



# Utveckling rehabilitering



---

Diarienummer: ÄN 2017-417  
Datum: 2018-03-09  
Handläggare: Malin Visell  
Organisation: Omsorgs- och äldreförvaltningen

---

## Sammanfattning

Omsorgskontoret fick, med anledning av uppföljning av rehabilitering på särskilt boende (dnr ÄN 2015-258), i uppdrag av äldrenämnden att:

- Kartlägga resurser för rehabilitering inom äldrenämndens område, i syfte att tydliggöra avtalsvillkor samt utveckla arbetssätt och organisation.
- Kartlägga och utveckla processen gällande hjälpmedelsförskrivning i särskilt boende.

Utvecklingsarbetet har genomförts av en arbetsgrupp bestående av medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), hjälpmedelskonsult och planeringsledare. Med uppdraget som utgångspunkt identifierades ett flertal utvecklingsområden gällande rehabilitering i såväl särskilt boende som i ordinärt boende. Datainsamling har skett genom omvärldsbevakning samt genom datainsamling inom området i Linköpings kommun. I rapportens bakgrund beskrivs aktuell forskning inom området rehabilitering, omvärldsbevakning såväl nationell som från kommuner i Östergötlands län, aktuell organisationsstruktur gällande rehabilitering i Linköpings kommun samt regelverk och organisation gällande hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning.

En sammantagen bedömning utifrån rapportens resultat är att området rehabilitering behöver lyftas fram som en betydelsefull del i äldreomsorgen, där utrymme ges för samtliga professioner för en individcentrerad vård och omsorg. Det är viktigt att förutsättningar finns för att patienter erhåller en likvärdig rehabilitering av arbetsterapeut och fysioterapeut utefter enskilda behov relaterat till aktuell lagstiftning och gällande författningar.

När det gäller specifik rehabilitering för äldre personer utförd av arbetsterapeut och fysioterapeut är evidensen stark för att dessa åtgärder kan leda till ökad självständighet i vardagen och ökad livskvalitet samt minska samhällets kostnader för vård och omsorg.

Fortsatt utvecklingsarbete behöver genomföras i Linköping för säkerställande av patientsäkerhet och följsamhet till gällande lagstiftning. För möjliggörande av detta krävs såväl effektiviserade och förändrade arbetssätt gällande rehabiliterande insatser som tillskott av resurser.

I resultatet framkommer att Linköpings kommun ligger på en låg nivå jämfört med andra kommuner, såväl i landet som i Östergötlands län, avseende antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut för rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning. Vidare framgår att det finns ett starkt stöd bland utförarna att samtliga utförare arbetsterapeuter och fysioterapeuter på särskilt boende får förskrivningsrätt på hjälpmedel.

Ovanstående indikerar att rehabilitering är ett utvecklingsområde i Linköpings kommun som behöver beaktas i budgetarbete för 2019.

Även med tanke på den kommande demografiska utvecklingen med ett ”ökat antal äldre” så är det viktigt att möta framtiden med adekvata insatser såsom specifik rehabilitering, vilket enligt forskning har potential att ge positiva effekter på såväl individnivå som samhällsnivå.

**I76i76**

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Uppdrag</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Definition av begrepp</b>	<b>6</b>
	3.1 Rehabilitering	6
	3.2 Individens behov i centrum, IBIC	6
<b>4</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>7</b>
	4.1 Lagstiftning, nationella riktlinjer och vårdprocessprogram	7
	4.2 Uppföljning av rehabilitering på särskilt boende i Linköping	7
<b>5</b>	<b>Metod</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>Omvärldsbevakning</b>	<b>8</b>
	6.1 Ättestupa eller folkhälsomål – ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering	8
	6.2 Forskning om fysisk träning för äldre på särskilt boende	9
	6.3 Projekt Sickla hälsocenter- träningsgrupper för personer 90+	9
	6.4 Arbetsterapi främjar aktivitet och minskar samhällskostnader	10
	6.5 Hemrehabilitering i Östersund	10
	6.6 Översyn Örebro län	11
<b>7</b>	<b>Organisation gällande rehabilitering i Linköping</b>	<b>11</b>
	7.1 Kommunrehab	12
	7.1.1 Arbetsterapeuter i hemsjukvård	12
	7.1.2 Arbetsterapeuter – demensutredningar	12
	7.1.3 Hemrehab	12
	7.1.4 Friskvårdsgym för äldre på Åleryd	13
	7.1.5 Minigym på servicehus	13
	7.2 Trygghetsteamet	13
<b>8</b>	<b>Hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning</b>	<b>14</b>
	8.1 Hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning i Östergötland	14
	8.2 Hjälpmedelsorganisation	14
	8.3 Förskrivare och förskrivningsrätt	14
<b>9</b>	<b>Resultat Linköpings kommun</b>	<b>15</b>
	9.1 Avtalsskrivningar om rehabilitering	15
	9.1.1 Särskilt boende	15
	9.1.2 Ordinärt boende	15
	9.2 Resultat enkät till utförare av särskilt boende	15
	9.3 Resultat gällande rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning i ordinärt boende	17
<b>10</b>	<b>Analys och förslag på åtgärder</b>	<b>19</b>
	10.1 Förebyggande insatser i form av fysisk aktivitet och träning	19
	10.2 Avtal 20	
	10.3 Förskrivningsrätt för hjälpmedel	21
	10.4 Specifik rehabilitering	22
	10.5 Organisation	23
	10.6 Kompetensutveckling och styrdokument	24
<b>11</b>	<b>Pågående utvecklingsarbeten</b>	<b>24</b>
<b>12</b>	<b>Referenslista</b>	<b>26</b>
<b>13</b>	<b>Exempel på tillämplig lagstiftning och föreskrifter</b>	<b>26</b>

## 1 Inledning

Linköpings kommun har hälso- och sjukvårdsansvar i särskilt boende och i ordinärt boende, i det ansvaret innefattas området rehabilitering. I äldrenämndens kvalitetsuppföljningsplan för 2015 och 2016 ingick uppföljning av rehabilitering på särskilt boende. En sammantagen bedömning utifrån denna var att det fanns brister i efterlevnad till aktuell lagstiftning, nationella riktlinjer och vårdprocessprogram. Äldrenämnden gav med anledning av detta Omsorgskontoret nedanstående uppdrag.

## 2 Uppdrag

- Uppdrag ges till Omsorgskontoret att kartlägga resurser för rehabilitering inom äldrenämndens område, i syfte att tydliggöra avtalsvillkor samt utveckla arbetssätt och organisation.
- Uppdrag ges till Omsorgskontoret att kartlägga och utveckla processen gällande hjälpmedelsförskrivning i särskilt boende.

## 3 Definition av begrepp

### 3.1 Rehabilitering

Socialstyrelsens definition av rehabilitering lyder: ”insatser som skall bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”(SOSFS 2008:20).

Inom området rehabilitering förekommer begrepp som specifik rehabilitering och vardagsrehabilitering. Den specifika rehabiliteringen utförs av arbetsterapeuter, AT, och fysioterapeuter, FT, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Om dessa arbetsuppgifter överlåtes till annan personal sker det genom delegering eller instruktion.

Vardagsrehabilitering tillhandahålles främst av undersköterskor och vårdbiträden inom lagrummet för socialtjänstlagen (2001:453).

Rehabilitering innefattar även hjälpmedelsförskrivning vilket ska vara en integrerad del i rehabiliteringsprocessen och kompensera för nedsatt funktion eller aktivitetsbegränsningar eller för att förebygga komplikationer.

### 3.2 Individens behov i centrum, IBIC

I Socialtjänstlagen är det fastställt att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Individens behov i centrum, IBIC, är ett stöd som implementerats inom äldreomsorgen i Linköpings kommun för att identifiera och beskriva individens behov. Syftet med arbetssättet är att individens stöd utgår från personens individuella behov och mål och inte utifrån utbudet av existerande insatser,

vilket stämmer väl överens med det arbetssätt som används inom området rehabilitering.

## 4 Bakgrund

### 4.1 Lagstiftning, nationella riktlinjer och vårdprocessprogram

Ett flertal lagar och föreskrifter styr området rehabilitering och tillsammans med Socialstyrelsens nationella riktlinjer<sup>1</sup> och regionala vårdprocessprogram<sup>2</sup> ska kommunens erbjudande om rehabilitering utformas.

