

Analys av rådande förutsättningar och dess konsekvenser gällande rehabilitering i Örebro län



Analys av rådande förutsättningar och dess konsekvenser gällande rehabilitering i Örebro län
– Rapport från Expeditionsresan: rehabilitering 2022

Författare: Sara Brorsson, leg. arbetsterapeut, Lekebergs kommun
Karin Hägerås, leg. sjukgymnast, Region Örebro län
Johan Wikberg, leg. fysioterapeut, Region Örebro län
Ingrid Andersson, leg. arbetsterapeut, Örebro kommun

Projektledare: Malin Duckert Ek, Välfärd och folkhälsa, Region Örebro län

Publicerad: Örebro, 2022



Lekebergs
kommun



Region Örebro län



ÖREBRO

*If you change the way you look at things,
the things you look at change.*

-Wayne Dyer

Förord

Ett stort tack vill vi rikta till Johan Holmén från Space for Change Institute som med sin expertis guidat oss genom modellernas djungel. Tack också till Malin Duckert Ek och Annika Friberg som agerat ankare för expeditionen. Ytterligare tack till alla som på ett eller annat sätt bidragit till expeditionsresans arbete, inte minst våra respektive chefer som lånat ut oss.

"Titta aldrig ner när du tar nästa steg. Bara den som höjer blicken och fokuserar på horisonten hittar rätta vägen."

-Dag Hammarskjöld

Introduktion

Region Örebro län var ett av de första länen som upprättade hemsjukvårdsöverenskommelser i samband med Ädelreformen 1992. För rehabilitering på primärvårdsnivå beslutades om en organisation där man delade upp rehabiliteringsprofessionerna i ett gränssnitt. Arbetsterapeuter fick sin anställning i länets kommuner och fysioterapeuterna fick sin anställning i dåvarande landstinget, numera Region Örebro län. Utöver personella resurser så gjordes även en växling av ansvar för olika typer av medicintekniska produkter, där omvårdnadshjälpmedel hamnade under respektive kommuns ansvar och personliga hjälpmedel hanteras av regionen. Vid uppdelningen av huvudmannaskapet togs ingen hänsyn till rehabiliteringsprocesser, gränssnittet blev istället en fråga om professionstillhörighet. Tidigare utredningar har visat att detta medfört omfattande utmaningar för berörda professioner.

I Sverige pågår en omställning av hälso- och sjukvårdssystemet till en nära vård. Den demografiska utvecklingen och ökade möjligheter att ge mer kvalificerad vård har medfört att personer med mer komplexa vårdbehov i större utsträckning vistas i både ordinärt och särskilt boende.

Var femte person i Sverige är idag över 65 år och i den äldre delen av befolkningen lever idag 66 procent med minst två kroniska sjukdomar. Det är just denna grupp som står för nära hälften av vårdens kostnader. Allt fler får vård- och omsorgsinsatser i hemmet och dessa personer har ofta komplexa behov. För dessa individer har vården och omsorgen en mycket viktig uppgift för att skapa trygghet, självständighet och för att förhindra onödiga sjukhusinläggningar.

Vård och omsorg av äldre i deras hem, såväl ordinärt boende som särskilt boende, är således en mycket viktig del i att klara framtidens utmaningar med en växande andel äldre som lever längre med en eller flera kroniska sjukdomar. För att klara av framtidens vårdbehov behöver vi gå från ett reaktivt till ett proaktivt och hälsofrämjande arbetssätt. Men också hitta arbetssätt för att erbjuda en rehabilitering som leder till återvunnen självständighet för de som förlorat den, i så hög grad som möjligt.

Att skapa hållbar förändring kräver uthållighet. Vi behöver dra nytta av den kunskap och de positiva krafter som finns i våra organisationer, men också våga tänka nytt och utanför nuvarande strukturer. I Örebro län behöver vi utforska hur vi bättre kan samordna professioner, arbeta förebyggande och rehabiliterande men också rusta oss inför framtidens välfärdsutmaningar. Vi har därför genomfört en expeditonsresa för området rehabilitering på primärvårdsnivå.

Innehållsförteckning

Förord	I
Introduktion	II
 Sammanfattning	 3
1 Bakgrund och tidigare utredningar	4
1.1 Varför expeditonsresan?	5
2 Uppdrag och syfte	6
2.1 Avgränsningar	6
3 Definitioner	6
3.1 Personcentrering	6
3.2 Arbetsterapeut	6
3.3 Fysioterapeut	7
3.4 Primärvård	7
3.5 Rehabilitering	7
3.5.1 Specifik rehabilitering	7
3.5.2 Vardagsrehabilitering	7
3.5.3 Hälsofrämjande förhållningssätt	8
3.6 Rehabiliteringsplan	8
3.7 Teamarbete	8
4 Metod	9
4.1 Backcasting	9
4.2 Enkäter, fokusgrupper och intervjuer	10
4.2.1 Citat	12
4.3 Litteraturstudier	12
4.4 Siffror och egna uträkningar	12
4.5 Metoddiskussion	12
5 Önskvärda framtiden -Vart vill vi?	13
5.1 Vägledande principer	13
6 Samtiden - Var är vi idag?	18
6.1 Förutsättningar	23
6.1.1 Resurser	23
6.1.2 Arbetsmiljö	27
6.1.3 Kompetensförsörjning	27

6.2 Samordning	28
6.2.1 Informationsöverföring	29
6.2.2 Teamarbete	31
6.2.3 Rehabiliteringskedjan	31
6.2.4 Hjälpmedelshantering	32
6.3 Attityder/inställning/prioritering	33
6.4 Riktlinjer och rutiner	35
 7 Möjligheterna - Varför är det viktigt?	35
7.1 Demografi	36
7.2 Vårdtider och akut inskrivning	37
7.3 Fall	38
7.4 Oplanerade återinskrivningar	40
7.4.1 KOL och pneumoni	40
7.4.2 Stroke	41
7.4.3 Hjärtsvikt	42
7.5 Proaktivt/förebyggande arbete	42
7.6 Möjligheter – Vad kan vi göra annorlunda?	44
 8 Handlingarna - Hur når vi dit?	45
 Referenser	48
 Bilaga 1	

Sammanfattning

Rehabiliteringen för äldre i Örebro län har tidigare utretts och funnits bristfällig inom flera områden. Länet har stora utmaningar som ackumulerats under de senaste 30 åren, allt sedan de organisatoriska förändringar som implementerades i samband med Ädelreformen i början på 90-talet. Nuvarande strukturer påverkar och försvårar samverkan och rehabiliterande insatser är många gånger ofullständiga och av bristande kvalitet. Bland annat inverkar var i länet du bor samt vilken boendeform du har på vilken rehabilitering du har tillgång till. Hårdast drabbar detta våra mest sköra äldre. För att kunna möta framtida behov av rehabilitering krävs ett paradigmskifte där nyttan och värdet av tidiga rehabiliterande och förebyggande insatser på allvar kliver in i rampljuset.

Enligt Folkhälsomyndighetens prognoser kommer samhällets kostnader enbart för fallolyckor bland äldre att uppgå till runt 22 miljarder kronor år 2050. Redan idag kostar vård och omsorg i samband med äldres fallolyckor över 16,8 miljarder varje år. I Örebro län är motsvarande kostnader idag 411 miljoner kronor. Oplanerade återinskrivningar i slutenvården är ytterligare ett område där det finns god potential att förebygga, med hjälp av rehabilitering och rätt stöd i hemmet. Här finns stora möjligheter att minska kostnaderna genom att arbeta förebyggande och rehabiliterande.

Trots de utmaningar som vården står inför så finns det vägar framåt med potential för att stärka rehabiliteringen i länet och ge bättre förutsättningar för omställningen till Nära vård. Genom att utveckla rehabiliteringen och tillse att legitimerad personal i tillräcklig omfattning finns för att tillgodose invånarnas behov av både förebyggande och rehabiliterande insatser, skapas förutsättning för hållbar utveckling och en mer kvalitativ, jämlik och personcentrerad rehabilitering för medborgaren. För detta krävs ett gemensamt systemägande och gemensam riktning oavsett huvudmannaskap.

1 Bakgrund och tidigare utredningar

Den första januari 1992 trädde Ädelreformen (1) i kraft. Den innebar att kommunen fick ett samlat ansvar för långvarig vård och omsorg av de äldre. Utgångspunkten var en helhetssyn på människan och att sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Kommunerna övertog ansvaret för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskenivå i de särskilda boendeformerna och fick befogenhet att upprätta överenskommelser om kommunal hemsjukvård. Läkaransvaret kvarstod i regionens hälso- och sjukvård. Syftet var också att korta vårdtider, frångå institutionstänkandet och förstärka rätten till kvarboende, i antingen ordinärt boende eller i särskild boendeform (1). Som en följd av detta har successivt behovet av rehabilitering förskjutits från slutenvård till primärvård.

I samband med att reformen genomfördes i Örebro län beslutades om ett gränssnitt där alla fysioterapeuter i primärvården ska vara anställda på vårdcentralerna av regionen (dåvarande landstinget) och alla arbetsterapeuter i primärvården anställdes av kommunerna (2).

Ansvaret för fysioterapeutiska rehabiliteringsinsatser för personer som bor i ordinärt boende men har svårt att ta sig till vårdcentral, samt de som bor på särskilt boende, lades således på vårdcentralens fysioterapeuter. Vidare lades i Örebro län ansvaret för arbetsterapeutiska insatser, som i andra regioner utförs på vårdcentralen, på kommunens arbetsterapeuter.

Efter Ädelreformens genomförande har denna på riksnivå utvärderats flera gånger (3,4). Bland de brister som identifierats är äldres tillgång till rehabilitering något som återkommer. I utredningarna belyses de svårigheter, såsom

brister på samordning av rehabilitering, som kan uppstå som en följd av olika huvudmannaskap. Man påpekar även att ansvarsfördelningen behöver tydliggöras och att rehabiliteringspersonal behöver bättre förutsättningar att vara med i ett tidigt skede och initiera insatser (4).

Förutsättningarna för äldres rehabilitering har undersökts även inom Region Örebro län. Rapporterna (5,6,7,8) har pekat på brister såsom svårigheter med informationsöverföring och resursbrist, vilket leder till att rehabiliteringsbehov hos äldre inte tillgodoses. I rapporten *Förutsättningar för rehabilitering av äldre i Örebro län* (5) som genomfördes 2009, konstateras att behov finns av utökade rehabiliteringsresurser i primärvården. Behovet orsakas dels av den förändrade demografin med en ökande andel äldre och dels på grund av kortare vårdtider inom slutenvården, vilket leder till att personer med stort rehabiliteringsbehov skrivs ut tidigare till hemmet. I denna rapport konstaterade man även att nuvarande gränssnitt leder till svårigheter bland annat inom kommunikation och samordning då arbetsterapeuter och fysioterapeuter som är ansvariga för äldres rehabilitering inte tillhör samma organisation (5).

Mellan 2016 och 2018 utreddes frågan kring gränssnitt för rehabilitering i Örebro län i flera steg (6,7,8). Den gemensamma bilden från dessa utredningar är att:

- Behov av rehabilitering uppmärksammas inte
- Behov som uppmärksammas tillgodoses inte
- Teamsamverkan brister
- Informationsöverföringen brister
- Organisationsfokus, inte patientfokus

I en omvärldsspaning där Örebro län jämfördes med närliggande jämförbara län (7), konstaterades att det enbart är i Örebro län som inte arbetsterapeuter och fysioterapeuter finns representerade hos

båda huvudmännen. Jämfört med närliggande och jämförbara län hade Örebro därutöver lägst andel rehabiliteringspersonal per invånare. Slutsatserna av omvärldsspaningen var i linje med tidigare utredningar att Örebro län har ett försvårande gränssnitt och otillräckliga resurser för att kunna tillgodose olika gruppers rehabiliteringsbehov (7).

Enligt SKR (9) är två av de stora utmaningar vården står inför hur vi ska åstadkomma en fungerande personcentrerad vård och hur vi skapar en vård som har ett helhetsperspektiv på människan. Fragmentering av patientens vård är ett inbyggt systemfel som kommer av att vården behandlar enskilda symtom och sjukdomar, i stället för komplicerade och långvariga störningar och samförekomsten av kroniska tillstånd (10). Fragmentering av patientbehandling är ett omfattande problem för hela hälso- och sjukvårdssystemet, i och med att vården idag är uppbyggd för att hantera enskilda symtom och diagnoser var för sig (11).

Dessa utmaningar och behov är centrala i de målbilder som under senare år tagits fram, på så väl nationell som regional nivå, inför omställning till en nära vård. SKR har utformat en målbild (12) som:

- utgår från individuella förutsättningar och behov.
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

I arbetet med Nära vård-omställningen finns en nationell överenskommelse. Ett av uppdragen 2021 var att upprätta en länsgemensam målbild för Nära vård i respektive län. I Örebro län enades huvudmännen under våren 2022 om en målbild (13) där individens behov, medbestämmande och förmågor står i centrum, och där man arbetar

gemensamt över gränserna för att förebygga ohälsa, skapa goda relationer, kontinuitet och trygghet.

1.1 Varför expeditionsresan?

Gränssnittsfrågan för rehabilitering i Örebro län har varit återkommande föremål för utredningar där resultatet inte har lett till en förändring. I arbetet med att ta fram en ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet aktualiserades återigen gränssnittsfrågan. En ny utredning skulle med största sannolikhet inte bjuda på några nya perspektiv. Det fanns ett behov av att utforska frågan på ett annat sätt.

Tidigare utredningar har haft huvudfokus på lösningar med utgångspunkt på gränssnittet. Vad händer om värdet av rehabilitering utforskas utan att på förhand veta vilken lösning som söks? På Regional utveckling, i Örebro län fanns ett pågående arbete utifrån expeditionsmetodik som fångade projektledarens uppmärksamhet. Det sättet att utforska rotorsaker och våga gå utanför rådande normer bedömdes av projektledaren som en framkomlig väg att ta sig an frågan på nytt. Fokus behövde flyttas till innehållet framför organisationsformen. Förslaget om expeditionsmetodik presenterades för chefsgruppen för samverkan social välfärd och vård- och omsorg den 16 oktober 2020. Chefsgruppen beslutade om att använda expeditionsmetodiken för gränssnittsfrågan.

Många organisationer upplever konflikt mellan behovet av förändring och svårigheten att verkligen ta sig an utmaningen (14). Det kan upplevas både riskabelt och komplicerat att bryta invanda mönster och risk finns att de förändringsåtgärder man åtar sig inte är tillräckligt omfattande och övergripande för att nå verklig förändring. För att lösa detta dilemma kan man skapa ett mindre rum där det är tillåtet att prova nya metoder och former för samverkan.

Detta rum behöver tillåta och uppmana öppenhet, nyfikenhet och tillit och ha en tydlig process, detta för att öka förmågan att samverka, testa, utforska och lära. Detta skapande och tillåtande utrymme kan kallas en expedition. En expedition ger oss möjligheten att skapa och testa genomgående och omfattande förändringar i liten skala utan att sätta hela den befintliga verksamheten på spel (14).

2 Uppdrag och syfte

Den nationella omställningen till nära vård tillsammans med valet av expeditjonsmetodik öppnar för en möjlighet att angripa frågan om rehabilitering i Örebro län från ett nytt håll, där vi inte längre låser oss till befintliga strukturella ramar och tidigare genomförda reformer.

Syftet med expeditjonsresor är en lärandeprocess där vi utgår från utmaningen i förhållande till en målbild för att sedan identifiera vilka förutsättningar som krävs för att uppnå en personcentrerad och sammanhållen rehabilitering. Den fråga vi har ställt oss är:

Vilket arbetssätt får oss att arbeta personcentrerat och vilka förutsättningar krävs för att arbeta teambaserat och på så sätt säkerställa en obruten rehabiliteringskedja?

Det vi vill uppnå är ökad kunskap om orsakerna till att rehabiliteringskedjan brister, belysa de problem som uppstår därav och hitta vägar framåt för en god rehabilitering för Örebro läns invånare.

2.1 Avgränsningar

Primärvården i Örebro län består av 13 huvudmän, regionen och länets 12 kommuner. Vi kommer i huvudsak att exemplifiera läget för Örebro och

Lekeberg då expeditionerna utgår från dessa kommuner. Denna rapport belyser företrädesvis rehabilitering i hemmet för äldre, oavsett boendeform, då detta är den största målgruppen för rehabilitering. Expeditionerna har under projektiden inte haft möjlighet att utforska hur andra områden och patientgrupper påverkas av gränssnittet. Det vore intressant att framgent mer djuplodande utreda vad frånvaron av arbetsterapeuter på vårdcentralerna lett till, i form av uteblivna insatser, inkompleta team och förlorad kompetens i länet.

3 Definitioner

Nedan följer några av de begrepp som är centrala i denna rapport.

3.1 Personcentrering

Nära vård utgår från personcentrering som etiskt förhållningsätt, som innebär att se den enskilda personen, involvera och anpassa efter individens behov och förutsättningar (15). Personcentrering förutsätter därmed att personen är delaktig i de beslut som rör den egna hälsan och att vården anpassar sig efter personers unika förutsättningar i så stor utsträckning som möjligt. I denna rapport avses att personens behov och mål står i centrum och rehabiliterande insatser ges efter individens förutsättningar.

3.2 Arbetsterapeut

Arbetsterapeuter utgår från det som är viktigt för varje enskild person. Därifrån utformas strategier, som får vardagen att fungera och livet att kännas meningsfullt. En stor del av arbetet handlar om att anpassa vardagsmiljön och att prova ut, justera

och förskriva olika typer av fysiska och kognitiva hjälpmedel. Arbetsterapeutens ansvar är också att stödja och motivera människor att själva utveckla sina fysiska, kognitiva och sociala förmågor. En arbetsterapeut arbetar med personer individuellt och/eller i grupp. Ofta sker uppdraget i team med andra yrkesgrupper (16).

3.3 Fysioterapeut

Fysioterapeuter arbetar utifrån kunskaper om människan i rörelse. Genom att påvisa sambandet mellan rörelse och hälsa, utifrån varje individs förmåga, stöds människor att förbättra rörelseförmågan, i syfte att bevara hälsa och förmåga att leva ett aktivt liv med god livskvalitet (17). 2015 fick professionen sjukgymnast en ny skyddad yrkestitel som fysioterapeut. I denna rapport kommer professionen att benämnas fysioterapeut, med undantag vid citering.

3.4 Primärvård

Primärvård är hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (18). Primärvårdsbegreppet inkluderar även den kommunala hälso- och sjukvården då kommuner och regioner har ett delat ansvar som huvudmän för primärvården. Från och med 1 juli 2021 har primärvården en ny definition. Den nya definitionen innebär att primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens (19). I denna rapport avses med primärvård därför både den hälso- och sjukvård som utförs via vårdcentraler och den hälso- och sjukvård som utförs i kommunernas regi.

3.5 Rehabilitering

Socialstyrelsen definierar rehabilitering som 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 (20). I denna skrift delas rehabilitering och hälsofrämjande förhållningssätt upp i tre nivåer för att åskådliggöra professionernas insats, se figur 1, där fokus kommer att ligga på den översta nivån: specifik rehabilitering.

3.5.1 Specifik rehabilitering

Specifik rehabilitering är arbetsuppgifter och insatser som utförs och ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen (21). 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 legitimerad arbetsterapeut och/eller legitimerad sjukgymnast/fysioterapeut. De specifika rehabiliteringsinsatserna är tidsbegränsade och målinriktade och kan inte ersättas av vardagsrehabilitering. Vid överlåtelse av arbetsuppgifter till undersköterska/vårdbiträde sker detta genom instruktion (22). Ska uppgiften delegeras till annan person krävs att denne har formell och reell kompetens för uppgiften. Ett exempel på detta skulle kunna vara en rehabundersköterska som har fått särskilt riktad utbildningsinsats.

3.5.2 Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering är det begrepp som ofta används för att förtydliga det arbete som sker

Figur 1. Nivåmatris rehabilitering, en modell över författarnas egna beskrivning av olika nivåer av rehabilitering, utifrån rapportens definitioner.



oberoende av sjukdom och kan utföras av all personal. Arbetet utgår från ett rehabiliterande förhållningssätt och vad som är viktigt för den enskilde i vardagen. Planering och utförande sker på ett sådant sätt att personen ges möjlighet att i vardagen bibehålla, utveckla och förbättra funktions och aktivitetsförmågan. Personal och anhöriga använder ett rehabiliterande arbetssätt och är aktivt stödjande istället för hjälpende. Här utgör bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut en viktig komponent i arbetet (22).

3.5.3 Hälsofrämjande förhållningssätt

Hälsofrämjande, även kallat rehabiliterande, förhållningssätt innebär att alla vård- och omsorgsinsatser ska utföras så att den enskilde ges möjlighet till eget inflytande att påverka och förbättra sin hälsa och livskvalitet. Det sker genom att den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga tas tillvara. Arbetssättet utgår från hur hälsan bevaras eller utvecklas oberoende av sjukdom, medicinsk behandling, ålder eller funktionsnedsättning för att stärka och bevara funktioner och aktiviteter hos varje individ. Det är ett ständigt pågående arbetssätt

som berör många yrkesgrupper (22).

