



Utveckling rehabilitering



Diarienummer: ON 2017-242
Datum: 2018-02
Handläggare: Malin Visell
Organisation: KoU

Sammanfattning

Omsorgskontoret har fått i uppdrag av omsorgsnämnden att:

- Göra en översyn av rehabiliterings-/ habiliteringsinsatser inom omsorgsnämndens ansvarsområde.

Översynen har genomförts av en arbetsgrupp bestående av medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, planeringsledare samt att hjälpmedelskonsult varit adjungerad i arbetet. Med uppdraget som utgångspunkt har datainsamling skett genom omvärldsbevakning samt genom datainsamling inom området i Linköpings kommun. I rapporten beskrivs aktuell forskning inom området rehabilitering, nationell omvärldsbevakning, aktuell organisationsstruktur gällande rehabilitering/ habilitering i Linköpings kommun samt regelverk och organisation gällande hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning.

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

En sammantagen bedömning utifrån översynens resultat är att rehabilitering/ habilitering behöver lyftas fram som en betydelsefull del inom omsorgsnämndens ansvarsområde där utrymme ges till samtliga berörda professioner för en individcentrerad vård och omsorg.

Linköpings kommun ligger lågt jämfört med andra kommuner, såväl i landet, som i Östergötlands län, avseende antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut för rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning.

Vidare framgår ett behov av specifika rehabiliterande insatser sätts in på ett tidigt stadium för att de ska få så stor effekt som möjligt. Med anledning av det anser MAR att personer som flyttar in i särskilt boende bör erbjudas bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut vid inflyttning.

Med tanke på den demografiska utvecklingen så är det viktigt att möta framtiden för de aktuella målgrupperna med adekvata insatser såsom specifik rehabilitering, vilket det finns vetenskapligt stöd för. Oavsett när åldrandet inträder så drabbas målgrupperna av det naturliga åldrandet med tillhörande funktionsnedsättningar, vilka kan innebära behov av specifika rehabiliterande insatser tillhandahållna av arbetsterapeut och fysioterapeut.

Omsorgs och äldreförvaltningen har utarbetat ett nytt förfrågningsunderlag för rehabiliteringsinsatser och hjälpmedelsförskrivning vilket förtydligats för att möta vissa behov inom området. Ett fortsatt utvecklingsarbete rörande förfrågningsunderlag inom området rehabilitering kommer att ske.

Sammanfattningsvis innebär det att rehabilitering i Linköpings kommun är ett utvecklingsområde som behöver prioriteras i kommande budgetarbeten.

Innehåll

1	Inledning	6
2	Uppdrag	6
3	Definition av begrepp	6
3.1	Rehabilitering	6
3.2	Habilitering	7
3.3	Hjälpmedel, medicintekniska produkter, konsumentprodukter	7
3.4	Målgrupp LSS	7
3.5	Målgrupp socialpsykiatri	7
3.6	Målgrupp IFO Vuxen	8
4	Bakgrund	8
4.1	Lagstiftning, nationella riktlinjer och vårdprocessprogram	8
4.2	Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar	8
4.3	Delegering	9
5	Metod	10
6	Omvärldsbevakning	10
6.1	Sammanfattning av aktuell forskning och nationella riktlinjer	10
6.2	Sammanfattning av jämförelse mellan kommuner och landsting avseende rehabilitering	11
7	Resultat	12
7.1	Organisation gällande rehabilitering inom omsorgsnämndens ansvarsområde	12
7.2	Avtal	13
7.2.1	Gym Öppna dörrar	14
7.2.2	Reaktiva	14
7.2.3	Gruppträning LSS	14
7.3	Resultat av enkät	15
7.3.1	Resultat från området LSS	15
7.3.2	Resultat från området Socialpsykiatri och IFO-vuxen	16
7.4	Hjälpmedel och medicintekniska produkter	18
7.4.1	Hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning i Östergötland	18
7.4.2	Hjälpmedelsbehov relaterat till målgrupper och arbetssätt	18
7.4.3	Utveckling inom hjälpmedelsområdet	19
7.4.4	Hjälpmedelskostnader	19
7.4.5	Välfärdsteknologi och e-hälsa	19
8	Analys/Diskussion	20
8.1	Specifik rehabilitering	20
8.2	Vardagsrehabilitering	22
8.3	Avtal	22
8.4	Hjälpmedel/ medicintekniska produkter	22
8.5	Kompetensutveckling och styrdokument	23
8.6	Fysisk aktivitet och träning	23
9	Referenslista	25
10	Exempel på tillämplig lagstiftning och föreskrifter	26
11	Bilaga: Omvärldsbevakning	28
11.1	Aktuell forskning inom området och nationella riktlinjer	28
11.1.1	Fysisk aktivitet vid mental ohälsa	28
11.1.2	Fysisk aktivitet vid funktionsnedsättning	29

11.1.3 Rehabiliterande insatser vid några diagnoser inom målgruppen	29
11.1.4 Ryggmärgsbråck	30
11.1.5 Cerebral pares, CP	30
11.1.6 Åldrande vid olika typer av funktionsnedsättning	30
11.2 Jämförelse mellan kommuner och landsting avseende rehabilitering	31

1 Inledning

Sedan Ädelreformen 1992 har kommunerna hälso- och sjukvårdsansvar i särskilt boende och sedan 2014 även i ordinärt boende när det gäller hemsjukvård. I detta ansvar ingår området rehabilitering/ habilitering och hjälpmedelsförskrivning. Inom omsorgsnämndens ansvarsområde är rehabilitering- och habiliteringsinsatser upphandlade i konkurrens enligt Lagen om offentlig upphandling, LOU. MAR har tidigare genomfört en inledande översyn över området rehabilitering/habilitering inom omsorgsnämndens ansvarsområde. Utifrån denna identifierades behov av en fördjupad översyn av rehabilitering/habilitering i särskilt boende inom omsorgsnämndens ansvarsområde.

2 Uppdrag

Omsorgsnämnden beslutade 2017-05-21 att ge uppdrag till Omsorgskontoret:

- Att göra en översyn av rehabiliterings-/habiliteringsinsatser inom omsorgsnämndens ansvarsområde.

Syftet med uppdraget var att:

- Det skulle kunna ligga till grund för utformning av nya förfrågningsunderlag
- MAR sedan tidigare identifierat ett behov av en utökad översyn inom området rehabilitering
- Det i tidigare budgetarbeten äskats om utökade medel för rehabiliterande verksamhet.
- Det tillkommit flera verksamheter och därmed fler personer som omfattas av avtalet rehabiliterings-/ habiliteringsinsatser och hjälpmedelsförskrivning.

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 2007:10).

Inom området rehabilitering förekommer begrepp som specifik rehabilitering och vardagsrehabilitering. Den specifika rehabiliteringen utförs av arbetsterapeuter och fysioterapeuter enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Om

dessa arbetsuppgifter överläts till annan personal sker det genom delegering eller instruktion.

Vardagsrehabilitering är den term som vanligen används för att förtydliga undersköterskors och vårdbiträdens rehabiliterande förhållningssätt i fråga om arbetsuppgifter som ges inom ramen för allmän omvårdnad och då inom lagrummet för socialtjänstlagen (2001:453). Det utmärkande för vardagsrehabilitering är ett aktivt och salutogent förhållningssätt.

3.2 Habilitering

Socialstyrelsens definition av habilitering lyder: ”insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet” (SOSFS 2007:10).

3.3 Hjälpmedel, medicintekniska produkter, konsumentprodukter

Socialstyrelsens definition av hjälpmedel lyder: ”Ett hjälpmedel kan vara en medicinteknisk produkt eller konsumentprodukt. En medicinteknisk produkt är avsedd att användas i hälso- och sjukvårdsverksamhet eller av patienter. Det gäller inte konsumentprodukter, som säljs eller marknadsförs mot privatpersoner. Medicintekniska produkter och konsumentprodukter skiljer sig åt vad gäller kraven på kvalitet och säkerhet. Konsumentprodukter omfattas till exempel inte av SOSFS 2008:1. En patient kan få patientskadeersättning om en vårdskada uppstår på grund av ett fel hos eller vid felaktig användning av en medicinteknisk produkt, enligt bestämmelser i patientskadelagen. Den lagen gäller dock inte för konsumentprodukter. (SOSFS 2008:1), Lag (1993:584) om medicintekniska produkter.

