjort tillsammans med personalen och diskuterat utifrån de olika kriterierna där. (Arbetsterapeut)

Det uppstod en hel del diskussioner på målmöten kring vad de olika färgerna står för. Det var inte självklart vad skillnaden mellan gult (tillsyn) och rött (fysisk hjälp) är. När patientens förmåga varierade under dygnet valde personalen "lägsta nivå", d.v.s. när patienten behöver mest hjälp.

...det blir en nyansering, då får man gå på lägsta nivå. Så då kan man i diskussionen veta att han är piggare på f.m. och tröttare på kvällen, men det blir bra diskussioner... (Sjukgymnast)

Meningsfullhet

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten beskrev att det första samtalet med patienten blev tydligare när man följde TLS-protokollet. Det var enkelt att visa patienterna vad de klarade och vad de behövde träna mera på. Man beskrev det som meningsfullt när TLS användes på målmöten, vårdplaneringar och i samtalet med patienten.

Kliniskt beslutsfattande

Upplägg av rehabiliteringsmål

De mål som lades upp var oftast utifrån rehabpersonalens perspektiv. Samordnaren uppgav i intervjun att omvårdnadspersonalen tillsammans med rehabpersonalen diskuterade målen på målmötet men var sedan inte delaktiga i diskussioner med patienten. Samordnaren var osäker på hur eller om vårdtagaren informeras om målen.

...de (SG och AT) är nyckeln till systemet och de har den aktiva rehabiliteringen. Vi utför det vi är sagt till att göra så att säga men de gör ju det mer så det kan mycket väl hända att de har poängterat (rehabiliteringsmål) men vi har inte gjort det... (Samordnare)

Arbetsterapeuten upplever dock patienten mer delaktig jämfört med innan.

Det är de, för det är en fråga som man ställer att "vad vill du klara helst? Det gör man tydligare idag än vad man gjorde innan, även om man försökte få med patienterna i processen då också, så blir det tydligare. (Arbetsterapeut)

Det finns även en kolumn för nattpersonalen att fylla i där vårdtagarens förmåga att förflytta sig och klara toalettbesök nattetid bedöms. Men eftersom de flesta av de aktuella vårdtagarna inte behövde hjälp nattetid så var inte nattpersonalen så inblandad i ifyllning av protokollet.

Verktyg vid utskrivningsplanering

TLS användes även vid ett antal tillfällen som underlag på vårdplaneringar för att diskutera patientens nuvarande och fortsatta hjälp- och eventuella rehabiliteringsbehov efter vistelsen på Kompassen. Detta är något som personalen anser har fungerat bra men det skulle behöva förankras i teamet för att kunna användas mer regelbundet.

... ett väldigt tydligt instrument som visar "vad behöver personen för hjälp här?" och det är den insatsnivån vi måste tänka att hemtjänsten behöver göra hemma. Då har jag mer och mer kommit på att det här ska jag ta med mig. Ibland har blivit så att jag hämtar pappret som är på personens rum då, för att titta här, "den här nivån har vi". Det blir väldigt, jag tycker att det ett jättebra instrument för att hitta en bra nivå på hemtjänsten hemma. (Sjukgymnast)

...när personen ska hem, då har vi flera gånger haft med oss den (på vårdplanering) för det förklarar väldigt tydligt för bistånd och hemtjänsten – "vad kan jag nu". Så där har det varit ett bra redskap kan jag tycka. (Samordnare) ■

Resultat från enkäterna

Trettiofyra personer svarade på enkäter före implementering och 37 vid uppföljningen. Områden som undersöktes var; rutiner, team-samarbete, yrkeskompetens, delaktighet, tillgång till information, användbarhet, inställning till användning samt om TLS kunde rekommenderas till andra som arbetar inom äldreomsorgen. Frågorna och en sammanställning av svaren i sin helhet finns att läsa i bilaga 3.

Personalen upplevde en ökad grad av team-samarbete vid uppföljningen, cirka 20 % fler personal rapporterade stor alternativt mycket stor jämfört med före införandet av TLS.

