



Rehabilitering i hemmet

En kartläggning av rehabilitering i hemmet och dess effekter på individ, närstående och verksamhet



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Rehabilitering i hemmet

En kartläggning av rehabilitering i hemmet och dess effekter på individ, närstående och verksamhet

Upplysningar om innehållet:

Lisbeth Löpare Johansson, lisbeth.lopore.johansson@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2023

ISBN: 978-91-8047-138-1

Foto: iStock

Produktion: Advant

Förord

Runtom i Sverige pågår omställningen till Nära vård och det är både spännande och viktigt att belysa omställningens olika delar och perspektiv. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg där personcentrering är vägledande. Det innebär att vi behöver ställa om hälso- och sjukvården och omsorgen så att den utgår från personens behov och förmågor, att hälsa och funktionsförmåga främjas i större utsträckning och att insatser hålls ihop så att planeringen blir enkel för den person som behöver vårdens stöd. För personen innebär rörelsen att bli en aktiv samskapare av sin hälsa och vård, istället för en passiv mottagare av stöd och insatser.

Arbetsätt som utgår från den nära vårdens förhållningssätt behöver uppmärksammas och kunskapen om hur dessa arbetsätt kan förverkligas behöver spridas. Med den här skriften vill vi öka kunskapen om arbetsätt för rehabilitering i hemmet, dess utbredning och dess effekter.

Ett utvecklat och kraftfullt arbete med rehabilitering och habilitering är viktigt i utvecklingen av den nära vården och därför lyfter vi också fram framgångsfaktorer för att lyckas med rehabilitering i hemmet.

Skriften är framtagen av Lumell Associates på uppdrag av och i dialog med en arbetsgrupp på SKR. Jag vill rikta ett särskilt tack till de verksamheter som bidragit med underlag till skriften och till Fysioterapeuterna, Neuroförbundet, Sveriges arbetsterapeuter och Sveriges psykologförbund för värdefulla dialoger och viktiga bidrag i arbetet.

Jag hoppas att skriften ska ge ny kunskap och kraft i ert arbete med att utveckla Nära vård.

Stockholm i februari 2023

Lisbeth Löpare Johansson
Samordnare Nära vård
Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Regioner

Tack!

SKR vill rikta ett stort tack till alla som bidragit till arbetet som ligger bakom denna skrift. Utan er hjälp hade skapandet av denna kartläggning inte varit möjligt. Vi vill rikta ett särskilt tack till några personer som ställt upp på intervjuer eller kommit med kloka synpunkter och viktig kvalitetssäkring under arbetets gång.

Linda Carlsson (Örebro kommun)

Charlotte Chruzander (Fysioterapeuterna)

Louise Degerstedt (Region Västerbotten)

Ann-Charlotte Englund (Region Stockholm)

Bodil Evertsson (Östersunds kommun)

Kristina Hedman (Sveriges Psykologförbund)

Anette Johansson (Jönköpings Universitet)

Monica Johansson (Region Västerbotten)

Lise Lidbäck (Neuroförbundet)

Christina Lundqvist (Sveriges Arbetsterapeuter)

Cecilia Mårtensson (Region Stockholm)

Ivar Sakshaug (Västra Götalandsregionen)

Fridha Söderqvist (Eskilstuna kommun)

Christina Torgnyson (Falköpings kommun)

Cecilia Winberg (Fysioterapeuterna)

Innehåll

6	Sammanfattning
8	Bakgrund och introduktion
8	Bakgrund och syfte
9	Disposition och metod
9	Begrepp och definitioner
11	Kapitel 1. Kartläggning av rehabilitering i hemmet
11	Förekomst av rehabilitering i hemmet
26	Rehabilitering i hemmet som del av omställningen till Nära vård
34	Kapitel 2. Så här gör vi - Erfarenheter och lärdomar från sju verksamheter
35	Rehabilitering i hemmet med multiprofessionellt team
39	Rehabilitering i hemmet för personer med hemtjänst
43	Rehabilitering i hemmet för personer med neurologisk sjukdom
46	Rehabilitering på särskilt boende för äldre (SÄBO)
49	Kommun- och regiongemensamt hemrehabiliteringsteam
52	Habilitering i hemmet för barn och unga
55	Ortopedisk rehabilitering i hemmet
58	Kapitel 3. Framgångsfaktorer som lyfts fram
59	Råd inför genomförandet av arbetet
59	1. Fokus på person och relation
60	2. Aktiv medskapare
60	3. Samordning utifrån personens fokus
61	4. Proaktivt och hälsofrämjande
61	Gynnsamma förutsättningar för arbetet
62	Verksamhetens förutsättningar
64	Insatsens förutsättningar
66	Individens förutsättningar
68	Avslutande reflektioner

Sammanfattning

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg där personcentrering är vägledande. I den nära vården utgår vi från enskilda människors situation, behov och förmågor för att bidra till en så god hälsa som möjligt. Rehabilitering och habilitering är två typer av insatser som syftar till att människor ska vinna, återfå eller bibehålla funktion för ökad självständighet, hälsa och livskvalitet. Genom att förlägga insatserna i invånarens hem kan arbetet i större utsträckning bli personcentrerat, bland annat genom den naturliga utgångspunkten i individens situation. Rehabilitering i hemmet är därmed tydligt kopplat till omställningen till Nära vård.

Rehabilitering i hemmet är ett begrepp eller arbetssätt som de flesta känner till sedan tidigare. Det är däremot inte lika känt hur vanligt arbetssättet är eller hur arbetet mer konkret bedrivs. Inom ramen för Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) arbete med att stödja och synliggöra medlemmarnas arbete för Nära vård genomfördes under hösten 2022 en kartläggning om rehabilitering i hemmet. Arbetet syftade till att belysa förekomsten av rehabilitering i hemmet, fördjupa kunskapen om hur arbetet kan bedrivas, samt identifiera vilka framgångsfaktorer som kan förklara ett positivt utfall. Resultatet av kartläggningen presenteras i denna skrift. Målsättningen är att skriften ska fungera som inspiration för verksamheter som vill påbörja eller utveckla sitt arbete med rehabilitering i hemmet.

Skriften är framtagen av Lumell Associates på uppdrag av och i dialog med en arbetsgrupp på SKR under ledning av Lisbeth Löpare-Johansson, samordnare Nära vård. Den huvudsakliga informationsinhämtningen har skett genom en enkätundersökning samt semistrukturerade intervjuer med verksamhetsföreträdare från kommuner och regioner. Totalt har ett tiotal intervjuer genomförts med personer representerande olika perspektiv. Under arbetets gång har dialog förts med företrädare för Fysioterapeuterna, Neuroförbundet, Sveriges Arbetsterapeuter och Sveriges Psykologförbund.

Undersökningen visar att rehabilitering i hemmet är utbredd och etablerat, inom såväl kommunal som regional verksamhet. Arbetssättet utgår från vedertagna modeller för rehabilitering såsom ICF¹ och inkluderar olika målgrupper. Inga särskilda skillnader, utmaningar eller framgångsfaktorer kopplat till kön, genus eller jämställdhet har framkommit inom ramen för kartläggningen. Insatsen utförs i flera olika boendeformer utifrån individens behov och förutsättningar.

Erfarenheterna är goda med positiva resultat för individ, närstående, medarbetare och verksamhet. Rehabilitering i hemmet bedrivs i mycket hög grad i enlighet med det förändrade förhållningssätt som utgör fokusförflyttningen i nära vård:

1. från fokus på organisation till fokus på person och relation,
2. från invånare och patient som passiv mottagare till aktiv medskapare,
3. från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus,
4. från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande.

I arbeten som är särskilt framgångsrika lyfts just faktorer med direkt koppling till någon eller flera av de fyra fokusförflyttningarna fram som en nyckel till framgången.

Not. 1 Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) är ett ramverk för att organisera och dokumentera information om funktionstillstånd och funktionshinder.

Bakgrund och introduktion

Bakgrund och syfte

Omställningen till Nära vård är inte en traditionell organisationsförändring beslutad uppifrån utan börjar i stället hos individen och handlar om att vi utifrån enskilda människors situation, behov och förmågor bidrar till en så god hälsa som möjligt. Nära vård handlar om hur vi skiftar förhållningssätt och hittar lösningar i vardagen för att leva i livet, inte i vården. Rehabilitering och habilitering är två övergripande typer av insatser som syftar till att människor ska återfå eller vinna funktion för ökad självständighet och hälsa vilket är i linje med omställningen till Nära vård. Genom att förlägga insatserna i invånarens hem kan arbetet i större utsträckning bli personcentrerat och utgå från individens förutsättningar och behov. Utvecklingen av en Nära vård pågår på lokal, regional och nationell nivå. Inom ramen för Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) arbete med att stödja och synliggöra medlemmarnas arbete för Nära vård genomfördes under hösten 2022 en kartläggning om rehabilitering i hemmet. Arbetet syftade till att belysa förekomsten av rehabilitering i hemmet, fördjupa kunskapen kring hur arbete med rehabilitering i hemmet kan bedrivas samt identifiera vilka framgångsfaktorer som kan förklara ett positivt utfall. Resultatet av kartläggningen presenteras i denna skrift. Målsättningen är att skriften ska fungera som inspiration för verksamheter som vill påbörja eller utveckla sitt arbete med rehabilitering i hemmet.

Disposition och metod

Skriften består av tre delar. I kapitel 1 presenteras resultat från en nationell kartläggning över arbetet med rehabilitering i hemmet. Kartläggningen baseras på resultat från en enkät som skickades ut till samtliga kommuner och regioner med svarstid från 30 november till 12 december 2022. Totalt inkom 143 svar vilket innebär en svarsfrekvens om 46 procent. Svarsfrekvensen skiljde sig inte nämnvärt mellan kommun (46 procent) och region (43 procent). Då arbete med rehabilitering i hemmet inte sköts centralt utan mer verksamhetsnära var det för regionala respondenter ofta svårt att ge en samlad bild av huvudmannens arbete. Till kartläggningen har enkätsvaren kompletterats med en riktad sökning på respektive kommun och regions hemsida samt i andra publika källor. I kapitel 2 finns lärdomar och erfarenheter samlade i reportage om sju verksamheter som arbetar med rehabilitering i hemmet utifrån olika målgrupper och perspektiv (en sammanställning av inkluderade perspektiv finns på sida 22). I kapitel 3 finns en sammanställning av faktorer som lyfts fram för ett positivt utfall av rehabilitering i hemmet för individ, närstående och verksamhet. Sammanställningen baseras på huvudmännens egna utvärderingar, vetenskapliga studier samt fördjupande intervjuer med verksamheter som har dokumenterat goda resultat. Tanken är att skriftens olika kapitel ska kunna läsas antingen i följd eller som separata delar.

Begrepp och definitioner

Rehabilitering i hemmet definieras i denna kartläggning som ”En tidsbegränsade insats, oavsett typ av rehabilitering, som sker i individens hem, och som utförs av ett multiprofessionellt team”. I definitionen finns inga avgränsningar rörande 1) aktör/huvudman för insatsen 2) målgrupp för insatsen eller 3) profession som initierar eller utför insatsen. En avgränsning för rehabilitering i hemmet inom arbetet är att det ska bedrivas teambaserat.

Rehabilitering och habilitering är närliggande begrepp som båda syftar till att öka individens funktions- och aktivitetsförmåga. Habilitering avser insatser till personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar. Rehabilitering är insatser till personer med förvärvade funktionsnedsättningar som uppkommit senare i livet. Arbetets fokus är rehabilitering i hemmet, men då områdena är närliggande, särskilt i arbeten riktade till yngre målgrupper, kommer begreppen rehabilitering och habilitering stundvis hanteras överlappande.

Främjande arbeten tar sin utgångspunkt i det friska och handlar om att förstärka eller bibehålla friskfaktorer. Förebyggande arbete tar i stället sin utgångspunkt i det sjuka och handlar om att minska risken för att sjukdom uppstår, för återinsjuknande eller försämring i pågående sjukdom. I realiteten är främjande och förebyggande arbete tätt förknippade, särskilt då insatser har såväl direkta som indirekta effekter på flera olika tillstånd samtidigt. Exempelvis kan en förebyggande åtgärd mot fallolyckor, så som träning för ökad styrka, leda till en ökad förmåga att ta promenader vilket i sin tur är hälsofrämjande.