3.4 Målgrupp LSS

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) omfattar följande tre personkretsar:

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom,
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

3.5 Målgrupp socialpsykiatri

Målgruppen inom socialpsykiatri innefattar i denna rapport vuxna personer med psykisk/ och eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller sjukdom

och som har bostad med särskild service. Fysiska funktionshinder och psykosociala svårigheter kan förekomma.

3.6 Målgrupp IFO Vuxen

Målgruppen individ och familjeomsorg- vuxen, IFO-vuxen, innefattar i denna rapport personer med missbruk och beroende och som har bostad med särskild service eller stödbostad. Inom målgruppen innefattas även personer som har behov av mer omfattande stöd, vård och omsorg. Det förekommer också fysiska och psykiska/ och eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

4 Bakgrund

Inom omsorgsnämndens ansvarsområde har MAR tidigare genomfört en mindre inledande översyn av rehabilitering/ habilitering där ett behov av en fördjupad översyn identifierades.

Samtidigt som denna översyn utförts har även en översyn pågått parallellt inom äldrenämndens ansvarsområde gällande området rehabilitering (Dnr. ÄN 2017-417). Dessa två sammantagna kan bidra till att skapa förutsättningar för en helhetsbild över området rehabilitering i Linköpings kommun samt möjliggöra utveckling för att möta framtidens behov och utmaningar.

Inom äldrenämndens ansvarsområde har MAR och äldreombudsman tidigare genomfört en verksamhetsuppföljning inom området rehabilitering (Dnr. ÄN 2015-258). En sammantagen bedömning utifrån uppföljningen var att det fanns brister i efterlevnad till aktuell lagstiftning, nationella riktlinjer och vårdprocessprogram. Bristande tillgång till rehabilitering indikerade att det inte var möjligt att leva upp till kommunens hälso- och sjukvårdsansvar och ingångna avtal gällande området rehabilitering.

4.1 Lagstiftning, nationella riktlinjer och vårdprocessprogram

Ett flertal lagar och föreskrifter styr området rehabilitering och tillsammans med Socialstyrelsens nationella riktlinjer¹ och regionala vårdprocessprogram² ska kommunens erbjudande om rehabilitering utformas.

4.2 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar

Kommunen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen inom kommunens särskilda boenden och sedan januari 2014 även i ordinärt boende. Kommunens ansvar omfattar inte läkarinsatser

¹ Mer information om Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns på:
<https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>.

² Mer information om regionala vårdprocessprogram finns på:
<http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Riktlinjer/Vardprocess--och-wardprogram/>.

och inte heller specialiserad vård, vilket är Region Östergötlands ansvar. Kraven som ställs i lagstiftningen utgör grunden för den sjukvård som kommunen ska bedriva.

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. Samtliga patienter som har behov av rehabilitering ska erbjudas detta av verksamheten. Rehabiliteringen ska föregås av en arbetsterapeutisk och/eller fysioterapeutisk bedömning där problem identifieras, mål formuleras samt planering av åtgärder och uppföljning.

4.3 Delegering

Delegering innebär att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal, och är formellt kompetent för en hälso- och sjukvårdsinsats, överlåter en uppgift till en person som saknar formell kompetens men innehar reell kompetens.

Delegering kan endast ske om det är förenligt med god och säker vård.

Delegering får inte användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) beslutar om vilka uppgifter som kan delegeras inom MAS/MAR ansvarsområde. Exempel på specifik tidsbegränsad träning/behandling som kan ges som delegering är TENS- behandling, splint-behandling, träning på tippbräda samt kontrakturprofylax.

Inom området LSS utförs delegering oftare än inom äldreomsorg och IFO/socialpsykiatri med anledning av att många insatser är komplexa och behöver utföras dagligen eller många gånger per vecka.

I enlighet med omsorgsnämndens kvalitetsuppföljningsplan för 2017 genomförde Kvalitets- och utvärderingskontoret en övergripande uppföljning i form av en granskning av delegeringar utfärdade av sjuksköterska och av fysioterapeut (ON 2017-388). Delegeringar utfärdade av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut har inte granskats tidigare. Syftet med uppföljningen var att säkerställa att Socialstyrelsens föreskrift samt kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer gällande delegeringar följs.

Resultatet av uppföljningen visade på brister avseende delegeringar utfärdade av fysioterapeut. Det framkom att patientansvarig fysioterapeut har ett medicinskt ansvar för ett stort antal patienter samt för att utföra delegeringar och/ eller instruktioner till ett stort antal omsorgspersonal. Vidare framkom att patientansvarig fysioterapeut prioriterat det patientnära arbetet framför delegeringsförfarandet. I rapporten konstaterades även att beställningsvolymen av arbetsterapeut och fysioterapeut är fastslagen vilket i praktiken innebär en övre gräns för personaltätheten för dessa yrkeskategorier.

I uppföljningen gjorde MAS/MAR bedömningen att det var tveksamt om fysioterapeut som omfattats av uppföljningen hade förutsättningar att följa

Socialstyrelsens föreskrift och kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer gällande delegeringar och samtidigt fullgöra övriga ålagda arbetsuppgifter.

5 Metod

En arbetsgrupp bildades under 2017 bestående av MAR och planeringsledare samt hjälpmedelskonsult som varit adjungerad i arbetet. Med uppdraget som utgångspunkt inleddes en kartläggning gällande rehabilitering/ habilitering i särskilt boende inom omsorgsnämndens ansvarsområde.

Datansamling har skett genom omvärldsbevakning av litteratur, aktuell forskning, mailkontakter i MAR-nätverk och studiebesök, kontakter med hjälpmedelskonsult samt utifrån uppföljning utförd av Kvalitets- och utvärderingskontoret.

Utöver det har datansamling skett genom enkäter till samtliga utförare av särskilt boende inom omsorgsnämndens ansvarsområde samt utförare av rehabilitering/hjälpmedelsförskrivning. Syftet med enkäten var att få en helhetsbild över rehabiliteringsområdet i särskilt boende.

6 Omvärldsbevakning

6.1 Sammanfattning av aktuell forskning och nationella riktlinjer

Nationella riktlinjer finns framtagna för många sjukdomstillstånd och diagnoser, när det gäller området LSS och IFO/socialpsykiatri så finns de om än i begränsad omfattning.

När det gäller depression och ångest framgår det att är det betydelsefullt med ett utbud av flera effektiva behandlingsmetoder och avgörande för behandlingsresultatet är att de utgår från patientens individuella behov och önskemål samt tidiga insatser. (Socialstyrelsen 2017b). Vidare visar forskning att fysisk träning reducerar symptom av stress i samma omfattning som KBT vid lindrig och måttlig depression (FYSS, kapitel depression 2017).

Personer med psykisk sjukdom har ofta en samsjuklighet med fysisk sjukdom såsom hjärt-kärlsjukdom och diabetes. (FYSS 2017).

När det gäller fysisk aktivitet vid mental ohälsa finns det stark evidens för att regelbunden fysisk aktivitet är förenad med lägre risk att drabbas av detta. (FYSS, kapitel depression 2017).

Forskning om fysisk aktivitet vid funktionsnedsättning visar att personer med funktionsnedsättning har en ökad risk för ohälsa och sjukdomar jämfört med den övriga befolkningen. Det konstateras även att fysisk aktivitet leder till positiva hälsoeffekter för målgruppen. (Bergström & Hagströmer 2010).

När det gäller målgruppen personer med utvecklingsstörning framkommer att det finns en övertygande evidens om att ohälsosamma kost- och motionsvanor förekommer i högre utsträckning hos målgruppen jämfört med befolkningen i stort. (Flygare Wallén 2014).

Forskning visar att det är viktigt att personer med ryggmärgsbråck har regelbundna kontakter med arbetsterapeut och fysioterapeut för att tillgodose behovet av habilitering/ rehabilitering och hjälpmedel (Tuominen 2017). En ryggmärgsskada medför ofta funktionsnedsättningar, vilket innebär att den fysiska reservkapaciteten och motståndskraften mot åldersrelaterade förändringar minskar. Vidare har stigande ålder ett starkt samband med ökat hjälpbehov i vardagliga aktiviteter. (Tuominen 2017).