3.6 Rehabiliteringsplan

En rehabiliteringsplan är en vård- och omsorgsplan som beskriver den enskildes rehabiliteringsinsatser och målsättningen med insatserna (23). Rehabiliteringsplanen kan vara fristående eller en del av en mer omfattande vårdplan. En samordnad individuell plan (SIP) ska erbjudas om insatser behövs från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Där ska även rehabiliteringsinsatserna inkluderas. Rehabiliteringsplanen upprättas i team tillsammans med patienten och eventuellt närstående, så att individens mål är det som styr insatserna. En rehabiliteringsplan skapar förutsättningar för samverkan och patientens delaktighet i rehabiliteringsprocessen (23).

3.7 Teamarbete

Rehabilitering, precis som all annan hälso- och sjukvård, är ett teamarbete. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster är professioner som är specialiserade inom området rehabilitering.

Ett team definieras generellt som en grupp individer som arbetar tillsammans för att uppnå något. Cambridge ordbok (24) anger att syftet med team är att arbeta tillsammans för att uppnå ett gemensamt mål snarare än att försöka nå målet själv eller arbeta mot andra (egentligen tävla mot andra) (24).

Annan litteratur (25,26) är mer specifika i sin benämning av team där de menar att ett team är en liten grupp människor, med färdigheter som kompletterar varandra, dedikerade till samma syfte, mål och approach och man håller varandra ansvariga för dessa (25,26).

Konstruktionen av ett välfungerande team är mer komplicerat än att organisera en grupp människor och kalla dem för ett team (27). Väluppbyggda så kallade "äkt" team (28) har delade mål och ett ömsesidigt beroende samt sätter av tid för reflektion gällande prestation och samarbete. Team som inte uppfyller detta kallas inom forskning för pseudo-team. Äkta team minskar risken att begå fel, upplevd stress och skador på arbetsplatsen, medan pseudo-team däremot uppvisar dubbel mängd upplevd stress såväl som en kraftig ökning av fel och skador på jobbet (28).

Team inom rehabilitering avses i denna skrivelse vara patienten tillsammans med olika professioner som arbetar för att patienten ska nå sina mål. Hur teamet ser ut varierar utifrån patientens behov av olika kompetenser, men basen i rehabiliteringsteamet utgår här från arbetsterapeut och fysioterapeut.

4 Metod

Att bryta invanda mönster, rutiner och strukturer kan vara svårt och upplevas som riskfyllt. Det kan finnas en spänning mellan å ena sidan behov av förändring och å andra sidan svårigheter att få

till den. För att överkomma detta dilemma kan en expedition vara en lösning. Det ger utrymme att utforska och testa förändringar i mindre skala, de förändringar som fungerar kan sedan tas in i den pågående verksamheten (kryssningen) (14). Expeditionen skiljer sig på flera sätt från den pågående verksamheten (tabell 1).

Komplexa utmaningar kräver ofta också att vi jobbar över organisationsgränser med personer som man inte är van vid att arbeta med, men som besitter andra erfarenheter och kompetenser som är avgörande för att komma framåt. I expeditionen kan representanter från olika verksamheter samlas i mindre skala för att analysera nuläge, skapa en gemensam färdriktning och identifiera och testa möjliga vägar mot en önskvärd framtid.

Expeditionsmetodiken är tänkt att hjälpa oss dyka djupare ner för att förstå de bakomliggande orsakerna till problemen som upplevs i verksamheterna, vad vi vill uppnå i framtiden och om möjligt identifiera möjliga vägar till förändring. Som ett verktyg för att leda oss genom expeditionen använder vi oss av så kallad backcasting (29).

4.1 Backcasting

Backcasting betyder att titta tillbaka från framtiden. Det är en metod som hjälper till att guida expeditionen i sitt utforskande (29). Den stora skillnaden mellan backcasting och andra framtidsstudier ligger i hur den tar avstamp. Andra framtidsstudier kan försöka förutse ett framtida läge genom att utgå från dagens situation och att utvecklingen fortsätter som den gjort hittills. Backcasting förflyttar sig i sitt första steg bortom dagens situation och beskriver en önskvärd framtid och visar i sina senare steg på vägar hur vi kan ta oss dit. I studier som analyserar metoden belyses vikten av att involvera både experter inom komplext förändringsarbete såväl som personer som är aktiva i den verksamhet där vi önskar se

Kryssningen (pågående verksamhet)	Expeditionen
Rådande rutiner, strukturer, budgetramar m.m. ger stöd åt verksamheten	Rådande rutiner, strukturer, budgetramar m.m. hindrar expeditionen
Arbetet går huvudsakligen ut på att effektivisera och optimera rådande system	Expeditionen behöver tänka bortom och utmana rådande system
Mål, styrning och kontroll är viktiga	Viktigt är vägledande principer, tillit och att skapa utrymme för förändring
Stor vikt läggs i att mäta och följa upp	Lärandet är i centrum. Även lärandet av misstag!
Organisationen är i centrum för ledarskapet och beslut	Frågan är i centrum. Ofta utforskas frågan ihop med aktörer från andra organisationer. Faciliteringsförmåga är viktigare än beslutskraft
Handlar ofta om att lösa problem och implementera lösningar. Ta bort något oönskat	Handlar om att möjliggöra något nytt och annorlunda. Skapa något önskat

Tabell 1. Viktiga skillnader mellan kryssning och expeditioner (14)

en förändring (29). Expeditionen har fått stöttning och ledning av Johan Holmén, en av grundarna till Space for Change Institute och sakkunnig inom expeditjonsmetodik och backcasting.

Backcasting som metod lämpar sig särskilt väl för att skapa förändring i komplexa verksamheter, där nuvarande strukturer och rutiner är en del av hindret för att skapa hållbar förändring (figur 2) (29).

Det första steget i backcasting avser att beskriva den önskvärda framtiden. I det andra steget flyttas fokus till samtiden och de problem och dilemman som finns i verksamheten i dag. Det tredje steget går ut på att identifiera hävstångspunkter där våra insatser kan skapa förändring i riktning mot den önskvärda framtiden där små insatser som får stor effekt prioriteras. Slutligen handlar det fjärde steget om att generera konkreta idéer för att skapa handling i de

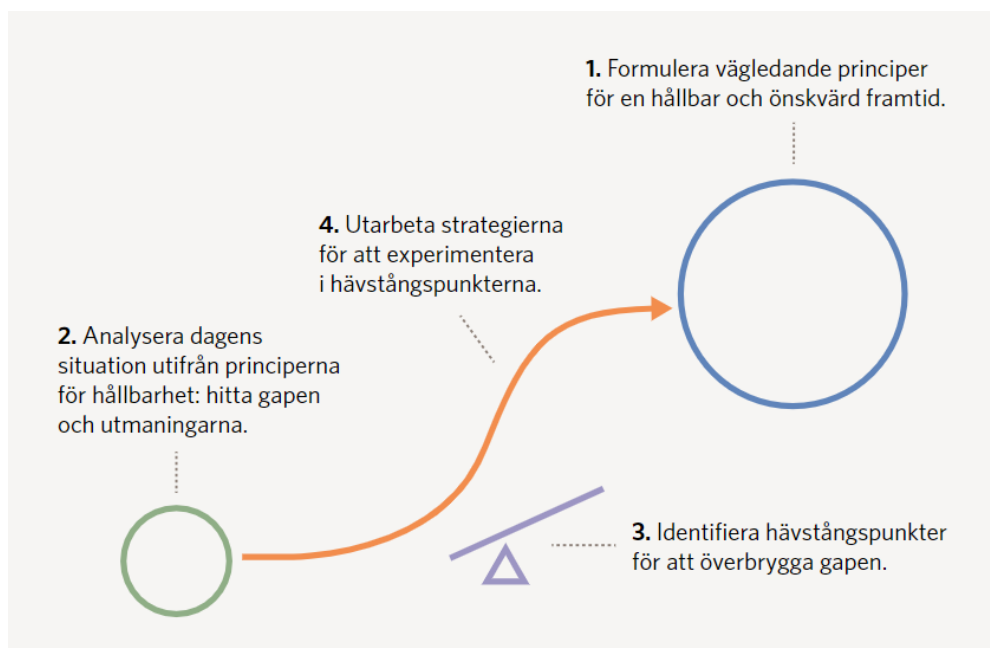
insatsområden som identifierats (29).

Det är av stor vikt att arbetsgruppen stannar kvar i frågan tillräckligt länge och inte i förtid går vidare med att söka lösningar. Vi ska inte skynda oss mot att hitta lösningar på en fråga innan vi ägnat tillräcklig tid att förstå varför det är angeläget att ta sig an utmaningen.

Målet vi vill nå är inte enbart implementering av nya arbetssätt utan även ökad kunskap kring den fråga som utforskas och nya verktyg att hantera komplexa utmaningar (29).

4.2 Enkäter, fokusgrupper och intervjuer

För att få en bredare förståelse för hur rehabilitering uppfattas och genomförs i verksamheterna skapades



Figur 2. Backcasting (29)

enkäter som skickades ut till samtliga fysioterapeuter och arbetsterapeuter på särskilt boende och i hemrehabilitering i deltagande kommuner, sjuksköterskor och undersköterskor på ett särskilt boende i Lekebergs kommun och ett särskilt boende i Örebro kommun samt läkare kopplade till dessa boenden. Syftet med enkäterna var inte att de i sig skulle generera statistik eller färdiga svar utan agera underlag för diskussionsområden till fokusgrupper. I enkäterna ställdes frågor om teamsamverkan, rehabiliterande förhållningssätt samt prioriteringar av rehabiliteringsinsatser. Av de 222 enkäter som sändes ut inkom 102 svar. Bäst svarsfrekvens återfinns hos fysioterapeuter som arbetar med hemrehabilitering med 67 procent, sämst svarsfrekvens bland fysioterapeuter som har uppdrag mot särskild boende, 30 procent.

Halvstrukturerade fokusgrupper har genomförts med

arbetsterapeuter och fysioterapeuter både på särskilt boende och inom hemrehabilitering i Lekebergs och Örebro kommun. Fokusgrupper används med fördel som en explorativ inledning i ett relativt okänt område (30). Fokusgruppsdiskussionerna hölls av minst två expeditorsdeltagare varvid en ledde diskussionerna och den andra förde kortfattade anteckningar och tidsstämplar för eventuella citat. Fokusgrupperna spelades in, med deltagarnas samtycke. Det inspelade materialet lyssnades igenom av samtliga expeditorsdeltagare och en sammanfattning av diskussionerna dokumenterades.

För att få ytterligare bredd på perspektivet i gränssnittfrågan intervjuades också nyckelpersoner så som vårdutvecklare, utredare samt processledare. Samtliga intervjuer utom två spelas in, dessa två intervjuer hölls via videolänk. Noggranna anteckningar fördes. Dessutom hölls en särskild

"If I had an hour to solve a problem I'd spend 55 minutes thinking about the problem and 5 minutes thinking about solutions." – Albert Einstein

gruppintervju med länets MAR-grupp (Medicinskt ansvariga för rehabilitering) via videolänk. MAR-gruppen fick på förhand ut diskussionsfrågor som underlag.

4.2.1 Citat

För att garantera anonymitet hos intervju-personerna kommer endast yrkestitel utan huvudmannatillhörighet användas.

4.3 Litteraturstudier

Sökningar relaterade till rehabilitering har gjorts i bland annat databaserna Pubmed och Cinahl, i Socialstyrelsens dokumentbank och på offentliga webbplatser. De vetenskapliga publikationer som har använts är redan granskade och publicerade i vetenskapliga tidskrifter och/eller omnämnda i statliga utredningar. Ingen egen djupgående granskning har utförts i projektet, men samtliga artiklars innehåll har övervägts för relevans till detta arbete.

4.4 Siffror och egna uträkningar

I det fall siffror redovisas görs det med viss avrundning för ökad läsbarhet. Ental avrundas till max två decimaler, tio-tal avrundas till max en decimal, 100-tal till närmaste heltal och tusental till närmaste tiotal eller hundratal. Tiotusental till närmaste hundratal och hundratusental avrundas till närmaste tusental. Miljoner beskrivs i hela miljoner och miljarder avrundas till max en decimal, med undantag för befolkningssiffror som redovisas som närmaste heltal. När uträkningar görs där kostnader är baserade på äldre siffror används KPI för hälso- och sjukvård för att räkna upp kostnaden till dagens mått (per 2021). Där befolkningssiffror används så används närmaste heltal, annars benämns siffran som "ungefär". I vissa fall frångås ovan princip

för avrundning för ökad läsbarhet och överblick. Det kommer då att stå "ungefär" eller "cirka" i texten alternativt "mer än" eller "mindre än" eller motsvarande. Se exempel i tabell 2.

Exempel	
1,062	1,06
14,25	14,3
104,2	104
1042	1040 alt. 1000
104 200	104 000
10 800 000	11 miljoner
11 450 000 000	11,5 miljarder

Tabell 2. Principer för avrundning

4.5 Metoddiskussion

Expeditionsmetodiken och backcasting har varit ett utmanande sätt att arbeta och har tvingat arbetsgruppen att metodiskt dröja kvar i problemställningarna tillräckligt länge för att börja få insikter kring vilka bakomliggande faktorer som påverkar och hur de samspelar med varandra. Flera olika systemverktyg var sedan tidigare obekanta för expeditorsdeltagarna och vi reserverar oss för att användning kan ha skett delvis på annat sätt än originalförfattarna avsett.

Vi har i några fall haft vissa svårigheter med distribuering av enkäter på grund av missförstånd mellan expeditionen och verksamheter där enkäten lämnats ut. Detta kan förklara en del av bortfallet i svarsfrekvensen. Svaren på enkäterna speglar till viss del bilden av bristande resurser för rehabilitering, bristande teamsamverkan och generellt låg prioritering av rehabiliterande insatser. I fokusgrupper framkom det sedermera att respondenter varit mer positiva i enkätsvaren i relation till hur arbetsvardagen faktiskt ser ut.

Sannolikt har expeditonsdeltagarnas oerfarenhet påverkat formuleringen av enkätfrågorna som i sin tur kan ha medfört att respondenterna tolkat frågorna annorlunda än enkätskaparna avsett. Med hänsyn till att enkäterna endast använts som underlag för fokusgrupper och intervjuer bedöms eventuell felkälla inte ha någon avgörande effekt på resultatet. De delar av enkätsvaren som ändå redovisas i resultatet har bekräftats i fokusgrupper och/eller intervjuer. Fördelen med fokusintervjuer är just att vi kan ställa följdfrågor och säkerställa att mottagaren förstått frågeställningen.

En mer djuplodad beskrivning av metodarbetet redovisas i en särskild metodrapport, se bilaga 1, där samtliga steg i processen beskrivs och hur expeditonsgruppen arbetat med backcasting.

5 Önskvärda framtiden -Vart vill vi?

Genom omställningen till nära vård ska vården övergå från fokus på organisation till fokus på person (31). Vården ska gå från att vara reaktiv till att vara proaktiv och hälsofrämjande, där målet är att i så stor utsträckning som möjligt förhindra att skador och sjukdomar uppkommer. Personcentrering innebär att vård, behandling, rehabilitering samt förebyggande och hälsofrämjande insatser ska utgå från individens behov, preferenser och resurser (15, 32). En personcentrerad hälso- och sjukvård skapas av patienten och vårdens medarbetare gemensamt, men vården har ett ansvar för att möjliggöra personcentrering. Hälso- och sjukvården behöver i större utsträckning se och stödja patienter och deras närstående som medskapare i vården, i stället för att se dem som passiva (32).

5.1 Vägledande principer

I den utforskande fasen av det önskvärda läget togs ett antal principer metodiskt fram, figur 3. Dessa principer agerar färdriktning och visar vägen mot den rehabiliteringsnivå länet behöver uppnå. Principerna beskriver hur patienten ska uppleva hälso- och sjukvården med särskild inriktning på rehabilitering, samt hur verksamheterna bör arbeta teambaserat och personcentrerat i en sammanhållen rehabiliteringskedja. Dessa principer förankrades i styrgrupp och chefsgrupp som gett sitt bifall till att det är i denna riktning expeditonsresan ska styra sitt arbete.



Figur 3. Expeditionens vägledande principer

Trygghet

“Det är lätt för mig att etablera en kontakt och relation med vården utifrån mina förutsättningar. Jag vet till vem jag ska vända mig. När jag behöver det, finns en kontinuitet i mina vårdkontakter. Jag har förtroende för vården och dess kapacitet att samordna min rehabilitering”

Ett respektfullt bemötande, hänsyn och lyhördhet, såväl som kontinuitet och pålitlighet kan leda till en ökad trygghet för patienten. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (35) lyfter kontinuitet som något som gynnar personligt ansvarstagande och leder till ökad trygghet och regeringens primärvårdsreform har särskilt fokus på att öka kontinuiteten. Kontinuiteten kan vara en fast kontakt med enskild profession eller ett helt team. Men man lyfter även att behovet av kontinuitet varierar och att vården behöver anpassa sig efter patientens behov och preferenser (35).

I såväl SKR:s (12) som Örebro läns (13) målbild för Nära vård ingår trygghet som en viktig faktor som bör beaktas vid omställningen.

Hälsa

“Jag har möjlighet att ta del av tidiga och förebyggande hälsoinsatser utifrån min situation. Dessa insatser syftar till att hjälpa mig uppnå eller upprätthålla mitt bästa möjliga hälsotillstånd. Jag erbjuds stöd enligt mina specifika förutsättningar”

Regeringen har angett hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbete som ett särskilt insatsområde inom överenskommelsen *God och nära vård* (31). Det är av stor vikt att förhindra försämringar och inskrivningar i slutenvården för att på så sätt tillåta individen att bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga.

Primärvården, såväl kommun som region, bör särskilt arbeta med utveckling av just rehabiliterande, förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt och dessa insatser ska rikta sig mot alla åldrar. Det arbetet är en förutsättning både för att förbättra hälsan bland befolkningen och för att använda våra resurser effektivt (31).

Delaktighet

”Jag ges förutsättningar att, utefter min önskan och förmåga, vara delaktig i hela rehabiliteringsprocessen och min delaktighet värdesätts. Mina resurser, så som exempelvis motivation, socialt nätverk och vilja, tas till vara och används för att jag ska överkomma mina begränsningar och nå mina mål.”

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (21). Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt genomföras i samråd med patienten. Rehabilitering bör således utföras personcentrerat där patienten är en viktig part med unik kunskap om bland annat sitt mående och vad som motiverar denne. I den gemensamma målbilden för nära vård i Örebro län (13) anges även invånarens känsla av att känna sig delaktig och lyssnad på som en viktig del i omställningen till Nära vård.

SKR och regeringen (31) strävar efter att arbetet med patientkontrakt ska fortsätta utvecklas och finnas i alla delar i vården. Syftet med patientkontrakt är att skapa en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare för att säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och att detta sker ur patientens perspektiv (31).

Samordning

”All relevant information om mig och mitt hälsotillstånd överförs till berörda professioner i hela rehabiliteringskedjan. Jag upplever att vården kring mig är samordnad och att mina mål står i fokus. Jag upplever att verksamheten arbetar aktivt för att bistå mig med koordinering av väsentliga insatser.”

Individen ska inte behöva upprepa sig inför varje ny vårdgivare, utan information som är av vikt ska finnas tillgänglig för professioner i hela rehabiliteringskedjan.

Just samordning, både inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och mellan dessa, anges som en stor utmaning när Socialstyrelsen presenterade sin lägesrapport för 2022 kring vård och omsorg för äldre (33). I denna rapport konstateras också att behovet av samordning ökar då patienter lever längre med en eller flera kroniska diagnoser och är i behov av samordning mellan fler olika delar av såväl hälso- och sjukvård som omsorgen (33).

Behovet av samordning har uppmärksamrats även från regeringshåll, där man slog fast att det finns ett behov av att se över sekretessbestämmelser i vården, vilket har resulterat i en ny proposition avseende sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (34).

Gemensam riktning

“Vårt arbete genomsyras av nyfikenhet och öppenhet inför varandra och våra patienter. Vi arbetar tillsammans i team med ett rehabiliterande förhållningssätt mot gemensamma mål, där alla medlemmars bidrag är viktigt.”

Det teambaserade arbetet leder till en bättre helhetsbild och förståelse för olika förutsättningar och behov. När olika kompetenser kompletterar varandra stärks även förutsättningarna för ett mer teambaserat arbetssätt (26). Detta, i samverkan med gemensamma och tydliga överenskommelser och fördelningar, gör att vi kan röra oss tillsammans i samma riktning där patientens behov är det som leder oss och våra insatser framåt (35).

En nyckel till en hållbar kompetensförsörjning inom den nära vården är att främja interprofessionella arbetssätt och goda lärandemiljöer (31). En sammanhållen process av hög kvalitet förutsätter att medarbetarnas kompetenser används effektivt, vilket i sin tur kräver en god samverkan mellan huvudmännen. För detta krävs god kännedom och förståelse för såväl den egna kompetensen som för de övriga kompetenserna i teamet (26).

Socialdepartementet och SKR (31) konstaterar även att genom ansvar för verksamhetsutveckling kan hög kompetens och lång erfarenhet användas på ett strukturerat sätt exempelvis för att utveckla samverkan mellan olika huvudmän, utveckling av goda lärmiljöer för medarbetare och studenter eller implementering av evidens och beprövad erfarenhet.

Styrning & ledning

“Det finns ett gemensamt målvärde avseende rehabilitering och dess tillhörande vårdkedja. Kompetensförsörjningen motsvarar uppdragets omfattning. Det finns ett klimat och förutsättningar som stödjer kompetensutveckling och arbete i gränsöverskridande team.”

