



FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR REHABILITERING  
AV ÄLDRE I ÖREBRO LÄN;

RESULTAT AV KARTLÄGGNING OCH  
FÖRSLAG TILL UTVECKLING

2009-04-15

-----  
Redovisad i Vilgotgruppen 2009-11-20

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning .....	3
2	Bakgrund.....	3
2.1	Inledning .....	3
2.2	Rehabilitering av äldre/historik .....	3
2.3	Definitioner .....	5
2.4	Uppdrag .....	6
2.5	Avgränsning.....	7
2.6	Nationell syn på rehabilitering.....	7
3	Nulägesbeskrivning .....	9
3.1	Rehabiliteringskedjan .....	9
3.2	Slutenvården .....	10
3.3	Primärvården.....	12
3.4	Kommunen.....	13
3.5	Rehabilitering i samverkan mellan primärvården och kommunen.....	15
4	Goda exempel inom rehabilitering .....	17
4.1	Slutenvård .....	17
4.2	Öppenvård.....	17
5	Resultat av kartläggningen.....	19
6	Slutsatser och förslag .....	20
7	Utvecklingsområden .....	24

## Bilagor

Bilaga 1: Rehabiliteringskedjan

Bilaga 2: Sammanställning av rehabiliteringsresurser

## **1 SAMMANFATTNING**

En arbetsgrupp med företrädare från kommunerna och landstinget i Örebro län har haft i uppdrag av Gränssnittsgruppen att göra en beskrivning av de aktuella förutsättningarna för rehabilitering av i första hand äldre i Örebro län. Uppdraget innefattade även att se över överenskommelsen ”Rehabilitering av äldre – ett gemensamt ansvar” från 1995.

Arbetsgruppen har gjort en kartläggning av befintliga resurser i länet för rehabilitering av äldre och belyst förändringar som skett sedan överenskommelsen togs fram.

Utgångspunkten har varit patientperspektivet och huvudmännens gemensamma ansvar för en fungerande rehabiliteringskedja.

De stora neddragningar som skedde vid länets sjukhus under senare delen av 90-talet har gjort att rehabiliteringen till stor del har förskjutits till primärvård och kommun. Patienter med stort rehabiliteringsbehov skrivs ut tidigt från sjukhusen och ansvaret för rehabiliteringen ligger hos primärvårdens sjukgymnaster och kommunernas arbetsterapeuter.

Arbetsgruppens slutsatser är att det finns ett ökat behov av rehabilitering, att nya former för rehabilitering utvecklas utifrån evidens, att en förskjutning behövs från organisationsfokus till patientperspektiv, att bedömning av rehabiliteringsbehov behöver säkerställas samt att informationsöverföring och teamwork behöver utvecklas.

Överenskommelsen från 1995 är fortfarande tillämpbar vad gäller ansvarsfördelning, men ska uppdateras innehållsmässigt till aktuella förhållanden.

## **2 BAKGRUND**

### **2.1 INLEDNING**

Inom Örebro län finns sedan 1995 en överenskommelse om ansvarsfördelning mellan landstinget och kommunerna med syfte att uppnå en sammanhållen och flexibel rehabilitering för äldre. Från slutet av 1990-talet har en strukturomvandling skett i hälso- och sjukvården genom en minskning av antalet vårdplatser vid sjukhusen. Detta har lett till att stora delar av och ibland hela rehabiliteringsbehoven efter akut fas tillgodoses i öppenvård gemensamt av kommunerna och primärvården. Utöver detta har nya lagar och överenskommelser tillkommit, bland annat om samverkan kring utskrivningsklara patienter och ansvaret för hemsjukvård. Detta har medfört att det finns behov av att uppdatera och omarbete överenskommelsen om rehabilitering av äldre.

### **2.2 REHABILITERING AV ÄLDRE/HISTORIK**

Rehabilitering av äldre sker vid sjukhusens slut- och öppenvård, i primärvården och inom kommunernas hälso- och sjukvård. Sedan ÅDEL-överenskommelsen finns alla arbetsterapeuter i öppenvård i kommunen och öppenvårdens sjukgymnaster i primärvården och ansvarar gemensamt för det primärkommunala området. Detta ställer höga krav på samverkan mellan yrkesgrupperna. Sedan slutet av 1990-talet har antalet vårdplatser vid

sjukhusen minskat avsevärt och medfört förkortade vårdtider på sjukhus så att omfattande rehabilitering sker på primärvårdsnivån. Rehabiliteringsresurserna har inte överförts från slutenvård till öppenvård i motsvarande grad.

Flera utredningar har genomförts under åren där behovet av arbetsterapeuter och sjukgymnaster i öppenvård påtalats; ”Vård och rehabilitering till personer med neurologiskt funktionshinder i Örebro län, 2000”, ”Revisionsrapport Vårdkedjan stroke, 2002”, ”Samverkan mellan länets kommuner och Örebro läns landsting om rehabilitering, 2000 och 2002”.

För att möta behovet av rehabilitering i öppenvård har antalet arbetsterapeuter utökats i kommunerna liksom antalet sjukgymnaster i primärvården. Genom de statliga stimulansbidragen har en satsning gjorts för att öka möjligheterna till rehabilitering i hemmet.

### **Utvecklingen inom hälso- och sjukvården i länet**

Sedan drygt 10 år tillbaka har en strukturförändring skett i hälso- och sjukvården i hela landet med minskat antal vårdplatser och allt kortare vårdtider inom slutenvården. Stora besparingar genomfördes i Örebro län både avseende antalet vårdplatser och personal under slutet av 1990-talet. Antalet vårdplatser för rehabilitering uppskattas ha minskat till 1/3 av det antal som fanns för ca 10 år sedan vid länets sjukhus.

Utvecklingen inom slutenvården har gått från stora rehabiliteringskliniker där tidigare de flesta patienter fick sin rehabilitering, till förhållandevis få rehabiliteringsplatser avsedda för patienter som har speciella rehabiliteringsbehov. Vid USÖ har dock de kvarvarande vårdplatserna med tydlig inriktning mot rehabilitering samlats vid en gemensam stor vård-enhet, Vårdenheten för Rehabilitering och Reumatologi, avd 82, med 52 vårdplatser, varav 44 är avsedda för rehabilitering. Där vårdas patienter från Geriatriska, Reumatologiska, Rehabiliteringsmedicinska och Neuroklinikerna. Övrig rehabilitering sker idag direkt på akutvårdsavdelningarna och startar ofta betydligt tidigare än förr. Viss verksamhet har ändrats eller tillkommit inom öppenvård, t ex Geriatriska kliniken Rehabteam och Rehabiliteringsmedicinska kliniken Hjärnskadeteam.

Rehabiliteringsmedicinska kliniken prioriterar patienter med stroke, förvärvade hjärnskador och ryggmärgsskador gör att patienter under 65 år med andra diagnoser har svårare att få tillgång till rehabilitering.

Efter neddragningar av rehabilitering inom öppenvården på USÖ har denna möjlighet under senare år åter ökat för vissa patientgrupper, i och med satsningar på ett MS-team och ett team för lättare hjärnskador.

Patienter med kroniska progredierande sjukdomar har mycket liten möjlighet att bli inlagda för träningsperioder. Den pott som finns för utomlänsrehabilitering har pga. besparingar minskat, så att ett fåtal per år nu har möjlighet att få åka till någon rehabiliteringsanläggning utanför länet.

Då antalet vård dagar minskat kraftigt genom åren innebär det att patienterna inte alltid är färdigrehabiliterade när de lämnar sjukhuset. Detta innebär att ansvaret för rehabilitering till stor del har förskjutits ut till primärvården och kommunerna. Det har medfört att patienterna ofta har omfattande rehabiliteringsbehov vid utskrivningen från slutenvården. Dessa behov ska till största delen tillgodoses av kommunens arbetsterapeuter och primärvårdens sjukgymnaster. Flera rapporter har påvisat behovet av rehabiliteringsresurser i öppenvård i Örebro län såsom: ”Tjugo, två eller noll?”, ”Tillsammansrehabilitering” och

”Samverkan mellan länets kommuner och Örebro läns landsting om rehabilitering”. Under de senaste åren har antalet sjukgymnasttjänster i primärvården utökats till en genomsnittlig nivå för riket.

Kommunerna i länet har sedan Ädelreformen utökats antalet arbetsterapeutjänster markant för att möta de ökande behoven av rehabilitering i öppen vård.

Flera av länets kommuner har under åren minskat antalet platser i SÄBO och fler patienter kommer hem till ordinärt boende med många gånger stora behov av omvårdnad och rehabilitering. Antalet korttidsplatser har utökats i flera fall i kommunerna och erfarenheter visar att patienter som finns på korttidsboende ofta har behov av rehabilitering för att på sikt kunna återgå till ordinärt boende. Detta ställer ökade krav på andra arbetsformer och mer resurser för rehabilitering i hemmet. Kvarboendepincipen har inneburit en stor satsning på rehabilitering i patientens hem alternativt i olika former av dagrehabilitering.