Även när det gäller målgruppen personer med cerebral pares, CP, visar forskning att de är i behov av multiprofessionella team i syfte att tillgodose behov av hälso- och sjukvård och habilitering/ rehabilitering. (Tuominen 2015).

När det gäller åldrande vid olika typer av funktionsnedsättning så finns uppgifter om att medellivslängden ökar. Exempel på det är personer med intellektuella funktionsnedsättningar där den numera följer samma utveckling som för befolkningen i stort. (SOU 2017:21). Även i målgruppen personer med ryggmärgsskada ökar andelen som åldras även om medellivslängden fortfarande är något kortare än hos befolkningen i övrigt. Hos denna målgrupp är hjärt-kärlsjukdom, diabetes och övervikt, vanligare än bland befolkningen i stort varför förebyggande insatser såsom fysisk aktivitet och specifik rehabilitering är viktiga insatser. (Jørgensen 2017).

När det gäller medellivslängd vid psykisk funktionsnedsättning och beroendesyndrom visar forskning att medellivslängden är kortare jämfört med befolkningen i övrigt (Flyckt & Lundin 2015; Wahlbeck 2012).

Mer utförlig redovisning av aktuell forskning och nationella riktlinjer se bilaga.

6.2 Sammanfattning av jämförelse mellan kommuner och landsting avseende rehabilitering

Region Örebro län har under 2017 genomfört en översyn gällande gränssnitt inom området rehabilitering vilket berör yrkesgrupperna arbetsterapeut och fysioterapeut. 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. Uppgifterna om antal årsarbetare i kommunerna omfattar alltså även äldreomsorgen. Resultatet av detta redovisas i diagram 1 nedan.

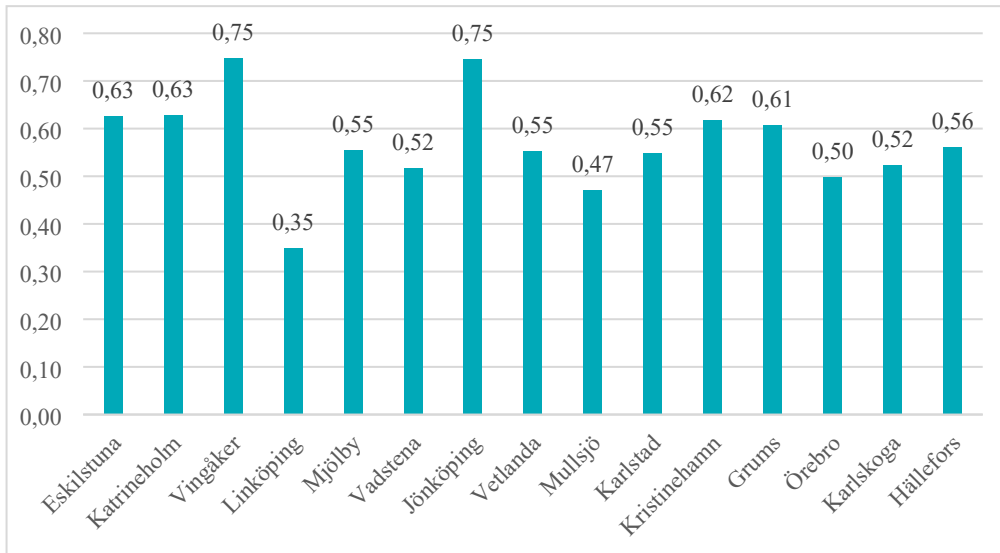


Diagram 1. Antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut verksamma inom kommunal vård och omsorg/ 1000 invånare.

Mer utförlig redovisning av jämförelse mellan kommuner och landsting avseende rehabilitering se bilaga.

7 Resultat

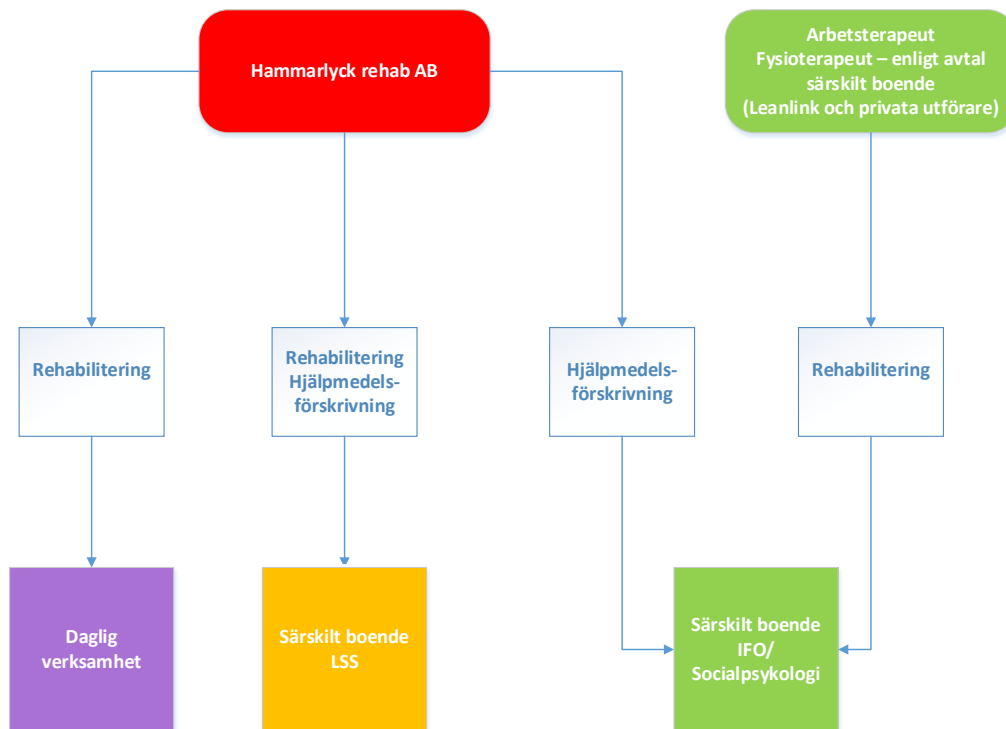
7.1 Organisation gällande rehabilitering inom omsorgsnämndens ansvarsområde

Omsorgsnämnden upphandlade 2011 verksamhet för rehabiliteringsinsatser och förskrivning av personliga hjälpmedel. I uppdraget ingår legitimerad personal inom professionerna arbetsterapeut-, fysioterapeut- och logoped.

Rehabiliteringsinsatserna riktar sig till personer som tillhör LSS-personkrets och bor i bostad med särskild service och/eller deltar i daglig verksamhet.

Förskrivning av personliga hjälpmedel innefattar såväl personer som tillhör LSS-personkrets och bor i bostad med särskild service som personer med psykisk funktionsnedsättning och som bor i särskilt boende. Insatserna ges i samtliga verksamheter, oavsett utförare.

Inom Socialpsykiatri och individ och familjeomsorgen har utföraren som bedriver bostäder med särskild service ansvaret för att tillgodose behovet av rehabilitering medan upphandlad utförare av rehabilitering ansvarar för hjälpmedelsförskrivning för personer boende i särskilt boende.



Figur 1. Illustrerar organisation för rehabilitering inom omsorgsnämndens ansvarsområde.

7.2 Avtal

Avtalet gällande rehabiliterings-/habiliteringsinsatser och hjälpmedelsförskrivning finns sedan 2011-01-09 och löper ut 2019-01-31. Det omfattar 4 400 timmar/ år gällande arbetsterapeut-, fysioterapeut- och logopedinsatser. Utföraren har fördelat resurserna enligt följande: 1.6 årsarbetare arbetsterapeut, 1.4 årsarbetare fysioterapeut samt 0.5 årsarbetare logoped.

Det geografiska ansvarsområdet för rehabiliterings- och hjälpmedelsinsatser inom LSS och socialpsykiatri omfattar alla särskilda boenden inom Linköpings kommun som sträcker sig från Ulrika samhälle i de södra delarna till de norra delarna i Lingham och Ljungsbro. Inom LSS-området är gruppboendena ofta små och innefattar 5-6 platser per särskilt boende.