I överenskommelsen mellan SKR och svenska staten gällande omställningen till nära vård (31), beskrivs att en central förutsättning för omställningen till en nära vård är en ändamålsenlig kompetensförsörjning. En nyckel till en hållbar kompetensförsörjning inom den nära vården är att främja interprofessionella arbetssätt och goda lärandemiljöer (31).

SKR beskriver i sin rapport - Personcentrerad vård i Sverige (9), att det är grundläggande för införandet av personcentrering att det förankras även på organisationsnivå. Man beskriver att ledningen har en viktig funktion för att ge mandat och bygga stabilitet och hållbarhet i satsningarna. I Socialstyrelsens lägesrapport gällande vård och omsorg för äldre (33) betonar man även att en engagerad ledning och tydlig styrning är centrala i patientsäkerhetsarbetet.

Hållbarhet

”Verksamheten präglas av långsiktig hållbarhet avseende ekonomi, mänskliga resurser och jordens tillgångar. Vi tar till vara på kompetens och resurser på ett klokt och effektivt sätt där medarbetaren värderas som en viktig tillgång.”

En grundläggande förutsättning för att hälso- och sjukvården ska fungera väl är att det finns tillgång till personal med rätt kompetens (31). Att människor vill utbilda sig för att arbeta, och stanna kvar, inom hälso- och sjukvården är därför centralt, inte minst inom primärvården. Det är avgörande att hälso- och sjukvården också arbetar för att utnyttja kompetensen bättre. Nya arbetssätt, exempelvis med stöd av ny teknik och ökad samverkan, kan bidra till den utvecklingen (35). När olika kompetenser kompletterar varandra stärks också förutsättningarna för ett mer teambaserat arbetssätt (26).

En sammanhållen personcentrerad nära vård som utgår från behov och förutsättningar samt har ett främjande, förebyggande och proaktivt förhållningssätt är en förutsättning för att till exempel minska undvikbara sjukhusvistelser (31). Genom att rätt person får rätt insats vid rätt tidpunkt kan effektiviteten öka och vi förebygger ohälsa. Att till exempel genom förebyggande arbete förhindra fall och ohälsa, skulle leda till att minska belastningen på samhällsekonomin och också undvika onödigt lidande för den enskilde (36).



Figur 4. Vägledande principer och Örebro läns målbild för Nära vård

6 Samtiden - Var är vi idag?

Andra fasen i backcastingmetoden (29) leder oss in i analys av nuläget. Den ledande frågeställningen är då hur rehabilitering fungerar i länet idag och vad det är som hindrar oss från att nå den önskvärda framtiden?

I samtidens rum är målet att identifiera dilemman och problem som vi begränsas av i dagsläget (14). När vi analyserar nuläget kan gapet mellan samtiden och den önskvärda framtiden identifieras och konkretiseras. Det är i just detta gap som kraften till förändring finns. När fokus flyttas från framtiden till samtiden används de tidigare framtagna principerna som en lins för att identifiera de mest angelägna problemen. Det är här de vägledande principerna är viktiga för att få en djupare förståelse för dagens situation och vad som begränsar oss från att uppnå en önskvärd framtid (14).

Genom en workshop med guidning av en metodledare arbetades de första problemformuleringarna fram av expeditiionsdeltagarna tillsammans med representanter för kryssningsperspektivet, såsom verksamhetschefer, verksamhetsutvecklare och processledare för Nära vård. Problemen delades in i grova kategorier, se tabell 3.

De problemformuleringar som genererades under workshopen har därefter djupare analyserats, kategoriserats och omformulerats i flera steg för att hitta den verkliga kärnan av de problem som upplevs kring äldres rehabilitering i länet i relation till det önskvärda läget. I intervjuer och genom enkäter och fokusgrupper har problemställningarna bekräftats och några fler tillkommit. Flera av problemställningarna har lyfts ut och analyserats genom Causal Loop diagram (37). Till exempel att fysioterapeutens uppdrag gentemot kommunen är otydligt. I figur 5 ser vi att vissa påverkansfaktorer har en förstärkande

effekt på tydligheten i uppdraget (R-looparna).

Vi ser i detta exempel att fungerande teamarbete har möjlighet att öka samstämmighet i tolkningen av uppdraget som i sin tur leder till ökad jämlikhet i prioritering av patientärenden, vilket i slutändan gör uppdraget mer tydligt för fysioterapeuten. Olika huvudmän riskerar att försämra förutsättningen för fungerande team och minska samstämmigheten kring uppdraget.

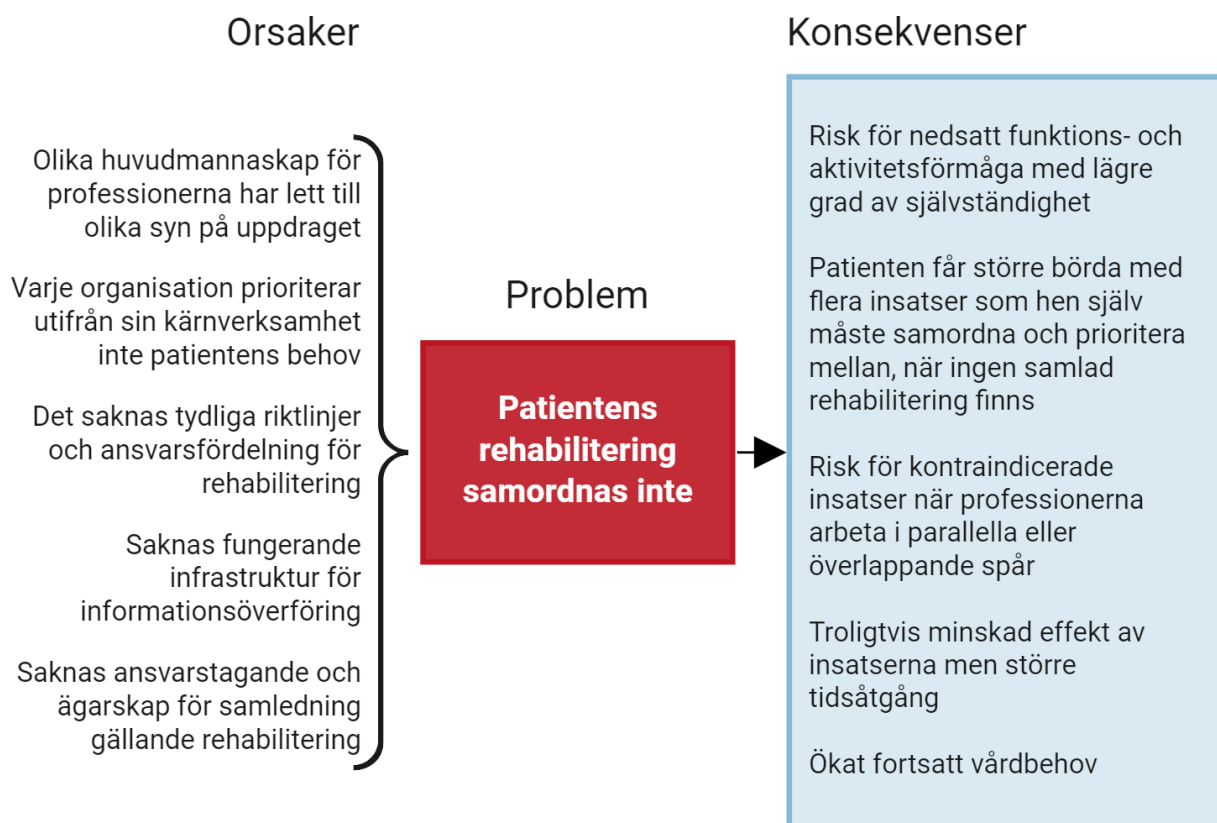
Genom att analysera problemen på detta sätt hittar vi orsakssamband och påverkansfaktorer som återkommer i de olika problemställningarna. Efter ytterligare sammanställningar och analyser har två huvudsakliga problem identifierats, som innefattar majoriteten av de aspekter som yrkesverksamma pekar på, nämligen:

- Patientens rehabilitering samordnas inte
- Patienten får inte rätt insats på rätt nivå i rätt tid

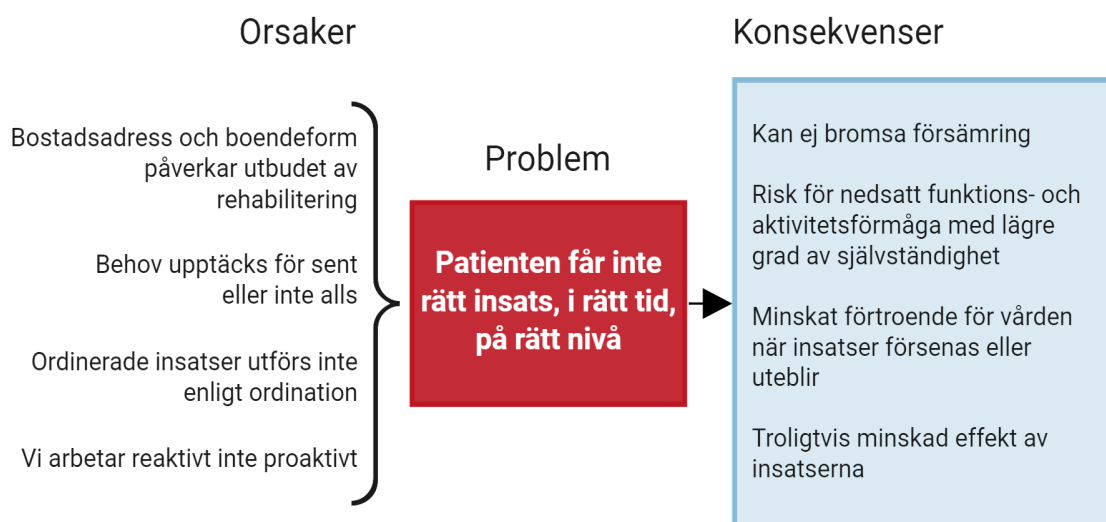
Det finns i många fall inte en enskild orsak till ett problem och det kan ofta leda till negativa följder i flera led. Därför har dessa två problemformuleringar undersökts för att hitta orsaker och konsekvenser (figur 6, figur 7).

För att hitta bakomliggande mekanismer ställer vi oss frågan varför/varför inte, tills vi hamnar på en nivå där vi inte kommer vidare. Gällande problemet "patienten får inte rätt insats på rätt nivå i rätt tid" har exempelvis delproblemet "*Ordinerade insatser utförs inte enligt ordination*" analyserats på detta vis, figur 8.

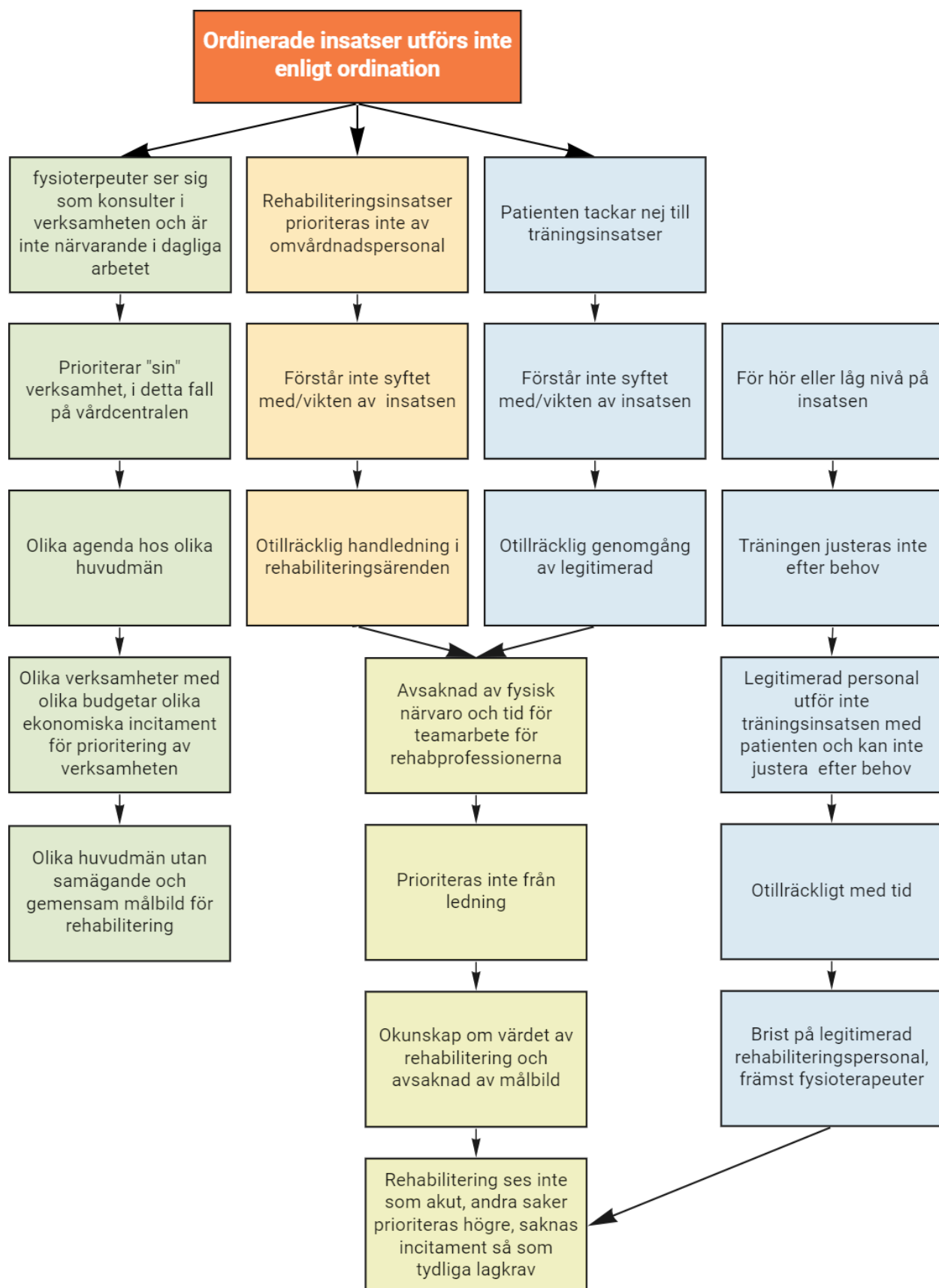
Område	Problem
Organisation	- Oklara kontaktvägar till andra verksamheter - Arbetsterapeut blir sambandscentral - Insatser begränsas av tillgång, utgår ej från behov - Inget samlat ansvar för rehabilitering mellan huvudmän - Kommunikationsbrist - Olika journalsystem utgör hinder i vårdflödet/informationsöverföringen - Patienter bollas mellan olika verksamheter, brister i samordning kring patienter med behov av flera professioner.
Team	- Oklart vilka som utgör teamet - Teamet är inte samlat (olika arbetsplatser) - Teamträffar prioriteras inte - Teamet saknas, hur ska vi kunna ha samsyn och kommunicera bra utan team? - Saknas kunskap om varandras roller - Insatser utlovas till patienten utan att rätt profession gjort bedömningen.
Kunskap	- Patienten är inte informerad och kunnig gällande syfte med träning - Behov av rehabilitering missas - Saknas förebyggande arbete - Kan brister i rehabkedja bero på okunskap om andra professioners bidrag till patienten? - Arbetsterapeuten får se behov där fysioterapeut kan behövas, men riskerar att missa saker eftersom man inte har rätt kompetens
Andra professioner (ej arbetsterapeut eller fysioterapeut) och ledning	- Ointresse av rehabilitering - Stort glapp mellan rehabpersonal och omvårdnadspersonal i syn på rehabilitering - Omotiverad personal som är våra händer i verksamheten - Ej utbildad personal och/eller personal som inte vill jobbar med att utföra rehabilitering - Behov av rehabilitering missas eftersom fysioterapeut är så begränsad tid på särskilt boende - Träningsprogram som ges ut utgår från personalens kunskap istället för patientens behov - Träningsordinationer kommer långt ner på omvårdnadspersonalens att göra lista - Träning motiveras inte för patienten om denne uttrycker att hen inte vill eller orkar - Rehabilitering nedprioriteras eftersom det inte ses som livshotande
Administration	- Hemrehabfysioterapeut dokumenterar i regionens journal men måste skriva HSL-uppdrag i kommunens journalsystem (som är ett helt annat system) - Professionerna kan inte ta del av varandras dokumentation - Alla har inte tillgång till de digitala signeringssystem som används
Samsyn	- Bristande samsyn på uppdraget, vad är målbilden? = ojämlik vård. Alla får inte den vård de behöver. - Fysioterapeut på vårdcentral förväntar sig att utföra mottagningsbehandling inte hemrehabilitering även på särskilt boende. Konflikt!



Figur 6. Problembeskrivning "Patientens rehabilitering samordnas inte"



Figur 7. Problembeskrivning "Patienten får inte rätt insats, i rätt tid, på rätt nivå"



Figur 8. Orsaksanalys

Det vi bland annat kan se är att det saknas incitament till att prioritera rehabilitering, det saknas gemensam ledning och styrning för området och professionerna får själva driva frågan om rehabilitering. De orsaker vi har tittat närmare på har kategoriserats i fyra olika områden:

- Förutsättningar
- Samordning
- Attityder/inställning/prioritering
- Riktlinjer och rutiner

Vardera av dessa områden har belysts ur olika perspektiv genom litteraturstudier, fokusgrupper och kontakt med personer med olika nyckelfunktioner så som ekonomer och utvecklingsledare.

6.1 Förutsättningar

Primärvården i Örebro län består av 13 huvudmän, regionen och länets 12 kommuner. Dessa ansvarar gemensamt för befolkningens primärvård, med alla fysioterapeuter anställda i regionen och samtliga arbetsterapeuter anställda i respektive kommun.

6.1.1 Resurser

Rehabilitering i ordinärt boende, hemrehabilitering, utförs av kommunernas arbetsterapeuter och en särskild grupp hemrehabfysioterapeuter. Det finns 15 heltidstjänster för hemrehabfysioterapeuter i länet varav sex heltidstjänster är riktade mot Örebro kommun. I Örebro kommun finns motsvarande ca 63 arbetsterapeuter i aktiv

tjänst inom hemvårdsnämnden i Örebro, (enligt utdrag från VISMA 22-05-31). Detta innebär att varje hemrehabfysioterapeut ska samarbeta med drygt 10 arbetsterapeuter och ungefär lika många hemtjänstgrupper. Vad hemrehabilitering är definieras olika i olika kommuner, till exempel har några kommuner så kallade hemtagningsteam medan andra har särskilt definierade hemrehabteam där undersköterska ingår och på vissa håll saknas helt struktur för hemrehabilitering. Det finns inga gemensamma riktlinjer för hemrehabilitering i länet.

När det gäller särskilt boende och korttidsboende så ansvarar vårdcentralens fysioterapeuter för insatserna och i huvudsak är resurstillgången enligt modellen om två timmar fysioterapeut i veckan per särskilt boende. Det finns lokala variationer inom regionen, men inom de undersökta områdena i Lekeberg och Örebro är detta huvudregeln. Att två timmar per vecka ska vara just huvudregeln är inte någonting som stöds i styrande dokument. Enligt krav- och kvalitetshandboken (38) ska det för varje särskilt boende finnas en namngiven ansvarig fysioterapeut som är på plats på boendet en fastställd tid varje vecka. Behovet ska styra omfattningen av denna tid. I den avsatta tiden ingår transport till och från boendet, inläsning, dokumentation och överrapporteringar. Hur man tolkar behovet varierar mellan olika verksamheter.

“Det är klart att man inte vill lägga tid och resurser på något som man anser ligger utanför grunduppdraget” – Processledare

"Jag vet inte heller om jag skulle säga att sjukgymnasten inkluderas i teamet... Jag menar, dom är ju där två timmar i veckan, på boendet. Känner inte patienterna, vet ju inte alls på samma sätt vilka de är, som vi. Det känns mer som att de är konsult." – Arbetsterapeut

Fysioterapeuten blir på grund av fysiskt avstånd, lite patienttid och avsaknad av tillgång till kommunens informationssystem inte en naturlig del av teamet kring patienten, vilket påverkar förutsättningarna för personcentrerade och förebyggande insatser.

I Örebro kommun motsvarar den nuvarande resurstilldelningen 1,25 årsarbetande fysioterapeuter till kommunens samtliga 25 särskilda boenden (två timmar x 25 boenden= 50 timmar). I Lekeberg blir motsvarande siffra 0,1 fysioterapeut för två särskilda boende.

I december 2021 fanns 66 472 invånare över 65 år i länet (39). Av dessa bodde 28 932 i Örebro och 1779 i Lekeberg. I Örebro kommun finns 1324 boendeplatser inkluderat korttidsvård, somatisk vård och demensvård. I Lekeberg finns 69 boendeplatser inklusive korttidsvård, somatisk vård och demensvård. Det finns ca 35 årsarbetande arbetsterapeuter på särskilt boende i Örebro och 63

inom hemsjukvården, motsvarande för Lekebergs kommun är 1,5 respektive 1,7.

2011 lade fackförbundet Legitimerade sjukgymnasters riksförbund samt Förbundet Sveriges arbetsterapeuter fram förslag på bemanning inom hemrehabilitering och arbete på särskilt boende (40). Dessa grundar sig i utredningar som genomförts av bland andra Socialstyrelsen och Äldrecentrum. Där rekommenderas en bemanning på en årsarbetande fysioterapeut och en årsarbetande arbetsterapeut per 36-50 boende på särskilt boende, där den lägre siffran avser bemanning riktat mot demensvård och den högre mot somatisk vård. För hemrehabilitering rekommenderas en fysioterapeut och en arbetsterapeut per 600 hemmaboende personer över 65 år, dessa rekommendationer upprepades i en ny skrift av fackförbunden 2020 (41).

