



# PM om hemrehabilitering

Sven Erik Wånell

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum september 2012

# PM om hemrehabilitering

September 2012; Sven Erik Wånell

## Innehåll

Bakgrund .....	2
Lagstiftningen.....	2
Begreppen .....	2
Rehabilitering .....	2
Hemsjukvård .....	3
Hemrehabilitering .....	3
Hemrehabilitering i Stockholms läns landsting .....	3
Omfattning och struktur .....	4
Variationer i vilka som får hemrehabilitering.....	5
Varför hemrehabilitering? .....	5
Varför behov av samverkan?.....	6
Mer samarbete med hemtjänst än med husläkare och distriktssköterska .....	6
Biståndsbedömningen .....	7
Vad skapar problem för samverkan?.....	7
Organisationen har betydelse för samverkan .....	9
Erfarenheter från försök med kommunalt huvudmannaskap i Stockholms län .....	9
TioHundra-projektet.....	10
Några exempel från andra län .....	11
Östersund föregångskommun .....	11
Projekt hemrehab i Filipstads kommun .....	11
Projekt VERA, utbildning i rehabiliterande förhållningssätt i Borlänge .....	11
Östra Göinge kommun.....	12
Rehabilitering i hemmiljö, Falun, samverkan kommun-landsting.....	12
Slutsatser.....	12
Bilaga, hur ser ”målgruppen” ut?.....	15
Referenser.....	16

## Bakgrund

Kommunerna i Stockholms län och Stockholms läns landsting samråder kring en sannolik kommunalisering av hemsjukvården. Denna PM avser den del av hälso- och sjukvårdsansvaret för personer boende i ordinärt boende som kan föras över till kommunerna som brukar benämnas hemrehabilitering.

### Lagstiftningen

Ansvar för rehabilitering regleras i 3 och 18 §§ Hälso- och sjukvårdslagen, för kommunerna i § 18 b:

**18 b §** Kommunen skall i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första-tredje styckena erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade.

Landstinget får även utan samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § träffa överenskommelse med en kommun inom landstinget om att kommunen skall ha ansvar för hjälpmedel för funktionshindrade.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i första-tredje styckena i § 18:

**18 §** Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § *socialtjänstlagen*, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 d §.

Tydliggörandet av hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar för rehabilitering kom in i Hälso- och sjukvårdslagen i januari 1994. I specialmotiveringarna i regeringens proposition motiverades tillägget till HSL med att habilitering, rehabilitering och hjälpmedel *redan nu får anses höra samman med hälso- och sjukvården på så sätt att sjukvårdshuvudmännen anses ha ansvar även för dessa uppgifter. För att varje osäkerhet härom ska undanröjas har, genom denna nya paragraf, fastslagits att landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade. Av en annan föreslagen ny paragraf, 18 a §, framgår att kommunen har motsvarande ansvar i den mån de har ett hälso- och sjukvårdsansvar.*

Den i propositionen angivna 18 a § har vid lagstiftningsändring år 2000 fått beteckningen 18 b.

Ansvar för hemsjukvård inkluderar således ett ansvar även för att erbjuda rehabilitering i hemmet.

### Begreppen

#### Rehabilitering

Rehabilitering beskrivs så här i Socialstyrelsens termbank:

rehabilitering insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet

Hälso- och sjukvårdslagen använder begreppet rehabilitering i bemärkelsen funktionshöjande insatser. Det är också den formen av rehabilitering som vanligen kopplas till rehabiliteringspersonalens insatser. Inom äldreomsorgen tillkommer begrepp som aktivering och att bibehålla funktioner. Gränserna mellan dessa olika aktiviteter är i fråga om de äldstas rehabilitering i praktiken flytande.

### **Hemsjukvård**

Socialstyrelsens termbank definierar hemsjukvård som *hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden.*

Personalgrupper i hemsjukvården är läkare, distriktssköterska/sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, undersköterska och vårdbiträde (Socialstyrelsen 2008)

### **Hemrehabilitering**

Hemrehabilitering ingår således i hemsjukvård, och i Socialstyrelsens termbank finns inte begreppet hemrehabilitering. Nedanstående beskrivning är hämtad från en fokusrapport för Stockholms läns landsting om basal hemsjukvård (Törnkvist & Wånell).

*Hemrehabilitering avser omfattande insatser som sker genom en serie hembesök i hemmet och som ofta utförs av flera professioner. Rehabiliteringen skall föregås av en gemensam bedömning utförd av flera professioner som underlag för en plan för rehabilitering. Rehabilitering i hemmet erbjuds då patienten bedöms ha bättre möjligheter att uppnå målen för rehabilitering genom insatser i hemmet än genom insats på mottagning.*

### **Hemrehabilitering i Stockholms läns landsting**

Primärvårdsrehabilitering är enligt Stockholms läns landstings uppdragsbeskrivning första linjens rehabilitering i närsjukvården. En del av primärvårdsrehabiliteringens uppdrag är att kunna erbjuda rehabilitering i hemmet när det är mest adekvat. Med hemrehabilitering avses omfattande insats som sker genom en serie hembesök i hemmet och som ofta utförs av flera professioner. Rehabilitering skall föregås av gemensam bedömning utförd av flera professioner som underlag för en plan för rehabilitering. Rehabilitering i hemmet erbjuds då patienten bedöms ha bättre möjligheter att uppnå målen för rehabiliteringen genom insats i hemmet än genom insats på mottagning. Personer som har vårdats vid akutsjukhus, geriatrisk klinik eller vid extern slutna rehabiliteringsinstitution skall prioriteras.

Vårdgivaren skall säkerställa att rehabiliteringsvårdkedjan, ur patient- och närstående perspektiv, är så sammanhängande som möjligt.