## **2.3 DEFINITIONER**

### **Rehabilitering – definition**

Begreppet rehabilitering avser insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, SOSFS 2008:20).

Att rehabilitera äldre människor kan ge dem livskvalitet och även vara en samhällsekonomisk vinst i form av lägre vårdkostnader. Att kunna utföra aktiviteter i det dagliga livet har inverkan på välbefinnandet hos äldre. Rehabiliteringsteamet samarbetar för att den äldre ska klara sitt vardagliga liv så bra som möjligt. Ett komplement till träning/behandling är aktivitetsskapande verksamhet, även en äldre människa har rätt till sysselsättning med meningsfulla aktiviteter. Insatserna ska stimulera egen aktivitet och eget ansvar (Holm A, Jansson M, 2001).

### **Specifik rehabilitering**

Specifik rehabilitering är arbetsuppgifter och insatser som utförs och ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Den är relaterad till och kräver kunskap om människans normala funktioner, den aktuella sjukdomen, skadan och den behandling och träning som utvecklar, återvinner och bibehåller funktions- och aktivitetsförmågan. Specifik rehabilitering utförs av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Vid överlåtelse av arbetsuppgifter till undersköterska/vårdbiträde sker detta genom instruktion (Månsson M, 2007).

### **Vardagsrehabilitering**

Vardagsrehabilitering eller allmän rehabilitering är oberoende av sjukdom och kan utföras av all personal. Arbetet utgår från ett rehabiliterande förhållningssätt. Planering och utförande sker på ett sådant sätt att individen ges möjlighet att bibehålla funktions- och aktivitetsförmågan. Att patienten/brukare får fortsätta göra de delar i aktiviteten som han eller hon klarar av, t ex att få försöka resa sig själv innan han/hon får hjälp samt att kunna

sträcka sig efter handduken eller åtminstone hinna tänka att hon behöver handduken. (Månsson M, 2007).

### **Rehabiliterande förhållningssätt**

I rehabiliteringsarbetet liksom i allt annat vårdarbete behövs ett professionellt förhållningssätt från personalens sida. Den professionella yrkesutövaren strävar alltid efter att sätta den som ska rehabiliteras och dennes behov främst. Utgångspunkten i ett rehabiliterande förhållningssätt ska vara att ha en stödjande och inte en hjälpande inriktning. Patienten/brukaren ska stimuleras och motiveras samt tillåtas egen och självständig aktivitet. Det är dennes behov, egna resurser och vilja som ska styra målen för rehabilitering. Patienten/brukaren ska vara i centrum (Holm A, Jansson M, 2001 och Månsson M 2007).

### **Rehabilitering i hemmet**

Grundkomponenterna för en fungerande hemrehabilitering är en gemensam känd definition, värdegrund och beskrivning, rutiner, riktlinjer och arbetsmetoder som stödjer brukarperspektivet. Framför allt är det viktigt med ett arbetssätt där alla funktioner och professioner finns i ett gemensamt sammanhang, t ex team. En helhetssyn kan aldrig innehas av bara en profession då det handlar om ett genuint samarbete i en fungerande dialog med patienten/brukaren (Månsson M, 2007 Rehabilitering av äldre).

## **2.4 UPPDRAG**

Gränssnittgruppen, som arbetar på uppdrag av Vilgotgruppen, gav i november 2006 i uppdrag att göra en beskrivning av de aktuella förutsättningarna för rehabilitering för i första hand äldre i Örebro län.

Uppdraget omfattar:

- Beskrivning av befintliga resurser för rehabilitering av äldre i kommuner och landsting med tydliggörande av eventuella olikheter inom länet
- Beskrivning av pågående och planerade förändringar inom rehabilitering
- Tydliggörande av ansvaret för rehabilitering i slutenvård
- Tydliggörande av det framtida behovet av rehabilitering i öppenvård

I arbetsgruppens rapport skall förslag läggas om eventuella behov av förändringar som rör samverkan kring rehabilitering av äldre.

En inventering av befintliga resurser för rehabilitering i länet är utgångspunkt för beskrivningen av resurser och innehåll i befintliga verksamheter.

Med utgångspunkt i denna inventering skall förslag läggas om hur framtidens rehabilitering av äldre i länet skall bedrivas för att största möjliga nyttoeffekter ska erhållas med de resurser som finns tillgängliga. Särskilt skall behovet av en jämlik rehabilitering i länet beaktas.

En arbetsgrupp gavs i uppdrag att genomföra denna inventering och komma med förslag.

## Arbetsgrupp

Gunnel Arvidsson, MAS, Hällefors och Nora kommuner

Inga Blomstrand, MAR, Örebro kommun

Eva Frantz, biträdande primärvårdschef, primärvården, ÖLL, sammankallande

Margit Gehrke-Flyckt, MAR, Kumla kommun

Annika Lilja, äldreomsorgschef, Karlskoga kommun

Calle Lindström, utvecklingsamordnare, Lindesbergs lasarett, representant för länets sjukhus, ÖLL

Helena Tholin, neurosjukgymnast, Karla vårdcentral, primärvården, ÖLL

Britten Uhlin, MAR, Örebro kommun

## Återrapportering

Arbetet skall redovisas till Gränssnittsgruppen som sedan för förslaget vidare för diskussion och beslut i Vilgotgruppen, som är uppdragsgivare till Gränssnittsgruppen.

## 2.5 AVGRÄNSNING

Arbetsgruppens uppdrag är att beskriva befintliga resurser för rehabilitering av äldre i kommuner och landsting. De resurser som är angivna i kartläggningen är inte specifikt riktade till äldre. Visserligen används stora delar av de rehabiliteringsresurser för äldre men att göra en preciserad uppdelning hur resurserna fördelas mellan olika åldersgrupper är i dagsläget inte möjligt. Vissa rehabiliteringsresurser exempelvis de som samlas inom Vuxenhabiliteringens ansvarsområde redovisas ej då personer över 65 år inte aktualiseras där.

## 2.6 NATIONELL SYN PÅ REHABILITERING

Regeringen bedömer att kvaliteten i vården och omsorgen om äldre kvinnor och män behöver höjas. Såväl det medicinska omhändertagandet som det sociala innehållet i äldreomsorgen behöver förbättras. Samverkan mellan huvudmännen måste förbättras för att äldre personer ska få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. Rehabilitering är en förutsättning för att enskilda personer skall kunna återfå förmågor efter t ex ett slaganfall eller en höftfraktur. Ansvar för rehabilitering och hjälpmedel följer med hälso- och sjukvårdsansvaret inklusive habilitering och rehabilitering, och är en integrerad del av all hälso- och sjukvård inom såväl kommunerna som landstingen. Ansvar för patienten skiftar mellan huvudmännen beroende på tidpunkt och skede i rehabiliteringsprocessen. Brister i rehabilitering och samverkan medför ett ökat behov av hemtjänst och platser i särskilda boenden.

- Rehabilitering av äldre kvinnor och män bygger på ett mångprofessionellt arbete på sjukhus, i landstingets primärvård och i den kommunala vården och omsorgen, samt samverkan över huvudmannaskapsgränserna. Rehabilitering inom vården och omsorgen om äldre kvinnor och män behöver utvecklas bl. a. när det gäller samverkan i planering, uppbyggnad och genomförande av rehabiliterande verk-

samhet. Ett rehabiliterande förhållningssätt behöver utvecklas och vård- och omsorgspersonal behöver få handledning i olika rehabiliteringsmetoder. Genom statliga stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer vill regeringen stimulera till utveckling.

Nationellt lyfts fyra områden fram där det finns svårigheter i rehabiliteringen och som är avgörande för att många människor som behöver rehabilitering inte får den.

- Kompetenshinder
- Tillgänglighetshinder
- Inställning till rehabilitering
- Synliga och osynliga prioriteringar

### **Kompetenshinder**

Många människor med funktionsnedsättningar får inte den rehabilitering som de har behov av. Detta kan bland annat bero på att de inte möter rätt kompetens bland personalen. Sjukvårdens organisation och personalens arbetssätt är inte tillräckligt anpassat för att kunna utgöra rehabilitering efter patientens behov. Samarbetet mellan vårdens medarbetare måste förbättras. Ett välfungerande samarbete i team är en förutsättning för optimal rehabilitering.

### **Tillgänglighetshinder**

För att individen skall kunna tillgodogöra sig rehabilitering krävs ofta tillgänglighet i form av hjälpmedel och bostadsanpassning. Väl fungerande hjälpmedel är av grundläggande betydelse för att personer med funktionshinder skall kunna leva ett aktivt och oberoende liv. Ett annat viktigt tillgänglighetshinder är bristen på rehabiliteringsresurser. Andra tillgänglighetshinder är väntetider för utredning och insatser samt geografiska avstånd.

### **Inställning till rehabilitering**

I hälso- och sjukvårdslagen framgår det tydligt att landstingen och kommunerna skall erbjuda rehabilitering till sina invånare. Trots detta synes det fortfarande finnas en inställning som gör att rehabilitering alltid halkar efter. En annan viktig orsak är att myndigheterna skjuter ifrån sig ansvaret för insatser och betalning. Det leder till alltmer ojämlik vård eftersom resursstarka patienter på ett eller annat sätt ser till att få den rehabilitering som andra går miste om.