En sammanställning av ovanstående siffror visar genomsnittlig bemanning inom särskilt boende och

	Riket	Örebro kommun	Lekebergs kommun	rek.
Antal boende på särskilt boende per fysioterapeut	73	1059 ¹	690 ²	36-50
Antal boende på särskilt boende per arbetsterapeut		40	46	36-50
Antal inv. 65+ per hemrehabfysioterapeut	2414	4734	7116 ²	600
Antal inv. 65+ per arbetsterapeut		459	1046	600

Tabell 4. Bemanning särskilt boende och hemrehabilitering.

¹ Boendet Tullhuset är exkluderat p.g.a. att det har en egen bemanningslösning. Uppgifter från Lokal- och bostadsförsörjningsplan 2023-2026, Örebro kommun

² Dessa siffror för Lekeberg visar motsvarande relativa förhållande per en årsarbetande fysioterapeut. Uppgifter från Lekebergs kommun

hemsjukvård i Örebro och Lekeberg jämfört med riket (där siffror kunnat hittas) och professionsexperternas rekommendationer, tabell 4.

Sammanställningen visar tydligt att Örebro län ligger mycket lågt i bemanning av fysioterapeuter jämfört inte bara med rekommendationer utan även jämfört med riksgenomsnittet. Situationen ser något annorlunda ut gällande arbetsterapeuter. Där framstår bemanningen vid första anblick god, men där yrkesverksamma vittnar om att det egna arbetet blir lidande av olika faktorer. Exempelvis kringuppgifter så som hjälpmedelshantering, samordning med fysioterapeuter och stöd till enhetschefer, samt försök att kompensera för brist på tillgång till fysioterapeut. Bemanningen av arbetsterapeuter varierar också stort mellan olika verksamheter. I Örebro kommun finns en fördelningsnyckel med 0,01 arbetsterapeut per boende på särskilt boende, alltså motsvarande 100 boende per årsarbetande arbetsterapeut. Utökning av antal tjänster har på vissa håll gjorts på initiativ av respektive boendes chef, vilket gör att fördelningen varierar mellan olika boenden.

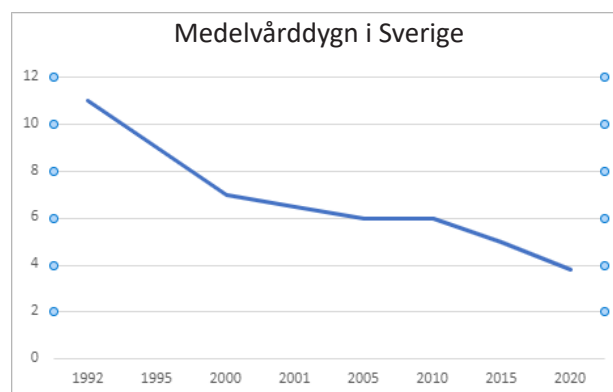
I samband med Ädelreformen minskade medelvårdtiden från drygt 20 dagar till 11 dagar (3) och har även därefter fortsatt att minska till dagens 3,8 dagar (44), se figur 9.

Behov av rehabilitering har vuxit både i ordinärt boende och på särskilt boende i takt med att vårdtider kortats och komplexiteten ökat. Större del av rehabiliteringen behöver således utföras i hemmet. Flera utredningar har visat att utökningen i bemanning av rehabiliteringspersonal inte har motsvarat det ökade behovet (7,8 42, 43).

Den låga bemanningen resulterar i att det inte finns möjlighet att nå upp till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen anger i sina riktlinjer för stroke vilka rehabiliteringsinsatser som bör erbjudas i hemmet.

Man specificerar insatser, dess intensitet, tidsåtgång samt andel strokepatienter som beräknas vara i behov av dessa. Applicerat på Örebro kommun skulle 88 procent av fysioterapeutens tid på särskilt boende läggas på denna enda diagnos. Detta inkluderar heller inte första bedömning, hjälpmedel eller sådana insatser som utförs mer än två år efter stroke.

Bland respondenterna är resursfördelningen en huvudfråga, där framför allt fysioterapeuter upplevs vara för få med för stora ansvarsområden, men arbetsterapeuter känner också av den ökade genomströmningen av patienter. Fysioterapeuterna uttrycker frustration över att inte räkna till och arbetsterapeuter instämmer.



Figur 9. Medelvårddygn (44, 68)

"Mycket känns det som att man bara släcker bränder. Hastar igenom saker. Brister med uppföljningar och sånt. Rafsar runt lite på ytan bara. Det känns ju inte bra. Det där med evidens, att man ska vara uppdaterad kring nyheter och sånt, det finns det INTE tid för."
– Arbetsterapeut

"Alltså, vi har ju vårt patientarbete här på vårdcentralen, så att vi kan ju inte... [angående mer tid på kommunens särskilda boende]"

– Fysioterapeut

Brist på tid och resurser är teman som återkommer även i tidigare utredningar (5,6,7,8). Konsekvensen av tidsbristen manifesterar sig på flera olika sätt såsom att uppföljningar inte sker i tid, att specifik rehabilitering inte utförs av legitimerad rehabiliteringspersonal och att behov av rehabilitering inte upptäcks.

Fysioterapeuterna beskriver hur tidsbristen och den oproportionerliga arbetsbördan lett till att man till störst del gör funktionsbedömningar av patienterna. Träningen och rehabiliteringsinsatserna man ser behov av finns det inte tid för utan delegeras bort. Forskning har visat att bedömningar utan efterföljande insats inte är gynnsamt för patienten (27), vilket stämmer väl överens med vad fysioterapeuterna rapporterar.

Insatser som bör utföras av legitimerad rehabiliteringspersonal delegeras således ut till omvårdnadspersonal, framförallt inom fysioterapi, vilket också leder till att arbetsterapeuter upplever att de i hög utsträckning får bedöma behov av och i vissa fall utföra fysioterapeutinsatser, då det är de som finns närmast personalen.

"Det blir ju att vi får göra bedömningar som inte vi är utbildade för... här står jag här och nu och har inte sjukgymnast med mig så jag måste lösa situationen"

– Arbetsterapeut

Fysioterapeuterna i våra fokusgrupper menar att delegering är enda sättet att hinna med. En konsekvens av detta är att nivån på träningen är

svår att bedöma eftersom man inte är med under utförandet och på så vis kan justera intensitet och svårighetsgrad. Träningsprogram anpassas istället efter personalens förmåga och möjlighet att hjälpa till med träning.

"...ja det är ju bättre att nåt blir gjort... så man få lägga nivån efter personalen"

– Fysioterapeut

Man vittnar om att detta påverkar även uppföljningar där behov av förändring i träning inte uppmärksammas eller inte förmedlas i tid. Arbetsterapeuter uttrycker också att man arbetar mer med kompensatoriska åtgärder än man troligen hade gjort om fysioterapeuten varit mer närvarande i verksamheten. Avsaknaden av äkta teamarbete i vardagen leder till sämre resultat för patienterna, färre förebyggande åtgärder och en ökande otillfredsställelse i arbetet.

I delbetänkandet om god och nära vård (35) uttrycks att det kommer oroväckande signaler om att just förebyggande och rehabiliterande insatser är bland de första som huvudmännen drar in på när budgetramarna stramas åt. Om sådan utveckling skulle fortsätta på bred front så kommer det att utgöra ett hinder för omställningen (35).

Upplevelsen av att vara för få och att andra professioner i verksamheten inte tycks förstå värdet av en adekvat rehabilitering visar sig också i en studie från Socialstyrelsen (45), där enkäter skickades ut till mer än 3000 yrkesverksamma arbetsterapeuter och fysioterapeuter. De bristande resurserna för rehabilitering i länet har också belysts i tidigare utredningar (5,6,7,8). Att det finns ett behov uppmärksammas även av politiker där 100 procent av tillfrågade regionpolitiker i Örebro län instämmer helt eller delvis i att fysioterapeuter behöver bli fler i primärvården (46).

6.1.2 Arbetsmiljö

Fackförbundet Fysioterapeuterna Örebro län gjorde en regional utredning av hemrehab-fysioterapeuternas arbetsmiljö 2020 (47). Man fann att hemrehabfysioterapeuterna upplevde en allmänt bristande arbetsmiljö, så väl fysiskt och socialt som organisatoriskt. De rapporterade bland annat hög stressnivå, upplevelsen av att inte ha möjlighet att utföra ett gott arbete, uteblivna uppföljningar, bristande stöd och förståelse från chefer i respektive verksamhet, ensamarbete och bristande säkerhetsrutiner. Ingen hänsyn tas till vilka arenor för samarbete och informationsöverföring som krävs, utan fokus ligger på antal patienter (47).

Den lokala bilden förstärks av nationella röster. Den 31 mars 2021 publicerades en debattartikel i Dagens Medicin (48) som menar att det är oetiskt att utbilda personer till ett yrke med så undermåliga arbetsvillkor. Man rapporterar om unga fysioterapeuter som går ned i arbetstid redan inom ett par år, för att orka med sina arbetsuppgifter.

*Visste du att
så många som 35 – 43 % av
yrkesverksamma legitimerade
arbetsterapeuter och fysioterapeuter
överväger att helt lämna sina yrken?*

Fackförbunden Sveriges arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna har genomfört undersökningar om respektive yrkes arbetsmiljö och resultatet av dessa är nedslående (49,50). De visar bland annat att 35 procent av yrkesverksamma arbetsterapeuter överväger att helt lämna yrket. Samma siffra för fysioterapeuter är hela 43 procent. Majoriteten av dessa var unga medarbetare mellan 26 och 33 år, med hela yrkeslivet framför sig (50). I expeditionens genomförda fokusgrupper, intervjuer och enkäter framkommer att dessa arbetsmiljöfrågor är lika

aktuella på lokal nivå i länet som i landet i stort.

Kompetensutveckling är en viktig och självklar del av professionen. Fysioterapeuter vidareutbildar sig ofta för egna pengar, på sin fritid (50). Samma upplevelse av kompetensutveckling finns hos arbetsterapeuter i länet.

Enligt en studie utförd på Lunds universitet finns vittnesmål om hög arbetsbelastning och stress med psykisk ohälsa som följd (49). En arbetsmiljörelaterad enkät som besvarades av 3 658 arbetsterapeuter visade att hela 40 procent av arbetsterapeuterna har stresssymptom, och att 18 procent visar tecken på långvarig stress, som leder till ohälsa. Var femte deltagare i studien är drabbad av lindrigt eller uttalat utmattningssyndrom enligt Socialstyrelsens kriterier (49).

Rehabilitering är ett område som består av kvalificerade tjänster som innebär att kontinuerliga bedömningar och överväganden är en väsentlig del i arbetet (51). Det ställer stora krav på professionsutövaren som har sin egen kunskap, tid, energi och uppmärksamhet som sina främsta arbetsredskap och som befinner sig i en ständig social kontext. Det kräver också utrymme för återhämtning och reflektion (51), något som yrkesverksamma i länet upplever saknas idag.

Det är tydligt att arbetsmiljön och uppdragets utformning kommer vara avgörande för att behålla kompetens inom rehabiliteringsområdet i framtiden.

6.1.3 Kompetensförsörjning

Vid intervjuer och i fokusgrupper framkommer att det råder en delad syn på gränssnittet, teamsamverkan och varandras kompetenser. Respondenter med erfarenhet av arbete i andra regioner belyser problemen något annorlunda och

menar att uppdelningen i Örebro län är onaturlig och försvårar arbetet medan några av de som bara arbetat i Örebro inte delar denna bild till fullo.

"Har man jobbat i andra regioner, ja då är det här [uppdelningen mellan arbetsterapeuter och fysioterapeuter] bara konstigt."
– Arbetsterapeut

Det uttrycks till exempel att man inte förstår vad en arbetsterapeut skulle kunna göra på vårdcentralen. Det visar hur mycket kompetens som förlorats inom primärvården, menar en av författarna bakom tidigare utredningar:

"Det finns ju ingen nu som kan göra till exempel arbetsförmågebedömningar och underlag till Försäkringskassan. Kompetensen finns inte längre" – Utredare

Det är också tydligt att verksamheterna har sin egen agenda och all planering av resurser, kompetensutveckling och nätverkande sker utifrån den enskilda verksamhetens perspektiv.

"...så är det ju ingen arbetsgivare som är intresserad av att skicka sina medarbetare på kurser om dom inte anser att det är deras grunduppdrag."
– Verksamhetsutvecklare

Uppdelningen av arbetsterapeuter och fysioterapeuter i kombination med brister i samverkan, har lett till kompetensbortfall på vissa områden, både för arbetsterapeuter och för fysioterapeuter (6,7,8). Kompetensbehoven inom hälso- och sjukvård är nära kopplade till de förändringar, krav och utmaningar som hälso- och sjukvården står inför (52). Under kommande år förväntas vårdbehoven öka till följd av en åldrande

befolkning och fler personer med kroniska sjukdomar (52).

Utmaningarna som legat kvar sedan - och även uppstått efter - Ädelreformen upplevs ha skapat ett läge där verksamheter inom vissa områden har förlorat kompetens, som därmed inte längre är tillgänglig i länet. Arbetsmiljön och arbetstillfredsställelsen har blivit allt mer ansträngda och utmanande, vilket under senare år sannolikt gett sig uttryck i det tilltagande svåra rekryteringsläge man nu upplever i länet.

"... vi har ett enormt rekryteringsproblem [angående fysioterapeuter]" – Processledare

Rekryteringsfrågan är något som också lyfts i delbetänkandet om nära vård där man menar att stora pensionsavgångar och en ansträngd rekryteringssituation innebär utmaningar för huvudmännen att säkerställa en effektivt organiserad vård med rätt kompetens på rätt plats (35).

6.2 Samordning

"Ur ett historiskt perspektiv så har man valt att decentralisera all fysioterapi all sjukgymnastik och sagt att det här är en verksamhetschefsfråga... Sen är det först när någonting kommer till ytan som man sen gått en feedback-loop... Så här kan vi inte göra... så här ser det inte ut och då får man påbörja ett arbete... Så kommer det ut ny riktlinje"
– Processledare

I nulägesanalysen framkom brister inom samordning som under åren förstärkts av det delade huvudmannaskapet. Till exempel har respektive vårdcentral fritt tolkningsutrymme av överenskommelsen kring primärvårdsuppdraget. Det är först när problem lyfts fram som det görs en

ansträngning för gemensamma riktlinjer.

Här pratar vi fortfarande om en och samma huvudman, ingen av de intervjuade tjänstemännen kan påminnas sig att det någonsin gjorts gemensamma arbeten kring riktlinjer över huvudmannagränsen gällande rehabiliteringsuppdraget och arbetsterapi är till stora delar lika decentraliserad i länet som fysioterapi. Detta gör att den rehabilitering du erbjuds varierar beroende på var du bor i länet.

När det gäller samordning av enskilda ärenden så ses framför allt brister gällande informationsöverföring och teamarbete men även när det gäller stödprocesser så som hjälpmedelhantering. Även om ambition om samordning finns så saknas förutsättningar i lagstiftningen för att samordna och integrera olika vårdprocesser. För att uppnå samordning mellan olika aktörer så krävs lagstöd. (53).

6.2.1 Informationsöverföring

Regionen och länets kommuner styr själva över vilket verksamhetssystem som används, vilket lett till att länet har ett antal olika verksamhetssystem för patientjournal som inte kan kommunicera med varandra. Kommunerna är inte heller producenter i NPÖ (Nationell patientöversikt) där vissa data från slutenvården och primärvården förs in, exempelvis diagnoser. En fysioterapeut som arbetar i uppdrag mot kommunen kan inte se och läsa patientens kommunala journal och kan därmed inte se om det finns pågående insatser. När fysioterapeuten gjort sin insats dokumenteras den i regionens journal vilket gör att berörd arbetsterapeut (eller annan profession så som sjuksköterska) i sin tur inte heller kan se att insats gjorts eller är pågående. Det finns därför risk för dubbelarbete och kontraindicerade åtgärder. Insatser har gjorts i delar av länet för att ge fysioterapeuter inom hemrehabilitering tillgång till kommunens journal, så att denne

ges möjlighet att skriva så kallade HSL-uppdrag (uppdrag om utförande av insats till hemtjänsten). En fysioterapeut beskriver läget så här:

"...så då ska jag lära mig ett till system som jag kanske använder nån enstaka gång per månad och arbetsterapeuten får inte hjälpa mig... Tar mycket tid"

De olika verksamhetssystemen gör också att det är svårt att upprätta en gemensam rehabiliteringsplan som är tillgänglig för alla, som kan följas upp och redigeras i takt med att mål och insatser förändras. Det finns en gemensam struktur för säker informationsöverföring i länet mellan slutenvård och primärvård. Det finns dock brister i denna. Flera patientgrupper inkluderas inte, till exempel äldre som inte har hemtjänstinsatser. Systemet gäller heller inte mellan vårdcentral och kommun i primärvårdsärenden. Hur informationsöverföring fungerar i vardagen blir snarare avhängigt den person som behöver rapportera ärendet. Det innebär också ett resursslöseri där professionerna spenderar tid på att söka upp rätt person att överrapportera till.

De två professioner, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, som behöver samarbeta för att klara av att på ett effektivt sätt utföra rehabilitering tillhör inte samma organisation. Som en konsekvens av denna organisatoriska uppdelning har dessa två professioner inte full tillgång till varandras informationssystem. Det leder i sin tur bland annat till svårigheter vid överrapportering, att väsentlig information om patienten inte alltid finns tillgänglig för den andra professionen samt att det inte finns tillgång till en sammanhållen rehabiliteringsplan.

Exempel från verkligheten

En person boende i särskild boendeform (härefter kallad patienten) har en fotledsortos för att kunna stå- och gåträna. Av en händelse träffade patienten en arbetsterapeut i korridoren på boendet och talar då om att ortosen är trasig. För att underlätta för patienten tar arbetsterapeut kontakt med fysioterapeut som har träffat patienten tidigare.

Arbetsterapeuten får inte tag i fysioterapeut telefonledes och måste därför maila ärendet till fysioterapeuten. Då det saknas en säker meddelandefunktion mellan kommun och region, och patientuppgifter inte får skrivas i mail, går arbetsterapeuten först in i ett vårdsystem för att hitta ett individnummer på ett av patientens hjälpmedel. För att klargöra för fysioterapeuten vem ärendet handlar om skriver arbetsterapeuten individnumret i mailet. Fysioterapeuten å sin sida kan då via två olika vårdsystem hitta personuppgifter på patienten. Arbetsterapeuten får ett mailsvar från fysioterapeuten med hänvisning att be boendets sjuksköterska vända sig direkt till ortopedteknik. Arbetsterapeuten meddelar svaret till patienten. Patienten är nöjd med att fysioterapeuten inte behöver göra ett besök, som kostar en patientavgift. Arbetsterapeuten pratar med ansvarig sjuksköterska om ärendet. Sjuksköterskan måste sätta sig in i vad ärendet gäller och hur man får tag i ortopedteknik.

I slutänden har arbetsterapeut spenderat 60 minuter på att ta kontakt med olika personer och gå igenom ärendet och därefter rapportera tillbaka till patienten. Fysioterapeut har spenderat 15 minuter på att ta fram personuppgifter, läsa i sin journal och maila tillbaka till arbetsterapeut. Sjuksköterska spenderar 40 minuter på att sätta sig in i ärendet, hitta kontaktuppgifter till ortopedteknik och rapportera ärendet dit.

Om fysioterapeut istället hade funnits i teamet med en enklare kontaktväg så hade det tagit arbetsterapeuten 5 minuter för rapport och fysioterapeuten 10 minuter att ta emot ärendet och ringa till ortopedteknik och rapportera ärendet.

6.2.2 Teamarbete

I såväl fokusgrupper som enkäter framkommer missnöje med förutsättningarna för att arbeta teambaserat. Det finns en tydlig samsyn hos arbetsterapeuter och fysioterapeuter på såväl särskilt boende som inom hemrehabilitering att det inte finns tillgång till ett äkta team vid rehabiliteringsinsatser och att det inte heller finns tillräcklig tid avsatt för att arbeta teambaserat.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter upplever att teamarbetet är näst intill obefintligt även om man i verksamheterna uttrycker att man arbetar i team. Slutsatsen som dras är att det handlar om pseudoteam. En arbetsterapeut uttrycker sig så här angående vad som krävs för att kunna arbeta i team på riktigt kring rehabilitering:

"Lika mycket fysioterapeut som arbetsterapeut. Då blir man ett riktigt team. Och får lättare att få med sig baspersonalen." - Arbetsterapeut

Förutsättningen att arbeta i äkta team försvåras markant av att fysioterapeuter i länet har många samverkansparter att hantera. En hemrehabfysioterapeut kan ha så många som 10 hemtjänstgrupper och arbetsterapeuter att samverka med.

Då funktions- och aktivitetsbedömningar i många fall görs individuellt av de olika yrkesgrupperna finns det en risk att respektive part inte vet vad som är påbörjat, vad som planeras eller vad som inte ska utföras. Detta kan leda till försenade, felaktiga, onödiga eller kontraindicerade insatser. Patienten ges inte förutsättningar att vara delaktig i sin rehabilitering, insatser fördröjs, uteblir eller utförs med låg kvalitet. Nuvarande gränssnitt har dessutom lett till en ansvarsuppdelning som förstärker gränser mellan organisationerna där patienter hänvisas

mellan verksamheterna när ansvarsfrågan blir otydlig och risk uppstår att individer faller mellan stolarna.