Inriktningsmålen för uppdraget är

- att genom rehabiliteringsinsatser lindra, kompensera, bibehålla eller undanröja funktions-/aktivitetshinder så att patienten snabbast möjligt uppnår optimal funktions-/aktivitetsförmåga, fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande samt bästa möjliga förmåga till självständigt liv
- att tillgodose behovet av hemrehabilitering och hembesök i den stadsdel/kommun som uppdraget avser
- att förebygga och tidigt åtgärda försämring av funktions-/aktivitetsförmåga
- att patient och närstående upplever trygghet och delaktighet i planering och genomförande av rehabiliteringsinsatser samt ser en helhet i en välfungerande vårdkedja
- att rehabiliteringsprocessen sker samordnat med annan behandling/stöd som patient har behov av
- att för patient med varaktigt nedsatt funktionstillstånd, efter bedömning i enlighet med gällande vårdprogram, möjliggöra återkommande rehabiliteringsinsatser

## **Omfattning och struktur**

I en fokusrapport avseende basal hemsjukvård för äldre redovisades att antalet utförare av hemrehabilitering i länet år 2008 var knappt 40. Det gick då inte att få fram någon heltäckande statistik om omfattningen av hemrehabilitering från SLL:s Valdatabas (Törnkvist & Wånell 2008). Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning hade tagit fram data för våren 2007, och konstaterat att *”den viktigaste slutsatsen som kan dras i detta arbete är att resultatet gällande besöksiffror är mycket osäkert. Registreringen ser olika ut, på vissa håll kan vi ana att incitamentet till att registrera rätt gällande hembesöksinsatserna inte varit så starkt. ... Med reservation för svagheten i materialet är vår bedömning att det framtagna materialet ändå visar på att det är stora geografiska skillnader gällande förekomsten av hemrehabilitering. Skillnaderna gäller inte enbart mellan söder, norr och staden utan även mellan kommuner och stadsdelar i exempelvis södra länsdelen. Antalet registrerade hembesök per 1 000 innevånare 75 år och äldre varierade då mellan under 100 till över 900 besök, lägst i Salem och Spånga-Tensta, högst i Danderyd och Värmdö (HSN-f 2008).*

I en inventering HSF genomförde 2010 framkom att patienter som har hemsjukvård från husläkarmottagning i låg utsträckning också får insatser från primärvårdsrehabiliteringen. År 2008 hade fem procent och år 2010 sju procent av hemsjukvårdspatienterna också hemrehabilitering. För tre av tio hemsjukvårdspatienter hade gemensam planering skett med andra vård/omsorgsgivare. För åtta procent av denna knappa tredjedel av hemsjukvårdspatienterna hade gemensam vårdplanering skett med primärvårdsrehabiliteringen (Abrahamsson m.fl. 2010).

Av den longitudinella studien SNAC-K framkommer att andelen som har hemrehabilitering är betydligt färre än andelen äldre som har basal hemsjukvård. Data från SNAC-K visar att på Kungsholmen har endast en mindre del, knappt var tionde, av de äldre med långvarig hemsjukvård också hemrehabilitering (Törnkvist & Wånell 2008).

För Fokusrapporten tog Reagera-klinikerna fram data om de vanligaste orsakerna till att erhålla hemrehabilitering. För en tredjedel av personerna 65 år och äldre

beror det på fallskador, och i vart femte fall på stroke. Övriga skäl är ledbesvär, rygg- och nackbesvär, undervikt och tumörsjukdomar (Törnkvist & Wånell).

Rehabiliteringens insatser för äldre med stora och sammansatta behov har belysts i SKL:s kvalitativa uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende. Av den framgår att det inte finns vattentäta skott mellan att ge en multisjuk person rehabilitering i hemmet eller på mottagning. För sjukgymnaster i landstingets tjänst fick flertalet insatsen på mottagning (53 av 85 patienter, totalt 18 % av hela studiepopulationen), bara var tionde hade fått hembesök av en sjukgymnast från landstinget. För arbetsterapeuterna var det däremot vanligast med hembesök, 74 av 98 patienter (25 % av studiepopulationen).

I kommuner med kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården hade fyra av tio av dem med kommunal hemsjukvård haft någon form av kontakt med kommunens arbetsterapeut, sjukgymnast eller båda (36 % av alla). Det finns dock regionala variationer. I Kronobergs län hade i stort sett alla haft kontakt med rehabiliteringspersonalen (Gurner 2011).

I den genomgång av dokumentation som gjordes inom ramen för SKL:s projekt kunde konstateras att insatserna från sjukgymnaster och arbetsterapeuter i huvudsak bestod av bedömningar, information, hjälpmedelsadministration och utprovning av hjälpmedel, bostadsanpassningsåtgärder och liknande. Direkta träningsinsatser av långvarig karaktär för att bistå den äldre att återvinna och upprätthålla funktioner förekom mer sällan (muntlig information från utredaren Ulla Gurner 2012-09-03).

### ***Variationer i vilka som får hemrehabilitering***

I en studie genomförd hösten 2010 konstaterades att patienternas möjlighet att få hemrehabilitering varierade på grund av de olika kriterier som vårdgivaren satt upp för sin hemrehabilitering. Från en vårdgivare krävdes det att patienten inte kan klara av att komma till mottagningen samt att de hade behov av insatser från både arbetsterapeut och sjukgymnast. Från en annan gällde att patienten skulle ha kommit hem från en slutenvårdsvistelse och därmed behövde rehabilitering i hemmet. Från en tredje gällde att patienterna skulle vara i behov av långvariga och stora rehabiliteringsinsatser eller att det krävdes insatser gemensamt både från sjukgymnast och från arbetsterapeut (Hagman & Österman 2011).