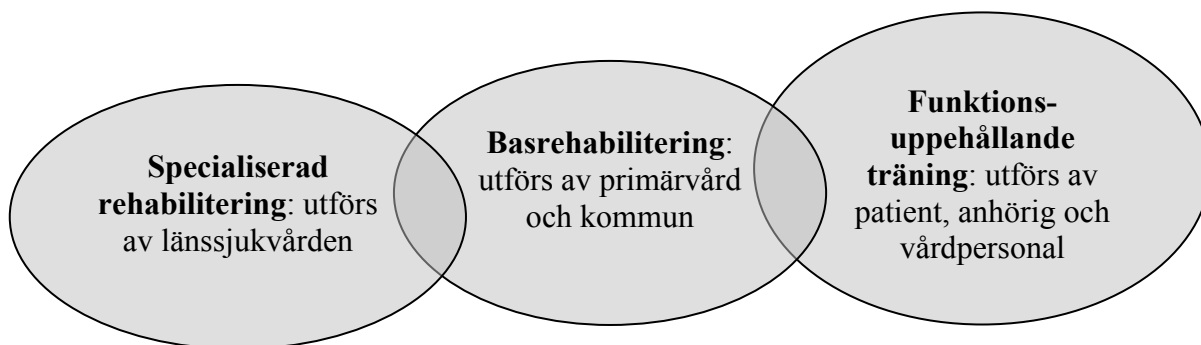
### **Synliga och osynliga prioriteringar**

Prioriteringar diskuteras intensivt på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Många är medvetna om att behovet av och efterfrågan på sjukvård och dess möjligheter till vård och behandling inklusive rehabilitering kommer att vara större än de resurser som samhället anser sig kunna avsätta till detta ändamål. Med öppna prioriteringar menas att besluten, grunderna och resonemangen skall vara tillgängliga för alla som önskar ta del av dem samt att det framgår vem som fattar besluten och vem som har ansvar.



### 3 NULÄGESBESKRIVNING

Utgångspunkten för all rehabilitering ska vara den enskildes behov. Detta behov avgör vilken kompetens som krävs för att tillgodose de många gånger komplexa behov som finns i samband med rehabilitering. Eftersom behoven är olika och ofta mångfacetterade, kan ingen enskild yrkeskategori svara för en persons hela rehabilitering. Det krävs ett konkret överlämnande mellan olika vårdnivåer och ett väl fungerande teamarbete inom varje vårdnivå med möjlighet till koppling till övriga nivåer:



#### 3.1 REHABILITERINGSKEDJAN

Slutenvårdens ansvar är att starta rehabiliteringsprocessen genom att:

- Identifiera behov av rehabilitering
- Inleda rehabiliteringsinsatser
- Genomföra rehabiliteringsinsatser till patienter med omfattande och/eller särskilda behov av rehabilitering
- Tillsammans med berörda upprätta vårdplan och rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsplanen beskriver patientens resurser, problem, mål med rehabiliteringsinsats och fortsatt behov av rehabilitering
- Vid utskrivning från slutenvård överföra information och överlämna ansvar. Uppföljningsansvaret ska vara tydliggjort då patienten lämnar slutenvården. Informationsöverföring sker via Meddix eller remiss

Öppenvårdens ansvar är att fortsätta rehabiliteringsprocessen genom att:

- Olika verksamheter tar ställning till fortsatta rehabiliteringsinsatser
- Varje yrkesprofession bedömer Var, Vem, Vad och Hur insatserna ska ges
- Tillsammans med patientens egna mål bildar detta patientens individuella rehabiliteringsplan
- Rehabiliterande insatser sker i samverkan

*Rehabiliteringskedjan, se bilaga 1.*

### **3.1.1 VÅRDPLANERING**

Vårdplanering sker enligt ”Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård”, SOSFS 2005:27 och ”Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård samt betalningsansvar för utskrivningsklara patienter” för Örebro län, 2006-03-22. Informationsöverföring och vårdplanering sker med stöd av Meddix. I de fall där samordnad vårdplanering inte sker i Meddix används rutiner för remisshantering.

Av informationen (epikris, vårdplan, utskrivningsmeddelande, remiss) skall framgå vart remiss skickats och vem som har ansvar för vad i den fortsatta vårdprocessen avseende innehåll och tidpunkt för medicinsk uppföljning och rehabilitering.

### **3.1.2 VÅRDPROGRAM**

Gemensamma vårdprogram är ett viktigt stöd för vårdkedjan. Ett gott exempel är Riktlinjer för strokesjukvård.

## **3.2 SLUTENVÅRDEN**

På sjukhus är rehabilitering ett väsentligt inslag i vården. Rehabilitering sker inte enbart vid rehabiliteringskliniker utan på alla nivåer och vid alla enheter inom hälso- och sjukvården. Länssjukvården ansvarar för utredning och diagnostik och initierande av rehabiliteringsplan i samband med den gemensamma vårdplaneringen.

Den gemensamma och samordnade vård- och rehabiliteringsplaneringen utgör grunden för bedömning och planering av rehabiliteringsinsatser. Rehabiliteringsbehovet bedöms utifrån en analys av fysisk, psykisk och social funktions- och aktivitetsförmåga.

Rehabiliteringsplanen ska innehålla uppgifter om mål, aktiviteter och en tidsplan. Vidare ska finnas uppgift om uppföljning, samt vem som ansvarar för de olika aktiviteterna. I planen ska patientens egna mål med rehabiliteringen även dokumenteras.

Vid övergång från en vårdgivare till en annan ligger ett stort ansvar för den överlämnande vårdgivaren att med gällande sekretessbestämmelser ge all adekvat information om den enskilde och dennes behov.

Länssjukvårdens rehabiliteringsansvar omfattar:

- Specialiserad rehabiliteringsbedömning
- Inledande specialiserad rehabiliteringsinsats
- I samverkan med övriga parter utarbeta rehabiliteringsplan för patient som inte längre bedöms ha behov av slutenvårdens rehabiliteringsinsatser. Vid utskrivning av patient övergår ansvaret för patientens rehabilitering till den öppna hälso- och sjukvården inom landsting och/eller kommun, om inte annat är överenskommet.
- Patientansvarig läkare ansvarar för att rehabiliteringsbehovet vägs in i bedömningen om patienten är utskrivningsklar.
- Utskrivande läkare ansvarar för att rapportering sker till kommun och/eller vårdcentral.
- Rehabiliteringsplan skall framgå av dokumentationen från sjukhusen.

- Vissa patienter/diagnosgrupper som kräver specialistresurser får sin uppföljande rehabilitering via sjukhusens öppenvårdsverksamhet.
- Specialist/konsultinsats ska kunna erbjudas under det fortsatta rehabiliteringsarbetet
- Svara för uppföljande specialiserad rehabiliteringsinsats, enligt överenskommelse vid utskrivning.
- Undervisning och handledning om den enskilde patientens rehabiliteringsinsatser.

### 3.2.1 SLUTENVÅRDENS RESURSER I ETT TIDSPERSPEKTIV

En tydlig neddragning har skett av antalet vårdplatser för rehabilitering vid länets samtliga sjukhus sedan 1995, som framgår av nedanstående tabeller.

Vårdplatser	USÖ	Karlskoga *	Lindesberg
Vårdplatser 2007	584	151	102
Varav rehabplatser	44	inga specifika	14
Rehabplatser 1995	83	48	45

Antal årsarbetare	USÖ	Karlskoga *	Lindesberg
Sjukgymnaster	41,9	10,0	7,0
Arbetsterapeuter	35,16	6,0	6,5
Rehabassistenter	4	1,75	4,25
Övrig personal med huvudsakligen rehabuppgifter	16	1,0	0

\* Karlskoga lasarett inkluderar patienter från Landstinget i Värmland enligt avtal.

### 3.2.2 FÖRDELNING ÖPPEN/SLUTEN VÅRD

Sjukhusen har i huvudsak sina rehabiliteringsresurser riktade till den slutna vården, med något undantag. Den självskattade fördelningen mellan poliklinisk respektive slutenvård i procent är följande:

- Lindesbergs lasarett 10/90
- Karlskoga lasarett 35/65
- Rehabmed klin USÖ 40/60
- Ger klin rehabsekt USÖ 75/25 2-milsgräns

### **3.2.3 REHABILITERING VID SJUKHUSENS ÖPPENVÅRD**

ÖLL har öppenvårdsverksamheter för rehabilitering vid samtliga tre sjukhus:

- Geriatriska Rehabteamet på USÖ bedriver hemrehabilitering och dagrehabilitering
- Dagrehabiliteringen på Karlskoga lasarett
- Dagrehabiliteringen på Lindesbergs lasarett

Länsövergripande verksamheter finns vid:

- Öppenvårdsteamet för personer med lätt/måttlig hjärnskada på Rehabiliteringskliniken, USÖ
- Dagvårdsavdelningen på Rehabiliteringsmedicinska kliniken USÖ

Majoriteten av patienterna vid dessa verksamheter remitteras direkt från vårdavdelningarna på sjukhusen.