Det framkom att rehabpersonalen kände

sig mycket delaktig i upplägget av patientens rehabiliteringsmål medan omvårdnadspersonalen kände sig något mindre delaktig. Deras delaktighet sjönk ännu mer vid uppföljningen jämfört med innan.

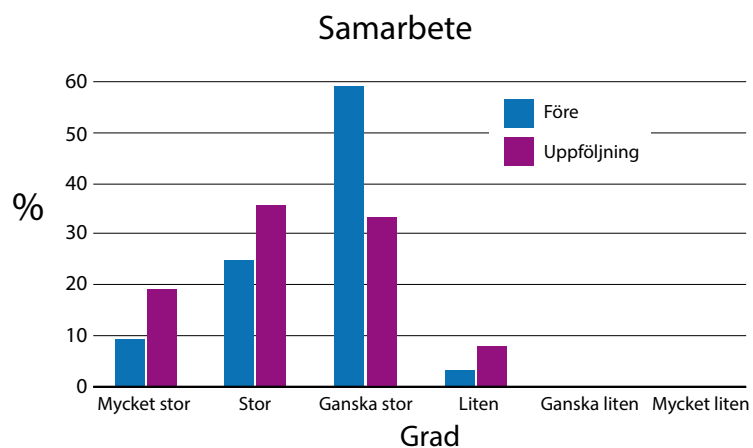
Instrumentet bedömdes i hög utsträckning vara användbart på Kompassen.

Majoriteten i teamet var positiv till TLS och skulle rekommendera instrumentet till andra enheter som arbetar inom äldreomsorg.

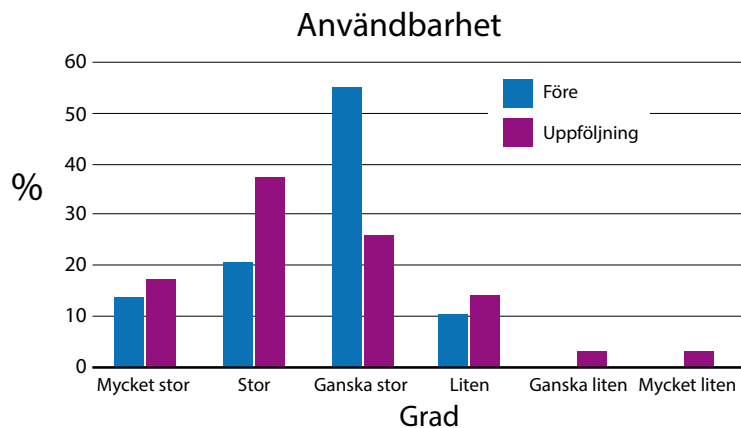
Är TLS en metod/instrument som Du skulle rekommendera till andra som arbetar inom äldreomsorg?

Ja	Nej	Vet ej
23	1	13

I vilken grad upplever Du att samarbetet i teamet fungerar på avdelningen idag?



I vilken grad upplever Du TLS som ett lämpligt och användbart instrument på Din avdelning?



Sammanfattning

Resultaten från enkätsvaren, intervjustudien och intrycket från auskultationen visade att det redan före införandet av TLS fanns en mycket positiv anda och attityd bland båda rehab- och omvårdnadspersonalen. Detta gav bra förutsättningar för att införandet skulle kunna lyckas. Rehabpersonalen som initierade implementeringen valde att ta huvudansvaret för processen och bestämde sig för en nivå som de kände skulle lyckas. Det innebar i praktiken att de stod för den aktiva processen och omvårdnadspersonalen var med vid avstämningsmöten en gång i veckan där teamet kom fram till ett gemensamt beslut gällande patientens funktions- och aktivitetsnivå och val av nya mål.

Instrumentet har inte varit svårt att införa och manualen har varit lätt att följa. Det har dock varit en hel del diskussioner på målmöten kring vad de olika färgmarkeringarna står för. Det handlar framför allt om skillnaden mellan gult och rött. Här finns det ett område som kan behöva förtydligas, men trots detta har det lett till konstruktiva diskussioner på målmöten där personalen har diskuterat sig fram till en gemensam standpunkt.