Inom serviceboende LSS och särskilt boende inom socialpsykiatri och IFO är enheterna större och omfattar cirka 10-20 platser per enhet.

Avtalets omfattning gällande rehabiliteringsinsatser

Verksamhet	Platser	Enheter
Boende LSS	440	59
Daglig verksamhet	600	36

Tabell 1.

Avtalets omfattning gällande hjälpmedelsförskrivning

Verksamhet	Platser	Enheter
Boende LSS	440	59
Boende IFO/Socialpsykiatri	250	24

Tabell 2.

Inom socialpsykiatri och IFO ska rehabilitering och habilitering erbjudas inom ramen för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i bostad med särskild service och inom särskilda boendeformer. Detta innebär att utföraren ska tillse att patienten har tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut utefter behov. Insatserna ska inriktas på att rehabilitera, bibehålla och förebygga försämring av psykiska, kognitiva och fysiska funktioner i syfte att uppnå goda levnadsvillkor och delaktighet i samhället. Utifrån enkätsvaren framkommer att den kommunala utföraren Leanlink har 3 årsarbetare arbetsterapeut anställda. De privata utförarna uppger att de köper rehabiliteringsinsatser vid behov.

Inom omsorgsnämndens ansvarsområde finns även nedanstående verksamheter med inriktning mot rehabilitering och fysisk aktivitet:

7.2.1 Gym Öppna dörrar

Gym öppna dörrar är ett samarbetsavtal med Funktionsrätt Östergötland och Friskis och Svettis som syftar till att stimulera träning och friskvård för personer med funktionsnedsättning. Verksamheten erbjuder gymträning ledd av fysioterapeut eller instruktör vid 3 tillfällen per vecka. Lokalen är tillgänglig för personer med nedsättning av rörelseförmåga och utrustad med vissa speciella träningsredskap.

7.2.2 Reaktiva

Reaktiva är en öppen rehabiliteringsverksamhet som vänder sig till personer i åldern 18-65 år med någon form av fysisk, neurologisk eller kognitiv funktionsnedsättning och som inte har arbete eller sysselsättning. Träningen ges i grupp och individuellt för att skapa förutsättningar för förbättrad förmåga att klara sin vardag. Professioner som är verksamma på Reaktiva är 2,25 årsarbetare arbetsterapeut och 1,0 årsarbetare vuxenpedagog.

7.2.3 Gruppträning LSS

Utförare av upphandlade insatser för rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning erbjuder gruppträning i bassäng och gym under ledning av fysioterapeut vid två tillfällen per vecka för personer med LSS-beslut.

7.3 Resultat av enkät

För att få en helhetsbild över området rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning inom omsorgsnämndens ansvarsområde har uppgifter samlats in från både utförare av rehabilitering och utförare av bostad med särskild service. Frågeområden som har berörts i enkäten: är upplevelsen av hur insatser och utförandet av rehabilitering och hjälpmedelsinsatser fungerar idag samt tankar kring organisering och utförande. Svaren har sedan sammanfattats och redovisas nedan under rubrik resultat från området LSS samt resultat från området Socialpsykiatri och IFO-vuxen.

7.3.1 Resultat från området LSS

1. Bakgrundsinformation vilken innefattar organisation och verksamhetsutveckling.

Flera utförare uppger att de saknar en egen funktion som arbetar med organisation och verksamhetsutveckling gällande rehabilitering. Skäl som angetts är att dessa insatser tillhandahålles genom upphandlad enhet för rehabilitering. Den upphandlade rehabiliteringsverksamheten arbetar fortlöpande med utvecklingsfrågor och finns till hands för alla utförare av bostad med särskild service med utarbetande av effektiva rutiner avseende rehabiliterande åtgärder. Utförare av bostad med särskild service har oftast kvalitetsutvecklare som arbetar med utveckling av verksamheten men inte specifikt med området rehabilitering.

2. Specifika rehabiliteringsinsatser som utförs av arbetsterapeut och fysioterapeut.

Specifika rehabiliteringsinsatser utförs av arbetsterapeut/fysioterapeut eller logoped. Oftast tillkallas ovanstående professioner av omsorgspersonal på boendet vilka uppmärksammat ett behov av antingen rehabilitering, hjälpmedel eller både och. Utförare av rehabilitering framför att detta skulle kunna innebära en risk eftersom det ställer krav på att personal hos utförare av bostad med särskild service har kunskap om vilka insatser som rehabiliteringsutföraren kan erbjuda. Utföraren av rehabiliteringsinsatser framför ett behov av utökade resurser för att möjliggöra preventivt arbete gentemot målgruppen genom såväl specifika rehabiliteringsinsatser som hälsofrämjande insatser.

Utförare av bostad med särskild service framhåller att det är viktigt att de boende får sina behov av rehabilitering tillgodosedda av legitimerad rehabiliteringspersonal. De upplever att insatserna i form av specifika rehabiliteringsinsatser skulle kunna utföras i större omfattning. Flera av utförarna av bostad med särskild service framför i sina svar att de ser ett behov av en utökning av rehabiliteringsresurserna inom Omsorgsnämndens ansvarsområde då det ibland kan vara väntetid främst gällande logopedinsatser.

3. Vardagsrehabilitering som utförs av omsorgspersonal efter instruktion av arbetsterapeut/fysioterapeut

Utföraren av rehabilitering verkar för att flera av rehabiliteringsinsatserna ska vara genomförbara för omsorgspersonal i det dagliga arbetet i form av vardagsrehabilitering. Det som bedöms vara specifik rehabilitering utförs dock alltid av arbetsterapeut/fysioterapeut eller logoped. Viss del av dessa insatser kan delegeras till omsorgspersonal som får muntlig och skriftlig information/instruktion enligt rutin för delegering.

Det framkommer att det finns behov av att omsorgspersonalen får ökad kunskap inom området rehabilitering för att kunna säkerställa rehabiliteringsinsatser utifrån bedömning gjord av rehabiliteringspersonal. Utförare av bostad med särskild service ser också detta som viktiga insatser men att det ibland är svårt att få tid att utföra dessa eftersom patienter/ brukare har fler behov som måste tillgodoses varför vardagsrehabilitering ibland nedprioriteras.

4. Teamarbete/Samverkan

Den upphandlade rehabiliteringsverksamheten har samarbete med flera av utförarna av bostad med särskild service rörande rehabiliteringsfrågor och enskilda patienter. De har även ett uppbyggt samarbete med sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter i verksamheter inom Region Östergötland.

Det framkommer att samverkan upplevs fungera väl mellan utförare av rehabilitering och utförare av bostad med särskild service men att utförare av bostad med särskild service önskar ett utökat deltagande från utföraren av rehabilitering avseende teamkonferenser.

5. Hjälpmedelsförskrivning

Utförare av bostad med särskild service anser att det är viktigt att de får stöd och hjälp av legitimerad personal med kunskap om hjälpmedel samt att de får inspiration för hur patienter/ brukare kan motiveras till att använda sina hjälpmedel. Utförare av rehabilitering framhåller ett behov av utökning av resurser för att skapa ökade förutsättningar för uppföljning av förskrivna hjälpmedel samt att patienter i tillräcklig omfattning får möjlighet att träna att använda hjälpmedlen. I dagsläget faller en stor del av det pedagogiska arbetet med att motivera och att använda hjälpmedlen på omsorgspersonalen eftersom resurserna för specifik rehabilitering inte räcker till för detta.

7.3.2 Resultat från området Socialpsykiatri och IFO-vuxen

1. Bakgrundsinformation vilken innefattar organisation, verksamhetsutveckling.

Inom området Socialpsykiatri och IFO-vuxen ansvarar varje utförare av bostad med särskild service för den rehabilitering som krävs medan

Utveckling rehabilitering

hjälpmedelsförskrivningen tillhandahålles genom den upphandlade rehabiliteringsverksamheten. Den kommunala utföraren av boende inom IFO och Socialpsykiatrin har arbetsterapeuter anställda vid några av sina boenden. Övriga insatser gällande rehabilitering köps in vid behov. Övriga utförare av boende tillser behovet av rehabilitering genom att köpa tjänsten av underleverantör. Flera av utförarna köper insatser av rehabilitering av den upphandlade verksamheten för förskrivning av hjälpmedel. I resultatet framgår inte i vilken utsträckning det sker. Utförare av bostad med särskild service har ofta kvalitetsutvecklare som arbetar med utveckling av verksamheten dock inte specifikt med frågor inom området rehabilitering.