Varje kommun ska enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade i samband med sådan hälso- och sjukvård som omfattas av kommunens ansvar. Rehabiliteringen ska föregås av en arbetsterapeutisk och eller fysioterapeutisk bedömning där problem identifieras, mål formuleras samt planering av åtgärder och uppföljning.

### 4.2 Uppföljning av rehabilitering på särskilt boende i Linköping

En uppföljning av rehabilitering på särskilt boende genomfördes av medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, och äldreombudsman enligt Äldrenämndens kvalitetsuppföljningsplan för 2015-2016. Syftet med denna var att få en nulägesbeskrivning av hur utförarna, inom äldreomsorgen, arbetar med rehabilitering för äldre personer boende på sjukhem och som drabbats av stroke (ÄN 2015-258).

En sammantagen bedömning utifrån uppföljningen var att det fanns brister i efterlevnad till aktuell lagstiftning samt bristande kunskaper om och följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprocessprogram. Bristande tillgång till rehabilitering indikerade att det inte var möjligt att leva upp till kommunens hälso- och sjukvårdsansvar inom området rehabilitering. Möjligheter till rehabiliteringsinsatser utförda av arbetsterapeut och fysioterapeut var begränsade. Behandlingsperiodens längd och hur ofta arbetsterapeut och fysioterapeut tillhandahöll specifik rehabilitering indikerade att det inte var möjligt att utföra ens de rehabiliteringsinsatser som är högst prioriterade i de nationella riktlinjerna.

Uppföljningen visade också att Leanlink var den utförare med lägst bemanning för rehabiliterande insatser.

Uppföljningen visade även att rådande uppdelning av rehabiliteringsprocessen i förskrivning av hjälpmedel respektive övriga rehabiliteringsinsatser kan få

---

<sup>1</sup> Mer information om Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns på:

<https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>

<sup>2</sup> Mer information om regionala vårdprocessprogram finns på:

<http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Riktlinjer/Vardprocess--och-varprogram/>

negativa konsekvenser för patientsäkerheten. MAR och äldreombudsman såg därför ett behov av en sammanhållen rehabiliteringsprocess där förskrivning av hjälpmedel ingår. dvs. att samtliga utförare arbetsterapeuter och fysioterapeuter har förskrivningsrätt istället för som nu då Leanlink utför dessa insatser hos samtliga utförare.

MAR och äldreombudsman framhöll att personer som flyttar in i särskilt boende ska erbjudas bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut vid inflyttning. Dessa bedömningar syftar till att identifiera behov av såväl rehabiliterande som förebyggande insatser och skulle ge möjlighet att sätta in adekvata åtgärder i ett tidigt skede.

Efter uppföljningen av rehabilitering gavs återkoppling till samtliga utförare vilka deltog i uppföljningen och där de uppmanades att inkomma med en utvecklingsplan för området rehabilitering relaterat till respektive utförare resultat. Utvecklingsplanerna kommer att följas upp av Omsorgskontoret.

## **5 Metod**

En arbetsgrupp bildades under 2017 bestående av MAR, hjälpmedelskonsult och planeringsledare. Med uppdraget som utgångspunkt identifierades ett flertal utvecklingsområden gällande rehabilitering inom såväl särskilt boende som inom ordinärt boende. Datainsamling har skett genom omvärldsbevakning av litteratur, aktuell forskning, mailkontakter i MAR-nätverk och studiebesök.

Utöver det har datainsamling skett inom området i Linköpings kommun avseende personella resurser och statistik rörande rehabilitering i ordinärt boende samt genom enkäter till samtliga utförare av särskilt boende.

## **6 Omvärldsbevakning**

### **6.1 Ättestupa eller folkhälsomål – ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering**

Manifestet som beskrivs nedan har genom åren legat till grund för diskussioner i kommuner och landsting/ regioner över hela landet. Det är framtaget av två fackförbund varför det skulle kunna uppfattas som en partsinlaga men då det använts frekvent i många sammanhang och innehåller för området relevant forskning används det även i detta arbete (FSA & LSR, 2011).

Under 2011 togs ett manifest fram av Sektionen för Äldres hälsa inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, LSR, samt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FSA, och deras Äldreutskott. Syftet med detta var att peka på behovet av specifik rehabilitering för de mest sjuka äldre oavsett boendeform eller var i vårdkedjan de befinner sig. Bakgrunden var de brister och den ojämlikhet vilken finns i Sverige gällande tillgång till rehabilitering för äldre personer. I manifestet omnämns Socialstyrelsens brukarundersökning vilken visat att rehabilitering och individanpassade aktiviteter är det som äldre personer anser fungerar sämst. Orsaker som nämns är att kunskapsnivån om rehabilitering och dess evidens är ojämn samt i vissa avseenden låg bland



beslutsfattare. Att äldre personers vård och omsorg även omfattas av två lagrum anses bidra till en otydlig ansvarsfördelning.

I manifestet konstateras att specifika rehabiliteringsinsatser utförda av arbetsterapeut och fysioterapeut inte kan ersättas av vardagsrehabilitering. Vidare framhålls att det vetenskapliga underlaget för specifik rehabilitering såsom ADL-träning och fysisk träning för äldre personer är starkt och att dessa åtgärder kan leda till ökad självständighet i vardagen samt ökad livskvalitet. En ökad fysisk aktivitetsnivå bland äldre personer samt fallpreventiva åtgärder är kostnadseffektivt i form av reducerade sjukvårdskostnader.

Forskning visar att arbetsterapeutiska åtgärder är effektiva för att bibehålla eller förbättra förmågan till dagliga aktiviteter, socialt deltagande samt livskvalitet för äldre personer. När det gäller rådgivning kring hjälpmedel som en del av en riskbedömning i hemmet är evidensen stark.

Även när det gäller fysioterapeutiska åtgärder finns evidens för att äldre personer har samma goda effekt av träning som yngre. Vidare visar forskning att ju högre grad av funktionsnedsättning en äldre person har desto större är behovet av individanpassad högintensiv träning.

Annan forskning visar att en ökad grad av fysisk aktivitet bland äldre personer liksom fallprevention har visat sig vara kostnadseffektivt i form av minskade sjukvårdskostnader.

## **6.2   Forskning om fysisk träning för äldre på särskilt boende**

En studie från Umeå universitet visar att om ett högintensivt funktionellt träningsprogram genomförs ger det positiva effekter på fysisk funktionsförmåga och självständighet i dagliga aktiviteter för äldre personer, med eller utan demenssjukdom, boendes i särskilt boende (Littbrand, 2011).

Studien visade att positiva resultat avseende benstyrka, gångförmåga, funktionell balansförmåga samt förflyttningsförmåga inomhus kvarstod tre månader efter träningsperiodens slut. Vidare framkom att träningen hade god effekt även för deltagare vilka led av depression, demenssjukdom, undernäring samt betydande nedsättningar gällande fysisk funktionsförmåga.

## **6.3   Projekt Sickla hälsocenter- träningsgrupper för personer 90+**

Under 2013-2014 genomfördes ett projekt i Nacka där, personer 90+, deltog i träningsgrupp. Syftet var att minska upplevelse av ensamhet samt förbättra muskelstyrka, balans och koordination för att reducera antalet fallskador (Murvall m fl, 2014).

Projektets resultat visade att såväl balans, koordination som muskelstyrka förbättrades efter avslutad träningsperiod och där samtliga förbättringar var signifikanta. Sammanfattningsvis visade projektet att målgruppen 90+ kan förbättra fysisk funktionsförmåga genom deltagande i träningsgrupp och att detta kan bidra till att minska antalet fallolyckor, vilket är ett stort problem för såväl individen som för samhället.

## **6.4 Arbetsterapi främjar aktivitet och minskar samhällskostnader**

Magnus Zingmark, disputerad arbetsterapeut och FoU ansvarig vid Vård och omsorgsförvaltningen i Östersund, har i sin avhandling visat att arbetsterapeutiska insatser som fokuserar på meningsfulla aktiviteter kan ge positiva hälsoeffekter för äldre personer samt minska samhällets kostnader för vård och omsorg (Zingmark, 2015).