## **Varför hemrehabilitering?**

Hemrehabilitering som arbetsform kom att uppmärksammas i de mellan huvudmännen gemensamma projekt som under andra halvan av 1990-talet finansierades med statliga stimulansmedel, Rehab Äldre 300. Av slutrapporten från Stockholms län framkommer bl.a. att en vanlig erfarenhet från projekten var att många äldre har svårt att översätta den rehabiliterande träningen i träningslokal till den egna hemmiljön. Metoder för träning i hemmet utvecklades inom de studerade projektens ram. Enligt dessa projekts bedömning var det viktigt att all träning som inte förutsätter vissa träningsredskap/motsvarande ska kunna erbjudas i form av hemrehabilitering. En ambition i många projekt var att hemtjänstpersonalen skulle kunna svara för funktionsuppehållande och förebyggande insatser, med stöd av arbetsterapeut (Weurlander & Wånell 1997).

I en FoU-rapport från Kronoberg 2010 konstateras att det är en fördel att vårdtagarna kan använda sina egna vardagsaktiviteter som en del i rehabiliteringen. De upplevde en bättre hälsa och uppnådde eller förbättrade sin funktions- och aktivitetsförmåga. Därigenom stärktes deras självständighet. Genom att vara i hemmet ser också rehabiliteringspersonalen hur vårdtagaren lever och vad hon eller han behöver kunna göra, eller få hjälp med, för att klara sitt dagliga liv. Det finns också ekonomiska motiv att ytterligare utveckla hemrehabilitering – för att minska vårdtagarnas behov av hemtjänst, korttidsplats och särskilt boende efter vård på sjukhus (Gustafsson 2010).

## **Varför behov av samverkan?**

### ***Mer samarbete med hemtjänst än med husläkare och distriktssköterska***

Som framgått ovan är samarbetet i Stockholms län mellan hemrehabilitering och den del av hemsjukvården som husläkarmottagningarna ansvarar för inte särskilt omfattande. Vid intervjuer med rehabiliteringspersonal framkommer att de har, och anser att det ofta är befogat att ha, mer kontakt med hemtjänsten.

Samarbetet mellan husläkarmottagningar och rehabiliteringsorganisationer beskrivs på olika sätt beroende på vilken husläkarmottagning och rehabiliteringsorganisation samarbetet gäller. Vissa arbetsterapeuter och sjukgymnaster tyckte att de hade tillräckligt med samarbete även om det mesta skedde över telefon medan andra uttrycker en stor brist i att de inte har några möten varken med husläkarmottagningens distriktssköterskor eller med läkare. Flera av de intervjuade inom rehabiliteringen framhöll att det är viktigare med samarbetet med hemtjänsten, än med hemsjukvården, men att det blivit svårare sedan kommunerna infört kundval (Hagman & Österman 2011).

I slutrapporten från Rehab äldre 300 konstaterades att vårdbiträdet är en nyckelperson. Erfarenheterna från de olika projekten i länets kommuner och stadsdelsförvaltningar pekade oftast på att vårdbiträdet var en viktig men mycket dåligt använd resurs i rehabiliteringskedjan. Kartläggningar projekten gjort visade att hemtjänstens personal upplevde att de inte haft tillräcklig kunskap eller fått tillräcklig information för att rätt kunna hjälpa äldre som har funktionsnedsättningar. Ofta kände personalen inte till vilken skada eller sjukdom som var anledningen till funktionsnedsättningen eller vad som kan/ska tränas. Alla projekt hade haft ambitionen att under projekttiden arbeta med utbildning och kompetenshöjande insatser framför allt för vårdpersonal. De projekt som hade lyckats bäst hade integrerat utbildningen i verksamheten och arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom den egna organisationen var lärare och handledare (Weurlander & Wånell 1997).

I en nationell uppföljning av Rehab äldre 300 som Socialstyrelsen genomförde tre år efter den satsningen avslutats redovisade utredarna att det skett något av vad man skulle kunna kalla en kulturrevolution i synen på rehabilitering av äldre. *Det finns en påfallande samsyn att "vardagsrehabilitering" är en viktig del av rehabiliteringsarbetet. Rehabiliteringen har flyttat ut från institutionerna och från sjukgymnastens träningsrum till hemmet. Handledning av vårdpersonal är idag en självklar del av arbetet för de kommunalt anställda sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna.*

Utredarna konstaterade att *det är angeläget att värna om denna engagerade personal, och avlägsna de hinder som finns i form av splittrat huvudmannaskap och fragmentiserad vård.*

I denna nationella uppföljning framkom att rehabiliteringspersonalen i stor utsträckning kom in via den kommunala sjuksköterskan eller vårdbiträdet. Det visade att det fanns ett fungerande team eller i vart fall nätverk kring den gamle. Den kommunala rehabiliteringsenheten bör vara en väl integrerad del av det team som omger den äldre som har stora vård- och omsorgsbehov menade utredarna (Gurner & Wånell 2000).

I en studie för revisorerna i Stockholms läns landsting, Stockholms stad och Täby kommun konstaterades däremot för Stockholms läns del att inte så mycket förändrats sedan slutrapporten från Rehab äldre 300 skrevs. Det var ovanligt att primärvårdsrehabiliteringen handledde hemtjänstpersonal, och hemtjänstpersonal vittnade om att de inte fick den tid som krävdes för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt (Weurlander & Wånell 2011).