2. Specifika rehabiliteringsinsatser som utförs av arbetsterapeut och fysioterapeut.

Specifika fysiska rehabiliteringsinsatser utförs i begränsad omfattning, däremot kan viss kognitiv träning ske utförd av legitimerad personal. Insatser utförda av arbetsterapeut, fysioterapeut och logoped rör främst utprovning av hjälpmedel eller bostadsanpassning. När det gäller instruktion/ handledning till omsorgspersonal har denna tillhandahållits av rehabiliteringspersonal antingen från Region Östergötland eller också har utföraren av boendet köpt in tjänst från underleverantör.

En av utförarna av bostad med särskild service framhåller att många av individerna inom målgruppen är i behov av alltmer rehabiliteringsinsatser i takt med att de blir äldre och drabbas av åldersrelaterade åkommor som kräver mer insatser av rehabilitering.

3. Vardagsrehabilitering som utförs av omsorgspersonal efter instruktion av arbetsterapeut/fysioterapeut

Det råder viss oklarhet rörande begreppet vardagsrehabilitering eftersom flera utförare främst benämnt specifik rehab efter sjukdom/skada. Utförare av hjälpmedelsförskrivning ser att det ibland är svårt för omsorgspersonal att få tid för att utföra vardagsrehabilitering. Behov finns av att ge omsorgspersonalen mer kunskap inom området rehabilitering.

4. Teamarbete/Samverkan

Ingen av utförarna av boende har uppgett att det finns utarbetade forum för teamarbete/ samverkan men att kontakt och samverkan fungerar bra när en kontakt väl har upprättats.

5. Hjälpmedelsförskrivning

Utförare av bostad med särskild service framhåller att kontakten med utförare av hjälpmedelsförskrivning fungerar bra och att det är enkelt att komma i kontakt. Det förekommer inte några långa väntetider och när det gäller

Utveckling rehabilitering

informationsöverföring till patient och personal gällande hjälpmedelsärenden så fungerar det bra.

Mindre utförare uppger att arbetssättet med upphandlad hjälpmedelsförskrivning är bra och de uppger att det skulle vara svårt att upprätthålla den kompetensen själva.

7.4 Hjälpmedel och medicintekniska produkter

7.4.1 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.

I Östergötland finns ett länsgemensamt regelverk för hjälpmedelsförsörjning vars syfte är att säkerställa en god och jämlik hjälpmedelsförsörjning över länet. Det finns även en länsgemensam organisation för hjälpmedel vilken bland annat består av ett länsgemensamt hjälpmedelsråd och ett länsbrukarråd.

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, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, med beviljad förskrivningsrätt.

7.4.2 Hjälpmedelsbehov relaterat till målgrupper och arbetssätt

Åtskilliga personer inom målgruppen LSS har omfattande hjälpmedelsbehov, inom flera områden såsom sittande, förflyttning, hygien, kommunikation och kognition. Vad gäller hjälpmedelsbehoven är produkterna som förskrivs ofta komplexa och kräver inte sällan även insatser i form av utprovning/rådgivning hos hjälpmedelsleverantören.

I bedömnings- och förskrivningsprocessen behöver ofta omsorgspersonal, personliga assistenter och i förekommande fall anhöriga involveras. Olika och ibland motstridiga önskemål kring vilka problem och insatser som skall prioriteras förekommer utifrån olika perspektiv i omgivningen.

Omsorgspersonal framhåller ofta behov av en bra och ergonomisk arbetsmiljö medan arbetsterapeuter och fysioterapeuter önskar bibehålla individens funktion och självständighet inom olika aktivitetsområden såsom personlig vård och förflyttning. Denna typ av intressekonflikter ställer särskilda krav på rehab-personalens förmåga och kunskap att hantera sådana situationer.

7.4.3 Utveckling inom hjälpmedelsområdet

Under de senaste åren har området kognition varit i fokus när det gäller utveckling. Det kan handla om hjälpmedel för behov av att skapa struktur i vardagen, tidsuppfattning och liknande. Exempel på hjälpmedel som förskrivs är olika kalendrar (hög- o lågteknologiska), bildstöd, tidshjälpmedel samt förskrivningsbara applikationer till mobiltelefon. Liksom inom alla hjälpmedelsområden är vissa hjälpmedel ett egenansvar att vid behov införskaffa och bekosta. Detta ställer särskilda krav för legitimerad rehabpersonal att upprätthålla kompetens även för produkter som inte ingår i det förskrivningsbara sortimentet. Förskrivare har ansvar för att även kunna ge råd/ information om egenansvarsprodukter. Inom området kognition kan det handla om kostnadsfria ”appar” framtagna för dessa behov.

När personer utreds för kognitiva funktionsnedsättningar i form av ADHD, Asperger och liknande neuropsykiatriska diagnoser identifierar man i samband med detta ofta även ett hjälpmedelsbehov. Något som efterfrågas i stor utsträckning av såväl patienter som behandlande läkare är tyngdtäcken av olika typer (t ex boll- och kedjetäcken). Syftet med dessa är att minska sömnstörningar, samt eventuell medicinering för dessa. Ett behovsområde som ingår i sjukvårdshuvudmännens ansvar sedan 2009.

7.4.4 Hjälpmedelskostnader

Kostnaderna för personligt förskrivna hjälpmedel för personer i särskilt boende LSS samt särskilt boende för personer med funktionsnedsättning SoL är ca 230 tkr/ månad, vilket utgör ungefär tio procent av totalkostnaden för samtliga boendeformer (såväl ordinärt boende som särskilt boende).

Hjälpmedelskostnad/ person och månad skiljer sig däremot betydligt åt i jämförelse med personer i ordinärt boende och äldreomsorg.

Boendeform	Hjmkostnad per pers/boendeform/månad
Ordinärt boende	9 kr/ person
SÄBO Äldreomsorg	275 kr/person
SÄBO LSS	330 kr/person

Tabell 3.

7.4.5 Valfärdsteknologi och e-hälsa

Utöver det traditionella området medicintekniska produkter/hjälpmedel sker parallellt även utveckling inom området valfärdsteknologi och e-hälsa, vilket innebär digital teknik i syfte att utveckla och förbättra arbetssätt och metoder inom hälso- och sjukvården samt den sociala sektorn. För omsorgsnämndens område skulle det kunna röra sig om digitala GPS-larm och tillsyn nattetid genom kamera. Dessa tekniska lösningar klassas inte som medicintekniska produkter/ hjälpmedel.

8 Analys/Diskussion

Med tanke på den kommande demografiska utvecklingen med ett "ökat antal äldre" inom målgrupperna för LSS så är det viktigt att möta framtiden med adekvata insatser såsom specifik rehabilitering, vilket det finns vetenskapligt stöd för. Forskning visar att medellivslängden för målgrupperna inom LSS och ökar. Detta innebär att insatser i form av specifik habilitering/rehabilitering kan komma behöva tillhandahållas utifrån två perspektiv. Dels utifrån individens medfödda/ förvärvade funktionshinder samt utifrån individens funktionsnedsättning relaterat till det naturliga åldrandet. När det gäller målgrupperna för socialpsykiatri och IFO visar forskning att medellivslängden kan vara lägre än för befolkningen i övrigt. Oavsett när åldrandet inträder så drabbas även dessa målgrupper av det naturliga åldrandet med tillhörande funktionsnedsättningar, vilka kan innebära behov av specifika rehabiliterande insatser tillhandahållna av arbetsterapeut och fysioterapeut.

Linköpings kommun ligger lågt jämfört med andra kommuner, såväl i landet som i Östergötlands län, avseende antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut för rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning (diagram 1). Det kan vara förenat med vissa svårigheter att göra jämförelser kommuner emellan då faktorer såsom organisering, uppdrag, geografi 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 prioriteras i kommande budgetarbete.