En av avhandlingens studier visade att äldre personer som sökte hemtjänst för hjälp med dusch i hög utsträckning återfick sin självständighet genom arbetsterapeutiska insatser jämfört med kontrollgruppen vilken inte erhöll arbetsterapeutiska insatser. Detta resulterade i att den beviljade tiden för hemtjänst och de ekonomiska skillnaderna mellan grupperna var stora.

I studien beskrivs att det är vanligt förekommande att arbetsterapeutisk bedömning sker i personens hem i den faktiska aktiviteten medan en biståndshandläggares bedömning vanligen sker genom intervju. Zingmark menar att arbetsterapeutens bedömning och insats bidrar till mer detaljerade uppgifter om den enskildes faktiska behov, vilket ger ett bättre underlag för biståndsbeslut.

I avhandlingen framhålls betydelsen av ekonomisk utvärdering av insatser inom äldreomsorgen eftersom resurserna är begränsade och inte minst med tanke på den demografiska utvecklingen. Zingmark ställer sig frågan om hur stor andel av de insatser för vilken hemtjänst beviljas verkligen är de rätta för att tillgodose den enskildes behov?

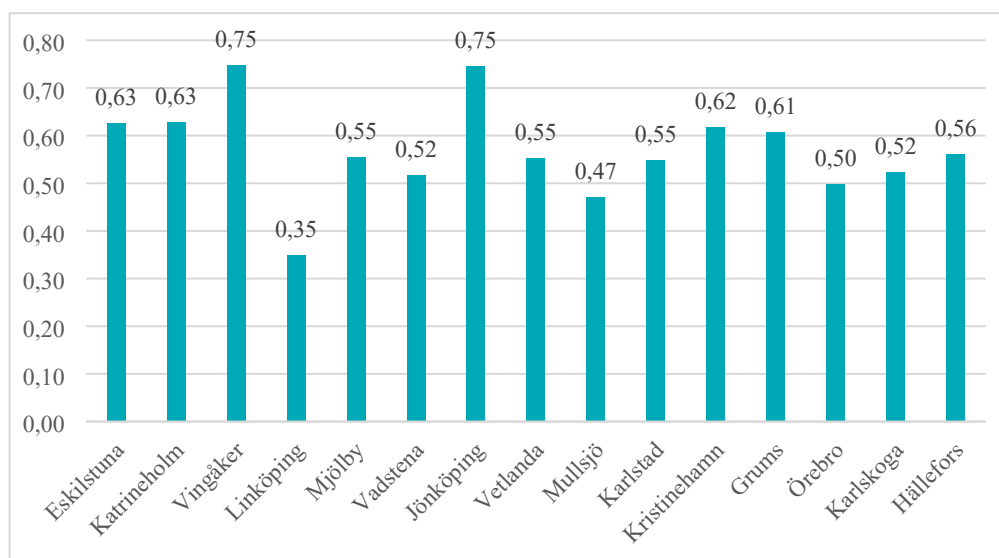
I avhandlingen konstateras att de arbetsterapeutiska insatserna är kostnadseffektiva och att de har potential att ge positiva effekter på såväl individnivå som på samhällsnivå.

## **6.5 Hemrehabilitering i Östersund**

I Östersund påbörjades 1997 ett projekt i hemrehabilitering där en arbetsterapeut och en sjukgymnast anställdes för att bedriva rehabilitering. Syftet med projektet var att öka såväl de anhörigas som vårdpersonalens delaktighet i de äldres rehabilitering. Antalet hemtjänsttimmar före och efter hemrehabiliteringen registrerades och man fann att antalet hemtjänstärenden och beviljade timmar minskade med en tredjedel under projektiden. Av satsade 700.000kr för finansiering av arbetsterapeut och sjukgymnast fick man tillbaka 1.5 miljoner kr i minskade hemtjänsttimmar. Omsorgspersonal erhöll utbildning för att kunna arbeta med ett mer aktiverande förhållningssätt gentemot brukarna, vilket troligen bidrog till det minskade hjälpbehovet. År 2000 fattades ett politiskt beslut om att satsa 10 miljoner kr för utveckling av hemrehabilitering i hela Östersunds kommun, vilken hade c:a 58.000 invånare.

## 6.6 Översyn Örebro län

Region Örebro län har under 2017 genomfört en översyn gällande gränssnitt inom området rehabilitering vilket berör yrkesgrupperna arbetsterapeut och fysioterapeut. Arbetet var en omvärldsspaning som omfattade fem län. I varje deltagande län/kommun intervjuades MAS/MAR i respektive kommun och verksamhetschefer eller motsvarande i respektive landsting/region. Områden vilka berördes i intervjuerna var antal årsarbetare inom olika verksamhetsområden, gränssnitt gentemot primärvård, uppdragsbeskrivningar för rehabiliteringspersonal etc. Utifrån kommunernas egenrapportering av antal årsarbetande fysioterapeuter och arbetsterapeuter samt befolkningsstatistik från SCB har jämförelser av personaltäthet för dessa yrkesgrupper gjorts mellan kommunerna och länen.



Stapeldiagram 1. Antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut verksamma inom kommunal vård och omsorg/ 1000 invånare.

## 7 Organisation gällande rehabilitering i Linköping

I Linköpings kommun är den rehabiliterande verksamheten organiserad på olika sätt. Utförare av särskilt boende ska tillse att rehabilitering tillhandahålles utifrån behov. Den kommunala utföraren Leanlink tillhandahåller rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning i sina verksamheter genom enheten Kommunrehab samt att de har uppdraget att förskriva hjälpmedel hos de privata utförarna.

De privata utförarna av särskilt boende har i uppdrag att tillhandahålla rehabiliterande insatser förutom förskrivning av personliga hjälpmedel. De rehabiliterande insatserna tillhandahålles antingen genom egen rehabiliteringspersonal eller genom underleverantör av rehabilitering.

I ordinärt boende tillhandahåller Leanlink rehabilitering genom två separata verksamheter: Kommunrehab och Trygghetsteamet. Kommunrehab tillhandahåller rehabiliterande insatser genom tre enheter: Hemrehab, arbetsterapeuter i hemsjukvård samt arbetsterapeuter vilka medverkar i

demensutredningar. Kommunrehab har även uppdrag att tillhandahålla insatser av fysioterapeut i Friskvårdsgymmet för äldre på Åleryd samt på minigym.

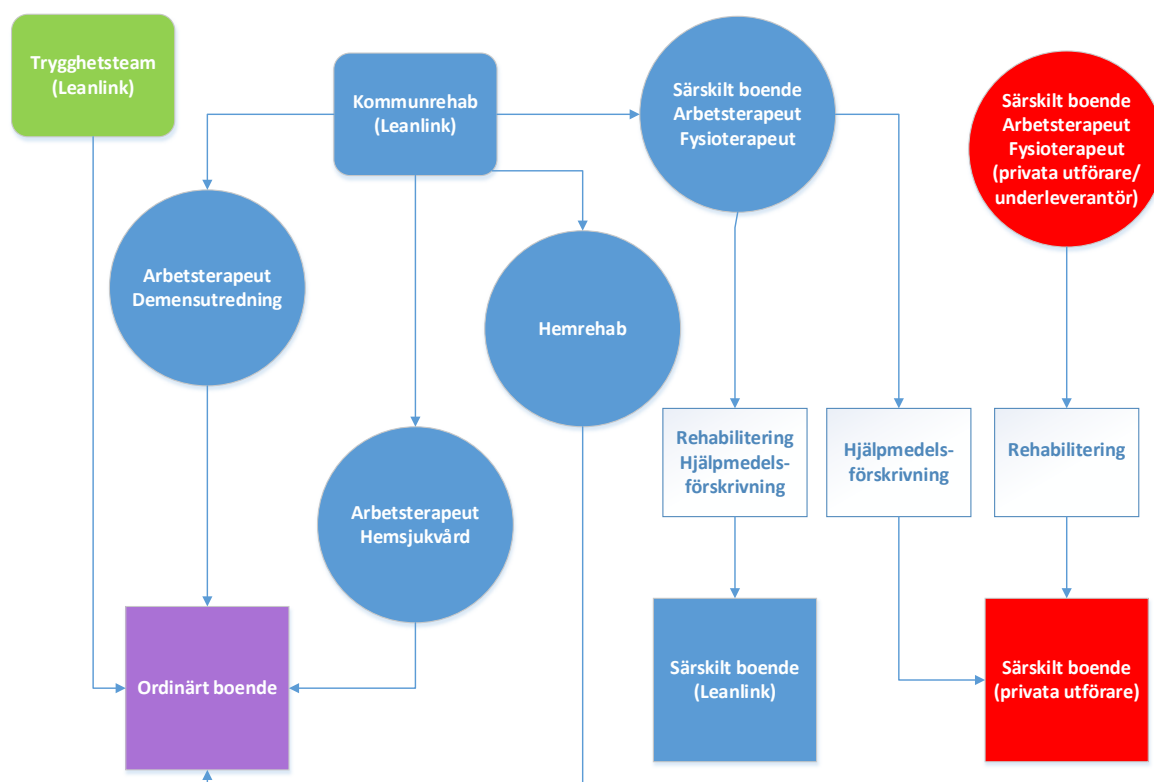


Bild 1. Illustrerar organisation för rehabilitering i Linköpings kommun.