### **Biståndsbedömningen**

Projekten inom Rehab äldre 300 hade i olika former påtalat att utredning och bedömning i samband med beslut om bistånd inte i tillräcklig grad tog hänsyn till rehabiliteringsbehovet. I några projekt hade modeller utvecklats där biståndsbeslutet integrerat rehabiliteringsbehov eller där beställningen till utförande enhet kompletteras med tydliga mål för rehabiliteringen. En alternativ modell var att biståndsbeslut och beställning ger utföraren frihet att tillsammans med rehabiliteringspersonal i omvårdnadsplanering utforma en individuell vårdplan (Weurlander & Wånell 1997).

I Socialstyrelsens uppföljning tre år senare ställdes frågan om de två lagstiftningarna, SoL och HSL, skapade problem. Utredarna fann inte att lagstiftningen var något hinder. Den understödjer dock inte en helhetssyn, och används i en del kommuner som argument för att biståndsbedömning kan ske frikopplad från medicinska- och rehabiliteringsaspekter. Detta ledde enligt utredarnas mening bl.a. till följande risker:

- Vårdbiträdet får inte den tid som krävs för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt
- Biståndsbedömningen fokuserar på hjälp i stället för på hjälp till självhjälp
- Personen beviljas särskilt boende utan att ha fått ordentlig hjälp i sin hemmiljö
- Personen beviljas korttidsboende utan genomtänkta mål för vistelsen

(Gurner & Wånell 2000)

### **Vad skapar problem för samverkan?**

I den nämnda revisionsstudien konstateras att rehabiliteringen möjligen är det område där beskrivningen av dagens verklighet skiljer sig mest mellan huvudmännen. Det är påtagligt att man inte har ett gemensamt språk och ingen gemensam målbild. Den bild som kom fram i intervjuerna var enligt utredarna den samma som i studier på 1990-talet (Weurlander & Wånell 2011).

Trots att ansvaret för äldres rehabilitering finns definierat i HSL visar en rad rapporter allt ifrån Rehab äldre 300 och framåt att gränsdragningsförsök och



gråzonsproblematik i många fall lett till att äldre, framför allt i eget boende, inte fått de rehabiliterande insatser de varit i behov av. Ett annat problem har varit frågan om det är primärvården eller kommunen som har ansvaret för att handleda vårdbiträden i den öppna hemtjänsten.

Av Socialstyrelsens uppföljning av rehab äldre 300 framgick att kommuner som tagit över ansvaret för hemsjukvården inte var befriade från gränsdragningsproblem. Även i de kommuner som har hemsjukvårdsansvar i ordinärt boende fanns gränsdragningsstvier. De gränser som dragits upp utgick inte från vem – primärvården eller kommunen – som var bäst lämpad att ge rehabilitering i det individuella fallet. I stället hade man valt gränser som dåligt speglade rehabiliteringsbehovet och var det bäst tillgodoses. En vanlig modell var att koppla rehabiliteringsansvaret till vilka personer som den kommunala distriktsköterskan beslutat skulle ha kommunal hemsjukvård. Det fanns också andra modeller, t.ex. om den äldre kan ta sig till vårdcentralen eller ej, eller om rehabiliteringen är funktionshöjande eller funktionsuppehållande. Ingen av dessa försök till gränsdragningar fungerade i praktiken enligt de intervjuade (Gurner & Wånell 2000).

I Stockholms läns landstings Fokusrapport om hemsjukvården redovisas att en försvårande var att hemrehabilitering beställdes separat från den basala hemsjukvården. Uppdragen till hemrehabilitering var inte heller samordnade med regelboken för husläkarverksamheten. En konsekvens av detta var enligt fokusrapporten att det kan se ut enligt följande i stora delar av Stockholm:

- Primärvårdsrehabilitering går hem till patienter utan att veta om patienten är inskriven i hemsjukvård
- Arbetsterapeut och sjukgymnast blir inkopplade först när – och om – behovet bedömts av någon annan
- Ingen eller dålig planering med andra vårdgivare

(Törnkvist & Wånell 2008)

I revisionsstudien 2011 påvisades ett sedan tidigare väl känt faktum, att rehabiliteringen innehåller flera besvärliga gränzoner. En förklaring som framskyntade i intervjuerna var olika syn på vad som skulle kunna benämnas vardagsträning – som att hjälpa den äldre gå istället för att köra henne i en rullstol, att vänta in att hon knäpper knapparna istället för att hjälpa henne med det.

Från hemtjänsten hävdades att de inte fick någon extra tid för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. Enligt de intervjuade var biståndshandläggarens motiv att rehabilitering är en landstingsuppgift. De intervjuade biståndshandläggarna höll inte helt med om denna bild, de menade att de exempelvis beviljade tid för promenad som gångträning. Från rehabiliteringssidan konstaterades att denna vardagsträning inte är en rehabilitering som förutsätter en sjukgymnast på plats, och att det också tidsmässigt skulle vara helt omöjligt. Om sjukgymnasten inte hinner och den äldre inte själv klarar av att följa ett träningsprogram så blir det ingen träning. Utredarnas slutsats var att detta för den enskilde äldre så viktiga stödet att återfå och behålla sina funktioner har blivit ingens ansvar.

Ett annat problem som lyftes i intervjuerna i den studien var möjligheten till handledning för vårdbiträdena. De som intervjuats i primärvårdsrehabiliteringen

menade att de hade en ambition att handleda vårdbiträden. Problemet enligt dem var att inte alla hemtjänstföretag tyckte att det var viktigt att samordna vårdbiträdets tid med sjukgymnastens eller arbetsterapeutens för att få handledning på plats, och inte heller köper utbildning i förflyttningsteknik. Från de intervjuade hemtjänstutförarna var bilden snarare att de gärna ville ha handledning, men att rehabiliteringspersonalen inte hade tid (Weurlander & Wånell 2011).