TLS har visat sig vara ett lämpligt instrument för de patienter med rehabiliteringsbehov som vårdas på korttidsenhet. Användandet av TLS har lett till en bättre struktur på målmöten där teamet diskuterar och kommer fram till ett gemensamt beslut kring patientens behov. Instrumentet har även använts med framgång på några vårdplaneringsmöten men alla är överens om att det skulle kunna användas mer regelbundet för att få in det som rutin och inte bara när man kommer ihåg. Ett ytterligare förbättringsområde som framkom var att använda instrumentet mer patientfokuserat, att få personen mer delaktig i sin rehabiliteringsprocess genom att diskutera mål mer aktivt.

Rehabiliteringspersonalen kände sig mycket delaktig i upplägget av patientens rehabiliteringsmål medan omsorgspersonalen känner sig mindre delaktig. Omsorgspersonalens känsla av delaktighet vid uppföljning visade sig vara ännu

lägre än innan implementering. Varför det blev så framkom inte, men en förklaring till detta resultat kan vara att omsorgspersonalen genom studien blev mer medveten om sin roll i rehabiliteringsprocessen i förhållande till rehabpersonalen som skötte uppföljningen.

Teamet som deltog aktivt i denna studie bestod av sjukgymnast, arbetsterapeut och omsorgspersonal. Rehabpersonalen som var mest aktiv beskrev att processen inte skulle ha fungerat om inte samordnaren var positivt inställd till instrumentet. Hon var ”spindeln i nätet” på avdelningen och såg till att rutinerna fungerade och att omsorgspersonalen var med. Samtidigt beskrev samordnaren att processen lyckades på grund av att rehabpersonalen drev frågan och hade huvudansvaret för införandet.

Slutsatser

Studiens resultat visar att TLS lett till bättre struktur gällande inhämtning av information och tydligare underlag för diskussioner på målmöten. Teamet har fått ett protokoll och gemensamt språk att diskutera patientens behov utifrån.

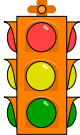
















































TLS används sedan tidigare inom den geriatriska slutenvården och denna studie visar att instrumentet även är meningsfullt och användbart för vårdtagare med ett rehabiliteringsbehov i den kommunala äldreomsorgen. Rapporten har fokuserat på implementering och utvärdering av TLS utifrån ett personalperspektiv, ytterligare studier behövs dock för att ta reda på patientens/vårdtagarens upplevelser av användning av TLS. Områden av intresse är om och hur TLS kan bidra till att patienten/vårdtagaren blir mer delaktig i sin rehabiliteringsprocess, med fokus bland annat på information och känslan av delaktighet när mål för rehabiliteringen sätts.

Ett bra instrument räcker dock inte för att garantera användandet. Tidigare forskning har visat att för att implementeringen ska lyckas krävs bland annat en engagerad ledning som uthålligt stödjer införandet av ett förändrat arbetssätt (10). ■

Referenser

1. Evidensbaserad äldrevård – En inventering av det vetenskapliga underlaget. SBU rapport, 2003.
2. WHO. I Sandén, (1997). Gränslös vård. Hälsouniversitetet.
3. Zwarenstein et al. Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2007, 8:23.
4. Tyson S, Greenhaulgh J, Long A. The use of measurement tools in clinical practice: an observational study of neurorehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2010; 24:74-81.
5. Canadian Association of Occupational Therapists. Enabling Occupation: an Occupational Therapy Perspective. CAOT 1997, Canada.
6. Persson M, Nilsson S, Iwarsson S. Development of multi-disciplinary team! ADL assessment in community health care: an interrater reliability study of the measure of instrumental daily activity. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 1999; 29: 149-163.
7. Miller M, Strobi R, Grill E. Goals of patients with rehabilitation needs in acute hospitals: goal achievement is an indicator for improved functioning. *J Rehab Med* 2011; 43: 145-150.
8. Lohmann S et al. The ICF forms a useful framework for classifying individual patient goals in post-acute rehabilitation. *J Rehabil Med* 2011; 43: 151-155.
9. Randall KE, McEwen IR. Writing Patient-Centered Functional Goals. *Phys Ther.* 2000; 80(12): 1197-1203.
10. Löfström C, Larsen T. Hållbara strukturer för organisatoriskt lärande. Slutrapport för GRO-projektet. Göteborg: FoU i Väst/GR, 2013.