Förutom ovanstående verksamheter finns det även annan öppenvård vid sjukhusen där olika personalkategorier tar emot patienter i poliklinisk vård.

## **3.3 PRIMÄRVÅRDEN**

Många patienter får sina rehabiliteringsbehov tillgodosedda av primärvårdens sjukgymnaster.

I Örebro län finns 95,5 sjukgymnasttjänster inom primärvården, fördelade på 29 vårdcentraler. Det finns även ett antal privatpraktiserande sjukgymnaster i länet. Befolkningsunderlaget per sjukgymnast är i Örebro ca 3500 och i övriga länsdelar ca 2900. En förklaring till detta är att frekvensen av privatpraktiserande sjukgymnaster är högre i Örebro kommun än i övriga länsdelar. En annan förklaring kan vara närheten till USÖ där det finns team som bedriver öppenvård för vissa diagnosgrupper.

### **3.3.1 ARBETSUPPGIFTER**

På vårdcentralerna tar man emot patienter i alla åldrar på mottagningsbesök för undersökning, behandling, rådgivning och hjälpmedelsförskrivning. Man har även gruppbehandlingar och gör hembesök. Hembesök görs främst när patienten inte själv kan ta sig till vårdcentralen, ibland tillsammans med arbetsterapeut. Syftet är oftast att göra en bedömning för att sedan ge instruktioner till patient, anhöriga eller personal. I enstaka fall genomförs träning/behandling i hemmet.

### **3.3.2 SJUKGYMNASTINSATSER I SÄRSKILDA BOENDEN, KORTTIDSBOENDEN, DAGVERKSAMHETER MM**

Sjukgymnasterna har i sitt arbete tid avsatt för kommunernas särskilda boenden, korttidsboenden, dagrehabilitering m.m. Sjukgymnaster finns också kopplade till hemtjänstgrupperna för att kunna bistå med bedömningar och behandlingar i ordinärt boende. Det finns en namngiven sjukgymnast för varje område med regelbundet avsatt tid. Den totala tiden varierar utifrån behoven. Fördelningen skiljer sig mellan olika vårdcentraler beroende på olika åldersstrukturer i befolkningen och att man anpassar sig till den verksamhet kommu-

nen bedriver i området. Där det finns kommunala rehabiliteringsavdelningar finns avtal om sjukgymnastresurs. Örebro kommuns tre rehabiliteringsenheter har 50 % sjukgymnastresurs vardera till ca 12 patienter.

På vårdcentralerna fördelas arbetet på kommunernas särskilda boenden, korttidsboenden, dagverksamheter och hemtjänstgrupper mellan de olika sjukgymnasterna. Ett undantag är Karlskoga där vårdcentralerna har en gemensam sjukgymnast, som enbart gör insatser i SÄBO och hemsjukvård.

Två privata sjukgymnastikenheter i Örebro, Wasa Rehab och Örebro Rehabcenter, har i sitt avtal med landstinget överenskommit att viss tid skall läggas på ett kommunalt boende. Wasa Rehab lägger 10 timmar/vecka på Rostahemmet. Örebro Rehabcenter 10 timmar/vecka på Södermalms hemmet.

### **3.3.3 SJUKGYMNASTTJÄNSTER MED INRIKTNING NEUROLOGI**

Sedan mitten av 2006 har fem nya sjukgymnasttjänster tillkommit i Örebro län. Det är sjukgymnasttjänster inriktade mot neurologi. Det är två tjänster i Örebro och en tjänst i vardera länsdel. Placeringarna är Skebäck, Karla, Brickegården, Nora och Hallsbergs vårdcentraler. Resurserna är dock till för patienter och sjukgymnaster i hela området/länsdelen. Dessa sjukgymnaster arbetar med direkt patientarbete men fungerar också som konsulter till andra sjukgymnaster. De vanligaste diagnoserna är stroke, MS och Parkinson.

### **3.3.4 HEMREHABILITERING**

Fram till hösten 2007 har ingen egentlig rehabilitering bedrivits i hemmet av primärvårdens sjukgymnaster. Under 2007-2008 har primärvården tilldelats medel för tio nya sjukgymnasttjänster, två i norra länsdelen, två i västra, två i södra och fyra i Örebro. Dessa sjukgymnaster påbörjade sitt arbete hösten 2007 och arbetar med hemrehabilitering för personer över 65 år i nära samarbete med arbetsterapeuter i kommunen. Även övriga sjukgymnaster vid vårdcentralerna gör vid behov hembesök.

## **3.4 KOMMUNEN**

Efter utskrivning från slutenvården kan kommunen erbjuda olika enskilda eller kombinerade stödåtgärder. Kommunens olika verksamheter kan indelas i förebyggande, hemvård och särskilt boende. Inom varje verksamhet förekommer olika former av rehabilitering från ett rehabiliterande förhållningssätt till specifik rehabilitering. I kommunen används begreppen ordinärt boende och särskilt boende. Förebyggande insatser och hemvård erbjuds i det ordinära boendet. Dagverksamhet består av dagrehabilitering, social dagvård och demensdagvård.

MAR/MAS-funktionen säkerställer att patientens behov av hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering tillgodoses.

### **3.4.1 FÖREBYGGANDE VERKSAMHETER**

Denna verksamhetsform vänder sig till personer som bor hemma och är i behov av stöd och hjälp i att upprätthålla sociala kontakter, aktiviteter och delaktighet i samhället. Kommunens ansvar för uppsökande verksamhet innebär bl.a. att ge upplysning om vad som

finns och hur man kommer i kontakt med förekommande verksamheter. Aktivitetspunkter som finns är Dagcentraler, anhörigstöd, träffpunkter och frivilligverksamhet exempelvis väntjänst. Riktade insatser för grupper med speciell problematik förekommer också.

Den personliga kontakten som uppnås i dessa verksamheter är mycket värdefull och ger en ökad livskvalitet för den enskilde.

Eftersom fall är en av de vanligaste orsakerna till skador bland äldre utgör det också ett stort folkhälsoproblem som kommunen arbetar med. Olika vetenskapliga studier har visat att fysiska, mentala och sociala aktiviteter bidrar till att bevara hälsa och funktionsförmåga därmed blir det en viktig aspekt för att förebygga ohälsa och olyckor av olika slag.

Olika former av förebyggande insatser förekommer bl.a. fallförebyggande studie i medverkan med landstinget och länets alla kommuner. Inom Hilma finns också en arbetsgrupp som arbetar med fallrisker. Dessutom arbetar arbetsterapeuter och sjuksköterskor kontinuerligt med fallförebyggande åtgärder vid sina kontakter med patienter.

I det förebyggande arbetet ingår också att ge anhörig/närstående stöd och hjälp. Denna grupp svarar ofta för betydande insatser där det är viktigt att uppmärksamma deras behov av stöd ur både psykologisk och praktisk synvinkel. I varje kommun finns det organiserat anhörigstöd i form av kontaktperson, samtalsgrupp, anhörigcenter, avlösning i hemmet etc.

Övergripande ansvariga är områdeschef, enhetschef och anhörigkonsulent.

### **3.4.2 ORDINÄRT BOENDE**

I det ordinära boendet kan personen vid behov erbjudas insatser i form av mattjänst, trygghetslarm, städ, tvätt, personlig omvårdnad, mm för att kunna bo kvar hemma så länge som möjligt.

Arbetsterapeuterna ansvarar för all arbetsterapi inom sitt geografiska område oavsett om personen har insatser i övrigt från kommunen.

För personer som bor i ordinärt boende och är i behov av bedömning och träning av aktiviteter, kompensatoriska åtgärder, miljöanpassning, bostadsanpassning och hjälpmedelsförskrivning finns möjlighet till rehabilitering och träning i hemmet.

Med hjälp av statliga stimulansmedel kommer dessa möjligheter att utvecklas och utökas.

Personen erbjuds träning av meningsfulla vardagliga aktiviteter i sin naturliga miljö. Rehabiliteringen består av specifik- och vardagsrehabilitering och bygger på teamsamverkan. I denna samverkan är det viktigt att alla yrkeskategorier som är inblandade på något sätt är delaktiga och tar ansvar i personens rehabilitering. Genom att utveckla och stärka det rehabiliterande arbetssättet i hemvårdsteamet kan patientens/brukarens egna förmågor tas tillvara, utvecklas, återvinnas, bibehållas och behovet av hemvård minskas.

De rehabiliterande insatserna består av bedömning, förebyggande aktivitet, att ge trygghet och säkerhet, bibehålla och utveckla funktion och aktivitet samt uppföljning/utvärdering. Insatserna görs genom att ge instruktion, delegering och handledning till patient, personal och eller närstående. Varje yrkesgrupp gör sin bedömning utifrån patientens aktuella behov och ger insatser utifrån dem. Samverkan sker i teamet utifrån patientens vård- och omsorgsplan.