Kartläggning av rehabilitering i hemmet

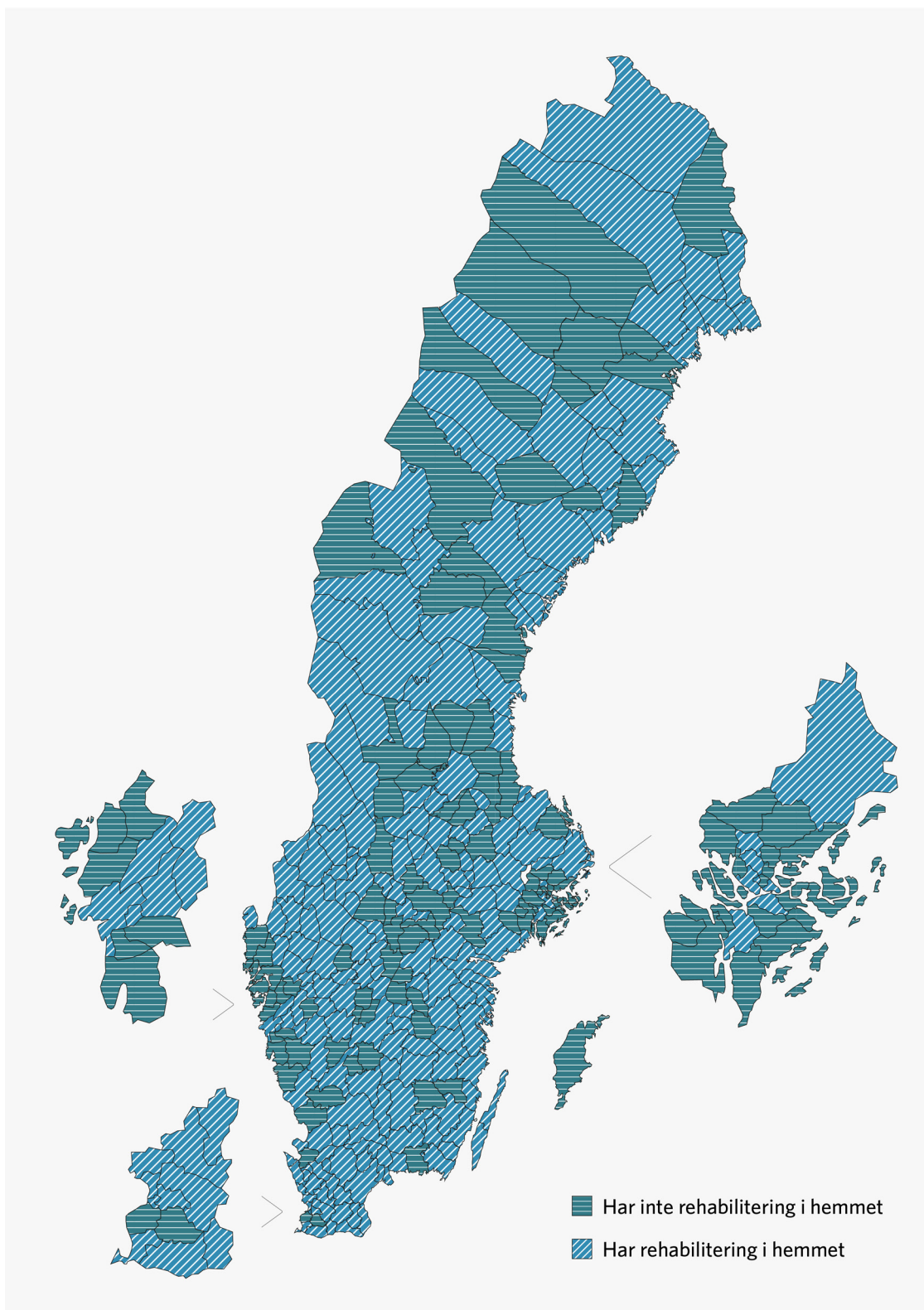
Rehabilitering i hemmet är ett begrepp eller arbetssätt som de flesta känner till sedan tidigare. Men hur vanligt är arbetssättet och hur arbetar huvudmännen med det mer konkret? För att kartlägga förekomst av och innehåll i rehabilitering i hemmet har en enkät skickats ut till samtliga kommuner och regioner i Sverige. I detta kapitel presenteras de sammanställda resultaten. Målsättningen med denna enkätbaserade kartläggning är att skapa en gemensam bild av hur utbrett rehabilitering i hemmet är samt öka förståelsen för skillnader och likheter i hur arbetet bedrivs över landet.

Förekomst av rehabilitering i hemmet

Rehabilitering i hemmet är ett väletablerat arbetssätt i hela landet

Rehabilitering i hemmet är utbrett över landet, 59 procent av svarande kommuner och 78 procent av svarande regioner uppger att de har en insats som faller under arbetets definition. Då enkätsvar kombineras med kompletterande information (till exempel skriftliga utvärderingar, intervjuer och sökning på hemsidor) visas att förekomsten av rehabilitering i hemmet är 64 procent inom kommunerna och 81 procent inom regionerna (karta 1–2). Att förekomsten är lägre hos kommunerna är något förvånande då kommunerna inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsansvar har en skyldighet att tillhandahålla habilitering, rehabilitering och hjälpmedel till sina invånare. Anledning till att kommunerna rapporterar en något lägre förekomst än regionerna kan bero på att någon eller några delar av definitionen inte uppfylls, exempelvis att rehabiliteringen ska: 1) vara tidsbegränsad, 2) ske i invånarens hem, 3) utföras av ett multiprofessionellt team.

Karta 1: Förekomst av rehabilitering i hemmet, kommun



Inom såväl kommun som region har arbetet med rehabilitering i hemmet pågått en längre tid. I 86 procent av fallen har arbetet pågått i över tre år, vilket var det längsta tidsintervallet som enkätens svarsalternativ tillät. Det är mycket ovanligt att arbetet pågått i mindre än ett år (diagram 1-2).

Diagram 1: Tid som arbetet med rehabilitering i hemmet har pågått hos huvudmannen, kommun

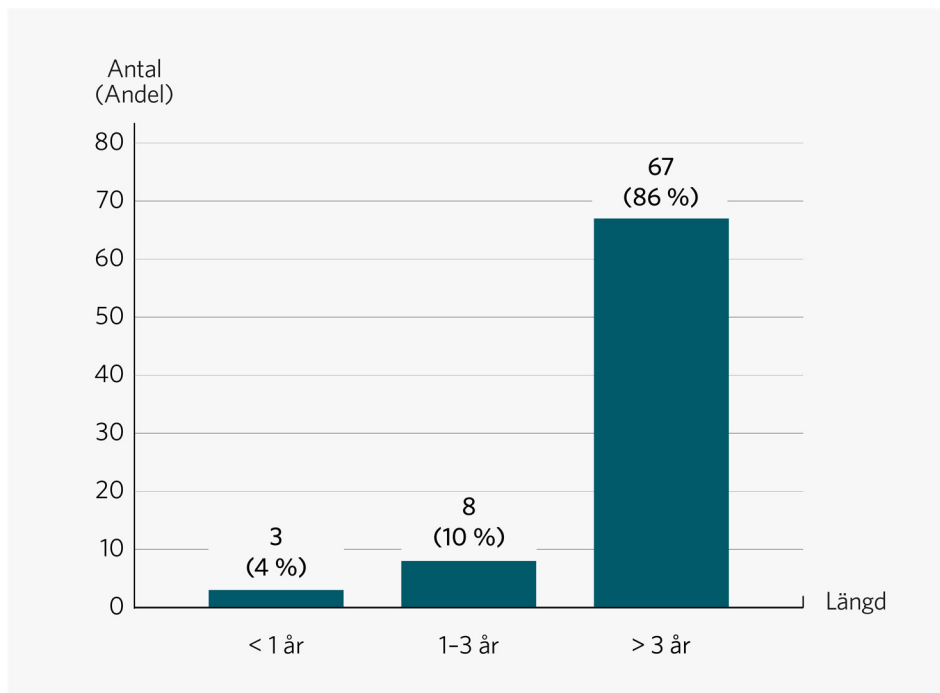
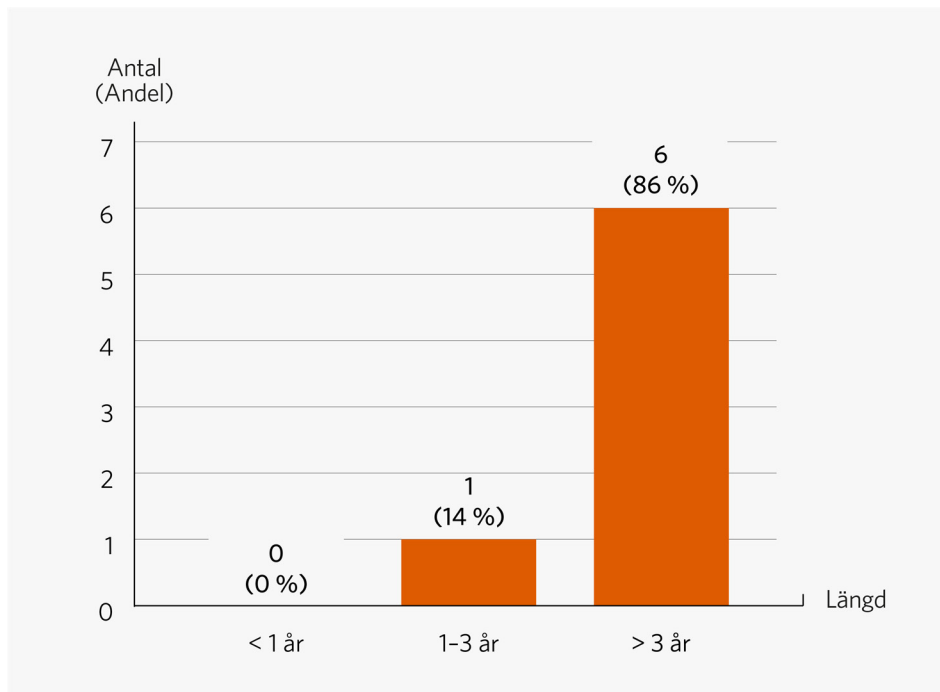


Diagram 2: Tid som arbetet med rehabilitering i hemmet har pågått hos huvudmannen, region



Av kommunerna uppger nio procent att arbetet med rehabilitering i hemmet sker i pilotform, 24 procent att det är permanentat inom verksamhet och 67 procent att det är breddinfört i kommunen. Av svarande regioner uppger ingen att arbetet bedrivs i projektform. Det bedrivs antingen permanent inom verksamhet (57 procent) alternativt breddinfört inom regionen (43 procent). (diagram 3-4).

Diagram 3: I vilken skala arbetet med rehabilitering i hemmet utförs i idag, kommun

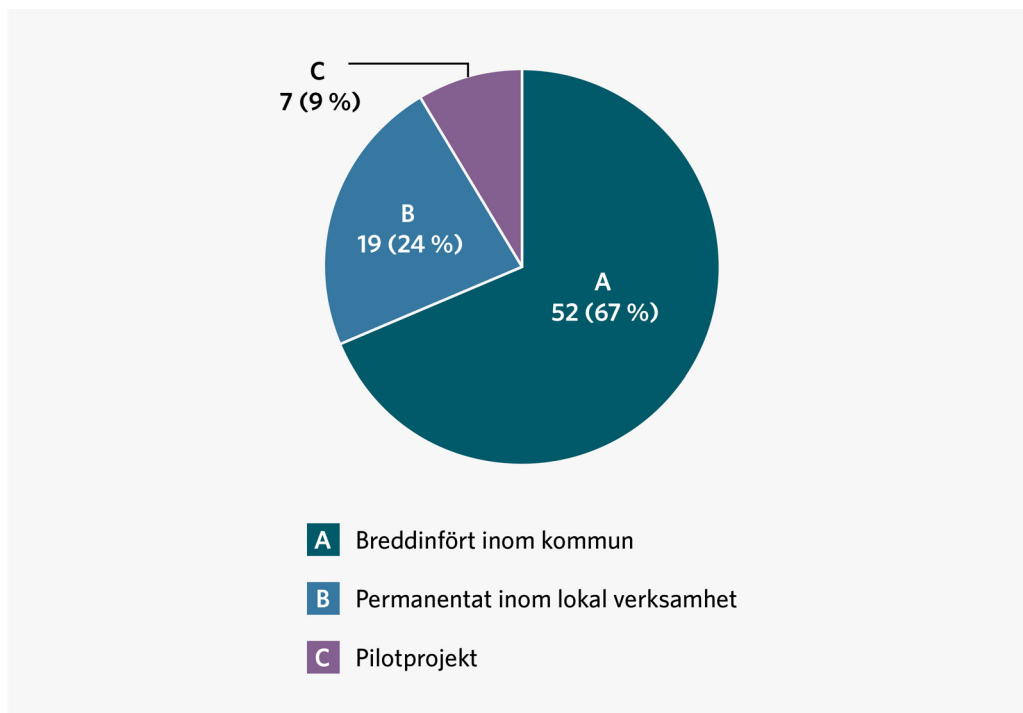
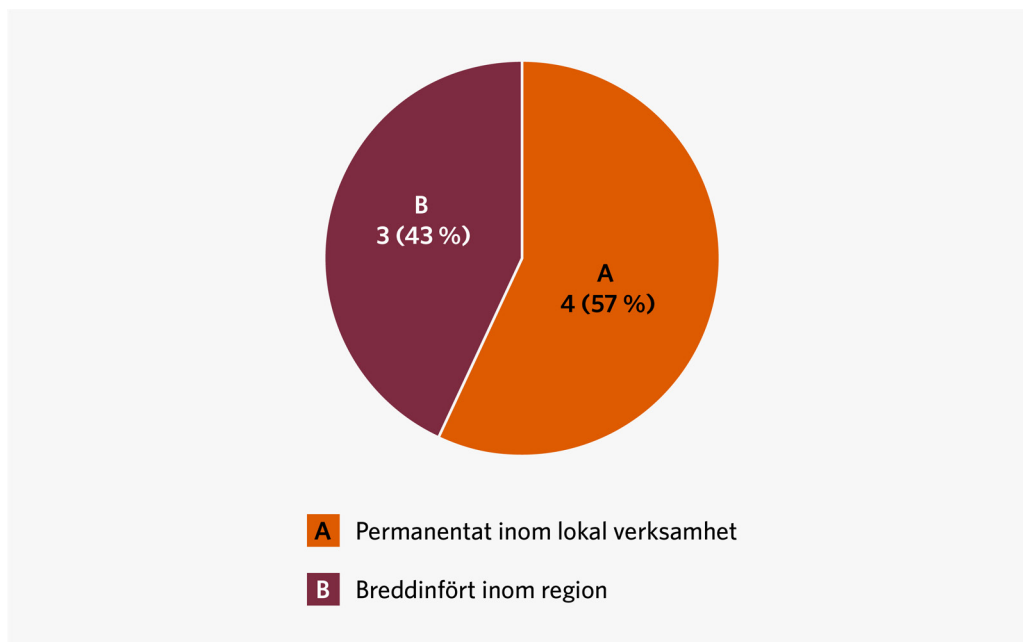