Bilaga 1

TLS	FÖRE	IN	NU	Antal	Hjälpmedel	NATT
 LIGG TILL SITT				1 pers	DÄVERT	
SITT TILL LIGG				1		
SITT - STÅ					ROLLATOR	
STOL -SÅNG- STOL					ROLLATOR	
GÅNG/RULLSTOL INNE					ROLLATOR 100M	
ÖVRE HYGIEN						
NEDRE HYGIEN				1		
DUSCH				1	DUSCHPALL	
AV/PÅKLÄD ÖVRE						
AV/PÅKLÄD NEDRE				1	GRIPÅNG/STRUMPÅDRAGARE	
TOALETTBESÖK						
FÖDOINTAG						
TRAPPGÅNG				1	GÅBÄLTE + KKP	
GÅNG/RULLSTOL UTE				1	_ROLLATOR	

OBS! Får ej böja mer än 90 grader i sin vänstra höft

Mål

1. Klara att förflytta sig själv i/ur säng
2. Klara nedre påklädning med hjälpmedel

Senaste

bedömning

6/3

Bilaga 2

Bilaga 2

Frågor till personalintervjuer Lerum korttidsboende (uppföljning)

Nu har ni använt TLS sedan årsskiftet och syftet med uppföljningsintervjun är för att höra hur ni har upplevt implementering och användning av instrumentet på avdelningen.

1. IMPLEMENTERING

Kan du berätta hur det gick till när ni skulle införa TLS på avdelningen?

Upplevde ni några **svårigheter**?

Stöd frågor vid behov:

Var det svårt för personalen att förstå syftet med införandet?

Eller hur man skulle praktiskt använda instrumentet?

Var instruktionerna tydliga?

Om det fanns motstånd eller en vilja att testa?

Var det svårt för patienterna/anhöriga att förstå?

2. RUTINER

Kan du berätta hur TLS rutinerna fungerar idag?

Stöd frågor vid behov:

Vad händer när en ny patient skrivs in på avdelningen?

Vem ansvarar för att TLS ska påbörjas?

Fyller all personal i när det sker en förändring eller är det bestämda personer? Används TLS på ronderna? Och i så fall vilka och hur fungerar det?

3. SAMARBETE

Hur tycker du att samarbetet i teamet fungerar på avdelningen idag jämfört med tiden före införandet av TLS?

Stöd frågor vid behov:

Har du upplevt några förändringar under resans gång?

Har samarbetet förbättrats, försämrats eller ungefär det samma?

Kan du berätta om rutinerna kring patient har ändrats och i så fall på vilket sätt?

4. Är du nöjd med hur samarbetet fungerar idag? Skulle man kunna förbättra det på något sätt?

MENINGSFULLHET

5. I din yrkesroll som AT, SG, SSK eller SAMORDNARE ...Hur upplever du TLS i din arbetsvardag? Upplevs det som meningsfull? Vad finns det för fördelar/nackdelar?