### 3.4.3 DAGVERKSAMHET

Kan bestå av:

- **Social dagverksamhet:** Personen bor hemma och har behov av att komma till social dagvård en eller flera dagar/vecka. Syftet är att upprätthålla aktivitetsförmåga, få stimulans och social gemenskap.
- **Dagrehabilitering:** Personen bor hemma och har behov av att komma till dagrehabiliteringen en eller flera dagar/vecka. Syftet är att utifrån individuella rehabiliteringsmål förbättra/upprätthålla aktivitetsförmåga för att klara sitt dagliga liv så självständigt som möjligt.
- **Demensdagvård:** Denna dagverksamhet ses som en första länk i demensvårdskedjan. Syftet med verksamheten är att ge stimulans, stärka självkänslan och välbefinnandet. Få struktur i sin vardag för att kunna fortsätta bo kvar hemma.

### 3.4.4 KORTTIDSBOENDE

Personer som har behov av växelvård eller befinner sig i en utrednings/bedömningsfas inför hemgång eller annat boende. Rehabiliteringen bedrivs under en begränsad tid och inriktningen är vardagsrehabilitering, för att bibehålla/utveckla aktiviteter. Personer som behöver rehabilitering under en begränsad tid för att kunna återgå till hemmet kan få behandling på en korttids- eller rehabiliteringsenhet. Den rehabilitering som bedrivs består både av vardagsrehabilitering och av specifik rehabilitering. Träningen inriktar sig på att utveckla personens grundläggande aktiviteter.

### 3.4.5 SÄRSKILT BOENDE

I länets kommuner finns olika benämningar på särskilda boenden. De vanligaste är särskilt boende med olika inriktningar såsom demensboende, gruppboende. Till dessa enheter är rehabiliteringspersonal såsom arbetsterapeuter och sjuksköterskor knutna. Även här betonas vikten av teamsamverkan för att alla skall arbeta rehabiliteringsinriktat. Den rehabilitering som bedrivs består både av vardagsrehabilitering och av specifik rehabilitering.

## 3.5 REHABILITERING I SAMVERKAN MELLAN PRIMÄRVÅRDEN OCH KOMMUNEN

### 3.5.1 VÅRDPLANERING

Kommunen och primärvården har ett gemensamt ansvar för patientens vård och rehabilitering efter avslutad rehabilitering vid sjukhusets slutna eller öppna vård. En vård- och rehabiliteringsplan ska upprättas för den fortsatta rehabiliteringen med mål som är tydliga, realistiska och möjliga att utvärdera. Av planen ska framgå vem som ansvarar för vad när det gäller den fortsatta vården/rehabiliteringen och uppföljningen.

Den gemensamma utgångspunkten för all rehabilitering skall vara den enskildes behov av rehabilitering och varje person ska ha en skriftlig individuell rehabiliteringsplan. Behovet avgör vilken kompetens som krävs för att tillgodose de många gånger komplexa behov som finns i samband med rehabilitering.

### 3.5.2 TEAMARBETE

Rehabilitering grundar sig på teamarbete mellan olika yrkeskategorier, där varje profession bidrar med sina yrkeskunskaper. För varje enskild individ är det en förutsättning att alla yrkeskategorier medverkar i en gemensam vårdplanering utifrån patientens behov och förutsättningar.

Respektive yrkeskategoriers bedömning och iakttagelser bildar inte bara grunden för planeringen av patientens/brukarens rehabilitering utan ger också information som styr övriga teammedlemmars insatser. God kommunikation är viktig för att ett teamsamarbete skall fungera.

Kommunens arbetsterapeut och primärvårdens sjukgymnast ansvarar för rehabilitering och ska tillsammans med övrig vårdpersonal utveckla bra samarbetsformer där patientens behov och situation ska vara vägledande.

#### Teammedlemmar

- **Undersköterska/vårdbiträde/Omvårdnadspersonal**  
Stödjer, uppmuntrar och motiverar patienten/brukaren till egen aktivitet. De utför av arbetsterapeut, sjuksköterska och sjukgymnast instruerad träning samt vardagsrehabilitering, påtalar behov av och medverkar i individuell vårdplanering. De har också ett viktigt ansvar som kontaktman.
- **Läkare**  
Läkaren har det medicinska ansvaret och är konsult i rehabiliteringsarbetet. Svarar för stöd till kommunens olika yrkesutövare i deras respektive yrkesroller.
- **Arbetsterapeut**  
Bedömer, stödjer och tränar de aktiviteter patienten/brukaren önskar och har behov av för att klara vardagen. Målet är att bibehålla eller förbättra dennes självständighet. Arbetsterapeuten medverkar vid individuell vårdplanering, stöttar omvårdnadspersonalen i arbetet med vardagsrehabilitering. Vid behov instruera omvårdnadspersonalen att utföra specifika rehabiliteringsinsatser.
- **Sjukgymnast**  
Bedömer, behandlar, tränar och stödjer patienten/brukaren så denne kan bibehålla, förbättra och återfå de fysiska funktioner som han/hon behöver i sin vardag. Sjukgymnasten medverkar vid individuell vårdplanering, stöttar omvårdnadspersonal i arbetet med vardagsrehabilitering. Vid behov instruera omvårdnadspersonalen att utföra specifika rehabiliteringsinsatser.
- **Sjuksköterska**  
Bedömer hur patientens/brukaren klarar problem som kan uppstå utifrån sjukdom och skada. Identifierar specifika behov och iakttar svaren på behandlingen som påverkar dennes förutsättningar för rehabilitering samt att delta i individuell vårdplanering.
- **Enhetschef**  
Skapar förutsättningar och struktur för ett rehabiliterande förhållningssätt samt motivera och leda omvårdnadspersonalen i arbetet utifrån den gemensamma grundsynen.



- **Biståndshandläggare**  
Bedömer behov av sociala insatser, uppdaterar beslut utifrån förändringar i patientens/brukarens aktivitets- och funktionsförmåga. Det är viktigt att koppla ihop rehabilitering och bistånd för att hamna på rätt nivå.
- **Övrig kompetens**  
Utifrån patientens specifika behov kan andra kompetenser knytas till teamet.

## 4 GODA EXEMPEL INOM REHABILITERING

### 4.1 SLUTENVÅRD

#### FÖRST

Projektet FÖRST = förstärkt överrapportering av strokepatienter Avd 2 Lindesbergs lasarett.

I samband med, eller strax före, utskrivning av patient så görs ett besök med patient, personal från strokeavdelning i patientens hem alternativt SÄBO. Tillsammans med den kommunala personalen går man igenom patientens rehabilitering, hur exempelvis förflyttning går till, hur man korrigerar för eventuella funktionsbortfall m.m. Vidare förmedlas det framtida målet med patientens rehabilitering.

#### MÄRTA

MÄRTA-teamet, USÖ - ett multiprofessionellt kompetensteam bestående av sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator startade på sjukhuset hösten 2007. I teamet ingår funktionen som vårdplatskoordinator.

Teamets arbetsuppgifter ska vara stöd och avlastning vid handläggning av multisjuka äldre på akutmottagning och vårdavdelningar och efter överenskommelser ska teamet vara ett stöd på kliniker där multisjuka äldre vårdas utanför ALLVA och geriatriska kliniken. Samverkan med vårdplaneringsteamet på sjukhuset liksom att bygga upp externa kontakter med kommunen och primärvården är viktiga uppgifter.

Vårdplatskoordinator är en sjuksköterska som dygnet runt arbetar i tät kontakt med vårdavdelningar och akutmottagning och som när beslut tas om inläggning förmedlar kontakt med rätt vårdavdelning, rapporterar patienten till mottagande avdelning och ser till så att vårdtyngden fördelas på ett rimligt sätt mellan olika enheter.

### 4.2 ÖPPENVÅRD

#### Rehabiliteringsenheter

Enheternas målsättning är att ge och handleda i vardagsrehabilitering och specifik rehabilitering för att uppnå ett större oberoende och underlätta kvarboende i ordinärt boende.

Syfte är att patienten ska bli så aktiv och självständig som möjligt utifrån sina behov, förutsättningar och intressen.

Behandlande personal består av undersköterska, sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast som genom sin teamsamverkan och nära samarbete ger stor tyngd och kompetens till rehabiliteringen.

Örebro kommuns tre rehabiliteringsenheter har 50 % sjukgymnastresurs vardera till ca 12 patienter per enhet. Rehabiliteringsenheter finns i flera kommuner i länet.

### **Helga/Helmer/Hembo**

I kommunerna i norra länsdelen sker en satsning på rehabilitering i hemmet på ett liknande sätt.

Bedömning av om hemgång till det egna boendet är möjligt sker med hjälp av uppgifter i Meddix och via telefonkontakter. Vårdplanering på sjukhuset sker endast i undantagsfall.