## 7.1 Kommunrehab

### 7.1.1 Arbetsterapeuter i hemsjukvård

Arbetsterapeuter i hemsjukvård ansvarar för rehabilitering inom ordinärt boende. Merparten av insatserna består i bedömning och utprovning av hjälpmedel och sjukvårdshuvudmannens ansvar omfattar bland annat följande behovsområden: personlig vård, förflyttning, hemhjälpmedel, kognition och kommunikation. Föreskrivningsprocessen innefattar bedömning, utprovning, föreskrivning samt uppföljning. Andra insatser är träning i aktivitet, ADL-träning, bostadsanpassning, instruktion/ handledning till personal såväl personliga assistenter, hemtjänst som närstående. Exempel på insatser som utförs men om än i mindre utsträckning är fallprevention, rådgivning om egenansvarsprodukter och specifik rehabilitering.

### 7.1.2 Arbetsterapeuter – demensutredningar

Sedan hemsjukvårdsreformen 2014 utförs demensutredningar i patientens hem av arbetsterapeut i Kommunrehab utifrån remiss från läkare.

### 7.1.3 Hemrehab

Hemrehab tillhandahåller rehabilitering för patienter med nyttillkommen sjukdom eller skada med behov av funktionshöjande rehabiliteringsåtgärder i hemmet, där specifik kompetens av arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller

sjuksköterska krävs. Insatserna tillhandahålles i ordinärt boende och på korttidsboende. Patienten ska vara motiverad till träning och kunna medverka i träningsituationen.

Insatserna innefattar rehabiliterande insatser genom exempelvis ADL-träning, förflyttningsträning, balans- och styrketräning, hjälpmedelsförskrivning samt instruktion/ handledning av hemtjänst och närstående.

#### 7.1.4 Friskvårdsgym för äldre på Åleryd

Träning, under eget ansvar, i friskvårdsgymmet erbjuds kostnadsfritt efter instruktion av fysioterapeut till personer, 65 år och äldre, boende i ordinärt boende eller i servicehus. Vid två tillfällen/ vecka finns fysioterapeut tillgänglig i gymmet som ett stöd för besökarna.

#### 7.1.5 Minigym på servicehus

På sex av kommunens servicehus finns minigym dit personer boende på servicehuset eller i närområdet kan träna under eget ansvar. Minigymmen är med viss frekvens bemannade av omsorgspersonal som kan vara ett stöd för besökarna. Kommunrehab har ett tidsbegränsat uppdrag fram till 2018-08-31 att tillhandahålla en halv årsarbetare fysioterapeut för att hålla samman och utveckla verksamheterna i minigymmen samt bidra med kompetensutveckling för omsorgspersonalen.

## 7.2 Trygghetsteamet

Trygghetsteamet är ett projekt vilket startades under hösten 2016 genom medel avsatta av Äldrenämnden under perioden 2016-2018 för förebyggande åtgärder i form av omsorgs-, rehabiliterings och hälso- och sjukvårdsinsatser. Syftet med Trygghetsteamet är att genom rehabilitering och hälsofrämjande insatser i ordinärt boende ska den äldre ges möjlighet att behålla sina fysiska och psykiska förmågor så långt det är möjligt. Insatsen är biståndsbedömd som kan erhållas under maximalt fyra veckor. Under perioden för Trygghetsteamets insatser är beviljad hemtjänst en förutsättning.

Målgruppen är äldre personer med nedsatt funktionstillstånd till följd av skada eller sjukdom och som bedöms ha potential att under tiden för Trygghetsteamets insatser kunna förbättra funktions och aktivitetsförmåga och därigenom få en ökad självständighet och livskvalitet i den ordinarie bostaden.

I Trygghetsteamet samverkar professionerna arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, kurator (Q) samt undersköterska, USK, i samverkan med hemtjänstpersonal. Trygghetsteamets insatser innefattar såväl rehabiliterande insatser i form av exempelvis ADL-träning, förflyttningsträning som hjälpmedelsförskrivning och instruktion/ handledning av hemtjänst och närstående.

## 8 Hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning

### 8.1 Hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning i Östergötland

Hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning är en integrerad del i hälso- och sjukvårdens processer framför allt vid rehabilitering/habilitering. Den som förskriver hjälpmedel har ansvar för att överväga behovet av andra behandlings- och rehabiliteringsinsatser som kan förbättra en individs funktions- och aktivitetsförmåga innan hjälpmedel förskrivs.

### 8.2 Hjälpmedelsorganisation

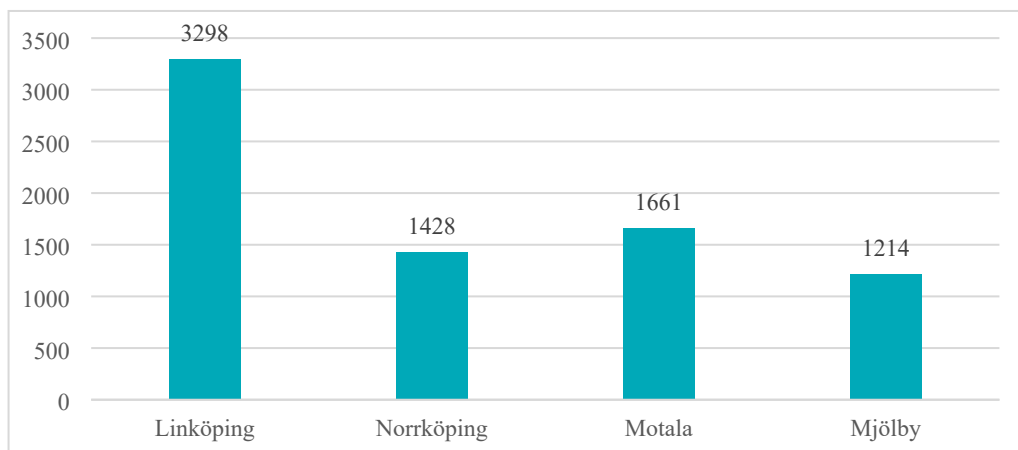
Vid hemsjukvårdsreformen 2014 skatteväxlades för merparten av hjälpmedelsområdet till länets kommuner. Parterna enades om ett läns-gemensamt regelverk för hjälpmedelsförskrivning, gemensam kompetensutveckling för hjälpmedelsförskrivare samt en gemensam hjälpmedelsleverantör. Syftet med ett läns-gemensamt regelverk var att säkerställa en god och jämlik hjälpmedelsförsörjning över länet. Det tillskapades även en läns-gemensam organistaion för hjälpmedel. Den består bland annat av ett läns-gemensamt hjälpmedelsråd och ett länsbrukarråd vilka leds av en ordförande som utses och har koppling till Ledningsgrupp Vård och Omsorg, LGVO och Samråd Vård och Omsorg, SVO.