### ***Organisationen har betydelse för samverkan***

Projektet inom Rehab äldre 300 redovisade olika metoder att komma runt gränsproblematiken. Det var tydligt att försök att dra strikta ansvarsgränser och driva verksamheten efter dessa ledde in i återvändsgränder. De projekt som sammanfört resurserna till *en* rehabiliteringsfunktion hade haft bättre förutsättningar. I dessa projekt har kommun och sjukvårdsområde gemensamt bidragit till verksamheten. Exempel på gemensamma verksamheter som då lyftes som nationella föredömen var de Rehabcentrum som Nordvästra sjukvårdsområdet och kommunerna finansierade tillsammans.

I en studie av åtta husläkarmottagningar noterades att på den husläkarmottagning där rehabiliteringen fanns inom organisationen kommunicerade de olika yrkesgrupperna regelbundet kring hemsjukvårdspatienterna. Om distriktssköterskan såg ett behov av insatser från exempelvis arbetsterapeuten så kontaktade hon denne direkt. Ibland följde distriktssköterskan med på första hembesöket för att presentera rehabiliteringspersonalen, de tyckte att det gav en trygghet både för patienten och i samarbetet runt patienten då distriktssköterskan ofta hade en upparbetad kommunikation med patienten sedan tidigare (Hagman & Österman 2011).

## **Erfarenheter från försök med kommunalt huvudmannaskap i Stockholms län**

I samband med Ädel-överenskommelsen träffades avtal om en femårig försöksverksamhet i två kommuner. I Sigtuna hade kommunen ansvaret för hela primärvården. I dåvarande socialdistrikt Maria-Högalid på västra Södermalm hade kommundelen ansvaret för all hemsjukvård upp till distriktssköterskenivå. Äldrecentrum utvärderade hemsjukvårdsförsöket (Larsson 1997). Erfarenheten från såväl Maria-Högalid som Sigtuna visade att det tar tid innan man kommer över osynliga gränser och fullt ut kan nyttja samordningsfördelarna.

I Maria-Högalid gjorde ledningen samtidigt med försöksverksamheten en medveten satsning på ett rehabiliterande förhållningssätt och prioriterade rehabpersonal i äldreomsorgen. Projektets egna kartläggningar och Äldrecentrums intervjuer visade t.ex. att man på flera håll genom att samlokalisera distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast med undersköterskor och vårdbiträden i öppen hemtjänst kunnat utveckla vården mot ett rehabiliterande förhållningssätt och underlättat för rätta insatser vid rätt tillfälle. Samlokalisering och närhet sträckte sig här också till de utomstående entreprenörerna, som i sina kvalitetsmål hade ett rehabiliterande förhållningssätt.

Socialdistriktet genomförde en särskild satsning på att öka antalet arbetsterapeuter, en satsning som utvärderades av Äldrecentrum. Utvärderingens syfte

var att undersöka om utökade rehabiliteringsinsatser i form av fler arbetsterapeuter ledde till minskat vårdbehov hos den enskilde hemtjänstmottagaren. Studien visade att arbetsterapeuterna främst arbetade med pensionärer med stort omvårdnadsbehov. Pensionärer som fått insatser av arbetsterapeut var mer nöjda med hemtjänstens insatser än de som inte fått det, de var också mer utåtriktade och sysselsatta med aktiviteter utanför hemmet. Förbättring förekom i högre andel bland dessa pensionärer jämfört med dem som inte fått del av arbetsterapeutinsatser (Borell 1996).

I Sigtuna med ansvar för hela primärvården uttryckte sig de intervjuade i samband med uppföljningen av Rehab äldre 300 sig som att det inte är självklart att en omorganisation i sig bidrar till att gråzonerna utplånas. Det krävs mer än gemensam huvudman för att förändringar ska ske. Det behövs dessutom både insikt och nytänkande. *Tänka rehabiliterande är något nytt, organisationen i sig är inte tillräcklig för att förändring ska uppstå* berättade en av de intervjuade i Sigtuna. *Det tar tid att lära sig att arbeta både behandlande och handledande. Det kan vara svårt att hinna med båda. Är det något vi vunnit på så är det att få ut distriktssköterska och rehabiliteringspersonal* menade dock en av områdescheferna i Sigtuna, och tillade *det är bara till godo för pensionärerna. Nu är rehabiliteringspersonalen ute i vårdbiträdesgrupperna, förut gick de till sina patienter och sedan återvände de till sitt. Också den medicinska personalen får numera mycket tillbaka av vårdbiträdena.* (Weurlander & Wånell 1997).

### **TioHundra-projektet**

I Norrtälje bildade kommunen och landstinget 2006 en gemensam nämnd, TioHundranämnden, vilket möjliggjort huvudmannaskapsöverskridande lösningar.

Beställarens (TioHundranämnden) ambition är att hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering ska arbeta integrerat varför beställningen sker som en helhet. Den största aktören, det av kommunen och landstinget gemensamt ägda vårdbolaget TioHundra AB, organiserade personalen inom hemrehabiliteringen som en egen enhet, lokaliserad tillsammans på ROS (f.d. Roslagens sjukhus). Enheten ansvarar för hemrehabilitering både i ordinärt och särskilt boende (även hos några av de privata utförarna av särskilt boende). Det största av de privata företagen (Attendo) har egna arbetsterapeuter och sjukgymnaster på respektive hemtjänstenhet. Det minsta företaget (Fancy Care) hade när utvärderingen gjordes en arbetsterapeut anställd. Sjukgymnasttjänster köptes in utifrån (dittills i mycket begränsad omfattning). I den utvärdering som skett konstaterar utvärderarna att vårdbolagets modell inte understödde integrering och samverkan, medan de privata företagens modeller gav sårbara lösningar.