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

Området rehabilitering/ habilitering behöver lyftas fram som en betydelsefull del inom omsorgsnämndens ansvarsområde där utrymme ges till samtliga berörda professioner för en individcentrerad vård och omsorg.

8.1 Specifik rehabilitering

När det gäller evidens för specifik rehabilitering utförd av arbetsterapeut och fysioterapeut vid olika typer av funktionsnedsättning så finns den i varierande grad. När det gäller specifik rehabilitering för äldre personer däremot så är evidensen stark för att dessa insatser kan leda till självständighet i vardagen samt en ökad livskvalitet. Att det råder viss skillnad avseende evidensläget för rehabilitering skulle kunna förklaras av att området är mer beforskat gällande målgruppen äldre jämfört med några av målgrupperna inom funktionshinderområdet.

I resultatet av enkätundersökningen framgår att arbetsterapeut och fysioterapeut oftast tillkallas efter påkallande från omsorgspersonal. Detta framförs som en möjlig risk eftersom det ställer stora krav på att omsorgspersonal har god kunskap inom området rehabilitering. Vidare framgår att det periodvis är lång väntetid för bedömning av arbetsterapeut, fysioterapeut

och logoped samt för utprovning/ förskrivning av hjälpmedel. Detta kan jämföras med det resultat som framkom i en uppföljning av rehabilitering inom äldrenämndens ansvarsområde (Dnr. ÄN 2015-258), där det framgick 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.

Med anledning av ovanstående anser MAR att personer som flyttar in i särskilt boende bör erbjudas bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut i tidigt skede. Dessa bedömningar syftar till att identifiera behov av såväl rehabiliterande/ habiliterande som förebyggande insatser och skulle ge möjlighet att sätta in adekvata åtgärder i ett tidigt skede.

I Kvalitetskontorets uppföljning av delegeringar (Dnr. ÄN2017: 388) framkom brister avseende delegeringar utfärdade av fysioterapeut samt att fysioterapeut har ansvar för ett stort antal patienter. Utifrån resultatet av uppföljningen gjorde MAS/MAR bedömningen att det var tveksamt om fysioterapeut som omfattats av uppföljningen hade förutsättningar att följa Socialstyrelsens föreskrift och kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer gällande delegeringar och samtidigt fullgöra övriga ålagda arbetsuppgifter. I rapporten konstaterades även att beställningsvolymen av arbetsterapeut, fysioterapeut och logoped är fastslagen vilket i praktiken innebär en övre gräns för personaltätheten för dessa yrkeskategorier. MAR ser allvarligt på detta på då det kan medföra att behov av specifika rehabiliteringsinsatser inte tillgodoses. Det kan även innebära en risk för att patienter inte erhåller en jämlik och patientsäker rehabilitering/ habilitering oavsett boendeform och utförare.

Genomgående är vårt intryck att rehabiliteringspersonalen som omfattas av översynen är kunniga, mycket engagerade och gör ett gott arbete utefter de förutsättningar de har och att det många gånger överbryggat organisatoriska gränser och svårigheter.

I resultatet framgår att flera utförare av bostad med särskild service 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. Detta kan vara ytterligare en indikation på att arbetsterapeut och fysioterapeut inte har förutsättningar att inom ramen för avtalet/ avtalen tillgodose behoven av specifik rehabilitering enligt gällande lagstiftning och kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.

För säkerställande av ovanstående behov gör MAR bedömningen att det är av stor betydelse att personella resurser i form av arbetsterapeut och fysioterapeut beaktas i kommande budgetarbeten.

8.2 Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering är en betydelsefull del i det dagliga omsorgsarbetet och utförs av omsorgspersonal utifrån instruktion av arbetsterapeut och fysioterapeut. Den kan dock inte ersätta behovet av specifik rehabilitering. Av resultatet framgår ett behov av ökad kunskap bland omsorgspersonal rörande området rehabilitering.

För att möta detta behov finns i det nya förfrågningsunderlaget för rehabiliteringsinsatser utvärderingskriterier där utbildningsinsatser till personal är ett. Detta förtydligande/ tillägg kan bidra till ökade förutsättningar för att kunskap om vardagsrehabilitering säkerställs i verksamheterna. I det nya förfrågningsunderlaget finns även ett utvärderingskriterium avseende webb-baserat material. Syftet med detta är att omsorgspersonal via webb på ett enkelt sätt ska kunna ta del av utbildningsmaterial och få möjlighet till omvärldsbevakning inom området rehabilitering relaterat till berörda målgrupper.

8.3 Avtal

När det gäller avtalet för rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning så har omsorgsnämnden 2018 tillfört resurser. En anledning till detta är att antalet verksamheter och individer som omfattas av avtalet har ökat under avtalsperioden. MAR gör dock bedömningen att det fortfarande saknas förutsättningar för att tillgodose behoven av rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning utifrån uppdragets omfattning relaterat till aktuell lagstiftning, nationella riktlinjer.

För att möta tidiga insatser av rehabiliteringspersonal ser MAR ett behov av att det i framtida förfrågningsunderlag ställs krav på att samtliga som flyttar in på särskilt boende ska erbjudas bedömning av arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska.

8.4 Hjälpmedel/ medicintekniska produkter

Personer inom målgruppen LSS har olika behov av rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel. Olika typer av fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar kan innebära svårigheter att använda standardprodukter varför en stor andel av hjälpmedlen behöver specialanpassas. Detta medför att förskrivningsprocessen av hjälpmedlet kan vara tidskrävande och det finns behov av samverkan med många inblandade parter exempelvis Region Östergötland, Sodexo hjälpmedelscentrum, anhöriga samt personal. Med anledning av att funktionshindren ofta är bestående ställs även stora krav på uppföljning under lång tid. Utifrån avtalets omfattning relaterat till personella resurser skulle man kunna anta att uppföljning inte utförs i den utsträckning som krävs. MAR gör bedömningen att om förutsättningar ska finnas för lagstadgad uppföljning i tillräcklig omfattning samt preventiva insatser behövs satsningar i form av personella resurser.

8.5 Kompetensutveckling och styrdokument

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

Det är utförarnas ansvar att personalen har tid och förutsättningar för kompetensutveckling och kvalitetsarbete i syfte att tillhandahålla en god och säker vård men man kan anta att en liten utförare har större utmaning i att bevaka och tillhandahålla kompetensutveckling än en stor utförare. För att uppnå en mer likvärdig rehabilitering föreslås att viss del av kompetensutvecklingen initieras av MAR.

Samverkan och teamarbete är ytterligare möjligheter vilka kan bidra till kompetensutveckling och kvalitetsarbete. I resultatet framgår att samverkan upplevs fungera väl men där utförare av rehabilitering saknar förutsättningar att delta vid teamkonferenser i den utsträckning som efterfrågas av utförare av bostad med särskild service.

Det är viktigt att de styrdokument som finns för verksamheterna är kända och tillämpas. Här finns ett utvecklingsområde där MAR fortsätter att bidra genom fortsatt utveckling av dessa.

8.6 Fysisk aktivitet och träning

När det gäller fysisk aktivitet och träning finns evidens för goda effekter av detta för personer som lider av mental ohälsa. De påverkar såväl den mentala sjukdomen som motverkar risken för insjuknande i kroppslig sjukdom såsom hjärt-kärlsjukdom och diabetes. De goda effekterna av den fysiska aktiviteten och träningen har positiv inverkan för såväl individen som att det har positiva effekter på samhällsnivå i form av lägre kostnader för exempelvis hälso- och sjukvård.

De beskrivna verksamheterna Gym Öppna dörrar och Gruppträning LSS är exempel på olika typer av träning och fysisk aktivitet under ledning av fysioterapeut. När det gäller målgrupperna LSS och socialpsykiatri finns det möjlighet att träna på dessa verksamheter, där viss utrustning och lokaler är anpassade för målgrupperna. MAR har med anledning av detta sedan tidigare identifierat ytterligare behov av träningsmöjligheter för dessa målgrupper för att i större utsträckning än idag möta behoven av rehabilitering och träning och presenterat dessa i tidigare budgetarbeten men ännu inte vunnit gehör.