### 8.3 Förskrivare och förskrivningsrätt

De yrkeskategorier som kan ansöka om förskrivningsrätt för hjälpmedel är arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, logoped, sjuksköterska samt vissa läkare. I Östergötland finns cirka 1000 aktiva förskrivare varav merparten är förtroendeförskrivare i Region Östergötland. Resterande är förskrivare i någon av länets 13 kommuner samt förskrivare anställda vid privata enheter.

I Linköpings kommun finns drygt 50 personer (AT, FT) med beviljad förskrivningsrätt varav en del är föräldralediga, tjänstlediga osv.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter med förskrivningsrätt i Linköpings kommun ansvarar för nästan dubbelt så stort antal patienter jämfört med förskrivare i länets övriga kommuner.



Stapeldiagram 2. Antal invånare/ förskrivare i Östergötlands fyra största kommuner maj 2017.

Kostnaderna för personligt förskrivna hjälpmedel i särskilt boende, äldreomsorg i Linköpings kommun ligger omkring en halv miljon per månad (total kostnad för personligt förskrivna för samtliga boendeformer är 2.2 miljoner kronor).

## **9 Resultat Linköpings kommun**

### **9.1 Avtalsskrivningar om rehabilitering**

Under årens lopp har krav och skrivningar i förfrågningsunderlag och verksamhetsuppdrag utvecklats. Denna utveckling innefattar även avsnitten om hälso- och sjukvård och rehabilitering. Syftet med detta har varit att förtydliga utförarens ansvar enligt gällande lagstiftning samt utifrån nationella riktlinjer och därigenom säkerställa patientsäkerheten. När det gäller området rehabilitering är exempel på förtydligande som skett under senare år att insatser ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet betonas mer än tidigare samt skrivningar om insatser i form av specifik rehabilitering vilket inte omnämns tidigare etc.

#### **9.1.1 Särskilt boende**

I den upphandlade verksamheten regleras området rehabilitering i respektive avtal och där framgår det att Leanlink, Kommunrehab, ansvarar för utprovning av personliga, tekniska hjälpmedel hos samtliga utförare. Detta innebär att upphandlad verksamhet ansvarar för att rehabilitering tillgodoses utifrån patienternas behov. Leanlink, Kommunrehab's verksamhetsuppdrag skiljer sig från upphandlade avtal genom att det förutom gemensamma formuleringar också har en angiven volym i form av antal timmar för rehabiliteringsinsatser på Leanlinks särskilda boenden. Detta medför att det på dessa boenden finns ett tak för bemanning gällande specifik rehabilitering.

#### **9.1.2 Ordinärt boende**

Vid skatteväxlingen i samband med hemsjukvårdsreformen 2014 fick Leanlink, Kommunrehab ansvar för rehabilitering i ordinärt boende. Verksamhetsuppdraget innefattar 21 450 timmar med uppdrag att tillhandahålla rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning i ordinärt boende i Linköpings kommun. Verksamheten ska tillhandahålla insatser utförda av arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska.

Överenskommelse mellan äldrenämnden och Leanlink avseende förstärkta insatser i ordinärt boende eller servicelägenheter genom Trygghetsteam. Avtaltiden är 2016-09-01- 2018-12-31 och innefattar 14.300 timmar/ år med uppdrag att tillhandahålla rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning och SoL-insatser i form av förstärkta hemtjänstinsatser i ordinärt boende i Linköpings kommun. Verksamheten ska tillhandahålla insatser utförda av arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, kurator samt undersköterska.

### **9.2 Resultat enkät till utförare av särskilt boende**

För att få en helhetsbild över det totala antalet årsarbetare arbetsterapeut respektive fysioterapeut på särskilt boende har uppgifter inhämtats.

I Linköpings kommuns särskilda boenden finns c:a 1900 platser och där 14.2 årsarbetare arbetar med hjälpmedelsförskrivning och 13.2 årsarbetare arbetar med rehabilitering. De årsarbetare som arbetar med hjälpmedelsförskrivning finns inom Leanlinks verksamheter och de ansvarar för detta hos samtliga utförare av särskilt boende.

De årsarbetare med uppdrag att utföra rehabilitering är anställda hos såväl privata utförare som hos den kommunala utföraren. De större utförarna av särskilt boende har arbetsterapeuter och fysioterapeuter anställda medan några utförare tillser tillgång till rehabiliteringspersonal genom underleverantör. Leanlink ansvarar för 955 platser och de privata utförarna för 971 platser (1906 platser totalt)

### Hjälpmiddelsförskrivning

Yrkeskategori	Leanlink	Privata utförare
Arbetsterapeut	10,1 åa	0 åa
Fysioterapeut	3,1 åa	0 åa

### Rehabilitering

Yrkeskategori	Leanlink	Privata utförare
Arbetsterapeut	1,0 åa	3,1 åa
Fysioterapeut	2,0 åa	5,6 åa

Tabell 1 och 2. Illustrerar antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut i särskilt boende fördelat på rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning.

Utöver inkomna uppgifter om ovanstående har utförarna besvarat frågeställningar inom ytterligare områden. Exempel på detta är upplevelsen av hur insatserna och utförandet av rehabilitering och hjälpmedelsinsatser fungerar idag samt vad de har för framtids tankar kring organisering och utförande. Utförarna är positiva till dialog kring och utveckling av området rehabilitering inom äldreomsorgen. Under nedanstående punkter finns en sammanfattning av vad utförarna har svarat utifrån olika frågeområden.

#### ***1. Specifika rehabiliteringsinsatser som utförs av arbetsterapeut och fysioterapeut***

Flera utförare uppger att rehabiliteringsinsatser främst sätts in konsultativt antingen på inrådan från annan yrkeskategori exempelvis sjuksköterska eller genom överrapportering från annan vårdinstans eller vid inflyttning till boendet. Därefter planerar arbetsterapeut/fysioterapeut insatser för såväl specifik rehabilitering som för vardagsrehabilitering. Flera utförare ser behov av mer aktiva insatser av specifik rehabilitering i syfte att arbeta mer preventivt för att skjuta upp hjälpmedelsbehov och bostadsanpassning.



## **2: Vardagsrehabilitering som utförs av omsorgspersonal efter instruktion av arbetsterapeut/ fysioterapeut.**

Det finns olika uppfattningar om hur omsorgspersonalen arbetar med vardagsrehabilitering. Flera utförare uppger att man arbetar med vardagsrehabilitering i verksamheten medan andra framhåller kunskapsbrister och låg personaltäthet som kan innebära att det är svårt att genomföra vardagsrehabilitering. En utförare använder sig av funktionen rehabombud bland omsorgspersonalen vilken har ett utökat ansvar för vardagsrehabilitering och bland annat fungerar som en länk till arbetsterapeut och fysioterapeut.

## **3: Hjälpmedelsförskrivning**

Samtliga utförare uppger att rehabiliteringsansvar bör vara sammankopplat med ansvaret för hjälpmedelsförskrivning. De menar att ett helhetsansvar skulle vara positivt för såväl patient som personal och förenkla vårdplanering/ teamsamverkan och bidra till goda förutsättningar för ”vardagsrehabilitering”.

Dagens modell, vilken innebär att Leanlink förskriver hjälpmedel hos samtliga utförare i särskilt boende, kan innebära nackdelar för patienterna då de behöver ha kontakt med många olika aktörer/vårdgivare vilket kan vara förvirrande och upplevas som otryggt. Det framhålls även att det leder till sämre kontinuitet och i vissa fall längre väntetid för hjälpmedelsbedömning/förskrivning.

För några särskilda boenden där rehabiliteringspersonal till viss del har saknats eller tillgodosetts i väldigt liten utsträckning menar en utförare att hjälpmedel ofta blir ”lösningen” när inte rehabilitering sätts in i tidigare skede.

I resultatet framkommer att KommunRehabs förskrivare sällan har möjlighet att delta i teamträffar på privata boenden, vilket gör att de i praktiken har begränsad kunskap om patienten vid hjälpmedelsförskrivningen.

Sammanfattningsvis är upplevelsen att Linköpings kommuns modell fungerar men utförarna ser att processen för rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning skulle kunna effektiviseras och patientsäkerheten öka om det är en och samma rehabiliteringspersonal som har hela ansvaret för patienten.

## **9.3 Resultat gällande rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning i ordinärt boende**

Leanlink ansvarar för rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning i ordinärt boende där uppdraget är fördelat på fyra enheter.