Diagram 4: I vilken skala arbetet med rehabilitering i hemmet utförs i idag, region



Inga skillnader mellan kommun och region avseende resursavsättning, men kommunerna träffar brukarna oftare än regionerna under insatsen

I snitt har kommunerna sju heltidsanställda medarbetare för att bedriva arbetet med rehabilitering i hemmet, jämfört med sex heltidsanställda inom regionen. Inom såväl kommun som region ingår professionerna fysioterapeut (100 procent av fallen) och arbetsterapeut (97–98 procent av fallen) i teamen. Vilka professioner som därutöver ingår i arbetet varierar mellan kommun och region, där det inom kommun är vanligast med (i fallande ordning): undersköterska, sjuksköterska, rehabiliteringsassistent², läkare, biståndshandläggare och vårdbiträde. För region ingår vanligen (i fallande ordning): sjuksköterska, logoped, läkare, kurator, dietist och undersköterska. Den genomsnittliga längden av insatsen varierar inte nämnvärt mellan kommun (sex veckor) och region (sju veckor). Avseende insatsens intensitet verkar rehabilitering i hemmet inom kommunal regi ske med något högre frekvens (i snitt 12 träffar på sex veckor) jämfört med den regionala (i snitt åtta träffar på sju veckor). En anledning till att det rapporteras om en högre frekvens inom kommunal verksamhet kan vara att hemtjänstpersonal i vissa fall är den yrkesgrupp som utför de rehabiliterande insatserna. Även om det under hemtjänstbesöken sker rehabiliterande insatser är det troligt att även omsorgsinsatser ges under dessa tillfällen vilket kan påverka intensiteten av rehabilitering i den inrapporterade frekvensen. Medianvärdet för antalet brukare/patienter som teamen omhändertar årligen skiljer sig mellan kommun (76 brukare) och region (152 patienter).

Not. 2 Rehabiliteringsassistent är inte en skyddad yrkestitel. Vanligen krävs examen från Vård- och omsorgsprogrammet på gymnasiet eller motsvarande utbildning för vuxna samt särskild kompetens inom rehabilitering. Ett vanligt krav är minst tre terminer på arbetsterapeut- eller fysioterapeutprogrammet.

Diagram 5: Professioner involverade i rehabilitering i hemmet, kommun

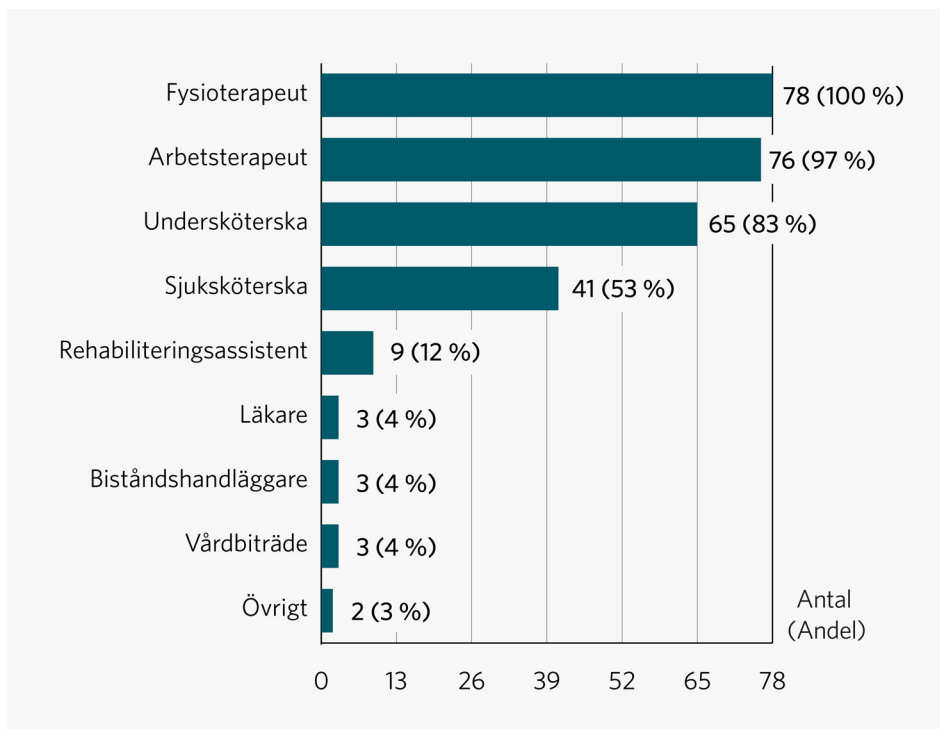
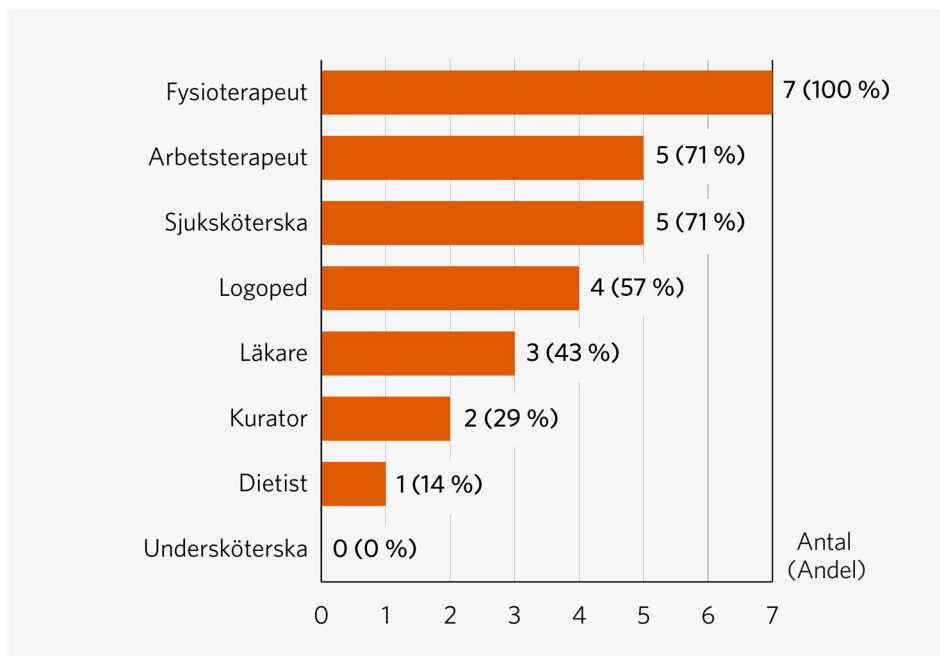


Diagram 6: Professioner involverade i rehabilitering i hemmet, region



Respondenter kunde välja fler alternativ varför andelarna summerar till över 100 procent.

I såväl kommun som region utgår insatsen från en individanpassad rehabiliteringsplan utifrån ICF

I såväl kommun som region utgår insatsen nästan alltid (93 procent av fallen) från en rehabiliterings-/behandlingsplan (diagram 7). Av dessa använder sig 86 procent av ICF, där kommun och region utgår från ICF i lika stor utsträckning (diagram 8–9). Rehabiliteringsplanen är oftast framtagen lokalt (47 procent av fallen) och/eller anpassas utifrån individen (38 procent av fallen) (diagram 10). I flera fall har dock en kombination använts där en förlaga från professionsförbund, nationella riktlinjer, generisk modell för rehabilitering eller regionala medicinska riktlinjer anpassats till lokala förutsättningar och individens behov.

Diagram 7: Användande av rehabiliteringsplan för planering av insatser

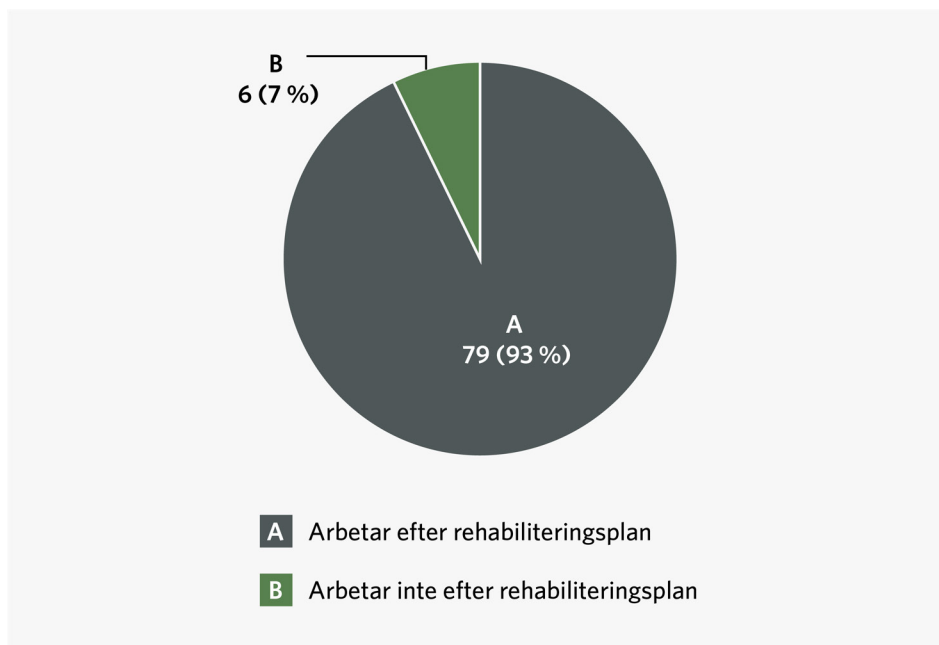


Diagram 8: Användande av ICF i utformning av rehabiliteringsplanen, kommun

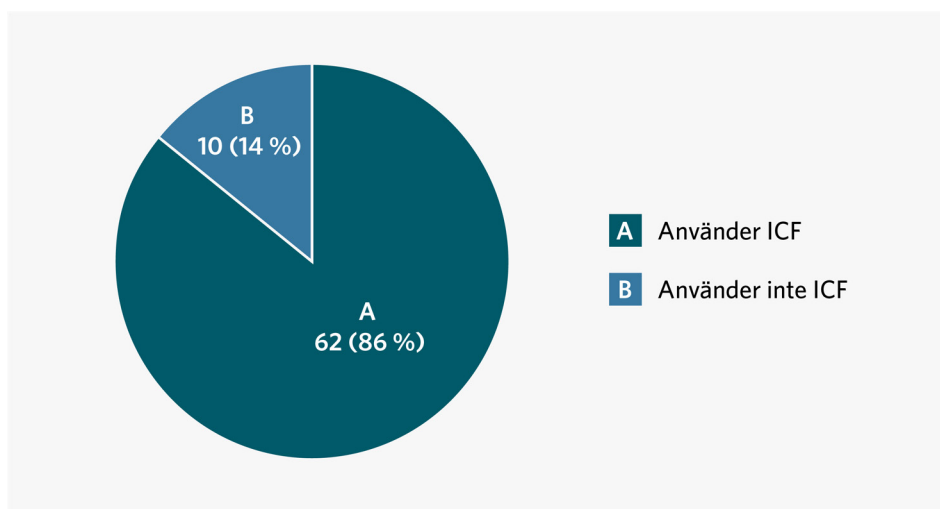
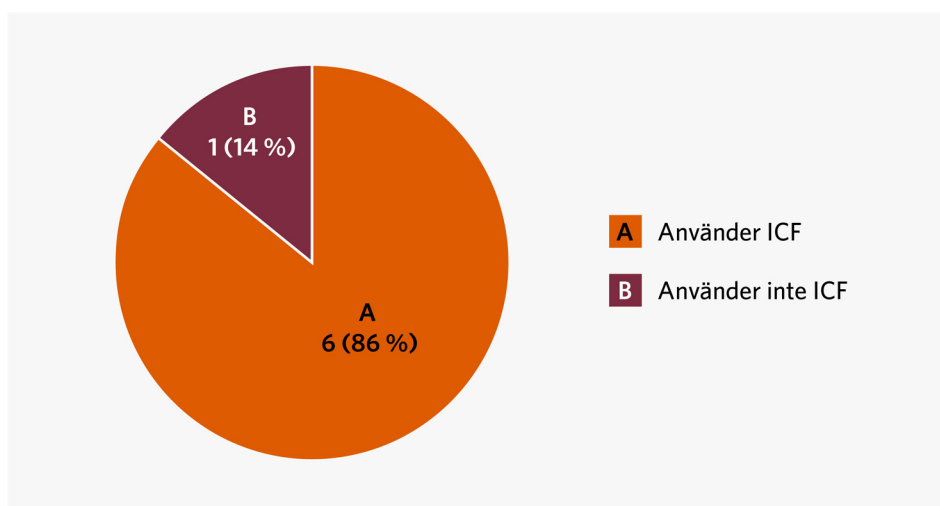
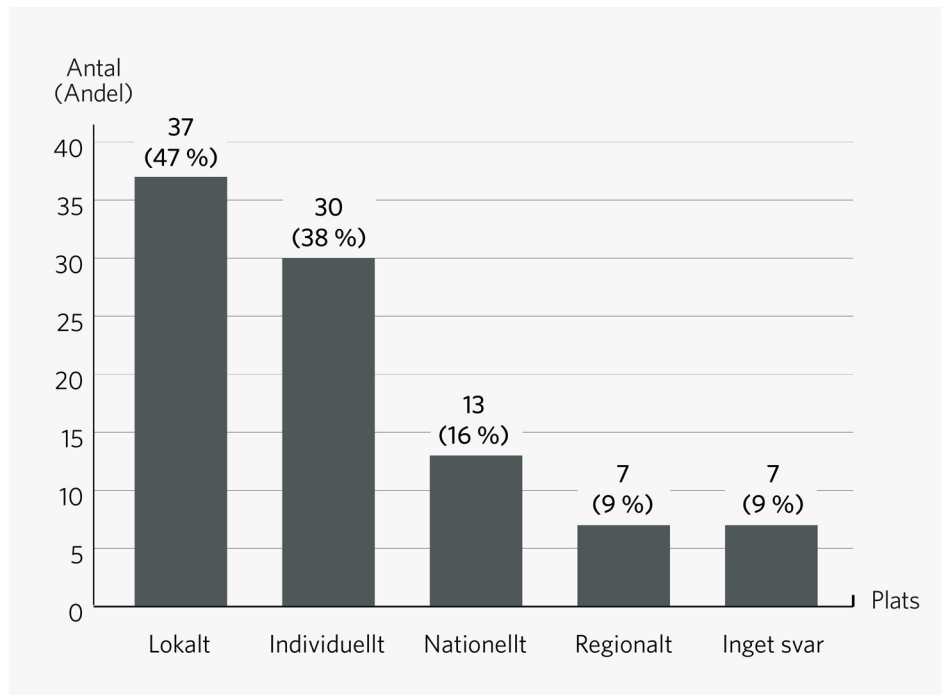