Arbetsterapeut eller sjuksköterska är vårdplaneringsansvarig i kommunen. Arbetsterapeut och/eller sjuksköterska och hemtjänstpersonal möter upp i hemmet när personen kommer hem från sjukhuset. Tillsammans planerar man in den hjälp som behövs i ett kort perspektiv. Närstående är delaktiga i den omfattning vårdtagaren och närstående önskar. Vårdtagaren får prova sig fram medan personalen uppmuntrar och stödjer i aktiviteter. All planering och alla insatser dokumenteras i en Hemma-hos-journal och insatserna följs upp och justeras fortlöpande under de två första veckorna. Ett trygghetslarm erbjuds och installeras snabbt och vårdtagaren kan få komma till en trygghetsplats i kommunen om det visar sig att det inte går att vara hemma. Efter två veckor sker en ny vårdplanering i hemmet. Då deltar vårdtagaren och närstående om vårdtagaren vill det, hemtjänstpersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och biståndshandläggare. Då sker en mera långsiktig planering.

### **Hemrehabiliteringsteam i västra länsdelen**

Ett projekt har påbörjats i samverkan med primärvården, Karlskoga lasarett, Karlskoga, Laxå och Degerfors kommuner. Handlingsplaner har tagits fram gemensamt för att skapa hemrehabiliteringsteam och höja kompetensen hos annan personal.

Syftet med samverkan är:

- att effektivare identifiera och tillgodose rehabiliteringsbehovet hos de mest sjuka äldre
- att höja kvaliteten genom samverkan mellan rehabiliteringsaktörerna, arbetsterapeut och sjukgymnast
- att ett rehabiliterande förhållningssätt blir en naturlig del i vardagsarbetet

Hemrehabiliteringsteam har skapats för att tillgodose rehabiliteringsbehov i anslutning till vårdtid inom slutenvården, samt öka kvaliteten på insatserna genom ett nära samarbete mellan sjukgymnast och arbetsterapeut.

För att öka kunskapen om ett rehabiliterande förhållningssätt hos chefer, biståndshandläggare, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal samt ge verktyg för att i vardagsarbetet kunna handleda omvårdnadspersonalen har föreläsningss dagar arrangerats.

Insatser för att öka kunskapen om basrehabilitering hos omvårdnadspersonal och ge förutsättningar för ett rehabiliterande förhållningssätt i vardagen har påbörjats. Detta görs med utgångspunkt från en modell framtagen tillsammans. Omvårdnadspersonal är målgrupp

och interna utbildare (arbetsterapeut och sjukgymnast) ger en teoretisk och praktisk grund hur man arbetar stödjande istället för hjälpande. Arbetsituationen ses över så att ett rehabiliterande förhållningssätt i omsorgsarbetet blir möjligt. Det behövs en gemensam grundsyn för att detta ska fungera. Lokala skillnader finns mellan kommunernas arbetssätt och hur man använder omvårdnadspersonalens resurser.

### **Synrehabilitering för äldre**

I samverkan mellan Syncentralen och Karlskoga kommun bedrivs sedan hösten 2007 en försöksverksamhet på basnivå för att utveckla och pröva arbetssätt och modeller för rehabilitering för äldre personer med synnedbättning. Projektet stöts av det nationella Syntesprojektet. Ett evidensbaserat program för rehabilitering av personer med synnedbättning. Att finna nya vägar används, detta stävar efter ett hälsobefrämjande synsätt som fångar personerna med åldersförändringar i Gula fläcken tidigt i sjukdomsprocessen. Projektet har som mål att skapa en fungerande rehabiliteringskedja och därmed förbättra tillgänglighet för äldre personer med synnedbättning.

### **Rehabilitering i hemmet och ett rehabiliterande arbetssätt i Kumla och Örebro kommun**

Genom stimulansbidrag har kommunens resurser för rehabilitering förstärkts. Genom att knyta extra arbetsterapeutresurs till hemvårdsgruppen stärks det rehabiliterande arbetssättet i hemtjänsten. Arbetssättet syftar till att erbjuda patienten/brukaren träning av vardagliga aktiviteter i sin naturliga miljö för att på så sätt bibehålla eller förbättra sina förmågor, för att klara det dagliga livet i ordinärt boende så självständigt som möjligt.

Arbetsterapeuten deltar i vårdplanering och gör det första besöket hos patienten/brukaren så snart det är möjligt. Då görs en bedömning av dennes förmåga att utföra vardagliga aktiviteter i hemmet enligt ADL-taxonomi (Sonn U, Törnquist K) oftast i samband med morgonaktiviteter. Patient/brukare, anhörig, kontaktperson, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast sätter tillsammans upp mål och planerar lämplig träning för att nå dessa mål. Målen dokumenteras i en omvårdnadsplan och följs upp regelbundet med patienten/brukaren och på omvårdnadskonferenser eller teamträffar. Träffarna möjliggör att hela teamet kan sitta ner och diskutera både problem och framsteg som han/hon har gjort. En förutsättning för att arbeta med rehabilitering är att ”alla gör lika” och för att det ska fungera måste ett gott samarbete finnas. Omvårdnadspersonalen är nyckelpersoner i rehabiliteringsarbetet och deras synsätt och förutsättningar är avgörande för de rehabiliterande insatser som patienten/brukaren får. Genom att arbeta nära hemvårdsgruppen får arbetsterapeuten en inblick i hur omvårdnads- och rehabiliteringsarbetet läggs upp och utförs. När arbetsterapeuten är med personalen ute i arbetet stärks det rehabiliterande arbetssättet i gruppen och arbetsterapeuten upptäcker även behov av handledning eller utbildning.

## **5 RESULTAT AV KARTLÄGGNINGEN**

Uppgifter har samlats in med utgångspunkt från befolkningsunderlaget i länet per 31 december 2007; antal 65-79 år, antal > 65 år och antal > 80 år.

En inventering har gjorts av antal arbetsterapeuter i kommunerna och antal sjukgymnaster i primärvården utifrån 2007-12-31. Redovisning har sedan skett per länsdel dvs. norra,

södra, västra och Örebro med Lekeberg. I norra länsdelen ingår Hällefors, Lindesbergs, Ljusnarsbergs och Nora kommuner, i södra länsdelen ingår Askersund, Hallsberg och Kumla, i väster ingår Degerfors, Laxå och Karlskoga och till länsdel Örebro räknas Lekeberg och Örebro.

Andelen personer över 80 varierar mellan 5,2 % i Lekeberg och 7,5 % i Laxå och Ljusnarsberg.

En nyckeltalsberäkning har gjorts och redovisas kommunvis med antal tjänst per 1000 invånare för arbetsterapeut respektive sjukgymnast. Antalet arbetsterapeuter/1000 invånare är lägst i Nora med 0,36 och högst i Lekeberg med 0,70. Sjukgymnastresursen är lägst i Örebro och Lekeberg med 0,30 och högst i Hällefors med 0,48 per 1000 invånare. 21,05 av arbetsterapeuttjänsterna i länet finansieras av statliga stimulansbidrag och är projektanställningar som säkert utlovats t o m år 2009. Resursskillnad mellan antal arbetsterapeut-tjänster och sjukgymnasttjänster är som störst i Örebro med nästan dubbelt så stor arbetsterapeutresurs jämfört med sjukgymnast. I Nora är sjukgymnastresursen 0,46 och arbetsterapeutresursen 0,36. Medelvärdet i länet för arbetsterapeutresurs är 0,54 inklusive projektanställda och för sjukgymnastresurs 0,38. Medelvärde i länet för ordinarie arbetsterapeut-tjänster är 0,45. För att den redovisade resursnivån ska kunna behållas måste kommunerna därefter finansiera tjänsterna inom egen budgetram, se bilaga 2.

Sjukgymnastresursen är högre i kommuner som har långt avstånd från sjukhus, t.ex. Hällefors, Askersund, Laxå och Nora. Detta är ett medvetet val som primärvården gjort. Antalet privata sjukgymnaster kan delvis även ha påverkat resurstilldelning i landstingets primärvård. Två enheter har genom vårdavtal med landstinget tillsammans 20 timmar avsatt för äldres rehabilitering i två särskilda boenden i Örebro. I övriga privata sjukgymnasters uppdrag ingår inte detta.

*Sammanställning av rehabiliteringsresurser, bilaga 2.*

## **6 SLUTSATSER OCH FÖRSLAG**

Utifrån analys av kartläggningen och övrig bakgrundsdata har arbetsgruppen kommit fram till följande slutsatser:

### **6.1.1 FLER ÄLDRE I FRAMTIDEN – ÖKAT BEHOV AV REHABILITERING**

Enligt befolkningsprognoser kommer utvecklingen på längre sikt att innebära en ökning av antalet äldre - äldre. Rehabiliteringsbehoven förväntas härigenom öka. Detta kräver ökade resurser och ett effektivt resursutnyttjande.

### **6.1.2 FÖRSKJUTNING AV REHABILITERING FRÅN SLUTENVÅRD TILL ÖPPENVÅRD**

De stora neddragningar som skedde vid länets sjukhus under senare delen av 90-talet har gjort att rehabiliteringen till stor del har förskjutits till primärvård och kommun. Patienter med stort rehabiliteringsbehov skrivs ut tidigt från sjukhusen och ansvaret för rehabiliteringen ligger hos primärvårdens sjukgymnaster och kommunernas arbetsterapeuter. Överfö-

ring av resurser har inte skett i samma omfattning. För att kunna tillgodose behovet behöver resurser för rehabilitering i öppenvård utökas.