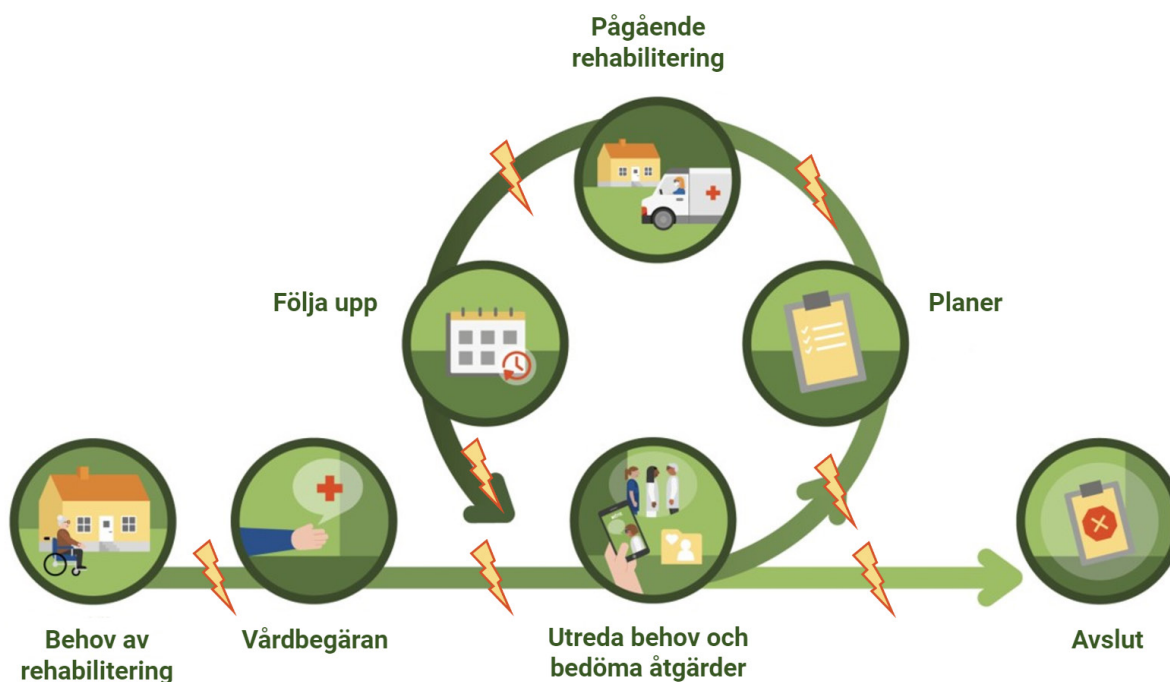
"Som det är nu så ringer man ju inte sjukgymnast om man till exempel har ett komplicerat sittande...förflyttning... Om vi skulle vara tillsammans så blir det ju ett bättre resultat, så är det ju" - Arbetsterapeut

För patienter med sammansatta behov krävs ofta en samordning av rehabiliteringsåtgärderna mellan professioner, verksamheter och huvudmän (54). En uppdaterad gemensam rehabiliteringsplan minskar risken för brister i samordning och uppföljning, underlättar kommunikationen och skapar förutsättningar för ett resurseffektivt arbetssätt som utgår från patientens behov (55). Respondenterna vittnar dock om att rehabiliteringsplaner sällan utarbetas tillsammans i teamet, professionerna har sin egen plan tillsammans med patienten.

6.2.3 Rehabiliteringskedjan

Följden av gränssnittet innebär att det finns inbyggda systemfel som får verkliga konsekvenser för individen. Redan från början när behov uppstår så startar vi med en bruten rehabiliteringskedja, där individen har svårt att veta till vem hen ska vända sig för att få hjälp (figur 10).

När visedan har en vårdbegäran och ska utreda behov så riskerar vi att missa behov eftersom det saknas förståelse och kunskap om andra yrkeskategoriers nytta och värde och bedömningen görs enskilt av varje yrkeskategori. Det leder i sin tur till att det inte skapas någon sammanhållen rehabiliteringsplan. För patienten innebär det en utökad börda av att själv hålla reda på alla delar av sin rehabilitering. När så insatsen ska starta uppstår flera problem.



Figur 10. Bruten rehabiliteringskedja

Ett är att legitimerad personal inte själva har förutsättningarna för att kunna utföra den specifika rehabiliteringen tillsammans med patienten och därför har svårt att avgöra nivån för träningen. Arbetsterapeut och fysioterapeut har dessutom sin fysiska arbetsplats i olika verksamheter och dokumenterar i olika journalsystem. Detta medför brister även i informationsöverföring, dels mellan olika rehabiliteringsprofessioner och vårdinstanser, dels mellan beställare (fysioterapeut/ arbetsterapeut) och utförare (omvårdnadspersonal) när uppgiften måste delegeras. Ytterligare en konsekvens av de åtskilda verksamhetssystemen är att rehabiliteringsprocessen inte kan dra nytta av de fördelar och den resurseffektivitet som digitalisering medför.

Bristen i informationsöverföring hänger kvar även vid uppföljning, eftersom legitimerad personal inte får den återkoppling som behövs av utförare och inte heller har möjlighet att ta del av journaler eller

digitala signeringssystem. Professionerna menar också att uppföljningar är ett stort bristområde och ofta nedprioriteras när andra mer akuta situationer uppstår. Det blir då även svårare att utvärdera och göra ny bedömning om det finns kvarvarande rehabiliteringsbehov som behöver fortsätta eller om patienten ska avslutas.

6.2.4 Hjälpmedelshantering

Kommunerna håller ett eget sortiment för så kallade omvårdnadshjälpmedel och regionen står för den typ av hjälpmedel som kallas personliga hjälpmedel (56). Om regionanställd rehabiliteringspersonal bedömer att behov av hjälpmedel finns, som faller under kommunens ansvar, så innebär detta att förskrivaren inte själv kan välja lämplig produkt. Förskrivaren behöver förhålla sig till sortimentet hos den aktuella kommunen (vilket varierar mellan olika kommuner) och kommunens arbetsterapeuter blir

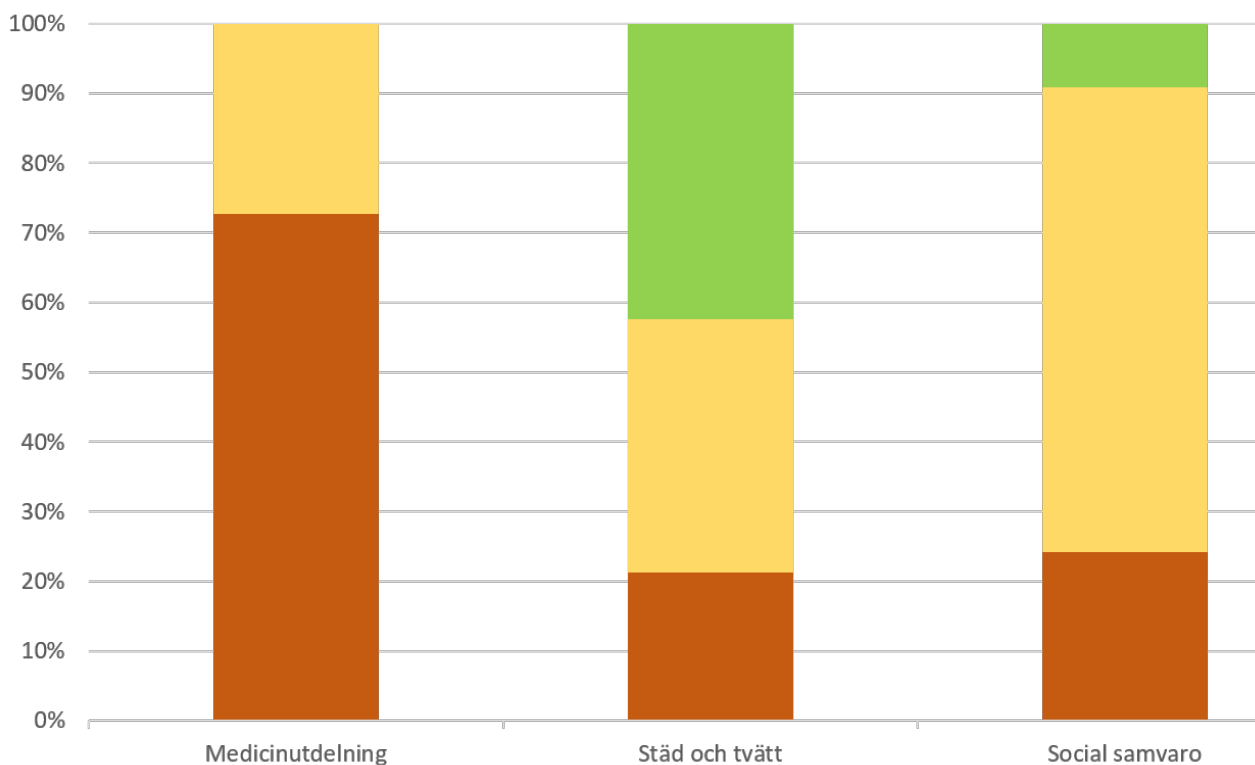
beställningscentral som ska köpa in och registrera ett hjälpmedel som de själva sedan inte provar ut eller följer upp. Det medför även att varje kommun står ensam i administration, rekonditionering och service av hjälpmedel, ofta med bara en eller ett fåtal ansvariga personer, där arbetsterapeuter har ett betydande ansvar. Här skiljer sig Örebro gentemot sina grannkommuner eftersom Örebro tack vare sin storlek kan ha en centraliserad organisation för hantering av hjälpmedel. Uppdelningen innebär också att olika kommuner har olika ekonomiska förutsättningar, eller prioriterar och budgeterar olika, för sin hjälpmedelshantering och det är inte längre behovet hos patienten som styr tillgången och patienterna får inte jämlik rehabilitering. Det har påbörjats ett arbete i regionen med översyn av medicintekniska produkter inom ramen för ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet.

6.3 Attityder/inställning/prioritering

Från flera håll framkom en upplevelse om att rehabilitering prioriteras lågt både av beslutsfattare och genom hela vårdkedjan (figur 11 visar omvårdnadspersonals prioritering). Detta kan relateras till en uppfattning om att kunskapsnivån gällande värdet av rehabilitering och förebyggande arbete på flera håll är lågt. Gällande arbetet på särskilt boende upplever flera fysioterapeuter att de känner sig otillräckliga gällande kunskap kring målgruppen.

"Det är så långt ifrån mottagningsarbete på en vårdcentral som man kan komma.... Bara för att man är sjukgymnast är det inget som säger att man är bra på det. Det känns inte professionellt" - Fysioterapeut

Hur rehabilitering prioriteras i förhållande till andra insatser



Figur 11. Omvårdnadspersonals prioritering av rehabiliteringsinsatser

Genom enkätundersökningar framkom att fysioterapeuter och arbetsterapeuter upplever att rehabilitering prioriteras lägre än medicinutdelning och endast i undantagsfall högre än städ och tvätt och sociala aktiviteter.

I vår analys av nuläget utkristalliserar ett tydligt mönster av att rehabilitering inte är och inte heller har varit ett prioriterat område på mycket länge. Trots uppföljningar av Ädelreformen och rehabilitering som påvisar att äldres rehabilitering är undermålig (3,6,7), både nationellt och lokalt, har inga förbättringar skett. Sättet vi organiserar oss på skapar ingen trigger i systemet för att arbeta med förändringar i rehabiliteringsprocessen.

I Sven Erik Wånells rapport från 2016 sammanställs och granskas utfallet av 17 statliga satsningar på äldreomsorgen åren 1996–2014 (43). Han betonar särskilt vikten av långsiktighet och framförhållning, att satsningar behöver sträcka sig över en längre tid än en mandatperiod för att kunna vara genomtänkta, och därför behöver arbetas fram i politisk samsyn. I många fall såg Wånell hur verksamheter helt saknat implementeringstänk och efter avslutat projekt fullständigt återgått till sin tidigare verksamhetsform. Möjligen är det just det som vi sett resultatet av i flera satsningar i länet. Exempelvis har det gjorts försök på flera håll i länet med att erbjuda äldre i befolkningen ett så kallat förebyggande hembesök. En insats som man vet har god effekt och kostnadseffektivitet bland annat för att förebygga fall (36) men som i stället tas bort när projektpengarna inte längre finns.

Behovet av rehabilitering blir extra svårt att se när det gäller äldre människor, i och med att rehabiliteringens resultat inte alltid är tydligt (23). Insatserna förbättrar inte alltid funktionsförmågan, utan bidrar många gånger till att skjuta upp försämring. Ibland ger andra insatser än träning snabbare och mer synlig förändring på kort sikt utan att nödvändigtvis

vara det som bäst gynnar individen. Exempelvis kan en förskrivning av ett hjälpmedel göra att en person blir mer självständig i vissa moment. Dock påverkar inte ett hjälpmedel den fysiska funktionsnedsättning som skapat hjälpmedelsbehovet. Det finns en risk att träningsinsatser prioriteras bort i en pressad vardag där syfte och vinster med träning inte alltid är uppenbart för individen och omvårdnadspersonal och istället ersätts med kompensatoriska hjälpmedelsinsatser, eftersom dessa är mer synliga. När mindre synliga delar av rehabilitering nedprioriteras minskar också rehabiliteringens effekter (23). Trots att forskning tydligt visar värdet och nyttan av rehabilitering för äldre så finns det inget i systemet som visar att äldre är en prioriterad grupp.

"Jag upplever att det är lätt att man kanske tar till ett hjälpmedel för tidigt. Att hade man haft en sjukgymnast med sig kanske man hade sagt att vi ska träna på det här, men för att lösa ut situationen så kanske man provar ut ett hjälpmedel. Man behöver liksom lösa det nu för patienten och för personalen. Då kan man inte vänta till nästa torsdag..." – Arbetsterapeut

Rehabiliteringsprofessionerna har låg löneutveckling och räknas till de yrken som lönar sig absolut sämst att utbilda sig till. Enligt en SACO-utredning är det i dagsläget en förlustaffär att utbilda sig till arbetsterapeut eller fysioterapeut (57). I Örebro län finns det för fysioterapeuter dessutom enbart en stor arbetsgivare, nämligen Region Örebro län. Några enstaka privata aktörer finns men det handlar om en handfull tjänster. Att regionen är den huvudsakliga arbetsgivaren för fysioterapeuter innebär sannolikt att incitament saknats för att aktivt arbeta med anställningsvillkoren och lönerna för denna yrkesgrupp. Även arbetsterapeuter är svårare att rekrytera nu än tidigare, men här har Örebro en fördel av att vara utbildningsort vilket

också kan argumenteras påverka incitament till högre löneutveckling, eftersom det kontinuerligt går att rekrytera nyutexaminerade. Det utmanar attraktionskraften i yrket och genomgående förmedlas en känsla av frustration och uppgivenhet hos de som intervjuats.

"jamen det känns ju som att dom [arbetsgivaren] tycker att vem som helst kan göra mitt jobb... Min specialistkompetens och långa erfarenhet spelar liksom ingen roll... Som att en nyexad kan samma saker."
- Fysioterapeut

6.4 Riktlinjer och rutiner

Inom rehabilitering på primärvårdsnivå, både inom särskilt boende och ordinärt boende, saknas en gemensam policy för rehabilitering. Värdet av rehabiliterande insatser är tydligt, men detta värde behöver bäras av fler än bara rehabiliteringsprofessionerna. Detta för att kunna genomsyra verksamhetens attityd och förhållningssätt och ge förutsättningar att skapa gemensamma riktlinjer och rutiner som personal kan stödja sig på i sitt arbete. Avsaknaden av gemensam riktning visar sig genom att det bland annat saknas tydlig prioriteringsordning, rutiner avseende överrapportering är oklara och professionerna upplever osäkerhet kring sitt uppdrag.

"Känslan är att man gör inget bra arbete, det finns inte tiden och inte heller rutiner eller kunskaper att göra det riktigt bra."
- Fysioterapeut

"Det känns inget bra liksom att ha... Det är så himla långt ifrån mottagningsarbetet på en vårdcentral som man bara kan komma, att jobba ute i boende... Det känns inte så professionellt liksom. Det är en främmande miljö för oss när man är primärvårdssjukgymnast och jobbar på en mottagning... Det blir torftigt och inget bra och det är så man känner som primärvårdssjukgymnast ute på ett boende."
- Fysioterapeut

Inom Nationellt system för kunskapsstyrning har det tagits fram en generisk modell för rehabilitering som man menar behöver integreras i diagnosspecifika vårdförlopp, då rehabilitering behöver starta så tidigt som möjligt (54). I dagsläget görs inget gemensamt arbete mellan huvudmännen för att implementera nationella vårdförlopp eller riktlinjer och länet når inte heller upp till rehabilitering enligt nationella riktlinjer (58).

"Det är fullt av patienter som behöver god rehabilitering. Och det är fullt av kollegor som behöver tydlighet kring sitt uppdrag, och vi saknar båda delarna." –Processledare

7 Möjligheterna - Varför är det viktigt?

Hälsoekonomi handlar inte främst om att sänka kostnader utan om att maximera hälsan utifrån begränsade resurser (59).

Förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande arbete utgör en central del för att säkra en god vård såväl i dagsläget som i framtiden. Stort fokus i omställningen till nära vård ligger på det proaktiva

arbetet (31) och just det förebyggande och hälsofrämjande arbetet anges som nödvändigt för att klara de välfärdsutmaningar som uppstår i och med en åldrande befolkning (60). För att klara dessa utmaningar behöver insatserna för de mest sjuka äldre komma tidigare och samordnas mer effektivt (61).

Eftersom samhällets resurser är begränsade och efterfrågan på vård ökar, behövs det metoder för att kunna göra prioriteringar inom hälso- och sjukvårdssektorn. Det är viktigt att påpeka att intentionen med hälsoekonomisk analys inte är att spara pengar, utan att använda de resurser som finns tillgängliga på så sätt att mesta möjliga hälsa tillkommer befolkningen (62).

För att kunna åstadkomma varaktig förändring så krävs förståelse för nuläget utmaningar och rotorsaker till dessa. Det krävs att olika orsakssamband analyseras i ljuset av den önskvärda framtiden för att finna potentiella områden där förändring kan initieras.

7.1 Demografi

År 2019 bodde knappt 16 000 personer över 80 år i Örebro län. Antalet förväntas år 2030 vara 26 000 (63). Gruppen 65 år och äldre växer som helhet men den största förändringen finns just i den allra äldsta gruppen. Denna förändring är inte unik för Örebro län utan kommer även att ske i riket som helhet, dock i varierande grad. Nationellt bedöms gruppen 80 år och äldre öka med 50 procent fram till 2030, under samma tid kommer gruppen i arbetsför ålder endast att öka med knappt fyra procent (64), se bild 1.

Även inom Örebro län kommer förändringen av befolkningssammansättningen ske i olika takt. År 2030 beräknas gruppen 80 och äldre att utgöra mer än 10 procent av befolkningen i många av länets kommuner, i flera av dessa kommuner kommer även befolkningen som helhet att minska under perioden (64).