Diagram 9: Användande av ICF i utformning av rehabiliteringsplanen, region



Beräknad utifrån respondenter som använder sig av rehabiliterings-/behandlingsplan.

Diagram 10: Nivå för framtagande av rehabiliteringsplan, kommun och region



Respondenter kunde välja fler alternativ varför andelarna summerar till över 100 procent.

Kommuner erbjuder rehabilitering i hemmet till en bredare målgrupp jämfört med regionerna där insatsen oftare utgår från specialiserad vård

I enkätens flervalfråga avseende vilken eller vilka målgrupper som verksamheten riktar sig till angav 41 procent av svarande kommuner att de erbjuder rehabilitering i hemmet samtliga målgrupper över 18 år. Flera respondenter hänvisade i samband med detta till kommunernas ansvar att erbjuda rehabilitering till sina invånare enligt hälso- och sjukvårdslagen. De vanligaste målgrupperna för rehabilitering i hemmet inom kommunal verksamhet är (i fallande ordning): brukare i hemtjänst eller hemsjukvård, äldre, alla som skrivs ut från sjukhus, brukare som drabbats av stroke, brukare som drabbats av höftledsfraktur, brukare som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt brukare inom onkologisk vård. 13 procent av svarande kommuner uppger att de erbjuder rehabilitering i hemmet till barn (diagram 11–12). Till skillnad från kommunerna var regionernas svar mer avgränsade: en till två målgrupper angavs per region. Samtliga regioner uppgav att patienter som drabbats av stroke var en målgrupp. Andra målgrupper som var relevanta inom regional verksamhet var: alla som skrivits ut från sjukhus, patienter som drabbats av höftledsfraktur och äldre.

Diagram 11: Målgrupper för rehabilitering i hemmet, kommun

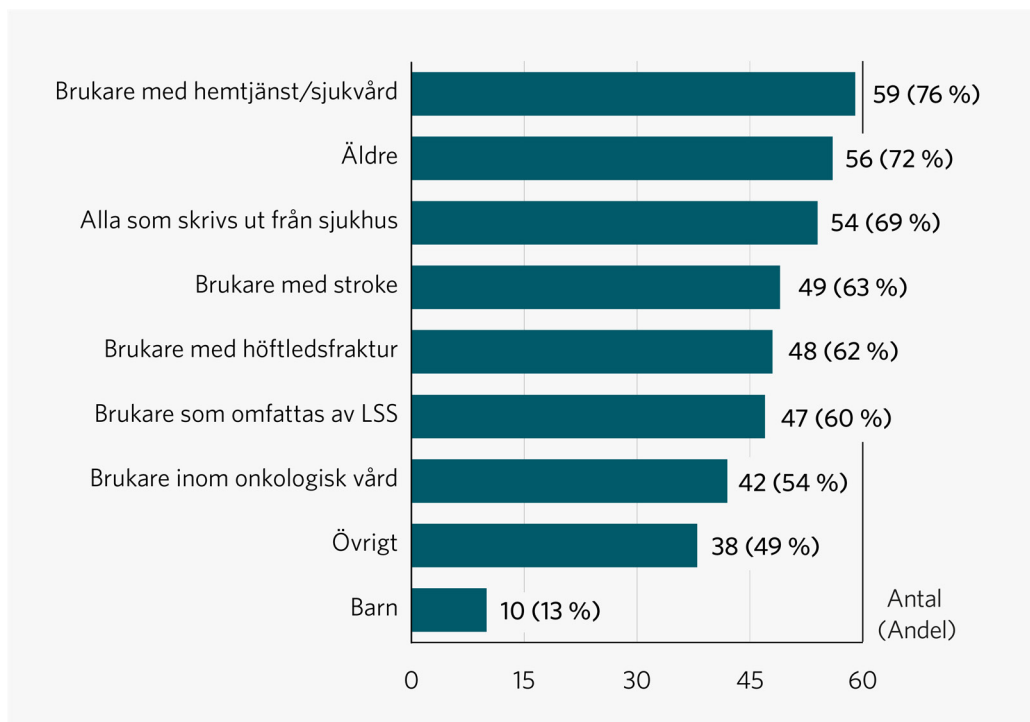
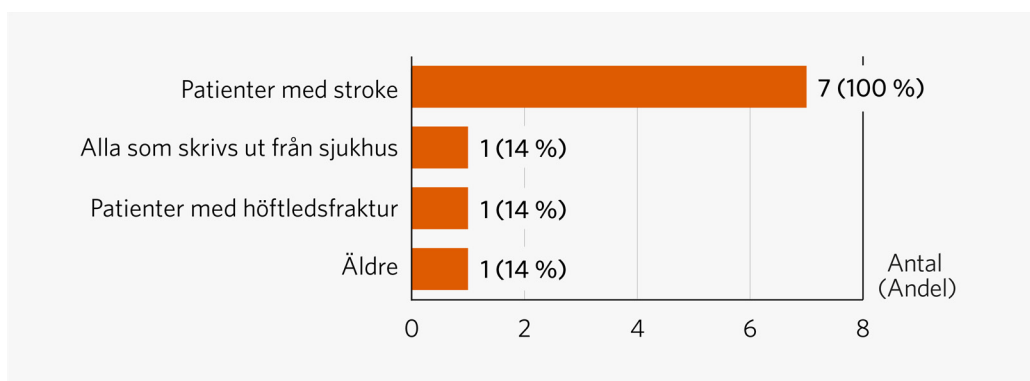


Diagram 12: Målgrupper för rehabilitering i hemmet, region



Respondenter kunde välja fler alternativ varför andelarna summerar till över 100 procent.

En anledning till att regionerna i regel har en mer avgränsad målgrupp kan vara att rehabilitering i hemmet inom regional verksamhet i högre utsträckning utgår från specialiserad vård (89 procent) jämfört med primärvård (7 procent).

Lite drygt hälften av alla svarande (55 procent) uppger att de exkluderar någon eller några målgrupper från sin rehabilitering i hemmet. De vanligaste gemensamma avgränsningarna för kommun och region är personer som erhåller palliativ vård samt personer med kognitiv svikt. Även typ av boende utgör i vissa fall en avgränsning för kommun och region, men vilken typ av boende som avgränsas bort skiljer sig åt mellan huvudmännen. Den boendeform som kommun (men inte region) avgränsar bort är ordinärt boende, men detta endast i fem procent av fallen enligt svarande kommuner. Den boendeform som region (men inte kommun) avgränsar bort är vård- och omsorgsboenden, vilket 14 procent av svarande regioner uppger att de gör.

Flera positiva resultat ses i utvärderingar – men på grund av utvärderingsmetoden kan dessa sällan säkerställas statistiskt

Det är vanligare att utvärderingar av rehabilitering i hemmet gjorts inom regional än kommunal verksamhet. 49 procent av kommunerna har utvärderat insatsen jämfört med 86 procent inom region. Dock har en kontrollgrupp endast använts i sju procent av alla utvärderingar (av dessa har samtliga skett inom kommunal rehabilitering i hemmet). Detta innebär att resultaten sällan kan säkerställas statistiskt. Även verksamheter som inte gjort någon uppföljning av arbetet med rehabilitering i hemmet uppger att de sett positiva resultat av arbetet. Ingen respondent svarar att de inte sett några positiva resultat. De vanligaste positiva resultaten som kunnat ses är inom kommun (i fallande ordning): förbättrad funktions- och aktivitetsförmåga för brukaren (92 procent), förbättrad hälsa och livskvalitet för brukaren (76 procent), ekonomiska effekter för närstående (76 procent), minskat behov av hemtjänst (74 procent), minskat behov av SÄBO/korttidsboende (58 procent), minskad risk för akutbesök eller återinskrivning (39 procent), minskad risk för fallskador (32 procent). De vanligaste positiva resultaten som kunnat ses är inom region (i fallande ordning): förbättrad funktions- och aktivitetsförmåga för patienten (83 procent), förbättrad hälsa och livskvalitet för patienten (83 procent), minskat behov av hemtjänst (50 procent), minskad risk för akutbesök eller återinskrivning (33 procent), minskad risk för fallskador (33 procent), minskat behov av SÄBO/korttidsboende (17 procent) (diagram 13–16).

Diagram 13: Utvärderingar av effekter av arbetet med rehabilitering i hemmet, antal och andel, kommun

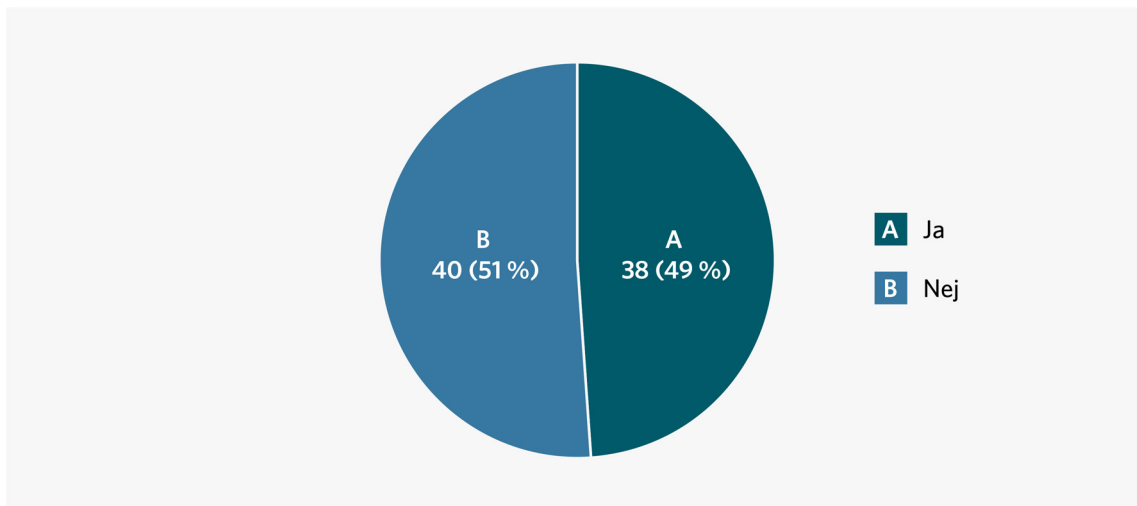


Diagram 14: Utvärderingar av uppnådda effekter av arbete med rehabilitering i hemmet, kommun



Diagram 15: Utvärderingar av effekter av arbetet med rehabilitering i hemmet, antal och andel, region