### **6.1.3 NYA FORMER FÖR REHABILITERING UTIFRÅN EVIDENS**

Formerna för rehabilitering bör anpassas efter den evidens som finns på området. Rehabilitering i hemmet ger goda resultat och är kostnadseffektivt varför detta bör utvecklas ytterligare. Detsamma gäller för behandling och träning i grupp företrädesvis för personer med samma diagnos/funktionsnedsättning. Detta medför vinster för patienten och både hälsoekonomiska och samhällsekonomiska vinster för huvudmännen.

De gemensamma vårdprogram som finns framtagna ska utvecklas och följas i hela vårdkedjan. Då nya tas fram ska rehabilitering vägas in.

Gemensamma bedömningsinstrument i vårdkedjan bör införas liksom gemensamma kvalitetsindikatorer över rehabiliteringsprocessen.

### **6.1.4 PATIENTPERSPEKTIV**

För att tillgodose befolkningens behov av rehabilitering måste man utgå från patientens behov och ett gemensamt ansvar istället för att organisationen sätter gränser. Det är dock viktigt att resurserna på varje vårdnivå är tillräckliga. Det kan innebära nya sätt för sjukhusen att arbeta på, där insatser görs utanför sjukhusets väggar. Övergångar måste säkras och nya arbetssätt utvecklas där man är mindre bunden till byggnader och organisation. Förståelse för och kunskap om varandras verkligheter behöver ökas.

### **6.1.5 TEAMARBETE**

Teamarbetet bör utvecklas särskilt inom hemrehabilitering i enlighet med pågående projekt i länet. Teamsamverkan kräver att alla teammedlemmar har tillräckligt med tid och möjlighet att delta i samverkan. Antalet hemrehabiliteringssjukgymnaster i primärvårdens bör utökas för att få förutsättningar för detta. För att kunna bibehålla satsningen på rehabilitering i hemmet i kommunerna bör arbetsterapeuttjänster som finansieras av stimulansbidrag permanentas.

Den organisation man valde i länet vid Ädel-reformen, att arbetsterapeuter är anställda i kommunen och sjukgymnasterna i primärvården, kan påverka teamarbetet. Att tillhöra olika organisationer, att ha sin arbetsplats i olika lokaler och att inte ha tillgång till varandras journaler kan innebära att teamarbetet försvåras.

### **6.1.6 OLIKHETER I LÄNET**

Resurserna gällande antalet vårdplatser vid sjukhusen per invånare och antalet vårddagar vid vissa diagnoser skiljer sig åt, exempelvis vid stroke. Olikheter förekommer i tillgång till dagrehabilitering vid sjukhusen pga. avstånd. Geriatriska Rehabteamets hemrehabilitering finns endast inom en radie av 2 mil från USÖ, vilket innebär att endast en begränsad del av befolkningen får tillgång till deras insatser.

Tillgång till kommunala rehabiliteringsenheter varierar mellan kommunerna. I kommuner som saknar rehabiliteringsenheter finns andra lösningar t ex insprängda rehabiliteringsplatser i korttidsboende. Oavsett vårdform är personalens kompetens inom rehabilitering avgörande för resultatet.

*Kartläggningen påvisar skillnader i länet avseende resurser, se bilaga 2.*

### **6.1.7 KRAV PÅ UTÖKAD KOMPETENS – NYA ARBETSOMRÅDEN**

Strukturumvandlingen i sjukvården ställer helt andra krav än tidigare. Kompetensen inom vissa delar behöver utökas i öppenvården. Tillskottet med neurosjukgymnast i primärvården är exempel på det. Kommunens arbetsterapeuter kan behöva ta på sig nya uppgifter som innebär ett ökat krav på kompetens. Ett exempel är kompetens att genomföra bedömningar av kognitiv funktion, ett annat är äldres behov av synrehabilitering inom öppenvården. Även kompetensen hos sjuksköterskor och omvårdnadspersonal behöver utvecklas. För att möjliggöra detta behövs ytterligare resurser.

### **6.1.8 PRIMÄRVÅRDSUPPDRAGET FÖR ARBETSTERAPEUTER**

Arbetsterapeuternas primärvårdsuppdrag är oklart både vad gäller resurser och kompetens. Här finns olikheter i länet både när det gäller resurser och arbetets innehåll. Flera olikheter har identifierats. Goda exempel finns i länet där det kan finnas ett stort värde av länsgemensam rutin/handläggning. Det gäller synrehabilitering, tillverkning av handortoser och medverkan i t ex KOL-skola. En översyn bör göras länsövergripande med fokus både på uppdraget med dess innehåll, resurser samt hur samverkan med övriga aktörer på primärvården kan ske på bästa sätt.

### **6.1.9 SLUTENVÅRDENS ANSVAR, UPPDRAG OCH ARBETSSÄTT**

Det är viktigt att de patienter som har behov av slutenvårdens specialistkompetens inom rehabilitering ska få det. Omfattande och specifika behov ska tillgodoses av sjukhusen och kan ske på olika sätt. Vid bedömningen om patienten är utskrivningsklar ska rehabiliteringsbehovet alltid vägas in. Bedömning ska göras av vilken rehabiliteringsform som är lämplig. Slutenvårdens ansvar är att starta rehabiliteringsprocessen, identifiera behov av rehabilitering och inleda rehabiliteringsinsatser. Utöver detta ansvarar slutenvården även för att, tillsammans med berörda, upprätta vårdplanering och rehabiliteringsplan samt vid utskrivning från slutenvård överföra information och överlämna ansvar. Uppföljningsansvaret ska vara tydliggjort då patienten lämnar slutenvården.

Slutenvården ska erbjuda längre rehabiliteringstid innan utskrivning för patienter som är i behov av det.

### **6.1.10 GERIATRISKA REHABTEAMET**

Geriatriska rehabteamets hemrehabilitering är en resurs som begränsas till del av länet med två mils radie från Örebro. Det är viktigt att de patienter som har behov av denna resurs och kompetens får behovet tillgodosett oberoende av var i länet man bor.

Tillhörighet i organisationen försvårar verksamhetens integrering i vårdkedjan och kan bidra till att resursen inte används optimalt. Samordningen med övriga aktörer är stundtals bristfällig (kommun och primärvård) t ex gällande urval av patienter och arbetssätt. Geriatriska klinikens rehabteam vid USÖ bör ha en tydligare koppling till den hemrehabiliteringsverksamhet som kommunerna och primärvården bedriver i Örebro och södra länsdelen. Gemensam bedömning bör göras av vilka som får insatser från Geriatriska klinikens rehabteam respektive den verksamhet kommunerna och primärvården bedriver gemensamt.

### **6.1.11 BEDÖMNING AV REHABILITERINGSBEHOV, REHABILITERINGSPLAN, VÅRDPLAN, DOKUMENTATION OCH MEDDIX**

Det är oklart vad som egentligen ingår i en rehabiliteringsplan och hur den ska utformas. Det saknas en enhetlig plan för länet med koppling till Meddix och vårdplan i förekommande fall. Meddix bör utvecklas med rehabiliteringsplan innehållande tydliga sökord. Alla patienter som har fortsatt behov av rehabilitering i primärvård och kommun skall rapporteras via Meddix, även om insatsen endast består av rehabilitering från arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Bedömningar bör ske på olika vårdnivåer – t.ex. korttidsplats där arbetsterapeut och sjukgymnast har ansvar för att göra en bedömning. Patienten har rätt att få en bedömning av rehabiliteringsbehov när han/hon kommer till en ny vårdnivå. Då patient överförs från rehabiliteringsenhet eller korttidsboende skall överrapportering ske till kollega vid mottagande enhet/vårdcentral.

För en fungerande teamsamverkan behövs tillgång till aktuell dokumentation. Dokumentationen bör utvecklas och åtkomst ges till varandras dokumentation – Nationell patientöversikt kan ge möjlighet till detta.

### **6.1.12 LÄKARENS ROLL I REHABILITERINGSARBETET**

Läkarens delaktighet i rehabiliteringsarbetet är viktig och bör tydliggöras t.ex. avseende egenvård och bedömningar av möjliga rehabiliteringsinsatser. Kontakter mellan läkaren och övriga i teamet behöver utvecklas.

### **6.1.13 ANSVARSFÖRDELNINGEN**

Överenskommelsen från 1995 bör uppdateras och anpassas så att den utgår från patientens behov och inte organisatoriska gränser. Uppgifter måste kunna utföras på en annan vårdnivå utifrån hur roller och innehåll i arbetet förändras. Arbetssättet ska utgå ifrån och stödja vårdprocessen och teamsamverkan. Bristande resurser är inget skäl till att inte leva upp till respektive ansvar.

### **6.1.14 SAMORDNINGSFUNKTION FÖR REHABILITERING SOSFS 2008:20**

Rutin för tillämpning i Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län av Socialstyrelsens föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering har fastställts av Vilgotgruppen den 31 mars 2009.