Sammanfattningsvis innebär detta att för att möta framtidens utmaningar i form av den demografiska utvecklingen och den låga andel årsarbetare

arbetsterapeut och fysioterapeut i Linköping att det kommer behövas förstärkningar avseende resurser för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

9 Referenslista

- Bergström, B. & Hagströmer, M. (2010). *Fysisk aktivitet vid Funktionsnedsättning*. Beställd av Handisam, tillgänglig: <http://www.yfa.se/wp-content/uploads/2013/04/Fysisk-aktivitet-vid-funktionsnedsättning.pdf>.
- Flyckt, L. & Lundin, L. (2015). *Schizofreni förr och nu – synen på långtidsprognos har varierat*. Läkartidningen 2015-10-13. (<http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2015/10/Schizofreni-forr-och-nu--synen-pa-langtidsprognos-har-varierat/>). Hämtad 2018-04-03.
- Flygare Wallén, E. (2014). *Sammanställning av evidens för betydelsen av hälsosamma kost- och motionsvanor hos personer med utvecklingsstörning*. Evidensrapport nummer 5, 2014, Habilitering & Hälsa (Stockholms läns landsting), (http://habilitering.se/sites/habilitering.se/files/evidensrapport_kost_motion_20140606_efw.pdf).
- FYSS (2017). *Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling*. Evidensbaserad handbok som beskriver hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla en mängd olika sjukdomstillstånd, framtagen av Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA), (<http://www.fyss.se/>). Hämtad 2018-04-03.
- FYSS, kapitel depression (2017). *Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling*. Evidensbaserad handbok som beskriver hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla en mängd olika sjukdomstillstånd, framtagen av Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA), (<http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Depression.pdf>). Hämtad 2018-04-03.
- FYSS, kapitel prevention (2017). *Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling*. Evidensbaserad handbok som beskriver hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla en mängd olika sjukdomstillstånd, framtagen av Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA), (http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FYSS-kapitel_FA-som-prevention_FINAL_2016-12.pdf). Hämtad 2018-04-03.
- IBK (2018). *Vad är BK?* Institutet för Basal Kroppskännedom, (<http://www.ibk.nu/vad-ar-bk/>). Hämtad 2018-04-03.
- Jørgensen, S. (2017). *Att åldras*. Ryggmärgsskada.se, publicerad 2017-04-05, (<https://ryggmargsskada.se/att-aldras/>). Hämtad 2018-04-03.
- ON 2017-388. Uppföljningar av delegeringar.

Socialstyrelsen (2017a). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd - Stöd för styrning och ledning.*

Remissversion. Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20735/2017-10-34.pdf>. Hämtad 2018-04-03.

Socialstyrelsen (2017b). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning.* Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>. Hämtad 2018-04-03.

SOU 2017:21. *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer: betänkande.* Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen, tillgänglig: <https://data.riksdagen.se/fil/F62427D9-5549-4467-802A-988B954060C9>.

Tuominen P. (2015). *Cerebral pares – CP.* 1177 Vårdguiden, senast uppdaterad 2015-12-17, (<https://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Cerebral-pares---CP/>). Hämtad 2018-04-03.

Tuominen P. (2017). *Ryggmärgsbråck.* 1177 Vårdguiden, senast uppdaterad 2017-05-08, (<https://www.1177.se/Ostergotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Ryggmargsbrack/>). Hämtad 2018-04-03.

Wahlbeck, K (2012). *Förväntad livslängd och tillgång till hälsovårdstjänster för personer med beroendesyndrom.* Finska Läkaresällskapets Handlingar, årgång 172, nr 2, 2012.

(https://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/Handlingar_02_12/2_2012_07.pdf).

Hämtad 2018-04-03.

ÄN 2015-258. Verksamhetsuppföljning rehabilitering på särskilt boende.

ÄN 2017-417. Utveckling rehabilitering.

10 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

lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

patientdatalagen (2008:355)

patientlagen (2014:821)

patientsäkerhetslagen (2010:659)

socialtjänstlagen (2001:453)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om
samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

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

11 Bilaga: Omvärldsbevakning

11.1 Aktuell forskning inom området och nationella riktlinjer

Nationella riktlinjer finns framtagna för många sjukdomstillstånd och diagnoser, när det gäller området LSS och IFO/socialpsykiatri så finns de om än i begränsad omfattning.

De nationella riktlinjerna för schizofreni som finns framtagna kan sammanfattas med att det i inledningsskedet av sjukdomen finns stora möjligheter att vända utvecklingen och stödja individen i dess återhämtning. Det är av stor vikt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder samordnade insatser vilka kan innefatta exempelvis antipsykotisk läkemedelsbehandling, psykologisk behandling och boendestöd (Socialstyrelsen 2017a).

När det gäller depression och ångest är det betydelsefullt med ett utbud av flera effektiva behandlingsmetoder genom vårdkedjan och att patienten är välinformerad om vilka behandlingsmetoder som står till buds. Avgörande för behandlingsresultatet är att behandlingen utgår från patientens individuella behov och önskemål samt tidiga insatser. Obehandlade tillstånd kan medföra en ökad suicidrisk. Depression och ångestsyndrom behandlas huvudsakligen med antidepressiva läkemedel och psykologisk behandling. När det gäller behandling av depression används olika former av samtalsterapi exempelvis kognitiv beteendeterapi, KBT samt farmakologisk behandling. (Socialstyrelsen 2017b). Forskning visar att fysisk träning reducerar symptom av stress i samma omfattning som KBT och samma förhållande gäller för fysisk aktivitet och antidepressiva läkemedel vid lindrig och måttlig depression (FYSS, kapitel depression 2017).

Personer med psykisk sjukdom har ofta en samsjuklighet med fysisk sjukdom såsom hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Även biverkningar av antipsykotiska läkemedel är en orsak till fysiska sjukdomar (FYSS 2017). När det gäller fysioterapeutiska behandlingsmetoder vid psykisk sjukdom är Basal kroppskännedom, BK, ett exempel. Forskning visar att metoden har god effekt vid exempelvis oro, ångest, nedstämdhet, smärta samt vid stressrelaterade besvär. BK utförs i form av såväl individuell behandling som i grupp och där fysioterapeuten guidar och vägleder patienten. (IBK 2018; Socialstyrelsen 2017b).

11.1.1 Fysisk aktivitet vid mental ohälsa

Forskning visar att det finns stark evidens för att regelbunden fysisk aktivitet är förenad med lägre risk att drabbas av depression.

När det gäller förebyggande effekt av fysisk aktivitet för depression förefaller den vara oberoende av kön, ålder eller etnicitet samt visar att regelbunden fysisk aktivitet är förenad med lägre risk att drabbas av depression (FYSS, kapitel depression 2017).

Evidensläget för om fysisk aktivitet kan förebygga ångest är begränsat dock visar forskning att risken för att utveckla någon ångestdiagnos, är avsevärt lägre hos individer som var regelbundet aktiva jämfört med inaktiva (FYSS, kapitel prevention 2017).

Det finns flera skäl att anta att fysisk aktivitet har betydelse som förebyggande av stressrelaterad ohälsa. När det gäller evidensstyrkan avseende prevention varierar den dock beroende på vilket symtom/sjukdomstillstånd det gäller. Psykosocial stress är en riskfaktor för flera sjukdomstillstånd (FYSS, kapitel prevention 2017).

11.1.2 Fysisk aktivitet vid funktionsnedsättning

I rapporten *Fysisk aktivitet vid funktionsnedsättning* som togs fram i syfte att få ett vetenskapligt underlag kring fysisk aktivitet och funktionsnedsättning framgår att personer med funktionsnedsättning har en ökad risk för ohälsa och sjukdomar jämfört med den övriga befolkningen. Vidare framgår att upplevelsen av dålig hälsa är 10 gånger vanligare hos denna målgrupp jämfört med övriga befolkningen samt att fler är fysiskt inaktiva. I rapporten konstateras även att fysisk aktivitet leder till positiva hälsoeffekter för personer med funktionsnedsättning. Vidare framgår att faktorer såsom tilltro till den egna förmågan gällande fysisk aktivitet, socialt stöd samt tillgänglighet har stor betydelse för att undanröja för målgruppen upplevda hinder för fysisk aktivitet (Bergström & Hagströmer 2010).