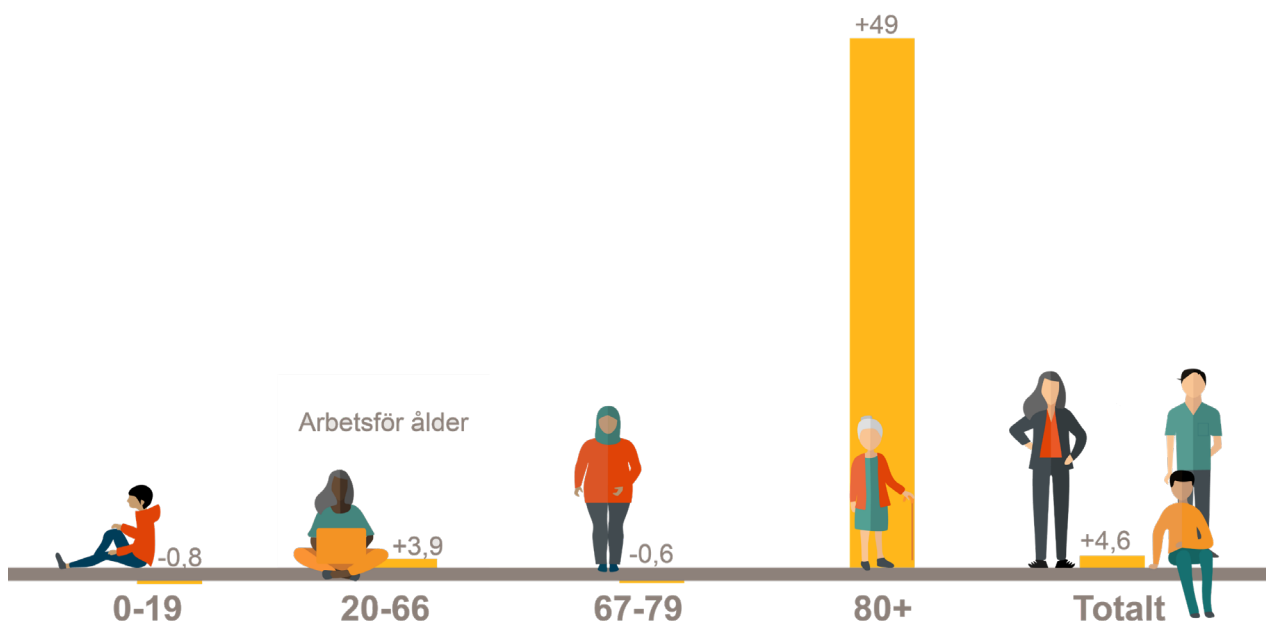
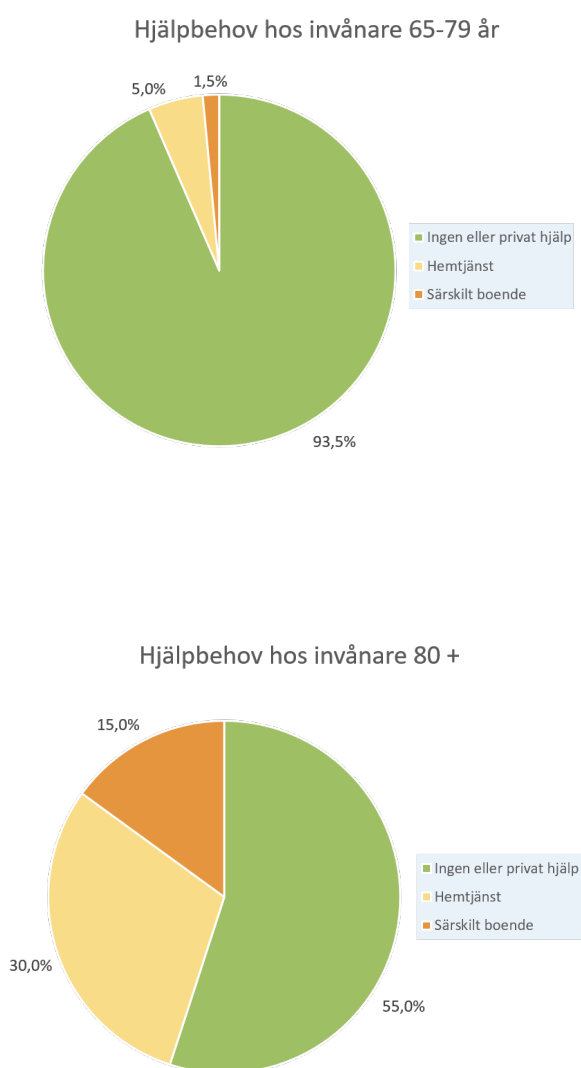


Bild 1. Sveriges Kommuner och Regioner, SKR

Hjälpbehovet ökar generellt med stigande ålder (figur 12). Fem procent av befolkningen mellan 65-79 år har hemtjänst i ordinarie boende. För gruppen 80 år och äldre är denna siffra 30 procent (65). Avseende särskilt boende var andelen i åldersgruppen 65-79 1,5 procent. I gruppen 80 år och äldre bodde 15 procent på särskilt boende (66). Även vårdbehovet ökar i takt med att vi åldras. Bland personer 80 år och äldre var 25 procent inskrivna inom slutenvården någon gång under 2021 (67).



Figur 12. Hjälpbehov efter ålderskategori

7.2 Vårdtider och akut inskrivning

Insatser har under längre tid förflyttats från slutenvården till primärvården. Detta har skett som en konsekvens av att medelvårdtiden inom slutenvården succesivt förkortats. 1992 var medelvårdtiden 11 dagar (68), år 2020 hade detta minskat till 3,8 dagar (44). Medelvårdtiden för bland annat höftfraktur och stroke har mer än halverats de senaste decennierna, vilket ställer nya krav på de insatser som utförs i hemmet (69, 70, 71, 72). Enligt statens utredare Erik Wånell (43) är det uppseendeväckande att så mycket av rehabiliteringsbehovet förs ut från länssjukvården utan att resurser i form av personal och kompetens följer med. Denna bild stärks av att yrkesverksamma uttrycker att arbetsuppgifterna blivit fler och mer differentierade utan att något plockats bort och utan att någon egentlig kompetensutveckling skett.

Som en följd av omställningen till nära vård kommer insatser i ännu större utsträckning att utföras i hemmet (13). Det ställer krav på en resurstilldelning som stödjer denna omfördelning.

En procent av alla äldre står för 30 procent av samtliga vårddagar(62). Närmare en miljon, eller 49 procent, av det totala antalet akutmottagningsbesök görs av personer över 60 år (73) och cirka hälften av dessa besök leder till en inskrivning i slutenvård. Antalet akutbesök per invånare stiger med ökande ålder och personer över 80 år har närmare 750 besök per 1 000 invånare per år (73).

Det finns inget standardförlopp för åldrandet, många olika faktorer såsom omgivning, arv och sjukdomar styr vilken funktion och hälsa vi får i takt med att vi åldras (74). Generellt reduceras muskelstyrka och syreupptagningsförmåga i takt med ökande ålder. Även balans, ledrlighet och gånghastighet försämras ofta. Dock kan dessa försämringar i hög grad förhindras med hjälp av fysisk aktivitet (74).

*Visste du att...
en oplanerad slutenvårdsinskrivning av
en äldre kostar i snitt 76 000 kr? (75)*

Den resursinsatsen motsvarar:

*22 dygn på korttidsboende (3500 kr/dygn)
eller
163 hemtjänsttimmar (465 kr/h) (76)*

Således finns tydliga indikationer för att vården och omsorgen behöver öka tillgänglighet och rehabiliteringsresurser för att i högre utsträckning nå denna patientgrupp och förhindra försämringar och återinskrivningar och på sikt även minska sjukvårdens kostnader i och med bättre funktionsförmåga (74).

En enda akut inskrivning för en äldre person kostade år 2021 ca 76 000 kr (75). Det är svårt att uppskatta hur stor del av äldres besök vid akutmottagningar som beror på undvikbara akuta tillstånd, eller som borde hanterats i primärvården eller annan vårdnivå.

Dessa akutvårdsbehov uppstår generellt inte över en natt. Ett akut tillstånd föregås ofta av en längre sjukdomsutveckling eller ökad risk för insjuknande. Tecken på försämring fångas inte upp i tid vilket kan resultera i akuta tillstånd som hade kunnat undvikas. Detta leder i sin tur till ett behov av akutsjukvård. När man har kommit till läget att akutvårdsbesök är nödvändigt, är möjligheterna att förebygga mycket begränsade. Insatserna behövs långt tidigare, för att möjliggöra att man kan undvika det akuta besöket (77). Möjligheterna att förebygga akuta tillstånd och akutbesök är större ju tidigare insatser sätts in. Flera källor i litteraturen diskuterar hur en bristande proaktivitet hos sjukvården bidrar till fler akutbesök för äldre (78, 79, 61). Akutsjukvårdens resurser krävs exempelvis när en äldre person faller och drabbas av en höftfraktur.

7.3 Fall

Fallprevention är en mycket central del i arbetet för att förebygga skador och vårdbehov bland äldre. I omställningen till en nära vård anges fallprevention för äldre hemmaboende med hemtjänst och personer på särskilt boende som kärnindikatorer för att mäta omställningen (80).

*Visste du att...
varje fall som kräver slutenvård i snitt
kostar 274 000 kr?
Detta innebär att slutenvårdskrävande
fall i Örebro län årligen kostar
411 miljoner kr*

*År 2050 beräknas samhällets årliga
kostnader för äldres fallolyckor uppgå till
22 miljarder*

I Sverige faller varje år omkring 100 000 personer över 65 år så illa att de måste uppsöka sjukvården. Nära 2 000 personer avlider till följd av fallet. Av de överlevande kommer cirka 40 procent skadas så svårt att de behöver vård inlaggande. I Örebro län innebar detta att år 2019 slutenvårdades över 1 500 personer på grund av fallolycka (81). Trenden sedan flera år tillbaka är att antalet äldre personer som faller ökar. År 2020 minskade antalet, sannolikt som en följd av pandemin. Dock återgick antalet till tidigare höga nivåer redan året därpå (36).

Risken för att ramla ökar med åldern och således löper de allra äldsta störst risk för att falla (82). En slutenvårdskrävande fallolycka innebär ett stort lidande för individen, där livskvaliteten minskar drastiskt (36) och medför ofta ett ökat hjälpbehov även på längre sikt. Orsakerna till slutenvård efter en fallolycka varierar men den vanligast förekommande diagnosen är skada på höft och lårben (31 procent)

(18). År 2020 drabbades över 500 personer i Örebro län av en höftfraktur (69). En höftfraktur leder i många fall till en permanent nedsatt funktion där andelen som inte längre är gångare ökar från 2,4 procent före frakturen till 13,3 procent fyra månader efter frakturen. Efter en höftfraktur finns även ett tydligt flöde från ordinärt boende till särskild boendeform (69).

411 miljoner

kostnaden för 1500 slutenvårdskrävande fall i Örebro län per år



Bild 2. Kostnad för slutenvårdskrävande fall i Örebro län

En äldre, skör person som drabbas av höftfraktur löper stor risk att återinskrivas inom 30 dagar (83). Återinskrivningar efter fraktur på lårben är både kostsamt för samhället och associerat med sämre funktion och högre mortalitet för individen (83, 84, 85). Att patienter skrivs ut tidigare och således kommer hem i sämre skick är en utmaning för primärvården. En förutsättning för att klara av detta är större kunskap och ökade resurser för att möta upp individer med större vård- hjälp och rehabiliteringsbehov.

Fallolyckor innebär utöver individens lidande en stor kostnad för samhället. Varje slutenvårdskrävande fallolycka beräknas kosta i snitt 274 000 kr där de största kostnaderna utgörs av slutenvård och utökat hjälpbehov (36). Totalt kostade fallolyckor 16,8 miljarder år 2020, en kostnad som beräknas öka

framöver (86). År 2020 flyttade över 3 300 personer i riket in på särskilt boende efter en fallolycka, enbart denna kostnad uppgick till över 3,5 miljarder (36).

Att förebygga detta lidande och dessa kostnader är centralt för att klara av både dagens och framtidens vårdbehov. Fysisk träning och anpassning av hemmiljö kan kraftigt reducera fallrisken.

Fysisk träning har en tydligt positiv effekt för att minska både fallfrekvens och antalet personer som faller. Viktiga komponenter i träningen är gångträning, balansträning och funktionell träning. Tydlig effekt kan ses oavsett ålder eller om personen fallit tidigare. Fysisk träning kan minska fallrisken med 20 – 35 procent (36, 87, 88). God effekt kan ses i såväl individuell träning som gruppträning. Av stor vikt är dock att träningen individanpassas och instrueras av fysioterapeut (36, 87). Omgivningsanpassning utförd av arbetsterapeut kan minska fallfrekvensen med över 30 procent och antalet personer som faller med över 20 procent (36, 87). Utförs omgivningsanpassningen av annan personal ses en betydligt mindre effekt.

Visste du att...

det finns stora kostnadsbesparingar att uppnå genom fallförebyggande arbete? Dessa besparingar kommer vida överväga kostnaden för interventionerna (36).

7.4 Oplanerade återinskrivningar

Oplanerade återinskrivningar bland äldre är ännu en kärnindikator för omställningen till nära vård (80). Hälften av alla personer över 65 år har haft en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar (33) och ca 30 procent av de mest sjuka äldre blir återinskrivna i slutenvården inom en månad (83). Under perioden 2010–2019 minskade både det totala antalet vårdtillfällen och antalet oplanerade återinskrivningar för gruppen personer 65 år och äldre som helhet. Samtidigt ses ett något ökat antal vårdtillfällen för gruppen multisjuka äldre, och en markant ökning för de mest sjuka äldre. De oplanerade återinskrivningarna ökade något både för multisjuka äldre samt de mest sjuka äldre under samma tidsperiod och andelen återinskrivningar var ungefär dubbelt så hög som jämfört med hela gruppen 65 år och äldre. De vanligaste diagnoserna för oplanerad återinskrivning är KOL, hjärtsvikt, lunginflammation (pneumoni), annan sjukdom i urinorganen, fraktur på lårben och stroke (cerebral infarkt) (83). Vid flera av dessa diagnoser kan insatser från fysioterapeut och arbetsterapeut innebära att återinskrivning kan undvikas.

Ett personcentrerat omhändertagande med individuell planering anges som framgångsfaktorer för att förhindra återinskrivning (83, 89). Insatser bör vara uppsökande, tidiga och proaktiva för att upptäcka försämringar och åtgärda dessa i hemmet innan individen försämras så till den grad att slutenvård krävs. Övergångar mellan olika huvudmän måste fungera smidigt och genomsyras av flexibilitet och smidighet (83). För att nå bästa möjliga funktion och minska risk för komplikationer och återläggningar bör rehabiliteringen ske teambaserat såväl inom slutenvård som då patienten är åter i hemmet (90).

7.4.1 KOL och pneumoni

Den diagnos som är vanligast avseende oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar, är kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL (83). Personer med KOL har stort behov av individanpassad fysisk träning och aktivitet, som behöver följas upp och vara livet ut. Behovet av ledarstyrd träning är särskilt stort hos personer som har haft en exacerbation. Därutöver behöver de ofta stöd i andningsteknik och andningsvård i samband med ansträngning (91, 92). Fysisk träning i samband med en exacerbation minskar risken för återinskrivning med 78 procent och dödligheten med 72 procent (93).

Kroniskt obstruktiv sjukdom, KOL, klassas som en av våra största folksjukdomar och 400 000-700 000 personer i Sverige beräknas lida av sjukdomen. Symtomen är bl.a. andnöd, nedsatt funktionsnivå, trötthet och slemhosta. Sjukdomen går inte att bota, men kan lindras med mediciner och en hälsosam livsstil (91).

En akut försämring i sjukdomen som kräver en ökad behandling kallas KOL-exacerbation.

En framgångsrik form av rehabilitering för personer med KOL är teamrehabilitering, där flera olika professioner samarbetar för att erbjuda en personcentrerad, effektiv rehabilitering (94). Det finns signifikant evidens för att fysioterapi och arbetsterapi förbättrar aktivitetsförmågan, förmågan att fullfölja hushållssysslor, fritidsaktiviteter samt utomhusaktiviteter (95). Rehabiliterande insatser kan skjuta upp behovet av syrgasbehandling i hemmet med upp till ett år och ökar signifikant chansen till överlevnad under en sjuårsperiod (96). Dagens gränssnitt i Örebro län innebär att arbetsterapeuter inte är verksamma på

vårdcentralerna. Om arbetsterapeuter verkat på vårdcentralerna skulle primärvården kunna erbjuda den samordnade teamrehabilitering som har god evidens för att individen ska återfå god funktion och undvika nya försämringsperioder (93). Problemet att personer med KOL inte får träffa rehabiliteringspersonal i önskvärd utsträckning finns även nationellt. Endast sju procent av patienter med KOL i Mellansverige hade träffat fysioterapeut med hänsyn till sin KOL-sjukdom och så få som två procent hade fått träffa arbetsterapeut (93).

I dagsläget finns tydliga indikationer på att äldre i Örebro län, framförallt de som behöver insatser i hemmet inte får möjlighet att ta del av samordnade och effektiva rehabiliteringsinsatser i samband med KOL-exacerbation. Med rätt förutsättningar i form av resurser, team och insatser skulle många KOL-exacerbationer kunna förebyggas och därmed minska oplanerade återinskrivningar samt fördröja försämring i sjukdomen.

Andnöd, oro och nedsatt aktivitetsförmåga är vanliga symptom såväl vid KOL som vid flera andra diagnoser som involverar respirationssystemet, vilka samtliga kan leda till en oplanerad återinskrivning. Tidiga, individanpassade fysioterapeutiska och arbetsterapeutiska insatser kan bidra till att lindra dessa symptom. Insatser såsom anpassad fysisk aktivitet, motståndsandning och genomgång av energibesparande aktiviteter kan tillsammans leda till bland annat en förbättrad funktionsnivå, minskad oro och ångest och en lägre risk för oplanerad återinskrivning (92, 97, 98, 99).

7.4.2 Stroke

Örebro län hade under år 2021 541 vårdtillfällen med stroked diagnos och 152 vårdtillfällen med TIA (transitorisk ischemisk attack) (59, 100). Effektiva rehabiliteringsinterventioner, i såväl

akut som subakut och senare skede, förbättrar återhämtningen och minskar risken för bestående funktionshinder. Kvarstående fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar behöver identifieras genom strukturerad uppföljning och följas av individanpassade och teambaserade rehabiliteringsinsatser såväl i tidig som i sen fas. Personens funktionsnedsättningar, problem i aktivitet, mål och behov av åtgärder ska sammanfattas i en rehabiliteringsplan.

Detta kan både leda till bättre livskvalitet och självständighet vilket reducerar behovet av andra vård- och omsorgsinsatser. Socialstyrelsens riktlinjer anger att uppgiftsspecifik träning av motorik, gångförmåga och ADL kan ha stor effekt på funktions- och aktivitetsförmågan. Träning av kompensatoriska tekniker vid kognitiva nedsättningar, bostadsanpassningar, fallpreventiva åtgärder, samt konditions- och styrketräning har mycket hög prioritet (101).

Stroke är den vanligaste orsaken till funktionshinder hos vuxna. Varje år drabbas fler än 23 000 svenskar av stroke och 10 000 svenskar av TIA (100).

Avseende återinskrivningar för strokepatienter ses starka forskningsstöd för intensiv rehabilitering som en faktor som avsevärt kan minska risken (102, 103, 104). Personer som inte följs upp och erhåller fortsatt rehabilitering löper större risk för återinskrivning inom 30 dagar, jämfört med personer som fått fortsatt träning. Detta samband ses även i de fall där dessa personer prestroke är yngre och friskare jämfört med gruppen som fått rehabilitering (102). Forskning slår fast att fortsatt hemrehabilitering är avgörande för en markant minskad risk för återinskrivningar (103, 104) även inom en 90-dagarsperiod och att rehabiliteringsformen bör användas i hög grad

(103). Upprätthållen rehabilitering poststroke har även visats signifikant kunna minska morbiditeten hos personer som drabbats av stroke. Allra störst effekt på såväl återinskrivningar som morbiditet uppnås när strokepatienterna erbjuds rehabilitering i hemmet i kombination med strokerehabilitering i öppenvård (104).

7.4.3 Hjärtsvikt

För personer med kronisk hjärtsvikt har fysisk träning jämfört med vård utan fysisk träning, visat sig ge förbättrad arbetskapacitet, ökad livskvalitet och minskning i antal sjukhusinskrivningar (105, 106). Träningen behöver utformas individuellt med hänsyn tagen till funktionsförmåga och tid för återhämtning, vilket är av stor vikt för denna patientgrupp (107). Energisparande insatser och anpassningar i hemmet utförda av arbetsterapeut kan utgöra ett bra stöd för dessa patienter (108). Hembaserad rehabilitering vid hjärtsvikt förbättrar funktionen och minskar andelen återinskrivningar inom 90 dagar (109, 110) och ökar även individens livskvalitet (110).

Kronisk hjärtsvikt drabbar ca 10 procent av befolkningen över 80 år och 250 000 svenskar beräknas lida av denna sjukdom. Personer med hjärtsvikt lider ofta av trötthet, andfåddhet, ödem och sänkt livskvalitet (105).

7.5 Proaktivt/förebyggande arbete

År 2030 riskerar vi utifrån befolkningsprognoser att sakna 180 000 vårdplatser, med dagens vårdkonsumtion (13). Genom att förhindra att individer skadar sig så illa att de behöver sjukhusvård och att genom att erbjuda tidig och effektiv rehabilitering för att förhindra undvikbara inskrivningar och återinskrivningar finns verktyg att

möta denna utmaning.

Med ett proaktivt förhållningssätt finns förutsättningar för att fler ska kunna bo hemma längre och vara mer självständiga. Detta innebär utöver vinsterna för individen även en stor ekonomisk vinst för samhället. Kostnaden för omsorg och HSL-insatser per person som bor i ordinärt boende och har hemtjänst är i genomsnitt ca 313 000 kronor. Detta att jämföra med kostnaden för en person på särskilt boende som uppgår till ca 965 000 kronor (33). Således kan en utebliven skada, sjukdom eller försämring leda till stora vinster även för samhällsekonomin.

Förebyggande hembesök kan bidra till en stark personcentrering, ett rehabiliterande förhållningssätt och en fortsatt delaktig befolkning (110). Hembesöksteamet blir en känd aktör i samhället och en stor trygghet för medborgaren som vet vart man vänder sig om behov uppstår (110). Projekt med förebyggande hembesök har genomförts i olika form i flera av länets kommuner, med rapporterat goda resultat, dock har dessa satsningar inte implementerats i ordinarie verksamhet och därmed avslutats när budgetunderstödet försvunnit.

Enligt Socialstyrelsens enkätundersökning 2020 skattar 63 procent av de svarande på särskilt boende att de upplever oro eller ångest i någon grad, vilket är en ökande andel jämfört med tidigare år (111). Oro, ångest och otrygghet vet man är starkt drivande till äldres akutmottagningsbesök, de är även komponenter som ökar risken för undvikbara akuta tillstånd (112) och för att uppnå folkhälsomålen och avlasta hälso- och sjukvården i framtiden behöver alla nås i tid, inte bara de som söker själva. Med andra ord; tidiga förebyggande insatser, som möjliggör friskvård snarare än sjukvård.

Fallprevention och åtgärder för att förhindra oplanerade återinskrivningar är endast två områden

där stor potential finns att utveckla och förbättra framtidens vård och på så sätt få en friskare och mer självständig befolkning samtidigt som vi på bästa sätt utnyttjar samhällets resurser.