### **6.1.15 BEHOV AV YTTERLIGARE UTREDNING**

Rehabilitering för yngre personer ingick inte i arbetsgruppens uppdrag, men gruppen har identifierat brister då det gäller att tillgodose behovet av rehabilitering för yngre i sluten och öppen vård. Arbetsgruppen anser att resursbrist vid Vuxenhabiliteringen och Rehabiliteringsmedicinska kliniken, USÖ medför att dessa patienter inte får tillgång till rehabilitering på rätt vårdnivå i tillräcklig utsträckning. Arbetsgruppen föreslår att detta utreds vidare.

## 7 UTVECKLINGSOMRÅDEN

Av ovanstående områden vill arbetsgruppen lyfta fram följande utvecklingsområden:

- *Tillgången till rehabilitering ska vara lika i hela länet*
- *Fortsatt utveckling av rehabilitering i hemmet*
- *Fortsatt utveckling av teamsamverkan*
- *Kompetensutveckling av all personal*
- *Utveckling av gemensamma bedömningsinstrument och kvalitetsindikatorer*
- *Fortsatt utveckling för att säkra kritiska övergångar i rehabiliteringsprocessen*

Utöver detta vill arbetsgruppen uppmärksamma resursbrist inom rehabilitering för personer under 65 år.



**SLUTENVÅRDEN**

**ÖPPEN VÅRDEN**

**HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I PRIMÄRVÅRDEN OCH KOMMUNEN**

**Bedömer och identifierar rehabilitering och vård behov**

**Inleder specifik rehabiliterings insats**

**Startar rehabplan: resurser, problem, mål och rehabiliterings förlopp**

**Kallelse till samordnad vårdplanering**

**M  
E  
D  
D  
I  
X**  
eller  
**R  
E  
M  
I  
S  
S**

**KOMMUNALVÅRD**

BEDÖMNING → ja  
→ nej

**PRIMÄRVÅRD**

BEDÖMNING → ja  
→ nej

**SJUKHUSENS ÖPPENVÅRD**

BEDÖMNING → ja  
→ nej

<u>VAR</u>	<u>VEM</u>	<u>VAD</u>	<u>HUR</u>
I hemmet	Arbetsterapeut	Bedömning	Instruktion, delegering och handledning till patient, personal och närstående.
Polikliniskt	Biståndshandl.	Förebygga inaktivitet	Sociala insatser, vardagsrehab (bistånd)
Dagverksamhet	Läkare	Trygghet och säkerhet	Specifika insatser inom rehabilitering medicin och omvårdnad
Korttidsboende	Sjukgymnast	Bibehålla funktion och aktivitet	
Särskiltboende	Sjuksköterska	Utveckla funktion och aktivitet	
	Undersköterska Vårdbiträde	Uppföljning / utvärdering	

**Patientens individuella plan**

Efter bedömning tar varje organisation ställning till om de kan erbjuda rehab (Ja/Nej) inom sin verksamhet.

Varje yrkesprofession gör sin bedömning och det är patientens behov som styr vem/vilka som ingår i att upprätta vård/rehabplan och ger insatser utifrån den.



**Sammanställning av rehabiliteringsresurser**

Kommun	Befolkning totalt 2007-12-31	Varav 65-79	80+	över 65 år	% över 65	% över 80	Antal AT fasta tjänster	Antal AT projekt tjänster *	Antal SG	At/1000 innev (utan projekt- tjänster)	SG/1000 innev
<b>Södra länsdelen</b>											
Askersund	11394	1785	745	2530	22,2%	6,5%	4	1,2	4,75	0,46 (0,35)	0,42
Hallsberg	15268	2028	913	2941	19,3%	6,0%	6,5	1,5	5,83	0,52 (0,42)	0,38
Kumla	19852	2237	1065	3302	16,6%	5,4%	8,25	1,8	7,23	0,51 (0,42)	0,36
<b>Västra</b>											
Degerfors	9903	1488	652	2140	21,6%	6,6%	4,75	0,8	3,82	0,56 (0,48)	0,39
Karlskoga	29988	4486	2101	6587	22,0%	7,0%	13,6	2,25	10,98	0,53 (0,45)	0,37
Laxå	5922	966	442	1408	23,8%	7,5%	3,75	0	2,53	0,63 (0,63)	0,43
<b>Norra länsdelen</b>											
Hällefors	7475	1393	554	1947	26,0%	7,4%	3	0,75	3,56	0,50 (0,40)	0,48
Lindesberg	23104	3229	1433	4662	20,2%	6,2%	9,5	1	7,55	0,45 (0,41)	0,33
Ljusnarsberg	5188	935	391	1326	25,6%	7,5%	2,5	1	2,06	0,67 (0,48)	0,40
Nora	10447	1545	610	2155	20,6%	5,8%	3,25	1	4,83	0,41 (0,31)	0,46
<b>Örebro</b>											
Lekeberg	7097	907	369	1276	18,0%	5,2%	4,25	0,75	2,1	0,70 (0,60)	0,30
Örebro	130429	14153	6990	21143	16,2%	5,4%	69	9	39,2	0,60 (0,53)	0,30

\* Tjänster som finansieras tillfälligt via statliga stimulansbidrag

### Sammanställning av utvecklingsområden – bilaga 3

Utvecklingsområde	VAD	HUR	VEM
Ökat behov av rehabilitering	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rehabiliteringen blir en självklar del av vården</li> <li>2. Rehabiliteringen är inte åldersrelaterad</li> <li>3. Nya former för rehabiliteringen</li> <li>4. Rehabiliteringsbehov i ”nya” diagnosgrupper</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kompetensutveckling av all personal</li> <li>2. Se över nuvarande gränsdragningar</li> <li>3. Rehabilitering i grupp</li> <li>4. Erbjuder rehabilitering till nya diagnosgrupper</li> </ol>	Alla vårdnivåer
Nya former för rehabilitering utifrån evidens	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bedömningsinstrument</li> <li>2. Synrehabilitering - Syntes</li> <li>3. Rehabilitering i hemmet</li> <li>4. Gemensamma kvalitetsindikatorer</li> <li>5. Gemensamma vårdprogram</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Använda gemensamma bedömningsinstrument</li> <li>2. Kompetensutveckling i synrehabilitering</li> <li>3. Personal med rehabiliteringskompetens i tillräcklig omfattning</li> <li>4. Använda kvalitetsindikatorer i hela vårdkedjan</li> <li>5. Implementering av vårdprogram i hela vårdkedjan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Huvudmännen tillsammans och FoU</li> <li>2. Huvudmännen (syncentralen) tillsammans och universitetet</li> <li>3. Respektive huvudman</li> <li>4. Vilgotgruppen utser arbetsgrupp</li> <li>5. Respektive huvudman</li> </ol>
Från organisationsfokus till patientperspektiv	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Slutenvårdens uppdrag och ansvar</li> <li>2. Primärvårdens uppdrag och ansvar</li> <li>3. Kommunens uppdrag och ansvar</li> <li>4. Barn- och Vuxenhabiliteringens uppdrag och ansvar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klargöra slutenvårdens specialistuppdrag</li> <li>2/3. Klargöra arbetsterapeuternas uppdrag/ansvar i primärvården och sjukgymnasternas uppdrag/ansvar i kommunen</li> <li>4. Klargöra habiliteringens uppdrag/ansvar gentemot primärvård och kommunen</li> </ol>	Alla vårdnivåer i samverkan
Bedömning av rehabiliteringsbehov	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alla har rätt till en rehabiliteringsbedömning oavsett vårdnivå</li> <li>2. Alla yrkeskategorier ska ha kompetens att identifiera behov av rehabilitering</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tydliga rehabiliteringsmål och rehabiliteringsplaner på alla vårdnivåer</li> <li>2. Samverkan i team</li> </ol>	Alla vårdnivåer ansvarar för sin del

### Sammanställning av utvecklingsområden – bilaga 3

Utvecklingsområde	VAD	HUR	VEM
Informationsöverföring i vårdkedjan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kritiska övergångar; inskrivning, vårdplanering, utskrivning</li> <li>2. Bedömning, åtgärd, resultat och fortsatt rehabiliteringsplan ska framgå av vårdplanen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alla patienter som har fortsatt behov av rehabilitering ska rapporteras i Meddix</li> <li>2. Utveckla och utvärdera informationsöverföring</li> </ol>	<p>1-2 Gränssnittsgruppen</p> <p>1-2 OVK-gruppen</p>
Teamarbete	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alla teammedlemmar måste ges tid och resurs för samverkan</li> <li>2. Prioritering av teamarbetet</li> <li>3. Teamsamverkan mellan vårdnivåerna</li> <li>4. Samordningsfunktion utifrån SOSFS 2008:20</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifiera teamet utifrån individens behov</li> <li>2. Anpassning av resurser och kompetenser utifrån rehabiliteringsbehov</li> <li>3. Samverkans grupper</li> <li>4. Tillämpa överenskommelsen</li> </ol>	<p>1./2. Varje vårdnivå måste utveckla sina team</p> <p>3. Respektive huvudman</p> <p>4. Alla vårdnivåer</p>