I rapporten *Sammanställning av evidens för betydelsen av hälsosamma kost och motionsvanor hos personer med utvecklingsstörning* framkommer att det finns en övertygande evidens om att ohälsosamma kost- och motionsvanor förekommer i högre utsträckning hos målgruppen jämfört med befolkningen i stort. Studier visar att såväl undervikt som övervikt är överrepresenterat tillsammans med inaktivitet samt att personer med utvecklingsstörning behöver stöd gällande kost och motion. Det konstateras även att det i Sverige saknas framtagna riktlinjer för målgruppen personer med utvecklingsstörning. Det framgår dock att det finns vissa rekommendationer vilka kan användas för att stödja målgruppen gällande hälsosamma kost- och motionsvanor. Vidare framgår att det finns viss evidens vilken visar att förbättrade kost- och motionsvanor förbättrar personernas kondition och prestation liksom att ökad fysisk aktivitet uppnås om målgruppen upplever starkt stöd och att det finns motiverande faktorer (Flygare Wallén 2014).

11.1.3 Rehabiliterande insatser vid några diagnoser inom målgruppen

Vid några diagnoser som förekommer inom de målgrupper som beskrivs i rapporten finns det uppgifter om vad de rehabiliterande insatserna kan bidra med. Exempel på det är ryggmärgsbråck och cerebral pares, CP vilka beskrivs nedan.

11.1.4 Ryggmärgsbråck

Ryggmärgsbråck är en medfödd skada i ryggmärgen som uppstår under fosterstadiet och som ofta medför en fysisk funktionsnedsättning vilket leder till muskelsvaghet och i vissa fall förlamning och olika grader av rörelsehinder. Ju högre upp bråcket är beläget desto allvarligare symtom får individen och exempel på det är felställningar i höfter, fötter och rygg. Det finns även en ökad risk för kognitiva funktionsnedsättningar i form av exempelvis läs och skrivsvårigheter. Regelbundna kontakter med arbetsterapeut och fysioterapeut är viktigt för målgruppen för att tillgodose behovet av habilitering/rehabilitering och hjälpmedel (Tuominen 2017).

En ryggmärgsskada medför ofta funktionsnedsättningar vilka gör att den fysiska reservkapaciteten och motståndskraften mot åldersrelaterade förändringar minskar. Vidare har stigande ålder även ett starkt samband med ökat hjälpbehov i vardagliga aktiviteter. Personer med ryggmärgsskada kan uppleva åldersrelaterade funktionsnedsättningar 15-20 år tidigare än den övriga åldrande befolkningen (Tuominen 2017).

11.1.5 Cerebral pares, CP

Cerebral pares, CP, orsakas av en hjärnskada innan två års ålder och där rörelseförmågan ofta är påverkad. Funktionsnedsättningen finns kvar hela livet men kan minska med tiden genom behandling och träning. Vanliga symptom är spasticitet, ofrivilliga rörelser, nedsatt balans och epilepsi. En mindre andel av personer med CP har en utvecklingsstörning. CP kan även medföra syn och hörselnedsättning samt nedsatt funktion i svalget vilket kan innebära svårigheter att svälja mat samt påverka talet (Tuominen 2015).

Personer med CP är i behov av multiprofessionella team i syfte att tillgodose behov av hälso- och sjukvård och habilitering/rehabilitering. Exempel på insatser utförda av arbetsterapeut och fysioterapeut är träning i aktivitet, ADL-träning, anpassning av miljön, handträning, rörelse och styrketräning, förflyttningsträning samt förskrivning av hjälpmedel (Tuominen 2015).

11.1.6 Åldrande vid olika typer av funktionsnedsättning

När det gäller medellivslängd för personer med intellektuella funktionsnedsättningar så har den ökat och följer numera samma utveckling som för övrig befolkning. Dessa individer kan ha svårare att sätta ord på hur de mår och därigenom förmedla sitt hälsotillstånd samt att de kan uppvisa andra symptom vid exempelvis demenssjukdom än befolkningen i övrigt. Detta kan innebära svårigheter vid diagnossättning och kan ha betydelse för såväl medicinsk behandling som behov av kunskap bland personal i individernas närhet (SOU 2017:21).

Under 2015 tillsatte regeringen en särskild utredare för att ta fram ett förslag till en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Utifrån utredningen föreslog utredaren Susanne Rolfner Suvanto ett flertal åtgärder däribland att Socialstyrelsen skulle göra en kartläggning av tillgång till rehabilitering och

habilitering. Vidare föreslog utredaren att den översyn av socialtjänstlagen som regeringen avsåg att tillsätta bland annat ”*bör belysa frågan om skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor på ett fördjupat sätt då de påverkar grundprinciperna i socialtjänstlagen och lagen (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS. I detta ligger också behovet av en grundlig analys av hur eventuella förändringar påverkar målet att uppnå en jämställd och jämlik äldreomsorg.*” (SOU 2017:21)

När det gäller personer med ryggmärgsskada så ökar andelen som åldras även om medellivslängden fortfarande är något kortare än hos befolkningen i övrigt. Det har visat sig att hjärt-kärlsjukdom, diabetes och övervikt, är vanligare hos personer med ryggmärgsskada och förefaller uppkomma tidigare än hos befolkningen i övrigt. Viktiga faktorer för att förebygga och till viss del motverka risken för dessa sjukdomar är en hälsosam livsstil vilken innefattar fysisk aktivitet i form av konditions och styrketräning samt specifik rehabilitering. Andra betydelsefulla insatser är förskrivning av hjälpmedel, förflyttningsteknik och anpassningar av miljön (Jørgensen 2017).

När det gäller medellivslängd vid psykisk funktionsnedsättning och beroendesyndrom visar forskning att medellivslängden är kortare jämfört med befolkningen i övrigt (Flyckt & Lundin 2015; Wahlbeck 2012).

11.2 Jämförelse mellan kommuner och landsting avseende rehabilitering

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. Uppgifterna om antal årsarbetare i kommunerna omfattar alltså även äldreomsorgen. Resultatet av detta redovisas i diagram 1 nedan.

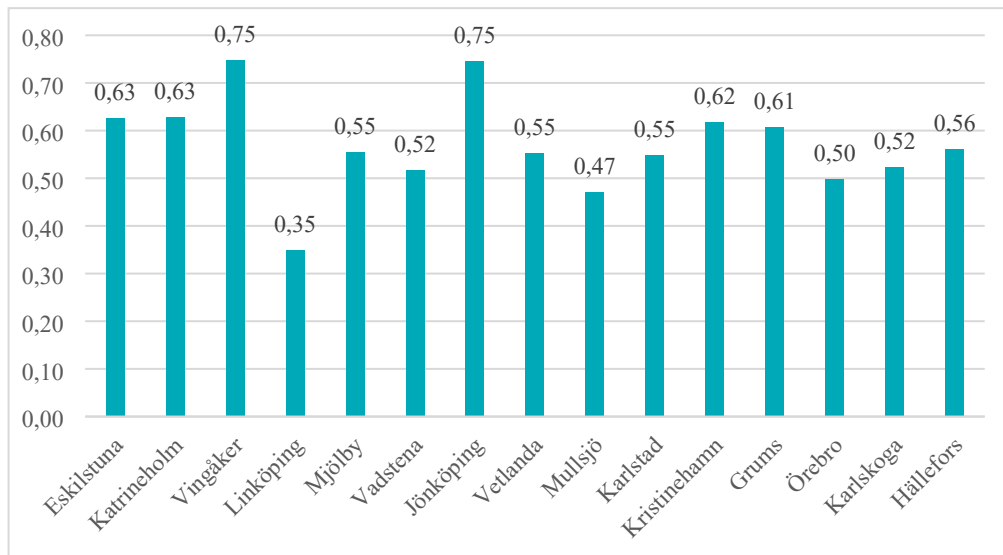


Diagram 1. Antal årsarbetare arbetsterapeut och fysioterapeut verksamma inom kommunal vård och omsorg/ 1000 invånare.