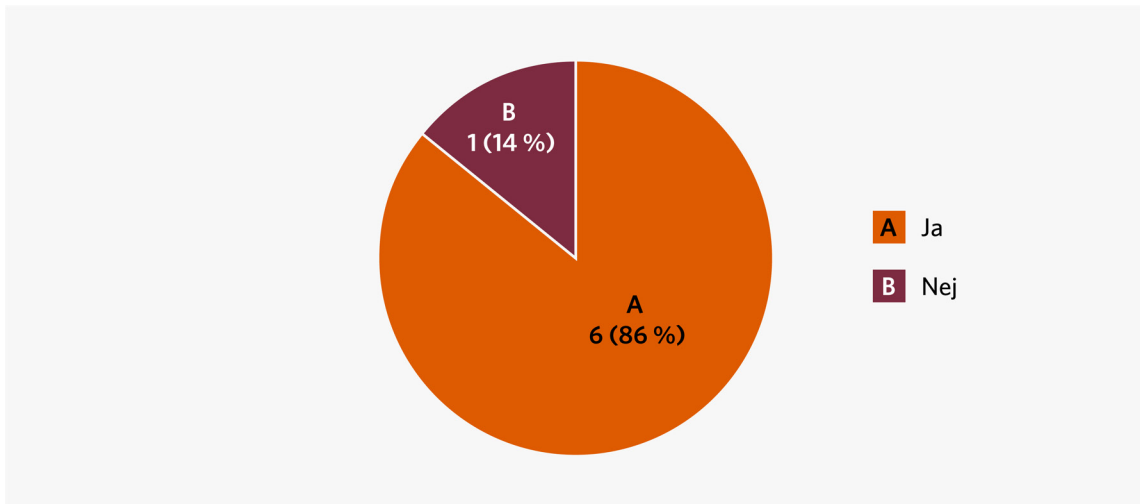
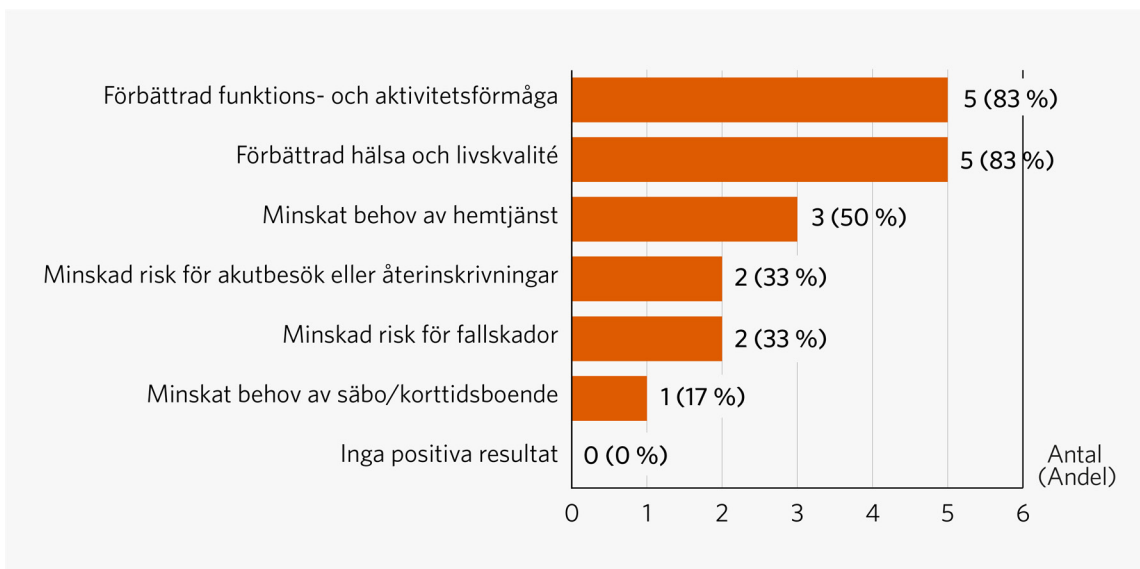


Diagram 16: Utvärderingar uppnådda effekter av rehabilitering i hemmet, region



Positiva effekter utifrån respondenter som utvärderat insatsen.

Rehabilitering i hemmet som del av omställningen till Nära vård

Genomgående i enkätundersökningen har det funnits frågor som relaterade till de fyra fokusförflyttningar som kännetecknar omställningen till Nära vård:

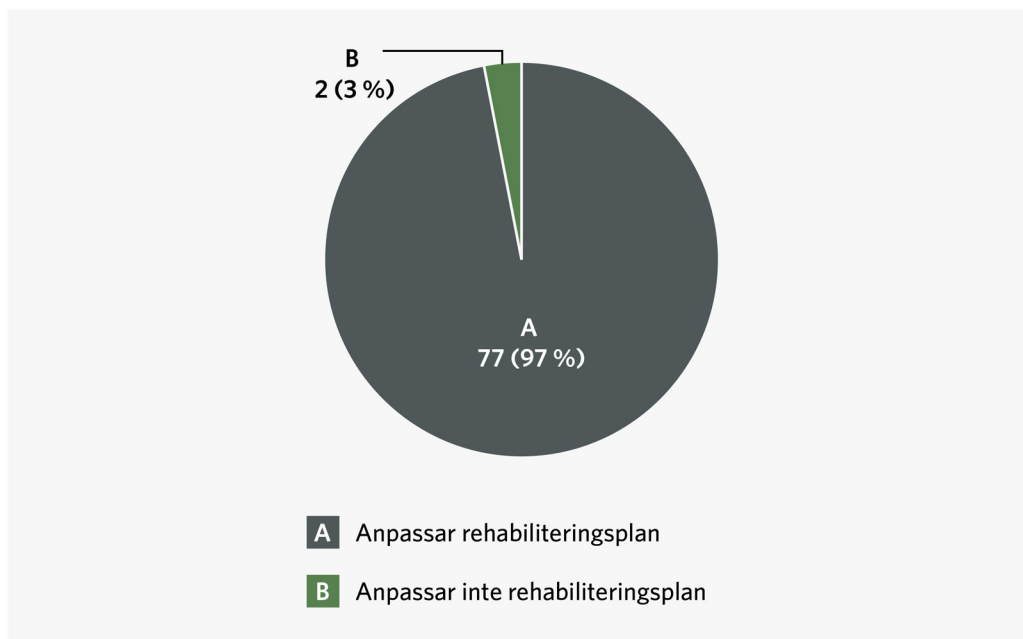
1. från fokus på organisation till fokus på person och relation,
2. från invånare och patient som passiv mottagare till aktiv medskapare,
3. från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus,
4. från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande.

Nedan presenteras resultatet för dessa frågor samlat för att undersöka om och hur rehabilitering i hemmet fungerar som del av omställningen till Nära vård.

Rehabilitering i hemmet anpassas utifrån individens behov och det finns ofta goda förutsättningar att skapa relation inom arbetet

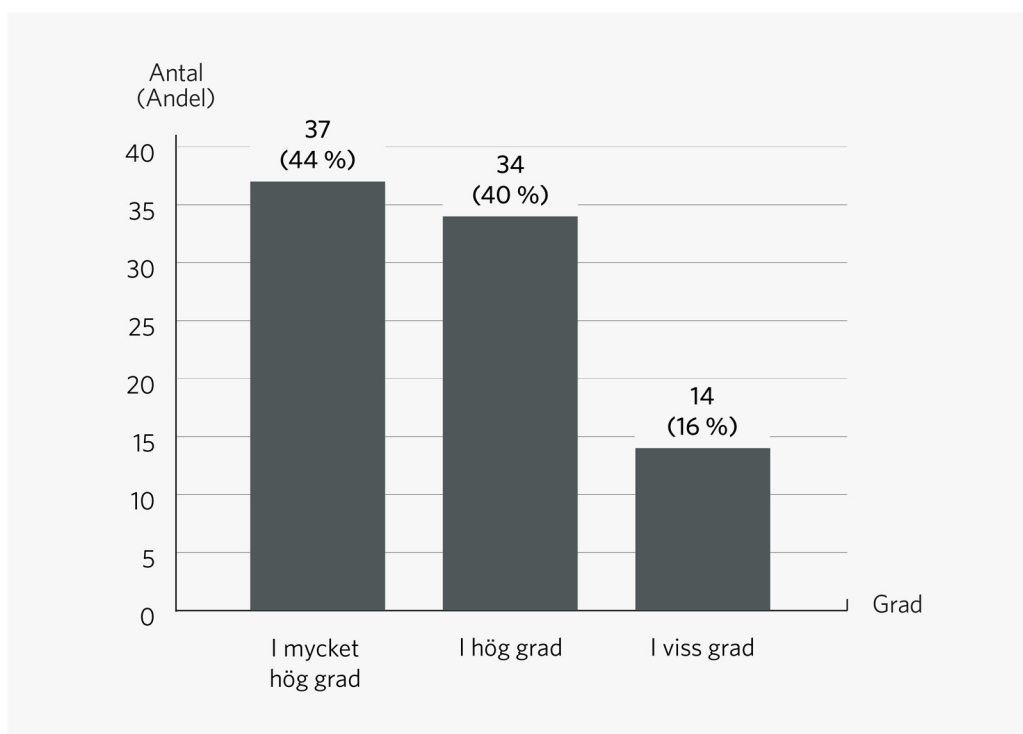
Arbetet med rehabilitering i hemmet anpassas i stor utsträckning till individens behov och förutsättningar. Exempelvis var ”individ Anpassning” det vanligaste svaret på frågor om hur långt och hur intensivt arbetet med rehabilitering i hemmet planerades och det näst vanligaste svaret på hur rehabiliteringsplanen var framtagen. 97 procent av respondenterna uppger att rehabiliteringsplanen anpassas utifrån individens behov (diagram 17). Inom arbetet med rehabilitering i hemmet ses vidare att goda förutsättningar föreligger för att individ och team ska kunna skapa relation inom ramen för arbetet. 84 procent av alla respondenter uppger att individen får träffa samma medarbetare under insatsen i hög till mycket hög grad (diagram 18). Med tanke på att individ och team i snitt träffas en till två gånger i veckan under en period om sex till sju veckor talar detta för att förutsättningar finns för att team och individ ska hinna lära känna varandra. På direkt fråga uppger 95 procent av respondenterna att det finns utrymme att skapa en professionell relation mellan individ och team.

Diagram 17: Anpassning av rehabiliteringsplanen efter individens individuella behov



Beräknad utifrån respondenter som använder sig av rehabiliterings-/behandlingsplan.

Diagram 18: I vilken grad individen får träffa samma medarbetare under insatsen



Individen själv är i hög grad en aktiv medskapare inom rehabilitering i hemmet

Individen kan ofta själv initiera arbetet med rehabilitering i hemmet. Särskilt vad gäller kommunal verksamhet där svaret ”brukaren själv” utgör det vanligaste svaret (77 procent) på flervalsfrågan ”På vems initiativ kan insatsen initieras?”. För region var motsvarande siffra 57 procent, där svaret var näst vanligast tillsammans med ”endast legitimerad personal inom verksamheten som erbjuder insatsen” och efter ”All personal som erbjuder insatsen” (diagram 19–20). Vidare uppger den stora majoriteten, 79 procent inom kommun och 86 procent inom region, att individen själv deltar i framtagande av rehabiliteringsplanen som en aktiv medskapare. Närstående involveras i arbetet i nästan lika stor utsträckning, 74 procent inom kommun och 86 procent inom region.

Diagram 19: Person som kan initiera rehabilitering i hemmet, kommun

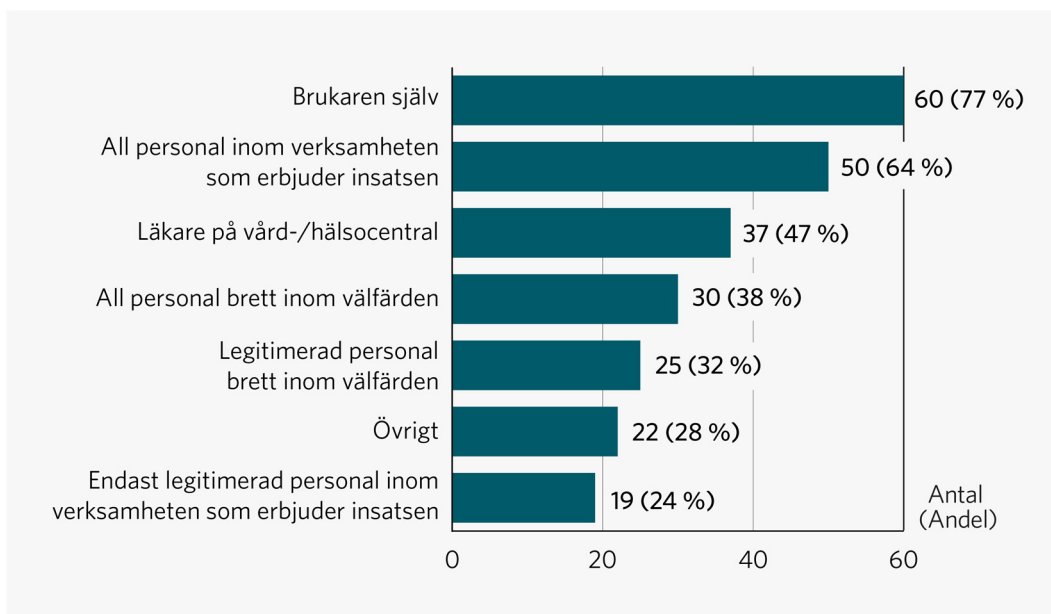
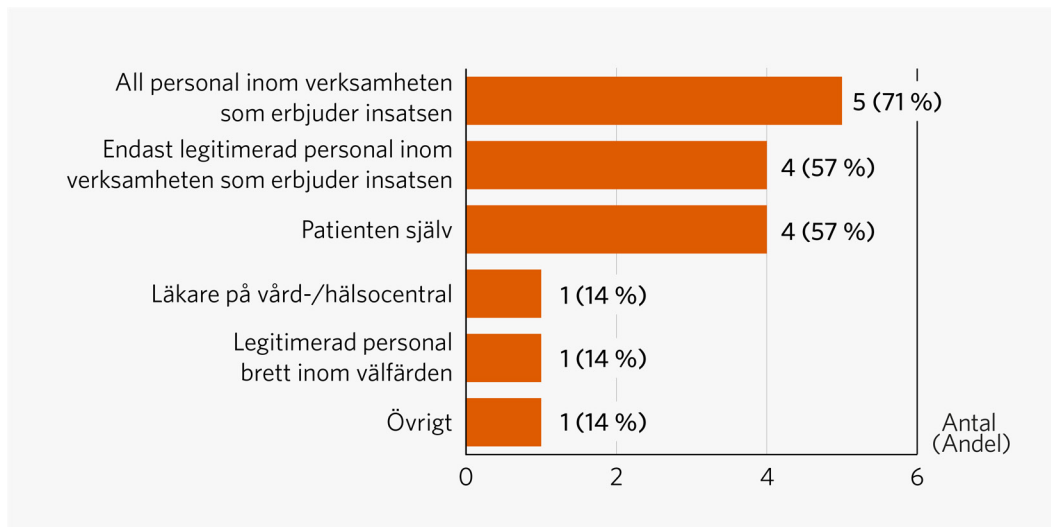


Diagram 20: Person som kan initiera rehabilitering i hemmet, region



Respondenter kunde välja fler alternativ varför andelarna summerar till över 100 procent.