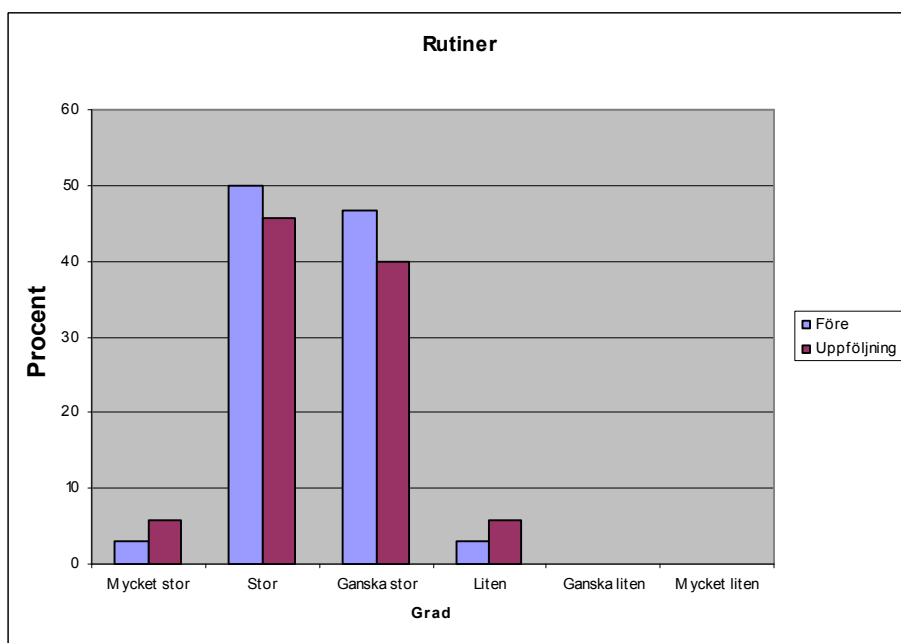
DELAKTIGHET

6. Har du märkt någon skillnad i **personalens** delaktighet i patientens rehabiliteringsprocess på avdelningen sedan TLS infördes?
7. Upplever du att **patienten** är mer delaktig idag jämfört med för ett år sedan i sin rehabilitering och upplägget av sina rehabiliteringsmål?
8. Hur är din inställning till att fortsätta använda TLS på avdelningen?
9. Finns det något annat som du vill berätta/tillägga?

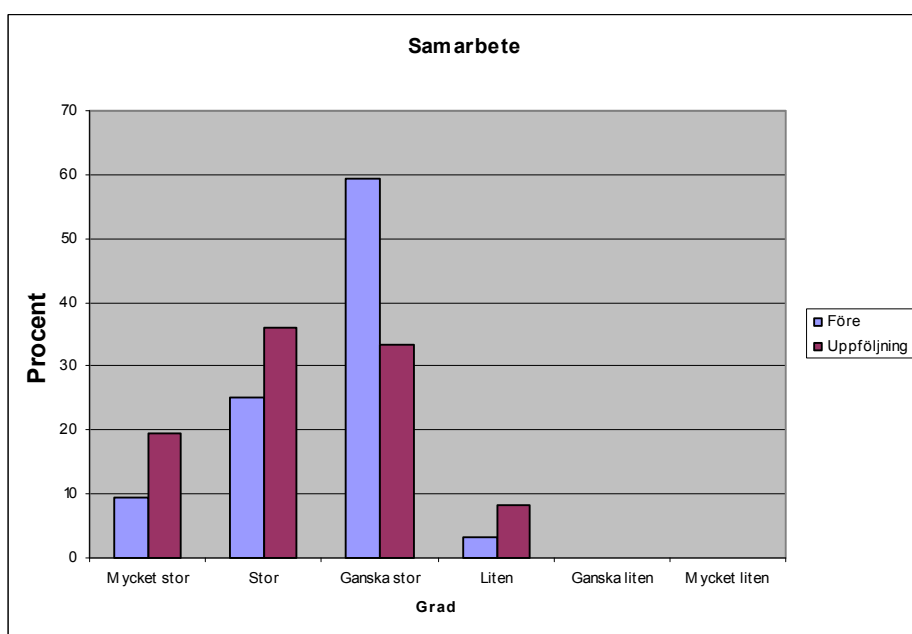
Bilaga 3

Sammanställning av enkätsvaren angående rutiner och samarbete kring patientens rehabilitering på avdelningen

1. I vilken grad upplever du att rutinerna för att patienten/vårdtagaren ska bibehålla/förbättra sin aktivitetsnivå fungerar på avdelningen idag?



2. I vilken grad upplever Du att samarbetet i teamet fungerar på avdelningen idag?



3. Hur nöjd är Du med hur teamarbetet fungerar i dag kring patientens/vårdtagarens rehabilitering?

Rita ett kryss som bäst beskriver din nöjdhet på nedanstående linje.