Organisation	Antal årsarbetare				
	AT	FT	SSK	USK	Q
1. Arbetsterapeuter i hemsjukvård	6				
2. Arbetsterapeuter, demensutredning	2				
3. Hemrehab	4	4,7	0,8		
4. Trygghetsteamet	2,25	4	1	3	1

Tabell 3. Illustrerar antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut i ordinärt boende.

### **1. Arbetsterapeuter i hemsjukvård**

Arbetsterapeuter i hemsjukvård utför hembesök där den största andelen består av nybesök för exempelvis förskrivning av hjälpmedel. För den del av hjälpmedelsprocessen som avser uppföljning och som är lagstadgad sker den i begränsad omfattning eftersom utrymmet för uppföljande besök är litet. Uppföljning sker därför främst via telefonsamtal. I verksamheten finns en prioriteringslista. När det gäller väntetid, från anmält behov till en första bedömning, så kan den vara upp till 2-3 veckor.

### **2. Arbetsterapeuter demensutredningar**

Arbetsterapeuter som arbetar med demensutredningar utför dessa i hemmet utefter remiss från vårdcentral eller från Universitetssjukhuset. Efter slutförd demensutredning skickas remissvar till patientansvarig läkare. Eventuell uppföljning utförs av sjuksköterska i demensteamet. Väntetiden för demensutredning är c:a 3 månader.

### **3. Hemrehab**

Antalet pågående patientärenden/ vecka är mellan 15-31. I verksamheten finns en utarbetad prioriteringsordning. Sedan 2016 har Hemrehab även i viss mån tillhandahållit fysioterapeutiska insatser i samverkan med arbetsterapeut i hemsjukvård vilket påverkat verksamhetens resurser.

Sedan hösten 2016 inkommer patientärenden till Hemrehab via anmälan om vårdbehov samt genom vårdplaneringsteamet. Dessförinnan inkom patientärenden även genom att Hemrehab regelbundet gjorde bedömningar av presumtiva patienter på Universitets- sjukhuset. Hemrehab mötte i större utsträckning än idag upp patienter i hemmet efter utskrivning från slutenvård/korttidsboende och rehabiliterande insatser och hjälpmedelsutprovning och förskrivning kunde påbörjas direkt. Syftet med det nya arbetssättet var att det skulle bli en väg in i den kommunala hemsjukvården och frigöra tid för rehabilitering istället för att utföra bedömningar på Universitetssjukhuset.

Som en del i ovanstående beskrivna förändring under 2016 upphävdes även Hemrehab's beläggningsrätt på korttidsboendet Siktet, ett korttidsboende som tidigare haft en utpräglad rehabiliteringsinriktning. Detta har inneburit nästan en halvering av antalet patienter anslutna till Hemrehab på Siktet medan antalet patienter anslutna till Hemrehab omfördelats till andra korttidsboenden.

### **4. Trygghetsteamet**

Antalet pågående patientärenden/ vecka är mellan 10-17. När det gäller väntetid så kan det röra sig om högst två dagar till ansökan blir behandlad men kommer ansökan från Universitets sjukhuset behandlas den direkt. Uppföljning av insatser utförs av teamet efter 3 veckor men biståndshandläggare har sällan tid att medverka varför den uppföljningen sker per telefon. Trygghetsteamet planerar ett förändrat arbetssätt gällande detta för att berörda ska kunna medverka. Verksamheten saknar i nuläget en prioriteringsordning bland ärenden.

Samtliga ovanstående enheters verksamheter påverkas av faktorer såsom antal inkommande remisser, antal biståndsbeslut, vårdtyngd och långa restider till och från patienter utanför tätorten.

När det gäller samverkan mellan Leanlinks olika rehabenheter i ordinärt boende har det framkommit att det finns en utvecklingspotential på såväl ledningsnivå som på medarbetarnivå för ett mer effektivt utnyttjande av kompetens, samsyn kring rehabiliteringsbegreppet och prioriteringar, arbetssätt och resurser vilket kan ge positiva effekter för patienterna. Exempel på detta är att det är av största vikt att patienter erhåller en likvärdig rehabilitering för motsvarande funktionsnedsättning oavsett vilken av ovanstående rehabenhet de är anslutna till.

## **10 Analys och förslag på åtgärder**

Området rehabilitering behöver lyftas fram som en betydelsefull del i äldreomsorgen där utrymme ges till samtliga berörda professioner för en individcentrerad vård och omsorg. Fortsatt utvecklingsarbete genom evidensbaserade metoder och arbetssätt behöver genomföras för säkerställande av patientsäkerhet och följsamhet till gällande lagstiftning. För möjliggörande av detta krävs såväl effektiviserade och förändrade arbetssätt gällande rehabiliterande insatser som tillskott av resurser.

Det är av stor vikt att patienterna inom ramen för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar får en jämlik rehabilitering oavsett boendeform och utförare.

Linköpings kommun ligger på en låg nivå jämfört med andra kommuner, såväl i landet som i Östergötlands län, avseende antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut för rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning. Det kan vara förenat med vissa svårigheter att göra jämförelser kommuner emellan då faktorer såsom organisering, uppdrag, geografi, demografi samt socioekonomiska förutsättningar kan skilja sig åt. I resultatet framgår dock att skillnaderna är stora vilket indikerar att rehabilitering i Linköpings kommun är ett utvecklingsområde som behöver beaktas i kommande budgetarbete.

Även med tanke på den kommande demografiska utvecklingen med ett "ökat antal äldre" så är det viktigt att möta framtiden med adekvata insatser såsom specifik rehabilitering, vilket det finns såväl ett starkt vetenskapligt som ekonomiskt stöd för.

### **10.1 Förebyggande insatser i form av fysisk aktivitet och träning**

När det gäller fysisk aktivitet och träning finns evidens för goda effekter av gruppträning avseende balans, muskelstyrka och rörlighet även för gruppen äldre-äldre. Man har kunnat visa kvarstående effekter även på basis av relativt liten insats. Vad gäller balansförmåga har det en avgörande betydelse för att reducera fallrisk/fallolyckor, vilket är en av de största faktorerna för ohälsa för gruppen äldre. Effekter av fallolyckor medför betydande konsekvenser för såväl den enskilde som för samhället i form av personligt lidande, kostnader i form av hälso- och sjukvård, hemtjänst, hjälpmedel etc.

I nuläget bedrivs inte gruppträning för äldre under ledning av legitimerad personal på Åleryds gym vilket gjorts tidigare. Dock finns legitimerad personal tillgänglig i begränsad omfattning för individuell instruktion i gymmet som en

introduktion till egen träning. Mot bakgrund av detta skulle en satsning och utveckling av verksamheten bidra till förbättrade förutsättningar till fysisk träning för målgruppen, vilket kan bidra till vinster på såväl individnivå- som på kommunnivå.

Vidare skulle en utökad satsning och utveckling av verksamheten i de befintliga Mini-gymmen kunna ge liknande vinster. För närvarande bedrivs verksamheten i Mini-gymmen av omsorgspersonal under ledning av fysioterapeut. För uppdraget finns en halv årsarbetare fysioterapeut avsatt för planering av verksamheten samt för utbildning av berörd omsorgspersonal. En utökning och permanentande av tjänsteutrymmet skulle kunna möjliggöra utveckling av Mini-gymsverksamheten. Dessutom skulle det utökade tjänsteutrymmet exempelvis kunna användas till att utveckla samverkan med verksamheten i Åleryds friskvårdsgym, medverkan i kommunens uppsökande verksamhet samt medverkan i och utveckling av det förebyggande arbetet med Socialstyrelsens satsning för fallprevention *Balansera mera*.

Att skapa möjligheter för befolkningen att komma i rörelse och träna är något som såväl Region Östergötland som kommuner i länet identifierat som ett utvecklingsområde för folkhälsan. Det är därför av vikt att möjligheten till samverkan med Region Östergötland på detta område stärks.

## 10.2 Avtal

I resultatet framgår att hos den kommunala utföraren inom särskilt boende finns det 11.1 årsarbetare arbetsterapeut. Där den största andelen årsarbetare är avsatt för hjälpmedelsförskrivning hos samtliga utförare. De privata utförarna av särskilt boende har sammantaget 3.1 årsarbetare arbetsterapeut.