Arbetet med rehabilitering i hemmet präglas av en hög grad av samordning inom och utom teamets insatser

Rehabilitering i hemmet uppges i hög grad samordnas med individens övriga vård och omsorg. 87 procent svarar att insatsen helt eller delvis samordnas (diagram 21–22), ett resultat som är jämförbart mellan kommun och region. Avseende samverkan mellan kommun och region uppges endast två procent av teamen vara ett integrerat team mellan kommun och region. Dock svarar 79 procent av alla respondenter att det helt eller delvis finns strukturerade arbetssätt/rutiner inom teamet för att samverka med kommun och region (diagram 21–22).

Diagram 21: Verksamheter som uppger att insatsen helt eller delvis samordnas med övriga vård- och omsorgsinsatser

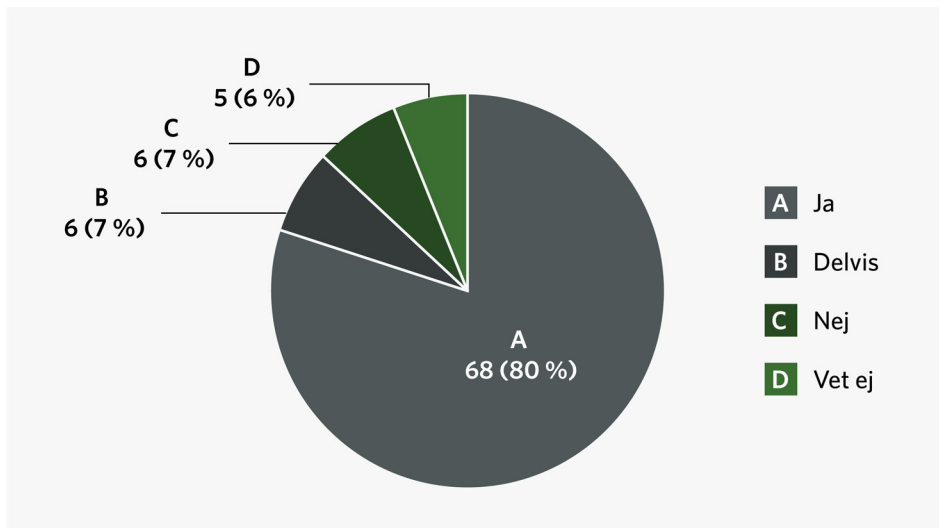
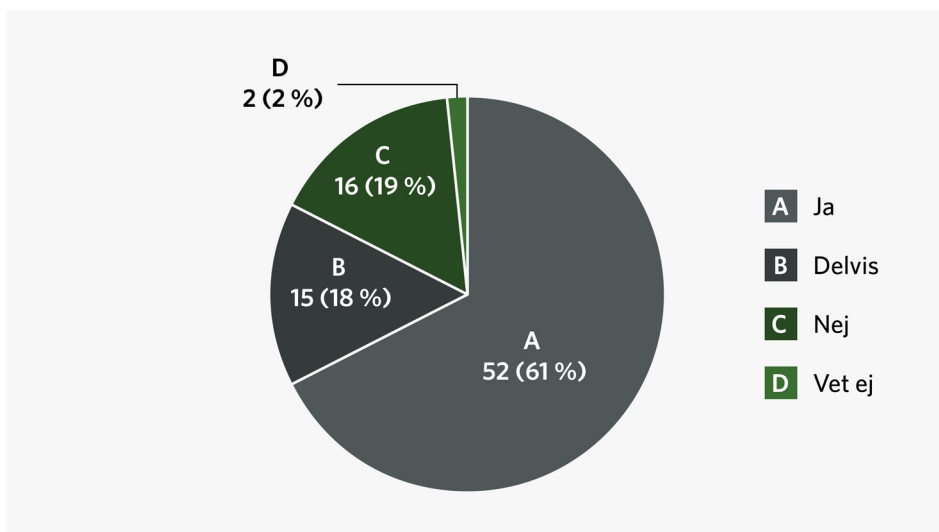


Diagram 22: Verksamheter som uppger att det finns strukturer för samverkan med övriga vård- och omsorg



Rehabilitering i hemmet ses i hög grad som en hälsofrämjande och förebyggande insats

Ungefär två av fem respondenter uppger att det i hög eller mycket hög grad finns hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser inkorporerade i behandlingsplanen vid rehabilitering i hemmet. Ytterligare två av fem uppger att detta finns i viss grad (diagram 23). Vad gäller förekomst av konkreta mål kopplat till att skapa självständighet och livskvalitet uppger 87 procent av kommunerna och 100 procent av regionerna att detta finns i rehabiliteringsplanen (diagram 24–25).

Diagram 23: Förekomst av hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser i behandlingsplanen

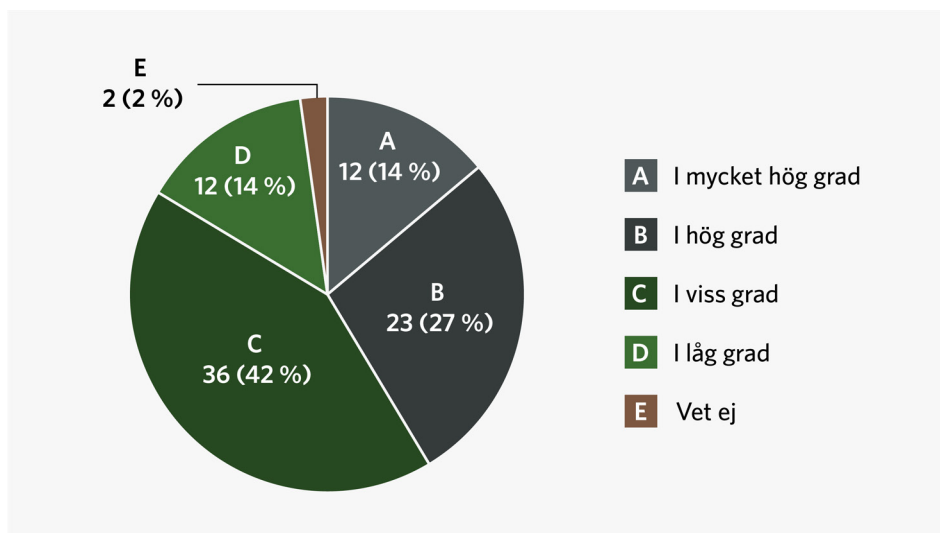


Diagram 24: Förekomst av konkreta målsättningar kopplat till att öka självständighet och livskvalitet i behandlingsplanen, kommun

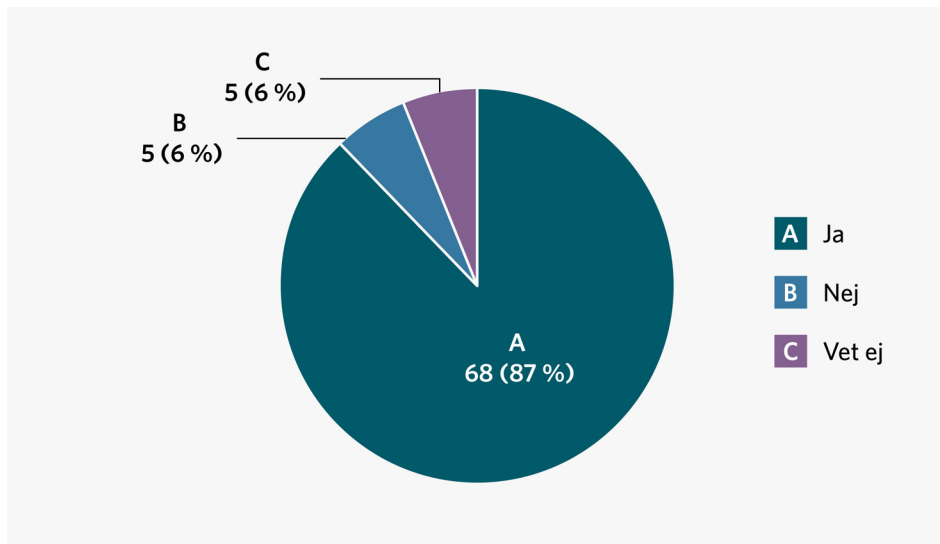
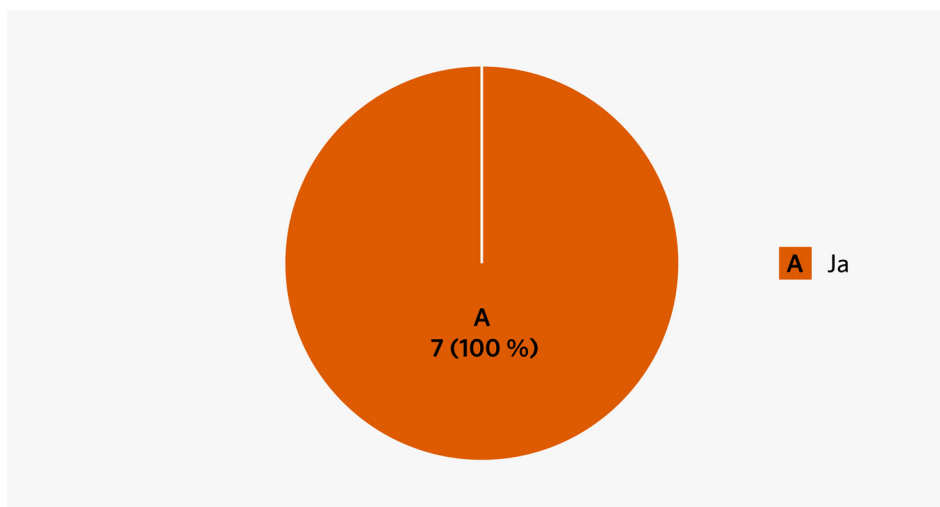


Diagram 25: Förekomst av konkreta målsättningar kopplat till att öka självständighet och livskvalitet i behandlingsplanen, region



Andel beräknad utifrån respondenter som använde sig av rehabiliterings/behandlingsplan.

Knappt en femtedel uppger att arbetet sker som del av omställningen till Nära vård

Trots att rehabilitering i hemmet enligt ovan sker i enlighet med det nya sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg som utgör omställningen till Nära vård uppger knappt var femte kommun (18 procent) och region (17 procent) att arbetet sker som en uttalad del av denna omställning. Dubbelt så många av kommunerna (37 procent) och hälften av regionerna (50 procent) svarade i stället att arbetet inte sker inom ramen för omställningen till nära vård. 33 procent av kommunerna svarade att arbetet med rehabilitering i hemmet i teorin ses som en del av omställningen till nära vård, men i praktiken finns ingen konkret koppling till omställningen i övrigt. I fritextsvar uppger 12 procent av kommunerna att arbetet med rehabilitering i hemmet startade innan det nationella arbetet för Nära vård inletts (diagram 26–27).