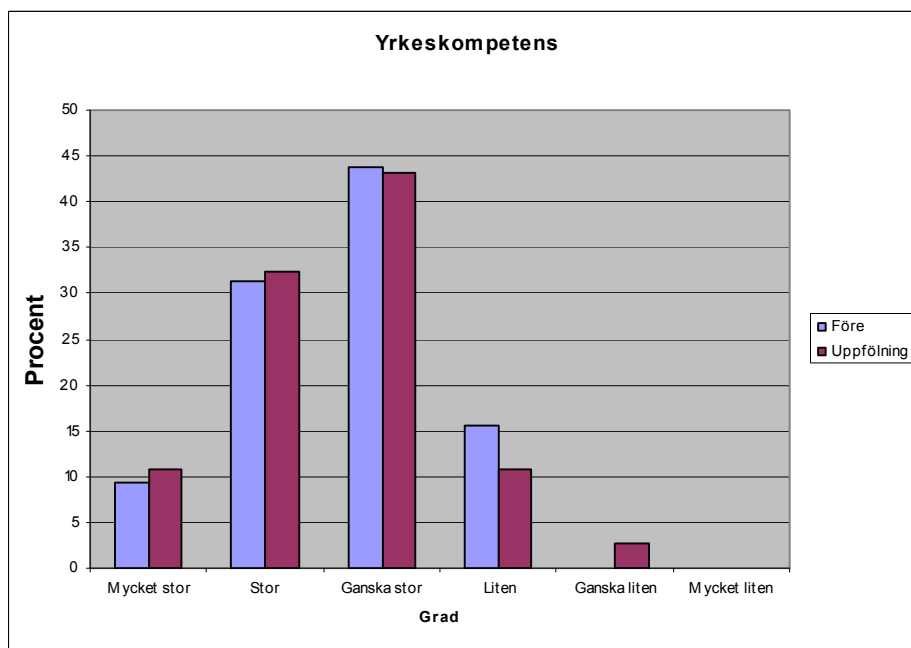
Inte alls nöjd

(0-100mm)