I resultatet framgår att det hos den kommunala utföraren inom särskilt boende finns 5.1 årsarbetare fysioterapeut där den största andelen årsarbetare är avsatt för hjälpmedelsförskrivning hos samtliga utförare. De privata utförarna tillsammans har 5.6 antal årsarbetare fysioterapeut.

MAR anser att det under rådande omständigheter saknas förutsättningar för arbetsterapeuter och fysioterapeuter verksamma inom särskilt boende hos den kommunala utföraren att utföra rehabilitering enligt gällande lagstiftning, nationella riktlinjer och vårdprocessprogram inom ramen för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Detta stämmer överens med det resultat som framkom vid tidigare uppföljning av rehabilitering på särskilt boende.

Med anledning av ovanstående är det av stor betydelse att resurser för arbetsterapeut- och fysioterapeutinsatser beaktas i budgetarbetet för 2019.

En utveckling behöver även ske så att förfrågningsunderlag/ avtal anpassas utefter typ av boendeform då exempelvis verksamhet i korttidsboende ställer andra krav än verksamheten i ett permanent särskilt boende. Ett korttidsboende har som syfte att tillhandahålla insatser så att de boende antingen kan återgå till ordinärt boende eller på sikt få ett permanent särskilt boende. En betydelsefull och central del av insatserna för att uppnå detta är rehabilitering i form av specifika rehabiliteringsinsatser utförda av arbetsterapeut och fysioterapeut. Som det ser ut idag sker specifik rehabilitering på korttidsboende till stor del

genom insatser från Hemrehab medan utförare av korttidsboende endast i begränsad omfattning tillhandahåller detta. De rehabiliterande insatserna som utförarna tillhandahåller sker främst i form av vardagsrehabilitering, vilken är betydelsefull men den kan inte ersätta specifik rehabilitering utan ska snarare ses som ett komplement. I praktiken innebär det att patienter på korttidsboende, vilka inte faller inom ramen för Hemrehab's ansvarsområde, riskerar att sakna insatser i form av specifik rehabilitering i tillräcklig omfattning. MAR och Omsorgskontoret ser allvarligt på detta. Ett utvecklingsarbete är därför påbörjat gällande korttidsprocessen och som innefattar bland annat ovanstående.

När det gäller Hemrehab's resurser är de avsedda för rehabilitering i ordinärt boende och med anledning av detta är ett utvecklingsarbete påbörjat, vilket innebär att deras insatser på korttidsboenden kommer att avslutas.

Leanlinks resurser för rehabilitering i särskilt boende regleras i ett särskilt avtal vilket anger resurser för samtliga Leanlinks boenden. Då Hemrehab avslutar sina insatser på korttidsboenden innebär det att Leanlink saknar resurser för att utföra dessa insatser inom ramen för sitt avtal.

Det bör även ske en översyn av Leanlinks avtal avseende rehabilitering med målsättning att insatser för rehabilitering regleras i respektive verksamhetsuppdrag. Bedömningen är att det innebär behov av ytterligare resurser vilket bör beaktas i arbetet med budget 2019.

När det gäller andra boendeformer av särskilt boende än korttidsboende ska specifik rehabilitering utföras utefter patienternas behov och aktuell lagstiftning men där målsättningen kan vara annan än återgång till ordinärt boende.

### **10.3 Förskrivningsrätt för hjälpmedel**

Vi har i resultatet av enkäten funnit ett starkt stöd från utförarna att nuvarande modell där ansvaret för rehabiliteringsinsatser på särskilt boende särskiljs från förskrivning av personliga hjälpmedel bör förändras. Det understryker resultatet från den tidigare uppföljningen av rehabilitering.

Det är anmärkningsvärt att hjälpmedel i vissa fall blivit en lösning istället för rehabiliterande insatser. Bedömning av hjälpmedelsbehov och förskrivning av hjälpmedel ska vara en integrerad del i hälso- och sjukvårdens processer och inte en ersättning för detta. Innan eventuell hjälpmedelsförskrivning sker ska alltid behovet av andra behandlings- och rehabiliteringsinsatser som kan förbättra en individs funktions- och aktivitetsförmåga först övervägas. En sammanhållen process innebär fördelar för såväl patient, närstående som personal genom en kortare och mer patientsäker hantering med färre och enklare kontaktytor.

Tidiga insatser av specifik rehabilitering skulle kunna bromsa förväntade kostnadsökningar samt minska hjälpberoende/vårdtyngd, såväl i särskilt boende som i ordinärt boende. Med utgångspunkt av ovanstående föreslås att arbetsterapeuter och fysioterapeuter hos privata utförare beviljas förskrivningsrätt för hjälpmedel.

Vad gäller kompetens och utbildning av förskrivare finns möjlighet utan dröjsmål att anmäla dem till befintliga introduktionsutbildningar för förskrivare. Samtliga förskrivarutbildningar är med några få undantag kostnadsfria.

#### **10.4 Specifik rehabilitering**

När det gäller specifik rehabilitering för äldre personer utförd av arbetsterapeut och fysioterapeut så är evidensen stark för att dessa insatser kan leda till självständighet i vardagen samt en ökad livskvalitet.

Resultatet från enkäten visar, att flera utförare ser behov av mer insatser av specifik rehabilitering i syfte att arbeta mer preventivt för att skjuta upp eventuella hjälpmedelsbehov och bibehålla den enskildes funktionsförmåga men att rehabiliteringsinsatser främst sätts in konsultativt på inrådan från annan yrkeskategori. I resultatet från den tidigare rehabuppföljningen framkom att arbetsterapeut och fysioterapeut ofta kommer in för sent i processen för att de rehabiliterande insatserna ska få så stor effekt som möjligt. Det är angeläget att förutsättningar finns för specifika rehabiliterande insatser och att de sätts in på ett tidigt stadium.

Det är bekymmersamt att de specifika rehabiliteringsinsatserna fortfarande inte tycks komma patienterna till del i större utsträckning än tidigare varför det är betydelsefullt att ett fortsatt utvecklingsarbete sker hos respektive utförare.

Med anledning av ovanstående är det viktigt att samtliga som flyttar in på särskilt boende erbjuds bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut i syfte att identifiera eventuella behov av rehabilitering. Flera av utförarna erbjuder redan idag sådana bedömningar. För att möta detta behov ställs numera krav i förfrågningsunderlagen att samtliga som flyttar in på särskilt boende ska erbjudas bedömning av arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska.

När det gäller specifik rehabilitering i ordinärt boende visar resultatet att när det rör arbetsterapeutiska insatser i hemsjukvård innefattar de till största del bedömning och förskrivning av personliga hjälpmedel och bostadsanpassningar medan specifika rehabiliterande insatser är ytterst få. Om rehabiliterande insatser skulle ske i större utsträckning än vad som utförs idag skulle sannolikt en mindre andel hjälpmedel behöva förskrivas alternativt kunna skjutas på framtiden. På så sätt skulle patienternas funktionsförmåga och självständighet i större utsträckning kunna bibehållas. Sannolikt skulle även kostnaderna för personligt förskrivna hjälpmedel, hemtjänst- och assistanstimmar påverkas.

En övervägande del av patienterna erhåller endast ett hembesök av arbetsterapeut i hemsjukvård vilket kan innebära att uppföljning av förskrivning av hjälpmedel inte sker eller sker genom telefonkontakt. Det är av stor vikt att patienter erhåller uppföljning av förskrivet hjälpmedel samt får möjlighet att i tillräckligt stor omfattning får träna att använda hjälpmedlet.

För att ha förutsättningar att göra uppföljningar i tillräcklig omfattning och därigenom följa lagstiftning och möjlighet att möta framtidens utmaningar i form av mer preventiva och rehabiliterande insatser behövs personella satsningar.