Diagram 26: Svar om arbetet sker som en del i omställningen till Nära vård, kommun

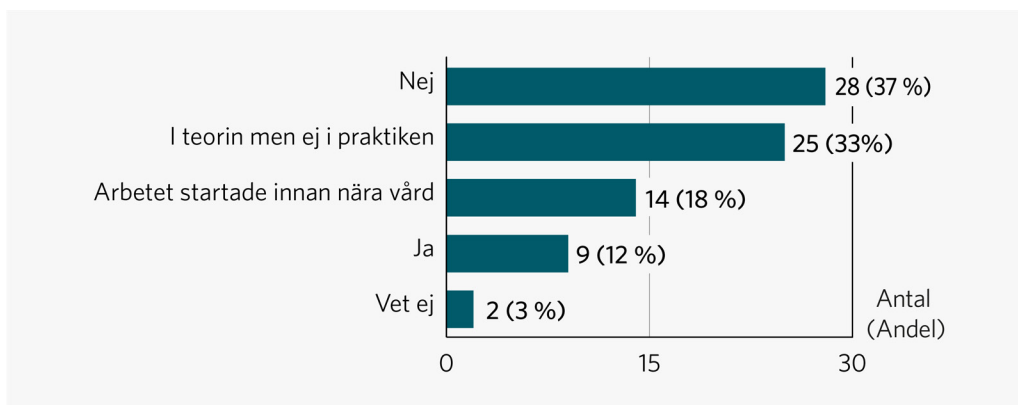
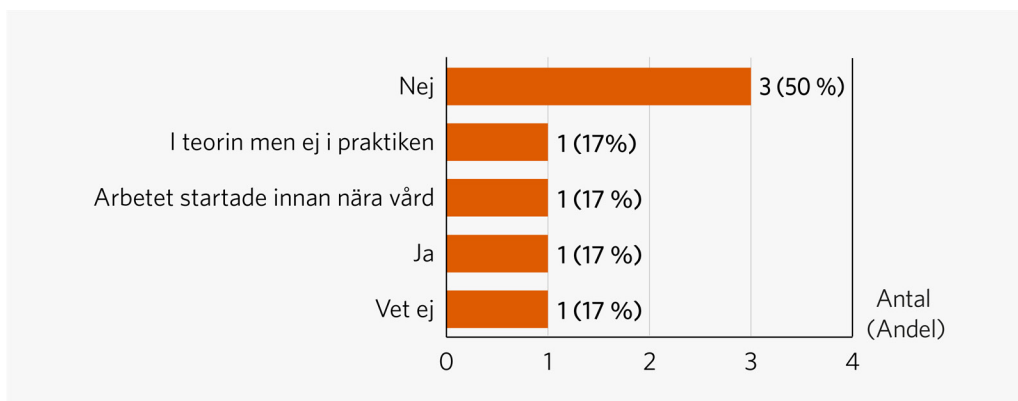


Diagram 27: Svar om arbetet sker som en del i omställningen till Nära vård, region



Så här gör vi – Erfarenheter och lärdomar från sju verksamheter

Rehabilitering i hemmet bedrivs i alla delar av landet, från stad till gles- och landsbygd. Arbetssättet finns inom både kommunal och regional verksamhet. På primärvårdsnivå och specialistvårdsnivå. Att arbete med rehabilitering i hemmet kan se olika ut står därmed klart. I detta kapitel beskrivs tips och lärdomar från sju verksamheter som förhoppningsvis kan inspirera och stödja andra som vill påbörja eller utveckla sitt arbete med rehabilitering i hemmet. Dessa exempel har valts ut bland många andra lärorika arbeten för att illustrera rehabilitering i hemmet utifrån sju olika perspektiv, baserat på vilka situationer eller målgrupper de är anpassade för.

Tabell 1: Huvudman för intervjuade verksamheter och reportagens olika perspektiv

Huvudman	Perspektiv
Eskilstuna kommun	Rehabilitering i hemmet med multiprofessionellt team
Östersunds kommun	Rehabilitering i hemmet för personer med hemtjänst
Västra Götalandsregionen	Rehabilitering i hemmet för personer med neurologisk sjukdom
Falköpings kommun	Rehabilitering på särskilt boende för äldre (SÄBO)
Örebro kommun	Kommun och regiongemensamt rehabiliteringsteam
Region Stockholm	Habilitering i hemmet för barn och unga
Region Västerbotten	Ortopedisk rehabilitering i hemmet

Rehabilitering i hemmet med multiprofessionellt team

Eskilstuna kommun började 2015 ett arbete med rehabilitering i hemmet, kallat intensiv hemrehabilitering (IHR). Arbetet började som ett forskningsprojekt i samarbete med Mälardalens universitet. Projektet visade positiva resultat och permanentades 2017.

Om Eskilstuna kommuns arbete med intensiv hemrehabilitering (IHR)

Målgrupp: Personer som får hemtjänst för första gången eller som av hemtjänsten bedöms ha rehabiliteringspotential.

Omfattning: Det finns två team med totalt 37 medarbetare. 350 brukare får årligen insatsen.

Professioner i teamet: I teamet finns 28 undersköterskor, tre arbetsterapeuter, tre fysioterapeuter, två biståndshandläggare och en distriktssjuksköterska på deltid.

Huvudman: Intensiv hemrehabilitering drivs av vård- och omsorgsförvaltningen i Eskilstuna kommun.

Varför infördes rehabilitering i hemmet inom er verksamhet?

2014 var företrädare för Eskilstuna kommuns vård- och omsorgsförvaltning på studiebesök i staden Fredericia i Danmark. Detta då man aktivt letade efter nya, resurseffektiva arbetssätt för att möta den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och rådande kompetensförsörjningsutmaningar. I Fredericia presenterades ett koncept för rehabilitering i hemmet där tidsbegränsade och intensiva insatser ges till personer som ansökt om hemtjänst för första gången. Med inspiration från Fredericia infördes ett liknande arbetssätt i Eskilstuna kommun 2015 som fick namnet intensiv hemrehabilitering (IHR). Målet med IHR var att använda den befintliga kompetensen rätt och med förebyggande arbete öka tiden som invånare klarar sig hemma utan insatser.

IHR bedrevs initialt i projektform i samarbete med Mälardalens universitet som gjorde uppföljningar och utvärderingar av arbetet. Utvärderingarna visade på positiva resultat vilket presenterades för vård- och omsorgsnämnden. Detta ledde till att arbetssättet permanentades 2017. ”Den politisk förankringen var en viktig framgångsfaktor i arbetet. Genom att presentera tidiga resultat som visade på minskade hemtjänstinsatser och ökad självständighet fick arbetssättet ett trovärdigt stöd” säger Fridha Söderqvist, fysioterapeut och verksamhetschef för äldreomsorgen på vård- och omsorgsförvaltningen i Eskilstuna kommun.

Hur startade ni upp rehabilitering i hemmet och vad lärde ni er av processen?

Vid projektstart rekryterades 14 undersköterskor, två arbetsterapeuter, två fysioterapeuter, en biståndshandläggare, en sjuksköterska och en beteendevetare till teamet. Tillsammans med Mälardalens universitet togs en fem veckor lång kurs fram med fokus på det interprofessionella teamarbetet. Personalen fick gå kursen innan de påbörjade det kliniska arbetet. Under kurstiden kunde teamet tillsammans sätta upp ramar och mål för arbetet genom föreläsningar och handledda workshops där teamarbete stod i fokus. Kursen gav teamet möjlighet att bygga ett välfungerande samarbete och en gemensam värdegrund och mål.

Målgruppen för IHR var till en början invånare över 65 år som ansökte om hemtjänst för första gången. Rehabiliteringsinsatsen var en tidsbegränsad och målinriktad insats som följde en särskild struktur i fyra delar: inledande bedömning, formulering av mål, genomförande samt uppföljning och utvärdering. Den inledande bedömningen skedde genom ett möte mellan team och brukare där funktions- och aktivitetsnivå bedömdes. I målsättnings-samtalet satte brukare och team tillsammans upp två till fem mål för rehabiliteringen utifrån brukarens prioriteringar. Insatsens genomförande pågick i snitt sex veckor med en övre gräns på tre månader. Frekvensen av besök anpassades utifrån brukaren men var i regel flertalet besök per vecka. I slutet av insatsen hade teamet tillsammans med brukaren ett uppföljnings-samtal för att utvärdera arbetet och om målen var uppfyllda.

Vilka arbetssätt har ni inom er rehabilitering i hemmet?

Efter att IHR permanentades har arbetet utökats till att även omfatta brukare med redan beviljade insatser från hemtjänsten. Hemtjänstpersonal som identifierar att en brukare är i behov av rehabiliteringsinsatser kan idag kontakta IHR-teamet direkt som sedan gör en bedömning av huruvida brukaren skulle gagnas av insatsen. IHR:s personalstyrka har dubblerats och är nu två team.

Det finns en tydlig uppgiftsfördelning och ett tydligt samarbete mellan professionerna i teamet. Undersköterskorna utgör en central del i rehabiliteringen då de kan identifiera vad som motiverar brukarna och lägger stort fokus på att hjälpa brukare att utföra uppgifter på egen hand. Arbets- och fysioterapeuter utformar själva rehabiliteringsplanen, är med under den aktiva träningen och bedömer vilka hjälpmedel brukaren behöver. Biståndshandläggaren identifierar brukare som kan gagnas av insatsen samt bedömer brukarens behov av omsorgsinsatser efter att rehabiliteringen avslutas. Distriktssköterskan är knutpunkten till övriga vård- och omsorgsinsatser som koordineras runt brukaren. I nuläget finns ingen beteendevetare i teamet.

Medarbetarna har under arbetets gång kunnat tillgodogöra sig kunskap från andra professioner samtidigt som de har utvecklats i sin egen kompetens. Exempelvis har undersköterskorna utvecklat sina rehabiliterande arbetssätt och är nu mer trygga i att låta brukaren själv utföra flera uppgifter och hjälpa till först när det behövs. Denna utveckling har möjliggjorts av att de olika professionerna i teamet träffas dagligen både på kontoret och hemma hos brukaren. "Att teamets professioner är samlokaliserade och träffas ofta är en viktig del för att bygga tillit inom teamet" berättar Fridha Söderqvist.

Vilka resultat har ni sett av införandet av rehabilitering i hemmet?

Både kvalitativa och kvantitativa utvärderingar har gjorts av insatsens effekter på brukare, medarbetare och verksamhet. Brukare som fått insatsen har jämförts med en kontrollgrupp som fick ordinarie hemtjänstinsatser. Arbetet har studerats av fem forskare och resulterat i fem vetenskapliga artiklar. Resultaten i utvärderingarna var mycket positiva. För brukare randomiserade till IHR sågs bland annat redan efter tre månader en minskning av antalet hemtjänsttimmar jämfört med kontrollgruppen. Ett år efter avslutad insats sågs att personer mellan 65–75 år som fått IHR i genomsnitt hade sex timmar hemtjänst per månad medan kontrollgruppen hade 45 timmar per månad. De som fick insatsen sågs också ha ett 17 procent lägre behov av särskilt boende för äldre (SÄBO) än kontrollgruppen. De observerade positiva effekterna sågs för alla åldersgrupper men minskade med stigande ålder. ”Det forskningen har visat är att alla blir hjälpta av insatsen men vissa grupper får större effekt än andra” sammanfattar Fridha Söderqvist.

Tips till andra!

- Prioritera tid för teamet både i uppstart och under arbetets gång för att skapa samverkan i vardagen med brukaren i fokus.
- Lagg tid på att utforma uppföljningar och utvärderingar och relatera dessa till målet med projektet. Använd en kontrollgrupp och säkerställ att det går att följa upp effekten man är intresserad av, exempelvis hemtjänsttimmar.
- Ha konkreta och tidsanpassade mål med rehabiliteringen. Det är svårt att uppfylla målen om det inte finns en konkret tidsram från början.

Rehabilitering i hemmet för personer med hemtjänst

Östersunds kommun var tidiga i sitt arbete med rehabilitering i hemmet och startade ett projekt som testade konceptet redan 1999. Östersunds arbete med rehabilitering i hemmet har använts som inspiration av flera andra kommuner i uppstart av liknande verksamheter. Uppföljningar visar flera positiva resultat bland annat en ökad funktions- och aktivitetsförmåga hos brukare samt minskat behov av hemtjänst inom kommunen.

Om Östersund kommuns "hemteam"

Målgrupp: Alla som uppfyller kriterier för kommunal hälso- och sjukvård. Ofta identifieras individer av hemtjänstpersonal.

Omfattning: Rehabilitering i hemmet utförs av "hemteamet" som har 28 heltidsanställda. Årligen tar ca 500 brukare del av insatsen.

Professioner i teamet: Fysioterapeut, arbetsterapeut, distriktsköterska och undersköterska.

Huvudman: Hemteamet är organiserat under vård- och omsorgsförvaltningen i Östersunds kommun.

Varför infördes rehabilitering i hemmet inom er verksamhet?

I slutet av 1990-talet infördes tjänsten medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i Östersund för att förbättra rehabiliteringen inom kommunen. I samband med detta startades ett projekt med rehabilitering i hemmet. Projektet syftade till att stödja självständighet och därmed minska behovet av kommunala insatser för brukare som ansökt om eller beviljats hemtjänst. Inom projektet organiserades arbetsterapeut, fysioterapeut, undersköterska och distriktssköterska i ett så kallat "hemteam". Samtidigt som projektet startade stod kommunen inför utmaningar med besparingskrav och med en ökande andel äldre i befolkningen. Trots detta fanns redan tidigt en politisk vilja att fortsatt satsa resurser på rehabilitering i hemmet. En viktig anledning till detta tror nuvarande MAR i Östersunds kommun, Bodil Evertsson, berodde på att positiva resultat kunde påvisas i uppföljningar redan tidigt i arbetet.

”I tidiga utvärderingar av projektet sågs att Östersunds kommun hade minskande kostnader för hemtjänst, vilket var en helt annan utveckling än den i jämförbara kommuner. Således fanns ekonomiska incitament för beslutsfattare i kommunen att fortsätta satsa på hemteamet” berättar Bodil Evertsson.

Hur startade ni upp rehabilitering i hemmet och vad lärde ni er av processen?

Det första som gjordes var att etablera en nära relation och gemensamma kommunikationskanaler mellan biståndshandläggare och hemteamet. Detta gjordes genom att bland annat planera in gemensamma träffar där ramar och mål för arbetet formulerades tillsammans. Utifrån detta utformades sedan ett strukturerat arbetssätt för rehabilitering i hemmet: Då biståndshandläggare fick in en ansökan om hemtjänstinsatser kontaktades hemteamet. Hemteamet utförde ett vårdplaneringsmöte för att bedöma om, och i så fall vilken grad, brukaren var i behov av rehabiliterande insatser. Biståndshandläggaren använde teamets bedömning som ett underlag för sina beslut. Om individen bedömdes vara i behov av hemteamets insatser gjordes ett hembesök där mål och plan för rehabiliteringen sattes upp tillsammans med brukare och närstående. Under genomförandet av rehabiliteringen handledde sedan fysioterapeut och arbetsterapeut hemtjänstpersonalen i utförandet av rehabiliteringsinsatserna. Uppföljning tillsammans med brukaren gjordes utifrån den individuella rehabiliteringsplanen. Vid förändrade behov av hemtjänstinsatser utformades ett beslutsunderlag som återkopplades till biståndshandläggaren.