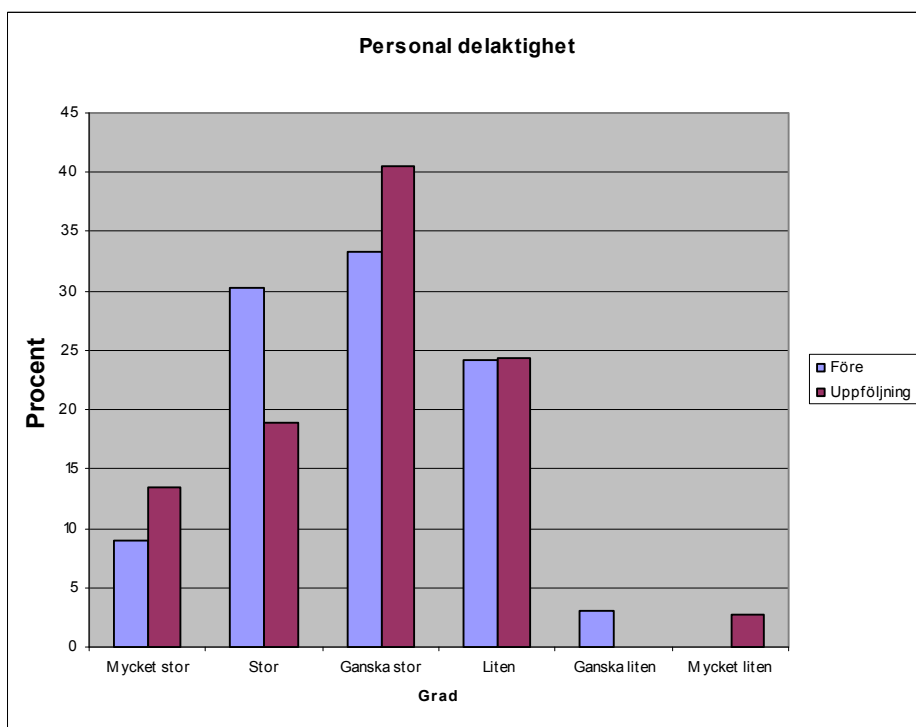
Mycket nöjd

	Före (mm)	Efter (mm)
Median	71	77
Medel	74	72
Range	52-100	42-100

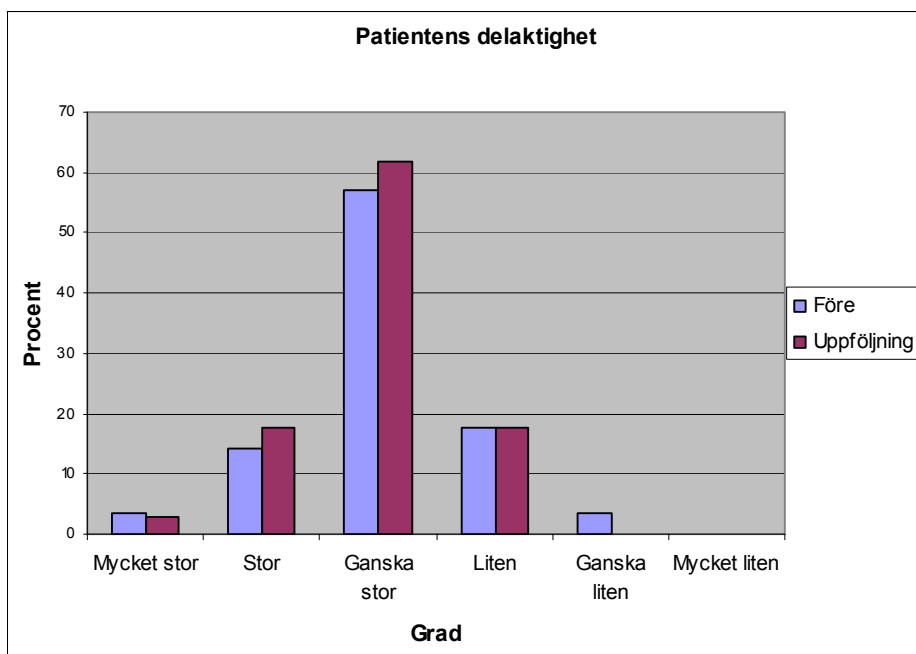
4. I vilken grad känner Du att Din yrkeskompetens tas till vara i teamet kring den enskilda patientens/vårdtagarens rehabilitering?



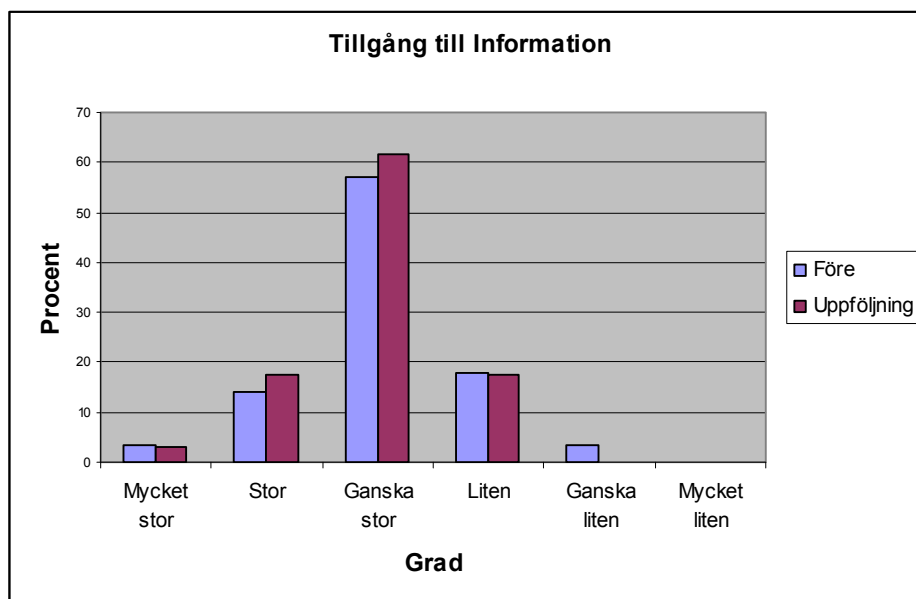
5. I vilken grad känner Du dig delaktig i patientens/vårdtagarens rehabilitering?