Utredarna konstaterar dock att fördelen med det vägval TioHundra AB gjort är att det ger möjligheter att inom vårdbolaget integrera olika rehabiliteringsinsatser (korttidsrehab, dagrehab, hemrehab), samtidigt som man kan nyttja resurserna flexibelt i samarbetet med hemtjänst och särskilt boende. Nackdelen som personalen beskriver det är ett ökat avstånd till vårdcentralen, och att man ännu inte fått en tillräcklig närhet till alla hemtjänstenheter. Den utveckling utredarna pekar på som önskvärd är dels att säkra tydliga strukturer för samarbetet med hemtjänstenheterna, dels att säkerställa informationsflödet med övrig hälso- och sjukvård, såväl sjukhuset som vårdcentralerna. Utredarna bedömde det också som angeläget att få ett bra samspel mellan korttidsrehab, dagrehab och hemrehab så att det blir enkelt att erbjuda den insats som är bäst lämpad för den enskilde individen (Schön m. fl. 2012).

## Några exempel från andra län

Det finns begränsat med studier om hemrehabilitering där syftet varit att stärka integreringen mellan olika professioner och utförare. Nedan redovisas vad som kommit fram vid den inventering som nu gjorts.

### **Östersund föregångskommun**

Östersunds kommun har genom sin satsning på hemrehabilitering skapat förutsättningar att ge framförallt äldre människor möjligheter att få en bra rehabilitering i hemmet. Denna satsning har uppmärksammats såväl lokalt som nationellt och har bidragit till att man på flera håll i landet påbörjat satsningar på hemrehabilitering med Östersund som förebild (FoU-välfärds hemsida).

Den som bor i Östersunds kommun och drabbas av funktionsnedsättning, blir sjuk eller har svårt att röra sig, kan få hjälp med träning och rehabilitering i hemmet. Olika yrkesgrupper som sjukgymnaster, arbetsterapeuter, distriktssköterska och undersköterskor kommer hem till den behövande för att ge stöd på bästa sätt. Yrkesgrupperna arbetar tillsammans vilket har gjort arbetssättet framgångsrikt. För sju år sedan beslutade Östersunds kommun att satsa på den nya vårdformen. Vårdtagarna gjorde fler framsteg och mådde bättre när de fick vara i sin egen hemmiljö, samtidigt som det gav ekonomiska vinster (Östersunds kommuns hemsida)

### **Projekt hemrehab i Filipstads kommun**

Filipstads kommun genomförde under 2007 ett arbete med hemrehabilitering som bedömdes så lyckosamt att det skulle fortsätta. Personalens erfarenheter från 2008 var att hemrehabiliteringsteamet hade blivit en naturlig del i arbetet kring brukaren och att personalen i större utsträckning tog kontakt vid förändrat behov och vid frågor och funderingar kring brukaren. De såg en förändrad attityd hos hemtjänstpersonal, biståndsbedömare, distriktssjuksköterskor och verksamhetsledare. Kontakten mellan kommunens rehabiliteringspersonal och övriga yrkesgrupper hade förbättrats och de upplevde sig inte längre enbart som hjälpmedelsförskrivare. De kunde även se en förändrad diskussion på veckomöten/”brukarmöten”. Diskussionerna handlade mycket om hur man som personal kan arbeta kring brukaren med ett rehabiliterande arbetssätt i vardagen (Kjellemar 2008).

### **Projekt VERA, utbildning i rehabiliterande förhållningssätt i Borlänge**

Även Borlänge kommun har dokumenterat erfarenheter från projektåren 2007 och 2008. Hemrehabteamet redovisade att de efter att ha arbetat under två års tid med hemrehabilitering såg en förändrad attityd hos hemtjänstpersonal, biståndsbedömare, distriktssköterskor, verksamhetsledare, brukare och även hos sig själva. De upplevde sig till större del som en naturlig del av teamet kring brukaren. *Vi är inte nu enbart hjälpmedelsförskrivare.*

Deras erfarenheter från år 2007 var att de som hemrehabiliteringsteam var en annan enhet som man tog kontakt med då det fanns behov av hjälpmedel. Under 2008 hade detta synsätt ändrats och de hade blivit mer som en i teamet och personal från hemtjänsten kontaktade dem då de märkte av omsorgstagare som blivit sämre eller fått ändrade behov och förutsättningar. Något som de menade förbättrats under 2008 var också att biståndsbedömare gjorde kortare beslut för att ge möjlighet till bedömning från arbetsterapeut och sjukgymnast. Biståndsbedömarna kontaktade oftare hemrehabiliteringsteamet då de såg ett

ändrat behov hos brukare samt när det var aktuellt med vårdplanering (Andersson 2009).

### **Östra Göinge kommun**

Från ett projekt i Östra Göinge kommun redovisas att vårdtagarens medverkan och inflytande hade ökat genom samarbete med personalen och med en individuell målsättning i varje ärende. Genom att använda rehabiliteringsplaner ökade samarbetet personalgrupper sinsemellan. Vårdtagaren såg tydligare sina framsteg i rehabiliteringen och nöjdheten ökade. Vårdtagaren kunde erbjudas hemrehabilitering redan vid vårdplaneringen på sjukhuset, alternativt erbjöds vårdtagaren att vistas den första tiden efter skadan/sjukdomen på korttidsboende och därefter fortsätta sin rehabilitering i hemmet (Strid 2010).