Tidig och intensiv hemrehabilitering för äldre efter inneliggande vård på akutvårdsavdelning minskar risken för återinskrivningar samt höjer individens funktionsförmåga både på kortare och längre sikt (113, 114, 115). Resultat pekar på att man i vården av äldre personer behöver ett specialiserat team med rätt professioner och kompetens för det aktuella sjukdomstillståndet, som följer upp i hemmet för att se helhetsbehov och kunna erbjuda personcentrerade insatser. Det finns behov av stöd i hemmet för att kunna applicera och översätta råd och instruktioner från slutenvården och anpassa insatserna till hemmets förhållanden. Tryggheten i vetskapen att vårdpersonal kommer hem har potential att minska personernas upplevda oro och ångest (110). Detta var särskilt uttalat hos de som vårdats för sjukdom i andningsorganen eller trauma, som efter ett fall (110).

*Visste du att...
hemtjänst i genomsnitt kostar 313 000
kronor och särskilt boende kostar 965 000
kronor per person och år (33)?*

Proaktivt arbete handlar även om att informera om samband mellan levnadsvanor och hälsoproblem och ge råd och stöd till patienter som behöver ändra eller undvika ohälsosamma levnadsvanor. Det kan till exempel handla om stöd för att öka sin fysiska aktivitet utifrån sina specifika förutsättningar och önskemål, till exempel förebyggandet av fallolyckor (116).

Fysisk aktivitet och meningsfulla aktiviteter spelar en viktig roll i att motverka de begränsningar i funktion

som åldrandet kan innebära (73, 117). I takt med att en person åldras blir det även viktigare att ha en reservkapacitet för att möjliggöra återhämtning efter en sjukdom eller skada. Saknas eller brister denna reservkapacitet kan även en kort period med sängläge i samband med skada eller sjukdom leda till att den äldre förlorar funktioner som sedan inte kan återhämtas. Detta i sin tur leder till minskad självständighet och ett ökat hjälpbehov. Denna reservkapacitet kan markant förbättras genom fysisk träning såsom konditions- och styrketräning (73). Aktivitet är hälsofrämjande, oavsett om den är fysisk, kognitiv eller social till sin natur (117). Vilka aktiviteter man utför och hur, förändras både till följd av det naturliga åldrandet och i händelse av sjukdom eller andra livshändelser. Att förlora aktivitetsförmåga och inte kunna ersätta med andra meningsfulla aktiviteter riskerar att leda till ökad ensamhet och depression, vilket i sin tur inverkar negativt på hälsotillståndet (119). Aktivitet som inbegriper delaktighet i samhället och ett engagemang som uttrycks i aktivitet är en del av de hälsofrämjande och förebyggande insatser som behövs för äldre.

Förebyggande aktiviteter kan även ske i civilsamhället, i form av sociala träffpunkter och deltagande i dagverksamheter där äldre kan umgås och delta i lustfyllda aktiviteter. Studier har visat att sänkt socialt deltagande kan leda till ökad upplevd smärta och depression (118), förflyttningssvårigheter (119) och nedsatt syn (120). Det är dessutom befast i forskningen att social samvaro för äldre kan bidra till minskat funktionellt bortfall (121), kortade vårdtider (122) och lägre dödlighet (123, 124, 125). Verksamheter där de äldre själva står för initiativet kan fungera som ett av samhällets verktyg för att stödja ett aktivt och hälsosamt åldrande, på samma sätt som man stödjer föreningar inom idrott och sport för barn och ungdom (126).

7.6 Möjligheter – Vad kan vi göra annorlunda?

Regeringen och SKR (31) belyser att den tekniska utvecklingen har gjort att patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas längre i hemmet. Vårdtiderna blir kortare och medicinskt färdigbehandlade patienter skrivs ut snabbare från sjukhusen (44, 67, 68). Det här leder till att även åtgärder inom rehabilitering i större utsträckning behöver utföras i hemmet och förstärkningar behöver göras av både kompetens och resurser.

De områden som berörs i kapitel 7 är bara ett urval av all den potential till utveckling som finns inom området rehabilitering. Om fokus flyttas till förebyggande insatser så möjliggörs skiftningar i systembudgeten, som skulle innebära att kostnaden för rehabiliteringssatsningar som görs hämtas igen genom besparingar på andra håll. Ponera att vi använder 75 miljoner av de 411 miljoner som fallolyckor bland äldre kostar i Örebro län varje år till att förstärka bemanning av rehabiliteringsresurser (75 miljoner skulle till exempel räcka till ca 140 arbetsterapeuter/fysioterapeuter) som därmed kan arbeta fallförebyggande i team. Med framgångsrikt fallförebyggande arbete skulle vi kunna förhindra upp emot 35 procent av de sjukvårdskrävande fallen hos äldre. Om vi lyckas förhindra så lite som 20 procent så skulle vi göra en besparing på drygt 80 miljoner. Det innebär att 75 miljoner kronors satsning på rehabilitering i slutänden skulle kunna ge minst 5 miljoner ”vinst”. En sådan satsning skulle dessutom ge möjlighet till många fler hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, utöver det enstaka område som fallolyckor utgör.

En omställning av det här slaget kan vara svår att motivera då effekten av en satsning kan ge ekonomisk påverkan utanför den egna verksamhetens budget. Detta försvårar uppföljning och utvärderingsåväl som incitament till förändring. Sättet vi organiserar oss

på i dagsläget skapar ingen trigger i systemet för att arbeta med förändringar i rehabiliteringsprocessen. För att uppnå en hållbar utveckling i Örebro län är grundförutsättningen ett gemensamt systemägande över huvudmannagränser där samtliga parter tar ansvar för hela processen.

Det finns många områden där rehabilitering har en avgörande roll för att förebygga ohälsa, skjuta upp eller minska vårdbehovet och där det finns stor potential till hälsoekonomiska vinster. Men då behövs satsningar på att lyfta rehabiliteringskompetensen. Forskning visar tydligt vikten av den legitimerade arbetsterapeutens och fysioterapeutens kunskap i utförande av rehabilitering.

Rehabilitering är en klok investering, med potential att minska antal fall, minska antal återinläggningar på sjukhus, ge bättre förutsättningar för individen att klara sjukdom och senarelägga behov av omsorg och hjälp. Länet behöver en gemensam kraftansträngning för att göra rehabilitering till en prioriterad fråga i framtidens vårdutveckling och få en effektiv och jämlik rehabilitering för alla länets invånare oavsett bostadsadress eller boendeform.

"Med nuvarande arbetssätt kommer det att bli allt svårare att finansiera och bemanna hälso- och sjukvårdens verksamheter och svara upp mot förändrade vårdbehov där kroniska tillstånd utgör en allt större del av sjukvårdspanoramats. Därför behövs en omställning som gör det möjligt att öka kvaliteten och effektiviteten i vården och samtidigt förbättra arbetsmiljön och ekonomin. Det handlar i stor utsträckning om att skapa förebyggande, främjande och proaktiva arbetssätt som förbättrar hälsan i befolkningen och därmed minskar behovet av sjukvård."

-Sveriges Kommuner och Regioner (60)

8 Handlingarna - Hur når vi dit?

Den frågeställning som expeditionen utgått från är: **Vilket arbetssätt får oss att arbeta personcentrerat och vilka förutsättningar krävs för att arbeta teambaserat och på så sätt säkerställa en obruten rehabiliteringskedja?**

Genom arbetsprocessen har expeditionsresan analyserat hur en önskvärd framtid ser ut, hur det ser ut idag och inom vilka områden förändringar behöver ske.

Efter att ha analyserat områden med stor potential för positiv förändring, stod det klart att de första stegen mot förändring måste tas i en annan instans än den kliniska vardagen. Som en följd av att ansvaret för rehabilitering är splittrat organisatoriskt är det ingen som äger frågan och området utvecklas inte i den takt som är nödvändig för att möta ett redan stort men också ökande behov av rehabilitering och förebyggande arbete.

I de organisatoriska mellanrum som uppstår när olika huvudmän och professioner arbetar utan

samordning och integrering blir individen lidande (51). Alla separata delar av vården kan göra "rätt" men ändå drabbas individen av uteblivna, försenade eller felaktiga insatser. När vi går in på djupet i vår analys och problematisering av nuläget och backar tillbaka till rotorsakerna, har vi i flera frågor landat i att den bakomliggande orsaken till att ingen förändring sker i våra verksamheter är att det inte finns några starka incitament till förändring gällande rehabilitering och att det saknas politisk långsiktighet över mandatperioderna.

Ett personcentrerat och teambaserat arbetssätt kan inte i första hand vara upp till en enskild medarbetare att utforma, utan länets olika huvudmän och dess ledning behöver styra i den riktningen. För att ha förmåga att göra detta krävs en djup kunskap om hur länets rehabilitering för äldre ser ut idag och vilka brister som finns. Att fortsätta arbeta som vi gör idag kommer att få konsekvenser för såväl individen som professionerna och inte minst samhället i stort. Därför behöver det skapas en bred förståelse för problemets komplexitet, angelägenhet och hur och varför vi gemensamt behöver ändra riktningen till ett mer förebyggande, hälsofrämjande och

rehabiliterande arbetssätt.

Klinisk testning av enskilda insatser inom gränssnittsfrågan ansågs av arbetsgruppen inte som aktuellt i detta steg utifrån uppdragets utformning och problemens komplexitet. Att tidiga och individanpassade rehabiliteringsinsatser utförda med hjälp av professioner med rätt kunskap har god effekt är väl beforskat. Dessa insikter finns i stora delar av den kliniska verksamheten men behöver också lyftas i andra instanser och nivåer för att där kunna påverka rotorsaker till de problem som begränsar verksamheten idag.

Tidiga och individanpassade insatser såväl före som efter att en person skadats eller drabbats av sjukdom är centrala för att förebygga eller minimera negativa konsekvenser för individ och samhälle. Denna rapport har beskrivit framgångsfaktorer och effekter av lyckat förebyggande och rehabiliterande arbete. Teambaserad och uppsökande rehabilitering kan tidigt fånga upp behov, initiera insatser och hantera risker och ohälsa innan skada eller försämring uppstår (127), men arbetssätt som tillåter sådana insatser måste framöver prövas och utvärderas.

Ytterligare rehabiliteringsresurser riktade mot äldres rehabilitering behöver tillsättas för att vi ska kunna nå upp till nationella riktlinjer, vilket idag är en omöjlighet. Specifik rehabilitering ska utföras av rehabiliteringsprofessioner och kan inte ersättas av andra yrkesgrupper för att kompensera för brist på legitimerad personal. Rehabiliteringspersonal behöver få förutsättningar att kunna arbeta i äkta team tillsammans med andra professioner, även om det inte är under samma huvudman. Kollegor inom samma profession behövs för att kunna få ett kollegialt stöd och kompetensutbyte. För att kunna erbjuda en trygg och patientsäker vård krävs tillgång till fungerande kommunikationsvägar och relevant dokumentation. För att uppnå en personcentrering behöver våra patienter mötas av en samordnad vård

där individen ges möjlighet att vara delaktig i sin vård och rehabilitering.

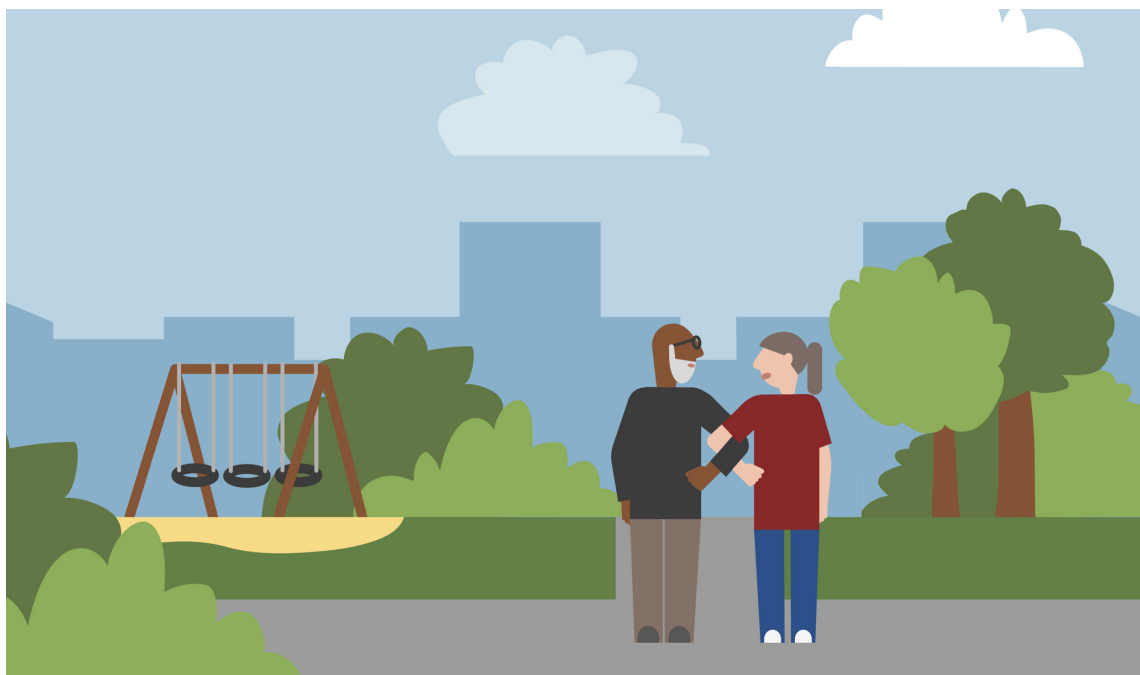
Det behöver också finnas en säker infrastruktur för informationsöverföring, fysisk närvaro av berörda professioner i verksamheten och tid för nätverk och kompetensutveckling. Men framför allt krävs ett samägande och gemensamt ansvarstagande oavsett huvudmannaskap. I Örebro län behöver våra huvudmän nu ha en tydlig gemensam riktning för vilka rehabiliteringsinsatser äldre individer ska erbjudas, hur detta ska ske och vad vi vill att individen ska uppleva i kontakt med vården. Den här gemensamma riktningen är central för att kunna fatta väl understödda beslut kring länets kollektiva välfärdsframtid.

De förändringar som måste ske överensstämmer med målen som formulerats i omställningen till en nära vård där fokus flyttas från organisation till person och där det förebyggande arbetet utgör en central del. Antalet fallolyckor måste minska och individer ska inte behöva skrivas in på sjukhus på nytt direkt efter att man kommit hem, om detta kan undvikas med hjälp av rehabiliterande insatser. Goda möten och samtal där individens behov och önskemål agerar vägledare för fortsatta insatser står helt i linje med omställningen till nära vård.

Om rehabiliteringen ska bli en integrerad del i vården och omsorgen av äldre, måste den vara en angelägenhet för många. Rehabiliterande, hälsofrämjande och förebyggande arbete måste tillåtas genomsyra verksamheten och inte betraktas som fristående insatser. Först då finns kraft att uppnå den hållbarhet som är central för att klara nutiden och framtidens utmaningar.

Som en följd av expeditionens arbete och resultat har frågans angelägenhet uppmärksammats i högre grad än efter tidigare utredningar. Expeditionen har efter avslutad projekttid fått ett nytt uppdrag som innebär att ta fram ytterligare beslutsunderlag inom tre områden:

- Gemensamt systemägande för rehabilitering på primärvårdsnivå
- Gemensam riktning – rehabiliteringspolicy
- Hemrehabilitering för all äldrevård – oavsett bostadsadress



Referenser

1. Ädelreformen (prop. 1990/91:14) [Internet]. Stockholm: Regeringen; 1990. [citerad: 7 februari 2022]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/om-ansvaret-for-service-och-var-d-till-aldre-och_GE0314
2. Örebro läns landsting, Regionförbundet Örebro. Rehabilitering av äldre – ett gemensamt ansvar. [Broschyr på internet]. Örebro; 2009. [citerad: 7 februari 2022] Hämtad från: https://vardgivare.regionorebrolan.se/siteassets/media/vvf/avtaloverenskommelser/fillistning-avtaloverenskommelser-habiliteringrehab/rehabilitering-av-aldre_2009.pdf
3. Socialutskottet. Äldrefrågor (SOU 1996/97:07) [Internet]. Stockholm: Regeringen; 1996 [citerad 2 april 2022] Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/_GK01SoU7
4. Socialdepartementet. Översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter Ädelreformen [Internet]. Stockholm: Regeringen; 2003. [citerad 14 februari 2022] Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49b6b0/contentassets/42b912d4f04e4beb9a993915aefa9a39/del-3-bilagorna-1-2>
5. Örebro läns landsting, Regionförbundet Örebro. Förutsättningar för rehabilitering av äldre i Örebro län: resultat av kartläggning och förslag till utveckling. [Internet]. Örebro; 2009. [citerad: 14 februari 2022]. Hämtad från: <https://vardgivare.regionorebrolan.se/siteassets/media/vvf/kunskapsunderlag/forutsattningar-for-rehabilitering-av-aldre-i-orebro-lan-2009-04-15.pdf>
6. Region Örebro Län. Rapport från arbetsgruppen - förändrat gränssnitt arbetsterapeuter och fysioterapeuter i öppenvården med fokus på brukarnas behov av rehabilitering. Örebro; 2016.
7. Region Örebro Län. Förändrat gränssnitt arbetsterapeuter och fysioterapeuter Omvärldsspaning. Örebro; 2017.
8. Region Örebro län. Förslag till överenskommelse: Ansvarsfördelning rehabilitering i öppenvården i Örebro län. Örebro; 2018.
9. Sveriges kommuner och regioner. Personcentrerad vård i Sverige. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2018.
10. Engeström, Y. and Pyörälä, E., 2020. Using activity theory to transform medical work and learning. *Medical Teacher*, 43(1), pp.7-13
11. Walker, E. and Druss, B., 2016. A Public Health Perspective on Mental and Medical Comorbidity. *JAMA*, 316(10), p.1104.
12. Sveriges kommuner och regioner. Omställning till Nära vård: målbild [Internet]. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2022 [citerad: 1 juni 2022] Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>
13. Duckert Ek M, Sundelius J. Gemensam målbild nära vård i Örebro län. Region Örebro län. Örebro; 2022.
14. Holmberg J. Oseglade vatten? – då behövs expeditioner! Alghed J, Eneqvist E, Jensen C, Löf J, redaktörer. *Innovation och stadsutveckling. En forskningsantologi om organiseringsutmaningar för stad och kommun. 1:a upplagan. Sverige: Stema; 2019. S. 65-76*
15. Sveriges Kommuner och Regioner. Personcentrerat förhållningssätt. [Internet] Stockholm; 2022 [citerad 2022-06-09] Hämtad från: <https://vardgivare.regionorebrolan.se/siteassets/media/vvf/kunskapsunderlag/forutsattningar-for-rehabilitering-av-aldre-i-orebro-lan-2009-04-15.pdf>
16. Sveriges arbetsterapeuter. Vad gör en arbetsterapeut?. [Internet] Stockholm; 2022 Hämtad från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/profession/om-arbetsterapi/vad-goer-en-arbetsterapeut/>
17. Fysioterapeuterna. Fysioterapi: Profession och vetenskap. [Internet] Stockholm; 2016. [citerad 1 juni 2022] Hämtad från: <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/fysioterapi-webb-navigering-20190220.pdf>
18. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank – primärvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [läst 2022-06-09] Tillgänglig: <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>
19. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden, Ny definition av primärvården. [Internet] Stockholm:

- Socialstyrelsen; 2021 [läst 2022-06-09] Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/kommunal-halso--och-sjukvard/ny-definition-av-primarvarden/>
20. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank – rehabilitering. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [citerad 9 juni 2022] Hämtad från: <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>
 21. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) [Internet] Stockholm: Socialdepartementet [Citerad 22 April 2022]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
 22. Månsson M. Hemrehabilitering: vad hur och för vem? Solna: Fortbildning AB; 2007.
 23. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden: Om rehabilitering [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [citerad 9 juni 2022] Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/rehabilitering/om-rehabilitering/>
 24. Cambridge. Cambridge dictionary – team. [Internet]. Cambridge: Cambridge University press; 2022 [citerad: 9 juni 2022] Hämtad från: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/team>
 25. Katzenbach J R, Smith D K, The Wisdom of Teams – Creating the high-preformance organization. Harvard: Harvard Business Review Press; 2015
 26. Wheelan S A, Åkerlund M, Jacobsson C. Creating effective teams: a guide for members and leaders. 6:e upplagan. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc; 2020.
 27. Johansson G, Eklund K, Gosman-Hedström G. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. Scand J Occup Ther. 2010;17(2): s.101-16
 28. Lyubovnikova, J., West, M., Dawson, J. and Carter, M., 2014. 24-Karat or fool's gold? Consequences of real team and co-acting group membership in healthcare organizations. European Journal of Work and Organizational Psychology, 24(6): s.929-950
 29. Sveriges kommuner och regioner. Medskapande omställningsarbete: backcastingexpeditioner för agenda 2030. Stockholm: LTAB; 2020.
 30. Tursunovic M. Fokusgruppsintervjuer i teori och praktik. Sociologisk forskning 1/2002: s.62-89
 31. Regeringskansliet, Socialdepartementet, Sveriges kommuner och regioner. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav: Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner [Internet]. Stockholm; 2022 [citerad 1 juni 2022]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2022/01/god-och-nara-varld---overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner/>
 32. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Från mottagare till medskapare: Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Stockholm: Åtta.45 Tryckeri; 2018.
 33. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre: Lägesrapport 2022 [internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. [citerad 1 juni 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7791.pdf>
 34. Regeringen. (2022). Lagrådsremiss. Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation [internet]. Stockholm: Regeringen; 2022 [citerad 5 augusti 2022] hämtad från: <https://www.regeringen.se/48e80f/contentassets/4c3be2ec45b74c5ca9ab2ac531e9d011/sammanhallen-varld-och-omsorgsdokumentation.pdf>
 35. Statens offentliga utredningar. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2020:19) [Internet]. Stockholm: Regeringen; 2020 [citerad 14 februari 2022]. Hämtad från: http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2017/08/SOU_2020_19_webb.pdf
 36. Socialstyrelsen. Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder bland äldre [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [citerad: 9 juni 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7923.pdf>
 37. Haraldsson H V. Introduction to system thinking and causal loop diagrams. Lund: Department of Chemical Engineering, Lund University; 2004.
 38. Region Örebro län. Krav- och kvalitetshandboken [Internet] Örebro; 2022 [citerad 6 juli 2022] Hämtad från: <https://vardgivare.regionorebrolan.se/sv/uppdrag-avtal-och-uppfoljning/lov->

halsoval/halsoval/?E-20013=20013#accordion-block-20013

39. Regionfakta. Regionfakta Örebro län: Befolkning [Internet]. Luleå: Regionfakta; 2022 [citerad 6 juli 2022] Hämtad från: <https://www.regionfakta.com/orebro-lan/befolkning-och-hushall/befolkning/>
40. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Ättestupa eller folkhälsomål: Ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering. Nacka: FSA; 2011.
41. Socialdepartementet. Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020;14) [Internet] Stockholm: Regeringen; 2020 [citerad: 14 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/03/sou-202014/>
42. Region Örebro län. Implementeringsplan: Ansvarsfördelning rehabilitering i öppenvården i Örebro län. Örebro; 2018.
43. Wånell, S E. Statliga stimulansmedel för att främja kvalitén i äldreomsorg. Stockholm: Stockholms läns äldrecentrum; 2016.
44. Socialstyrelsen. DRG-statistik 2020: En beskrivning av vårdproduktion och vårdkonsumtion i Sverige [Internet]. Socialstyrelsen; 2020 [citerad 2 april 2022] Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-3-7821.pdf>
45. Socialstyrelsen. Att arbeta med äldres rehabilitering: Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003 [citerad: 2 april 2022] Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2003-131-10_200313110.pdf
46. Fysioterapeuterna. Valundersökning 2022. [Powerpoint presentation på Internet] Stockholm; 2022 [citerad 5 juli 2022]. Hämtad från: https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/nyheter_dokument/1952_valundersokning_fysioterapeuterna_totalrapport.pdf
47. Fysioterapeuterna distrikt Örebro. Utredning av hemrehabfysioterapeuternas arbetsmiljö i Region Örebro län: Beskrivning av nuläge och önskat läge. Örebro: Fysioterapeuterna; 2020.
48. Lundqvist L, Nordin A, Novák Wilander E-L, Ström C. Sluta utbilda fysioterapeuter tills villkoren förbättrats. Dagens Medicin [Internet]. 31 mars 2021 [citerad 6 juli 2022]. Hämtad från: <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/sluta-utbilda-fysioterapeuter-tills-villkoren-forbattrats/>
49. Erlandsson L-K, Håkansson C, Lexén A. Sveriges arbetsterapeuters arbetsmiljö, aktivitetsbalans och subjektiva hälsa. Lund: Lunds universitet; 2019.
50. Fysioterapeuterna. Tuff arbetsmiljö för fysioterapeuter i primärvård äventyrar patientsäkerheten [Pressmeddelande 22 oktober 2019 Internet] Stockholm: Fysioterapeuterna; 2019 [citerad 6 juni 2022] Hämtad från: <https://ui.ungpd.com/Issues/218f9165-2856-4641-92fa-e59e1e3c2ff9?AccountId=7fc1f74c-c317-4b5e-b675-7b1ea7dff415&ContactId=00000000-0000-0000-0000-000000000000&IssueId=218f9165-2856-4641-92fa-e59e1e3c2ff9&ir=00000000-0000-0000-0000-000000000000>
51. Tyrstrup M. I välfärdproduktionens gränsland: Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg [Internet] Stockholm: Uppdrag Välfärd. Delrapport 5 [citerad 21 juni 2022]. Hämtad från: https://leadinghealthcare.se/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/UV_delrapport_5_I_valfardsproduktionens_gransland.pdf
52. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård: lägesrapport 2021 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021 [citerad 6 juni 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7307.pdf>
53. Statens offentliga utredningar. God och nära vård: Vård i samverkan. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2019:29) [Internet]. Stockholm: Regeringen; 2019 [citerad 14 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/4ada85/contentassets/3fcc1ab1b26b47bb9580c94c63456b1d/god-och-nara-var-d-sou-2019-29.pdf>
54. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp [Internet] Stockholm: Sveriges regioner i samverkan, 2021 [citerad 6 juni 2022]. Hämtad från: <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.888036617b192361ee2306f/1628610121306/Vardforlopp-generisk-modell-rehabilitering.pdf>

55. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden: Rehabplan. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [citerad 9 juni 2022] Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/rehabilitering/om-rehabilitering/>
56. Ansvarsfördelning för medicintekniska produkter m.m.: Överenskommelse mellan Region Örebro län och kommunerna i Örebro län. [Internet] Örebro; reviderad 2022 [citerad 6 juni 2022] Hämtad från: <https://vardgivare.regionorebrolan.se/globalassets/media/dokument/platina/overenskommelser/ansvarsfordelning-for-medicintekniska-produkter-m.m.-mellan-region-orebrolan-och-kommunerna-i-orebro-lan.568930.pdf>
57. Ljunglöf T, Simonsen L. Lönar sig högre utbildning? Livslönerapport 2020. [Internet]. Stockholm: Sveriges akademikers centralorganisation (SACO); 2020. [Citerad 11 maj 2022]. Hämtad från: https://www.saco.se/globalassets/saco/dokument/rapporter/2020_lonar-sig-hogre-utbildning.pdf
58. Friberg A. Rehabiliteringskedjan efter stroke - Kartläggning och förslag till åtgärder – LAG Stroke. Örebro: Region Örebro Län; 2020.
59. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. SBU 221: Omhändertagande av sjuka äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2013. Hämtad från: <https://www.sbu.se/221>
60. Sveriges Kommuner och Regioner. Förebygga eller reparera? Utdrag ur ekonomirapporten 2019-2021. [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR); 2022. [Citerad 9 juni 2022]. Hämtad från: <https://skr.se/download/18.583b3b0c17e40e30384af710/1643293095616/Forebygga-eller-reparera-Ekonomi-och-halsa.pdf>
61. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Uppdrag: förbättra för sjuka äldre. [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2014. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/uppdrag-forbatta-for-sjuka-alldre/>
62. Folkhälsomyndigheten. Hälsoekonomiska utvärderingar. [Internet] Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022 [Citerad 2022-06-09] Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/halsoekonomi/halsoekonomiska-utvarderingar/>
63. Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2021-2070. [Internet]. Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB); 2021. [citerad 4 april 2022]. Hämtad från: https://www.scb.se/contentassets/c25319b4baa34f5d94b91edfe2034d6d/be0401_2021i70_br_be51br2101.pdf
64. Sveriges Kommuner och Regioner. Ekonomirapporten, maj 2021 – om kommunerna och regionernas ekonomi. [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021. [citerad 30 mars 2022]. Hämtad från: <https://skr.se/download/18.583b3b0c17e40e30384498e7/1642431706848/7585-561-5.pdf>
65. Statistikmyndigheten. Personer som har hemtjänst i ordinärt boende efter ålder 2020. 2020. [Internet]. Stockholm: Statistikmyndigheten; 2020. [citerad 5 April 2022]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/jamstalldhet/jamstalld-halsa/alldreomsorg/personer-som-har-hemtjanst-i-ordinart-boende-efter-alder/>
66. Statistikmyndigheten. Personer som har särskilt boende efter ålder 2020. [Internet]. Stockholm: Statistikmyndigheten; 2020. [citerad 5 April 2022]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/jamstalldhet/jamstalld-halsa/alldreomsorg/personer-som-har-sarskilt-boende-efter-alder/>
67. Socialstyrelsen. Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2021. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. [citerad 11 Maj 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-6-7982.pdf>
68. Dagens Medicin. Vårdtiderna ner från 21 dagar till 6,5. Dagens Medicin [Internet]; 2003-10-15. [citerad 1 Maj 2022]. Hämtad från: <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/smarta/varldtiderna-ner-fran-21-dagar-till-6-5/>
69. Rikshöft. Årsrapporter 2003-2021. [Internet]. Lund: Rikshöft; 2003-2021. [citerad 6 Maj 2022]. Hämtad från: <https://www.xn--rikshft-e1a.se/forskning-och-utv%C3%A4rdering>
70. Riksstroke. Årsrapporter 1996-2021. [Internet]. Umeå: Riksstroke; 1996-2021. [citerad 6 Maj 2022]. Hämtad från: <https://www.riksstroke.org/sve/>

71. Sveriges Kommuner och Regioner. Vården i Siffror – Vårdtid på akutsjukhus vid höftfraktur. [Internet]. 2022 [citerad 4 Maj 2022]. Hämtad från: <https://vardenisiffror.se/>
72. Sveriges Kommuner och Regioner. Vården i Siffror – Vårdtid på akutsjukhus vid höftfraktur. [Internet]. 2022 [citerad 5 Maj 2022]. Hämtad från: <https://vardenisiffror.se/>
73. Socialstyrelsen. Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. [citerad 1 Juli 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-12-12.pdf>
74. Helbostad J L, Frändin K, Dohrn I-M. Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för äldre. FYSS 2021 - fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm : Läkartidningen förlag AB, cop. 2021.
75. Sveriges Kommuner och Regioner. KPP Databas. [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022 [citerad 20 September 2022] Hämtad från: https://statva.skl.se/KPP_somatik_public.html
76. Rådet för främjandet av kommunala analyser. Kolada [Internet]. Stockholm: Rådet för främjandet av kommunala analyser; 2022.[citerad 20 September 2022]. Hämtad från: <https://www.kolada.se/>
77. Sveriges Kommuner och Landsting. Bättre liv för sjuka äldre – En kvalitativ uppföljning. [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2012. [citerad 6 April 2022]. Hämtad från: <https://skr.se/download/18.45167e4317e2b341b24abee0/1642673155604/7164-763-4.pdf>
78. Conroy S. Silver book II – Quality care for older people with urgent care needs. London: The British Geriatrics Society; 2021.
79. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys. En mer jämlik vård är möjlig Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. [Internet]. Stockholm: Les Creatives Sthlm; 2014. [citerad 6 April 2022] Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/en-mer-jamlik-var-d-ar-mojlig/>
80. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer. [Internet]. Socialstyrelsen: Stockholm; 2021. [citerad 11 mars 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-8-7496.pdf>
81. Socialstyrelsen. Region Örebro län. Fallskador och dödsfall orsakade av fallolyckor för personer 65 år och äldre samt för samtliga åldrar. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. [citerad 15 maj] Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/statistik/statistik-fallolyckor-region-orebro.pdf>
82. Folkhälsomyndigheten. Fallolyckor bland äldre, vårdade [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022 [citerad 15 maj 2022] Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-fallolyckor-bland-alldre>
83. Socialstyrelsen. Återinskrivningar av sköra och multisjuka äldre. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. [citerad 21 april 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7195.pdf>
84. Kates SL, Shields E, Behrend C, Noyes KK. Financial Implications of Hospital Readmission After Hip Fracture. Geriatr Orthop Surg Rehabil. 2015 Sep;6(3):140-6
85. Sofu H, Üçpınar H, Çamurcu Y, Duman S, Konya MN, Gürsu S, Şahin V. Predictive factors for early hospital readmission and 1-year mortality in elder patients following surgical treatment of a hip fracture. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2017 May;23(3):245-250
86. Statens folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre - En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. [Internet]. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2009. [citerad 14 april 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/8fc10e31edc4496b885a5e943e8bec86/r200901-fallolyckor-alldre-0901.pdf>
87. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Åtgärder för att förhindra fall och frakturer hos äldre- SBU kommenterar. [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2014. SBU-Rapport 2014_07. [citerad 14 april 2022]. Hämtad från: https://www.sbu.se/contentassets/70eca84390474590b080f66a619d77d2/forhindra_fall_frakturer_alldre_2014_07.pdf

88. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Sep 12;2012(9):CD007146
89. Sutton EL, Kearney RS. What works? Interventions to reduce readmission after hip fracture: A rapid review of systematic reviews. *Injury.* 2021 Jul;52(7):1851-1860
90. Handoll HH, Cameron ID, Mak JC, Finnegan TP. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Oct 7;(4):CD007125. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Nov 12;11:CD007125. PMID: 19821396
91. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL - Stöd för styrning och ledning [Internet]. Stockholm, Socialstyrelsen; 2020. [citerad 14 April 2022] Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-12-7135.pdf>
92. Emtner M, Wadell K. Fysisk aktivitet vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom 2017. Fyss 2017: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm : Läkartidningen förlag AB, cop. 2016
93. Hjärt – Lungfonden. Karin Wadell är en röst för KOL-Patienter. [Internet]. 2022 [citerad 14 april 2022]. Tillgänglig från: <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/lungsjukdomar/kol/mer-lasning/karin-wadell-ar-en-rost-for-kol-patienter/>
94. Sundh J, Lindgren H, Hasselgren M, Montgomery S, Janson C, Ställberg B, Lisspers K. Pulmonary rehabilitation in COPD - available resources and utilization in Swedish primary and secondary care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2017 Jun 8;12:1695-1704
95. Oh H, Kim S, Kim K. The effects a respiration rehabilitation program on IADL, satisfaction with leisure, and quality of sleep of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Physical Therapy Science.* 2016;28(12):3357-3360
96. Maekura R, Hiraga T, Miki K, Kitada S, Miki M, Yoshimura K, Yamamoto H, Kawabe T, Mori M. Personalized pulmonary rehabilitation and occupational therapy based on cardiopulmonary exercise testing for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015 Sep 3;10:1787-800
97. Wingårdh ASL, Göransson C, Larsson S, Slinde F, Vanfleteren LEGW. Effectiveness of Energy Conservation Techniques in Patients with COPD. *Respiration.* 2020;99(5):409-416
98. Lalmolda C, Coll-Fernández R, Martínez N, Baré M, Teixidó Colet M, Epelde F, Monsó E. Effect of a rehabilitation-based chronic disease management program targeting severe COPD exacerbations on readmission patterns. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2017 Aug 23;12:2531-2538
99. Zhang A, Wang L, Long L, Yan J, Liu C, Zhu S, Wang X. Effectiveness and Economic Evaluation of Hospital-Outreach Pulmonary Rehabilitation for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2020 May 15;15:1071-1083
100. Riksstroke. Stroke och TIA. Preliminär årsrapport från Riksstroke. Riksstrokes årsrapport för 2021 års data. [Internet]. Umeå: Riksstroke; 2022. [citerad 10 maj 2022]. Hämtad från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2022/06/Arsrapporten-2021_preliminar_7.1.pdf
101. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer vid stroke – stöd för styrning och ledning [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. [citerad 10 april 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545.pdf>
102. Andrews AW, Li D, Freburger JK. Association of Rehabilitation Intensity for Stroke and Risk of Hospital Readmission. *Phys Ther.* 2015 Dec;95(12):1660-7
103. Hong I, Knox S, Pryor L, Mroz TM, Graham JE, Shields MF, Reistetter TA. Is Referral to Home Health Rehabilitation After Inpatient Rehabilitation Facility Associated With 90-Day Hospital Readmission for Adult Patients With Stroke? *Am J Phys Med Rehabil.* 2020 Sep;99(9):837-841
104. Chang KC, Hung JW, Lee HC, Yen CL, Wu CY, Yang CL, Huang YC, Lin PL, Wang HH. Rehabilitation Reduced Readmission and Mortality Risks in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack: A Population-based Study. *Med Care.* 2018 Apr;56(4):290-

105. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård Stöd för styrning och ledning [Internet]. Stockholm, Socialstyrelsen; 2018. [citerad 14 April 2022] Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>
106. Borland M, Schauffelberger M, Cider Å. FYSS. FYSS-kapitel KRONISK HJÄRTSVIKT. 2017. Stockholm : Läkartidningen förlag AB, cop. 2016.
107. Norberg EB, Löfgren B, Boman K, Wennberg P, Brännström M. A client-centred programme focusing energy conservation for people with heart failure. *Scand J Occup Ther*. 2017 Nov;24(6):455-467
108. Chen YW, Wang CY, Lai YH, Liao YC, Wen YK, Chang ST, Huang JL, Wu TJ. Home-based cardiac rehabilitation improves quality of life, aerobic capacity, and readmission rates in patients with chronic heart failure. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jan;97(4):e9629
109. Taylor RS, Sagar VA, Davies EJ, Briscoe S, Coats AJ, Dalal H, Lough F, Rees K, Singh S. Exercise-based rehabilitation for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Apr 27;2014(4):CD003331
110. Nivestam A. Health-promoting aspects of preventive home visits for older persons: An individual and a societal perspective [DOCTORAL DISSERTATION]. [Internet]. Lund;Lunds universitet; 2022. [citerad 6 September 2022]. Hämtad från https://lucris.lub.lu.se/ws/files/113685275/Avhandling_Anna_Nivestam_web.pdf
111. Socialstyrelsen. Vad tycker äldre om äldreomsorgen, 2020? [Internet]. Stockholm:Socialstyrelsen;2020. [citerad 6 September 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-9-6901.pdf>
112. Larsen T, Bångsbo A, Falk H. Onödig slutenvård av sköra äldre – en kunskapsöversikt. [Internet]. Göteborg: FOU Väst; 2013. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: <https://5dok.org/document/qmj8dwp4-on%C3%B6dig-slutenv%C3%A5rdav-sk%C3%B6ra-%C3%A4ldre.html#fulltext-content>
113. Eskilstuna kommun. Intensiv hemrehabilitering - IHR [Internet]. 2022 [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: <https://www.eskilstuna.se/kommun-och-politik/trygg-och-saker-stad/framtidens-varld-och-omsorg/team-arbete/intensiv-hemrehabilitering>
114. Ågren E, Arwidson H. Sociala Nämndernas förvaltning Västerås stad. Intensiv hemrehabilitering-slutrapport. 2018; Dnr: ÄN-2018/00114-8.5.1
115. Rytter L, Jakobsen HN, Rønholt F, Hammer AV, Andreassen AH, Nissen A, Kjellberg J. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 2010 Sep;28(3):146-53
116. Kunskapsguiden [Internet]. Om rehabilitering. 2022 [citerad 6 September 2022]. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/rehabilitering/om-rehabilitering/>
117. Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
118. Wilkie R, Blagojevic-Bucknall M, Belcher J, Chew-Graham C, Lacey RJ, McBeth J. Widespread pain and depression are key modifiable risk factors associated with reduced social participation in older adults: A prospective cohort study in primary care. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Aug;95(31):e4111
119. Rosso AL, Taylor JA, Tabb LP, Michael YL. Mobility, disability, and social engagement in older adults. *J Aging Health*. 2013 Jun;25(4):617-37. doi: 10.1177/0898264313482489. Epub 2013 Apr 2. PMID: 23548944; PMCID: PMC3683993
120. Mick P, Parfyonov M, Wittich W, Phillips N, Guthrie D, Kathleen Pichora-Fuller M. Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness: Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Can Fam Physician*. 2018 Jan;64(1):e33-e41. Erratum in: *Can Fam Physician*. 2018 Feb;64(2):92. PMID:

29358266; PMCID: PMC5962968

121. Ide K, Tsuji T, Kanamori S, Jeong S, Nagamine Y, Kondo K. Social Participation and Functional Decline: A Comparative Study of Rural and Urban Older People, Using Japan Gerontological Evaluation Study Longitudinal Data. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 18;17(2):617
122. Newall N, McArthur J, Menec VH. A longitudinal examination of social participation, loneliness, and use of physician and hospital services. *J Aging Health*. 2015 Apr;27(3):500-18
123. Haak M, Löfqvist C, Ullén S, Horstmann V, Iwarsson S. The influence of participation on mortality in very old age among community-living people in Sweden. *Aging Clin Exp Res*. 2019 Feb;31(2):265-271
124. Glass T A, de Leon C M , Marottoli R A, Berkman L F. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*. 1999;319(7217):1130-1130
125. Kim JH, Lee SG, Kim TH, Choi Y, Lee Y, Park EC. Influence of Social Engagement on Mortality in Korea: Analysis of the Korean Longitudinal Study of Aging (2006-2012). *J Korean Med Sci*. 2016 Jul;31(7):1020-6
126. Borell L, Iwarsson S. Aktivitet och rehabilitering kan ge hälsosamt åldrande. *Läkartidningen*. 2013;110:CHPE
127. Johansson G, Eklund K, Gosman Hedström G. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: A systematic literature review. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2009;1-16

Bilaga 1

Analys av rådande förutsättningar och dess konsekvenser gällande rehabilitering i Örebro län
– Rapport från Expeditionsresan: rehabilitering 2022

Författare: Sara Brorsson, leg. arbetsterapeut, Lekebergs kommun
Karin Hägerås, leg. sjukgymnast, Region Örebro län
Johan Wikberg, leg. fysioterapeut, Region Örebro län
Ingrid Andersson, leg. arbetsterapeut, Örebro kommun

Projektledare: Malin Duckert Ek, Välfärd och folkhälsa, Region Örebro län

Publicerad: Örebro, 2022



Lekebergs
kommun



Region Örebro län



ÖREBRO