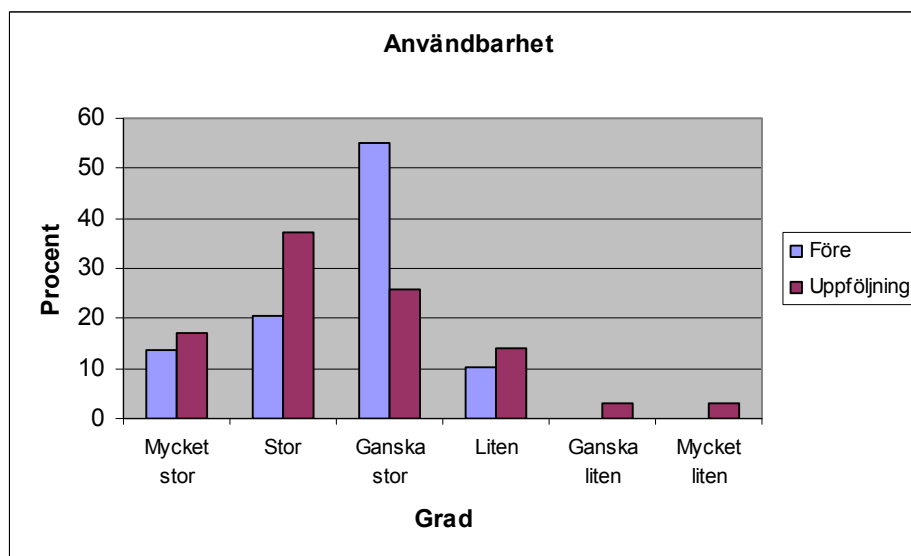
6. I vilken grad känner Du dig delaktig i upplägget av patientens/vårdtagarens rehabiliteringsmål?



7. I vilken grad känner Du att Du får/har tillgång till tillräcklig och tydlig information för att Du skall känna Dig trygg när Du hjälper patienter/vårdtagare vid specifika ADL-situationer t.ex. förflyttning mellan säng och stol, gång, toalettbesök?



8. I vilken grad upplever Du TLS som ett lämpligt och användbart instrument på Din avdelning?



9. Hur är din inställning till att använda TLS i fortsättningen på Din avdelning för att bedöma patientens/vårdtagarens aktivitetsförmåga?
Rita ett kryss som bäst beskriver din inställning på nedanstående linje.

Mycket negativ

(0-100 mm)

Mycket positiv

	Före (mm)	Uppföljning (mm)
Median	84	78
Medel	84	73
Range	51-100	20-100

10. Är TLS en metod/instrument som Du skulle rekommendera till andra som arbetar inom äldreomsorg?

Ja
23

Nej
1

Vet ej
13

Traffic Light System (TLS) är ett multiprofessionellt bedömningsinstrument som tydliggör patientens aktivitetsförmåga, eventuella hjälpbehov, mål för rehabiliteringen och eventuella restriktioner. TLS har tagits fram inom geriatriken på Sahlgrenska universitetssjukhuset av bland annat sjukgymnasten Gillian Asplin.

I denna rapport redovisas en studie över införandet av TLS på korttidsenheten Kompassen inom äldreomsorgen i Lerums kommun och resultaten visar att instrumentet är användbart i kommunal äldreomsorg. Bland annat ledde införandet till bättre struktur på möten kring patienterna och gjort det lättare att komma fram till en gemensam bild av patienternas behov.

Gillian Asplin är specialistsjukgymnast och sektionsledare för geriatrikgruppen SU/Mölnadal samt doktorand vid Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet.



FoU_i**väst** GR

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • Post Box 5073, 402 22 Göteborg • Tel 031-335 50 00
Fax 031-335 51 17 • e-post fou@grkom.se • www.grkom.se/fouivast