### **Rehabilitering i hemmiljö, Falun, samverkan kommun-landsting**

Med nationella stimulansmedel genomförde Falu kommun och Landstinget Dalarna försök med rehabilitering i hemmiljö i en kommunedel. Utvärderingen visade att de flesta deltagarna förbättrades eller bibehöll sin aktivitets- och funktionsförmåga. De upplevde ökad trygghet och hade mindre smärta i samband med aktivitet. En del hemtjänstinsatser kunde tas bort eller minskas, patienter kunde komma hem tidigare efter sjukhusvård och en del sjukhusvistelser kunde undvikas. Samarbetet mellan olika yrkesgrupper ökade också markant.

Projektet resulterade i ett gemensamt beslut att utveckla arbetssättet med rehabiliterande förhållningssätt inom övriga hemtjänstområden i Falu kommun samt en utökning av rehabiliteringsresurser inom primärvården. Den fortsatta verksamheten skulle finansieras av statliga stimulansbidrag för rehabilitering under ytterligare en tid men därefter ingå i budgeten för ordinarie verksamhet (Liss 2009).

Dalarnas forskningsråd har utvärderat denna satsning. Utredaren bedömer att det blivit stora vinster både på individnivå och på samhällsnivå genom att patienterna ökade sin självständighet och minskade sitt hjälpberoende. Tidigt insatta rehabiliteringsinsatser, specifik rehabilitering av rehabiliteringspersonal samt ett rehabiliterande och aktiverande arbetssätt bland baspersonal och ett samordnat teamarbete var framgångsfaktorer.

Kontinuerlig utbildning, handledning och stöd utifrån ett rehabiliterande- och aktiverande arbets- och förhållningssätt av rehabiliteringspersonal ledde till att personalen kände ökad trygghet och säkerhet i sitt dagliga arbete. Detta ledde i sin tur till minskat behovet av hemtjänst och minskade hemtjänstkostnader (Bruhn 2011).

Inför kommunaliseringen av hemsjukvården kommer Landstinget Dalarna inte att skatteväxla på den högre nivå som hemrehabiliteringen genom extra medel fått i Falun (muntlig information från utredaren Lisbeth Hagman 2012-09-03).

## **Slutsatser**

I hälso- och sjukvårdsansvaret ingår ansvaret för att erbjuda rehabilitering. När kommunerna övertar ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende övertar de därmed även ansvar för att kunna erbjuda rehabilitering i hemmet. Landstinget

och kommunerna i landstingsområdet kan träffa överenskommelse att inte ta över hela hälso- och sjukvårdsansvaret, varför hemrehabilitering skulle kunna undantas. Det är dock svårt att se motiv för att skilja ur hemrehabiliteringen vid en kommunalisering av hemsjukvården. Tvärtom finns det många starka motiv för att föra med den. Med en huvudman för hemtjänst och distriktssköterskor och rehabiliteringspersonal ges förutsättningar för att forma verksamheter som samverkar på det sätt som det finns goda exempel från landet men få exempel från länet på.

Hemrehabilitering är idag inte någon ifrågasatt rehabiliteringsform. För sköra äldre kan det vara den enda relevanta. Hemmet är för den gruppen ofta den bästa träningsarenan. Det är där man ska klara olika vardagssysslor och det är därför där man bäst får stöd att återfå och underhålla sina förmågor. För denna grupp är det inte adekvat att skilja mellan rehabiliterande insatser och uppehållande, inte heller att tänka i termer av tidsbegränsade insatser. Huvudmannaskap och organisation måste ta hänsyn till och utgå från detta. Hemrehabilitering får inte vara ett "stuprör" för sig, som kommer in vid enstaka tillfällen, utan finnas nära, kunna vara en i teamet. Det är både en organisations- och en resursfråga. Att de projekt som redovisas ovan varit framgångsrika torde bero på att de fått den extra tid som rehabiliteringspersonalen annars saknar.

Vårdbiträdet är en nyckelperson i arbetet, vilket förutsätter närhet till arbetsterapeut och sjukgymnast för handledning. Vårdbiträde med rätt kunskap är också rehabiliteringens ögon och ser när det behövs funktionshöjande insatser. Ett rehabiliterande förhållningssätt behöver prägla alla insatser, såväl biståndsbedömning, omsorg som hemsjukvård.

Biståndsbedömningen blir i detta perspektiv viktig, den kan möjliggöra men också försvåra ett rehabiliterande arbetssätt. Biståndsbedömare och rehabiliteringspersonal behöver samverka nära, och biståndsbedömningen måste ge tidsutrymme för omsorgspersonalen att stödja den enskilde i vardagssysslorna. Vad är det för värdighet att inte tillåtas knäppa sin skjorta i sin egen takt? Det handlar alltså inte bara om vardagsträning utan om värdighet och respekt mot den äldre.

Den hemrehabilitering som därför är mest intressant att föra över till kommunerna är den som är långvarig, och riktar sig till äldre som har omfattande anhörig- och/eller hemtjänstinsatser. Beslut om vilka patienter som ska tillhöra den kommunala hemrehabiliteringen tas lämpligen vid en vårdplanering där det långsiktiga behovet av funktionshöjande och stödjande insatser bedöms.

Det finns inga gränsförändringar som inte skapar nya gränser. Hemrehabilitering är bara ett av instrumenten, som ska samspela med andra, som rehabilitering på geriatrisk klinik eller kommunal korttidsvård, stroketeam och dagvård i landstings- eller kommunal regi. Den ideala formen torde vara den som utformades i bl.a. länets nordvästra kommuner med samrehabiliteringsenheter, och som Norrtälje nu inom ramen för TioHundra har möjlighet till, med korttidsrehab, dagrehab och hemrehab i samma organisation. Samfinansiering kan således vara ett komplement, eller ett alternativ, till ändrat huvudmannaskap. Dock visar erfarenheten att samfinansierade enheter har svårt att bli långvariga.