För att möta framtidens behov och öka den enskildes förutsättningar att bo kvar i ordinärt boende skulle förebyggande insatser i form av erbjudande om hembesök av arbetsterapeut kunna ske till personer som ansöker om hemtjänst, larm eller andra insatser. Det skulle kunna innefatta en översyn av hemmiljön i syfte att identifiera eventuella träningsinsatser i hemmet, fallriskbedömning, hjälpmedelsbehov, bostadsanpassning etc. Denna typ av insatser sker i viss mån idag och är exempel på preventiva insatser vilka kan ha betydelse för såväl den enskildes funktionsförmåga och livskvalitet som för kommunens kostnader för hemtjänstinsatser etc.

Fler utvecklingsmöjligheter inom ramen för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar är rehabilitering i ordinärt boende i form av specifika fysioterapeutiska insatser för individer vilka är i behov av funktionshöjande insatser men som inte faller inom ramen för varken Hemrehab eller Trygghetsteamets uppdrag/ verksamhet. Denna typ av insatser skulle kunna ske i samverkan med arbetsterapeuter i hemsjukvård. Detta identifierade utvecklingsområde har presenterats vid tidigare budgetarbeten men ännu inte vunnit gehör.

För att i viss mån tillgodose rehabiliteringsbehov enligt ovan har Hemrehab sedan 2016 tillhandahållit fysioterapeutiska insatser i samverkan med patientansvarig arbetsterapeut i hemsjukvård. Exempel på insatser är förflyttningsärenden, bedömning av funktion, träningsprogram och instruktion/handledning av hemtjänstpersonal, personliga assistenter samt närstående.

## 10.5 Organisation

När det gäller Äldrenämndens satsning på projektet Trygghetsteamet är det under utvärdering men redan nu finns indikationer på att det är en väl fungerande insats varför det vore av värde att den utvecklas och permanentas i någon form.

En möjlig organisatorisk utveckling är att Trygghetsteamet, vilken är en egen enhet inom Leanlink, sammanförs med Kommunrehab där Leanlinks övriga rehabiliteringsverksamheter för ordinärt boende och särskilt boende är förlagda. En sådan utveckling skulle ligga i linje med de förslag vilka beskrivs i *Genomlysning av socialtjänsten Linköpings kommun oktober 2017* gällande bland annat helhetsansvar för styrning av verksamhetsgrenar samt ekonomistyrning. En sådan förändring skulle kunna möjliggöra att den enskilde får sina behov tillgodosedda ur ett helhetsperspektiv i större utsträckning än idag samt ökad möjlighet till likvärdig rehabilitering utefter individuella behov. Exempel på det är att insatser från kurator i Trygghetsteamet skulle kunna komma fler patienter till del inom hemsjukvårdens ansvarsområde. Det skulle även kunna bidra till ökad personalkontinuitet gentemot patienter, vilka kan utefter behov ”vandras” mellan olika rehabiliteringsenheter i vårdkedjan.

Vidare skulle det kunna ge samordningsvinster genom ett flexibelt samutnyttjande av personella resurser, gemensam hjälpmedelshantering och hjälpmedelsförråd. Ur ett medarbetarperspektiv skulle det kunna bidra till att skapa förutsättningar för ett ökat kunskapsutbyte kollegor emellan och samsyn kring begreppet rehabilitering.

En sådan organisatorisk utveckling skulle även kunna bidra till ett förtydligande av de olika rehabiliterande enheternas uppdrag inom Leanlink och därigenom bidra till att underlätta samverkan med andra aktörer exempelvis Region Östergötland.

## **10.6 Kompetensutveckling och styrdokument**

Uppföljningens resultat indikerar att det kan finnas ett behov av en utveckling av kommunikationsgemensamma styrdokument och utarbetande av uppdragsbeskrivningar för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, vilket skulle kunna bidra till ökade förutsättningar för en jämlik rehabilitering oavsett utförare och boendeform. Styrdokumentet kan definiera och tydliggöra vad rehabilitering i Linköpings kommun ska innefatta utöver vad som i övrigt styrs av lagar, författningar, nationella riktlinjer och vårdprocessprogram.

Generellt kan man anta att en liten utförare har större utmaning i att bevaka och tillhandahålla kompetensutveckling än en stor utförare. För att uppnå en mer livvärdig rehabilitering föreslås att viss del av kompetensutvecklingen initieras och tillhandahålls på uppdrag från Omsorgskontoret.

En generell utveckling i Sverige är att det börjar bli svårt att rekrytera och behålla legitimerad rehabiliteringspersonal. För att säkerställa detta är det viktigt att kommunen framstår som en attraktiv arbetsgivare som exempelvis erbjuder möjlighet till kompetensutveckling samt möjlighet till karriärutveckling.

När det gäller omsorgspersonal är det av stor betydelse att de har goda kunskaper om vardagsrehabilitering samt har förutsättningar att utföra den. Ett breddinförande av rehabiliteringsombud skulle kunna vara en möjlig åtgärd för att bidra till att uppnå detta. Resultatet av enkäten visar på utförare vilka har goda erfarenheter av och använder sig av funktionen rehabiliteringsombud.

## **11 Pågående utvecklingsarbeten**

Ett utvecklingsarbete är inlett i syfte att utreda möjligheten till att demensutredningar ska kunna utföras av de privata utförarnas arbetsterapeuter på deras respektive boenden.

Ett arbete har inletts gällande förändring av Hemrehab's uppdrag till att enbart innefatta rehabilitering i ordinärt boende till skillnad från idag då en stor andel av denna sker på korttidsboende oavsett utförare. Detta innebär att respektive utförare av korttidsboende i motsvarande grad tillgodoser patienternas behov av specifik rehabilitering.

Ett utvecklingsarbete pågår gällande översyn och utveckling av korttidsprocessen i syfte att arbeta fram en effektiv och tydlig process för vistelsen på korttidsplats. Målet är att korta tiden som den enskilde vistas på korttidsboende samt att frigöra platser. Utvecklingsarbetet sker genom samverkan mellan Omsorgskontoret, Socialkontoret, Vårdplaneringsteamet samt representation från utförare.



Utöver ovanstående pågår en översyn och utveckling av förfrågningsunderlag i syfte att anpassa kraven för utförare av korttidsboende utefter de förutsättningar som ställs på en sådan verksamhet. Exempel på detta är förstärkt tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut på korttidsboende för möjliggörande av intensiva specifika rehabiliteringsinsatser och därigenom ökade förutsättningar för en tidig återgång till ordinärt boende.

Inom ramen för MAR-uppdraget planerar MAR att fortsätta utveckla kommungemensamma styrdokument, upprättande av nätverk för området rehabilitering, upprättande av kommungemensamma uppdragsbeskrivningar för arbetsterapeut och fysioterapeut samt fortsatt arbete med upprättande av rutiner, riktlinjer mm.

Linköpings kommun har under hösten 2017 genom Hemrehab och Trygghetsteamets arbetsterapeuter och fysioterapeuter medverkat i en webbaserad enkätstudie gällande kommunal vardagsrehabilitering.

## 12 Referenslista

FSA & LSR (2011). *Ättestupa eller folkhälsomål – ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering*. Manifest framtaget av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, ([https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/\\_distrikt/sormland/attestupa\\_eller\\_folkhalsomal\\_111018.pdf](https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/_distrikt/sormland/attestupa_eller_folkhalsomal_111018.pdf)).

Littbrand, H. (2011). *Physical exercise for older people: focusing on people living in residential care facilities and people with dementia*. Umeå universitet, (<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:396463/FULLTEXT01.pdf>).

Murvall, G., Fritz, T. & Sjöberg, K. (2014). *Projekt 90+. Redovisning av ett styrketränningsprojekt för samhällets äldsta medborgare*. Sickla Hälsocenter, ([www.shcgym.se](http://www.shcgym.se)).

Zingmark, M. (2015). *Occupation-focused and occupationbased interventions for communitydwelling older people - Intervention effects in relation to facets of occupational engagement and cost effectiveness*. Umeå universitet, (<http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:789740/FULLTEXT01.pdf>).

ÄN 2015-258. Verksamhetsuppföljning rehabilitering på särskilt boende.

## 13 Exempel på tillämplig lagstiftning och föreskrifter

hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

lag (1993:584) om medicintekniska produkter

lag (2017:16) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

patientdatalagen (2008:355)

patientlagen (2014:821)

patientsäkerhetslagen (2010:659)

socialtjänstlagen (2001:453)

Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1)