Ett annat problem är sårbarheten om hemrehabilitering bedrivs med få patienter och därmed med en liten personalgrupp. Vid en kommunalisering behöver länets kommuner och stadsdelar noga överväga om de ska tillskapa en hemrehabenheter,

eller om ansvaret ska läggas på de som utför hemtjänst att kunna erbjuda helheten, såväl hemtjänst som hemsjukvård inkluderande hemrehabilitering.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Stockholm 2012-09-03

Sven Erik Wånell

## Bilaga, hur ser ”målgruppen” ut?

*Ett exempel från Fokusrapporten:*

Detta exempel avser en 94 årig dam med ett stort antal diagnoser. Hon hade brutit lårbenshalsen och efter operationen lossnade spikarna vilket medförde att operationen behövde göras om vilket damen inte ansågs sig orka med. Hon var inskriven i den basala hemsjukvården för att få hjälp med dosettindelning, blodprovstagning samt för att få hemrehabilitering efter brottet på lårbenshalsen. För att underlätta vardagen och göra den tryggare fick hon flera olika hjälpmedel och anpassningar av hemmet. Det handlade om spisevakt, sänglyft, toalettstolsförhöjning med armstöd och duschpall samt senare en fristående toalettstol som stod vid sängen nattetid. Anledningen var en grav synnedsättning som medförde svårigheter att orientera sig till toaletten. Hon klarade dock inte att lära detta utan ville fortsätta ta sig till toaletten.

För att damens vardag skulle bli dräglig trots den nedsatta funktionsförmågan krävdes ett nära samspel mellan personalen inom hemrehabilitering, hemsjukvård och hemtjänst. Personalen från hemrehabiliteringen kontaktade bland annat syninstruktör för hjälp med strategier i patientens vardag. En lösning var att låta toalettdörren stå i helt öppet läge med stoppkloss, vilket syftade till att hindra henne från att förvirra sig ut i hallen nattetid. Arbetsterapeuten hade ett flertal gånger provat ut olika sittringar till toalettstolen pga. hennes viktnedgång och svårigheter att anpassa sig till nya hjälpmedel. Även om hon erbjöds tillsyn två gånger per natt för toalettbesök så ville hon ändå klara dessa själv. Rehabiliteringspersonal provade därför ut strategier för hur detta skulle gå till på bästa sätt.

Eftersom hon blev alltmer sängliggande beställde arbetsterapeuten en vårdsäng samt luftväxlande madrass. På förekommen anledning informerade arbetsterapeut nattpersonal om att inte släppa ut luften ur madrassen även om patienten larmade och tyckte att den var obekvä. Sjukgymnasten gav efter att hon fallit instruktion om förflyttningar till hemtjänstpersonal och rådet att låta patienten sitta uppe så mycket som möjligt. Arbetsterapeuten ordinerade en så kallad komfortstol samt en lift för att möjliggöra för henne att sitta uppe i komfortstolen några timmar per dag samt för ett bättre närings- och vätskeintag.



## Referenser

Abrahamsson M, Berggren A-M, Höglund E, Johnsson H, Nälebrand M, Basal hemsjukvård – vad har hänt sedan 2008? Stockholms läns landsting Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning 2010

Andersson V (2009) VERA-projektet i Borlänge, Borlänge kommun 2009

Borell L (1996) Att kunna bo kvar hemma, Stiftelsen Stockholms län rapport 1996:4

Bruhn, Åsa, Projekt en utvecklad rehabilitering för multisjuka hemmaboende äldre i Falun, Dalarnas forskningsråd FoU-rapport mars 2011

Gurner (2011) Utanför sjukhuset, Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre, Sveriges Kommuner och Landsting 2011

Gurner U, Wånell SE (2000) Temperaturtagning på äldrerhabiliteringen, Socialstyrelsen 2000

Gustafsson U, Gunnarsson B, Boman Sjöstrand Å, Grahn B, Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner – upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelser för utvecklingen, FoU Kronoberg rapport 2010:11

Hagman L, Österman J (2011) Utnyttja möjligheterna, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Rapport 2011:5

HSN-F 2008 Delprojekt Jämlik vård inom hemrehabilitering, PM från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholm 2008

Kjellemar U (2008) Utvärdering av projekt hemrehab 2008 i Filipstads kommun, Filipstads kommun 2008

Larson K (1997) Hemsjukvård – Socialtjänst eller primärvård, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Rapport 1997:3

Liss I, Jansson L, Olai L (2009) Rehabilitering i hemmiljö, slutrapport Falu kommun och Landstinget Dalarna, Falun 2009

Schön P, Hagman L, Wånell SE (2012) Kan två bli en? TioHundra projektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Rapport 2012:1

Socialstyrelsen (2008) Hemsjukvård i förändring, en kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer


Strid, B (2010) Delprojekt Rehabilitering 2007-2010, Östra Göinge kommun 2010

Törnkvist L, Wånell SE (2008) Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga vårdbehov – hur kan vården förbättras? Fokusrapport Stockholms läns landsting 2008

Weurlander I, Wånell SE, (1997), Rehab äldre 300 – slutrapport. Uppföljning av 43 projekt i Stockholms län, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Rapport 1997:8

Weurlander I, Wånell SE (2011) Sköra länkar i vårdkedjan, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Rapport 2011:2

Kommunerna i Stockholms län och Stockholms läns landsting samråder kring en sannolik kommunalisering av hemsjukvården. Denna PM avser den del av hälso- och sjukvårdsansvaret för personer boende i ordinärt boende som kan föras över till kommunerna som brukar benämnas hemrehabilitering..



Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings-och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg

Gävlegatan 16, 113 30 Stockholm // Vxl: 08 690 58 00 // [www.aldrecentrum.se](http://www.aldrecentrum.se)