Vilka arbetssätt har ni inom er rehabilitering i hemmet?

De arbetssätt som utvecklades inom ramen för det ursprungliga projektet visade sig vara mycket framgångsrika varför dessa breddinförts inom kommunen. Arbetssättet har även använts som inspiration av flera andra kommuner i uppstart av liknande verksamhet. En bidragande del i arbetets framgång är den struktur för samverkan mellan legitimerad personal och hemtjänst som tagits fram inom ramen för arbetet. Strukturen utgår från att alla yrkesgruppers specifika kompetens ska användas till fullo. ”Rehabiliteringen är ett teamarbete mellan hemteamet, omsorgspersonal och biståndshandläggare. Det går inte att jobba i stuprör. Arbets- och fysioterapeuter är de drivande motorerna som med sin spetskunskap visar hur målen ska uppnås. Omsorgspersonalen vet vad som motiverar brukaren och kan därmed peppa till nästa steg. Då omsorgspersonalen träffar brukaren mest är det är otroligt viktigt att de är med på tåget” sammanfattar Bodil Evertsson.

En viktig del i att skapa ett välfungerande samarbetet mellan hemteam och hemtjänst är att verksamheterna samlokaliseras. ”Kvalitetsuppföljningar har visat att teamarbetet påverkas positivt av att legitimerad personal och omsorgspersonal är samlokaliserade” säger Bodil Evertsson

En annan viktig del i Östersunds arbete med rehabilitering i hemmet är att involvera och stötta närstående. Detta görs genom att använda en modifierad ICF³-modell som beskriver hur två personer påverkar varandras hälsa och välbefinnande. Utifrån denna modell har ett ramverk utvecklats som innehåller tre typer av stöd som ges till närstående:

1. **Informativt stöd** som syftar till att den närstående ska få veta hur och varför rehabiliteringen görs.
2. **Instrumentellt stöd** som syftar till att handleda den närstående i rehabiliteringsövningar så de kan bli aktiva i själva träningen.
3. **Emotionellt stöd** som syftar till att lyssna på och stötta den närstående.

Stödet gör att närstående lättare kan involveras i arbetet vilket kan öka chanserna att målen för rehabiliteringen uppfylls.

Not. 3 Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) är ett ramverk för att organisera och dokumentera information om funktionstillstånd och funktionshinder.

Vilka resultat har ni sett av införandet av rehabilitering i hemmet?

Hemteamets arbete har följts upp och utvärderats löpande under åren genom forskningsprojekt i samarbete med Umeå och Göteborgs universitet. Utvärderingarna visade att rehabilitering i hemmet ger både förbättrad hälsa, livskvalitet och funktions- och aktivitetsförmåga för brukarna. Utvärderingarna visade också att 28 procent av personerna som fick insatsen hade ett minskat behov av hemtjänst. Således påvisades att rehabilitering i hemmet leder till en ökad livskvalitet för brukaren samtidigt som arbetssättet sparar resurser åt kommunen.

”Vi i Östersund ser att vi behöver jobba med rehabilitering i hemmet för att klara de demografiska utmaningarna vi står inför. Det här arbetssättet handlar om att använda våra gemensamma resurser på rätt sätt samtidigt som det leder till en ökad livskvalitet för brukaren” avslutar Bodil Evertsson.

Tips till andra!

- Lägg fokus på teamwork med personer som är del av individens vardag exempelvis hemtjänst- och boendepersonal. Ha en gemensam planering och målformulering för arbetet för att skapa en rehabiliterande värdegrund.
- Följ upp och utvärdera arbetet. Kommunicera resultaten tidigt och tydligt till den politiska ledningen. Politisk vilja är mycket viktig för att arbetet ska fungera!
- Ha ett tydligt definierat uppdrag och mål för arbetet som kommuniceras till alla nivåer i verksamheten, från ledning till kliniskt verksam personal.

Rehabilitering i hemmet för personer med neurologisk sjukdom

I Västra Götalandsregionen arbetar Neurovårdsteamet Sörhaga med patienter i alla åldrar som har neurologisk sjukdom och är i behov av rehabilitering i hemmet. Teamet lägger stor vikt vid att ha en hög tillgänglighet och arbetar med cirkulära, snarare än avgränsade rehabiliteringsinsatser.

Om Neurovårdsteamet Sörhaga

Målgrupp: Individer, oavsett ålder, med neurologisk sjukdom.

Omfattning: Neurovårdsteamet Sörhaga ger rehabiliteringsinsatser till cirka 350 individer årligen.

Professioner i teamet: Tre Fysioterapeuter, tre arbetsterapeuter och en logoped.

Huvudman: Teamet drivs av Västra Götalandsregionen som tilläggsuppdrag i det fria vårdvalet för rehabilitering.

Varför infördes rehabilitering i hemmet inom er verksamhet?

I Västra Götalandsregionen finns två typer av team för rehabilitering i hemmet för personer med neurologisk sjukdom. Dels team utgående från specialistvården, dels team utgående från primärvården genom tilläggsuppdraget "Neurovårdsteam" som regleras via regionens vårdval. Tilläggsuppdraget för neurovårdsteam tillkom 2014 då regionen såg ett behov av kvalificerad och anpassad rehabilitering i primärvården efter att den specialiserade vårdens "hemrehabteam" var klara med sin mer intensiva rehabilitering. Vidare vänder sig primärvårdens neurovårdsteam till en bredare målgrupp än den specialiserade vårdens och ger insatser även till patienter som inte vårdats inneliggande på sjukhus. "Neurovårdsteam, som det i Sörhaga, ger rehabilitering till patienter med ett brett sjukdomsspektra. Exempelvis omhändertas både kroniska tillstånd som Multipel skleros (MS) och akuta övergående tillstånd som hjärnskakning" säger Ivar Sakshaug, fysioterapeut i neurovårdsteamet.

Hur startade ni upp rehabilitering i hemmet och vad lärde ni er av processen?

Neurovårdsteamet Sörhaga lade redan från början stor vikt vid att ha en hög tillgänglighet. Genom att patienterna kunde ta direktkontakt med teamet och få insatser med kort varsel, redan samma vecka, kunde teamet tidigt identifiera behov av rehabilitering. Den höga tillgängligheten gjorde också att patienterna fick ett stort förtroende för teamet vilket underlättade arbetet. ”För att optimera rehabiliteringen gäller det att kunna komma in vid rätt tidpunkt i sjukdomsförloppet” säger Ivar Sakshaug och tillägger: ”Det är en stor säkerhet för patienterna att de vet att vi finns tillgängliga om det skulle uppstå ett behov”.

Vilka arbetssätt har ni inom er rehabilitering i hemmet?

När en patient aktualiseras för rehabiliteringsinsatsen träffar ett team bestående av fysio- och arbetsterapeut patienten för ett inledande möte och undersökning. Teamet diskuterar därefter vad som krävs för att rehabiliteringen ska vara möjlig att utföra utifrån uppgifterna som inhämtats. Efter detta sker ett rehabiliteringsmöte med patienten, eventuell närstående och de medarbetare som kommer delta i arbetet med patientens rehabilitering. Under rehabiliteringsmötet formuleras mål och en rehabiliteringsplan utformas. För mötet avsätts en och en halv timme så att det finns gott om tid att diskutera vad som motiverar patienten och komma fram till ett tydlig plan för rehabiliteringen. ”Det är otroligt viktigt att ta sig ordentligt med tid för att kommunicera till patienten hur genomförandet av rehabiliteringen går till” säger Ivar Sakshaug.

Hur ofta insatserna ges anpassas utifrån patientens behov. De kan vara allt från en gång i veckan under en längre tid till mer intensiva skeden med upp till 15 besök per vecka. Efter att det planerade rehabiliteringsprogrammet är genomfört samlas patient, närstående och team för ett uppföljande möte. Teamet lägger stor vikt att arbeta med rehabilitering som ett cirkulärt förlopp snarare än en rak insats. Rehabiliteringen kan komma in när som helst i sjukdomsförloppet och inte bara efter akut sjukdom. Vidare kan rehabilitering i hemmet återaktualiseras i ett senare skede av sjukdomsförloppet utifrån individens aktuella behov. ”Patienten får perioder av rehabilitering under en längre tid snarare än att rehabiliteringen endast ges efter akut sjukdom och sedan avslutas.” sammanfattar Ivar Sakshaug.

Vilka resultat har ni sett av införandet av rehabilitering i hemmet?

I utvärderingar av arbetet har verksamheten observerat att en hög tillgänglighet till rehabilitering gör att rehabiliteringsbehoven minskar på längre sikt.

”Teamet ger en trygghet för patienterna. De vet att när de behöver hjälp kan de få det snabbt.” avslutar Ivar Sakshaug.

Tips till andra!

- Ha kanaler där patienten kan ta direktkontakt med teamet. Detta gör att insatser ges tidigare i förloppet och att patientens trygghet ökar.
- Ta tid till att förklara för patienten hur rehabiliteringen ska gå till. Detta kommer öka medverkan och är ett viktigt verktyg för att bygga tillit mellan patient och medarbetare.

Rehabilitering på särskilt boende för äldre (SÄBO)

I takt med att andelen äldre ökar i befolkningen finns behov av förändrade arbetssätt inom vård- och omsorg. Falköpings kommun har därför utvecklat en form av rehabilitering i hemmet som är särskilt anpassat utifrån de behov som finns hos brukare på särskilt boende för äldre (SÄBO).

Om Falköpings kommuns rehabilitering i hemmet

Målgrupp: Alla brukare med vård- och omsorgsinsatser. Extra fokus läggs på brukare på SÄBO samt patienter som nyligen skrivits ut från sjukhus.

Omfattning: Åtta fysioterapeuter och tio arbetsterapeuter samarbetar med personalen på kommunens tio särskilda boenden som sammanlagt har 350 brukare. Teamet ger även insatser i ordinärt boende samt boende inom ramen för LSS och socialpsykiatri.

Professioner i teamet: Arbetsterapeut, fysioterapeut, undersköterska och sjuksköterska utgör teamet som samlas runt brukaren.

Huvudman: Vård- och omsorgsförvaltningen i Falköpings kommun är huvudman för insatsen.

Varför infördes rehabilitering i hemmet inom er verksamhet?

I Falköpings kommun har arbetet med rehabilitering i hemmet vuxit fram direkt från verksamheten snarare än som ett avgränsat projekt. Verksamheten har de senaste fem åren gått ifrån att enskilda professioner utför punktinsatser till att arbeta med rehabilitering i hemmet med en tydlig teamstruktur. Omställningen mot teambaserade arbetssätt tog fart när konceptet ”trygg hemgång” lanserades i Falköpings kommun 2018. Konceptet infördes för att möta ett ökande behov av rehabilitering och uppföljning vid utskrivning från sjukhus. Patienterna möttes upp av ett ”trygg hemgångsteam” bestående av arbetsterapeut, fysioterapeut, undersköterska och sjuksköterska när de kom hem ifrån sjukhuset. Teamet utarbetade en plan för fortsatta vård- och omsorgsinsatser samt tog fram en rehabiliteringsplan med specifik tidsram. Arbetet ledde till resurser användas mer effektivt och

patienter fick rätt vårdnivå efter utskrivning. Trygg hemgång permanentades av vård- och omsorgsförvaltningen i Falköping 2019. ”Efter ett lyckat införande av trygg hemgång har framtagande av processer och flöden för att strukturera övriga rehabiliteringsinsatser i hemmet prioriterats” berättar Christina Torgnyson arbetsterapeut och enhetschef på rehabenheten i Falköpings kommun.

Hur startade ni upp rehabilitering i hemmet och vad lärde ni er av processen?

I Falköping kommuns arbetet med rehabilitering i hemmet har det blivit tydligt att nära samarbete med omsorgspersonal, sjuksköterskor, biståndshandläggare och chefer är av stor vikt för resultatet. Omsorgspersonalen kan många gånger ”tolka” i kontakten med brukarna för att förstå vilka mål som ska sättas upp med rehabiliteringen för att motivera individen. Brukare på SÄBO har ofta en lägre funktions- och aktivitetsförmåga än andra målgrupper och rehabiliteringen måste anpassas utifrån detta. Det är därför viktigt att arbets- och fysioterapeuter handleder omsorgspersonal i rehabiliterande arbetssätt anpassat till målgruppen. Då brukare och medarbetare inom SÄBO ofta bor och arbetar en längre tid på boendet möjliggörs hög kontinuitet och hållbara strukturer för teamarbete kan utarbetas. ”En viktig del av arbetet på SÄBO har varit handledning av omsorgspersonal bland annat genom att man har teammöten där brukarens mål, aktivitets- och funktionsstatus samt omvårdnadsbehov bedöms innan mötet och att omvårdnadspersonalen har uppdaterat brukarens genomförandeplan. Brukarna måste få tid att utföra vardagsaktiviteter själva. Det är ett arbete det inte går att ta några genvägar i” säger Christina Torgnyson.

Vilka arbetssätt har ni inom er rehabilitering i hemmet

Under arbetets gång har forum för samverkan framarbetats. Exempelvis anordnas regelbundna teammöten på SÄBO där arbetsterapeuter, fysioterapeuter, och medarbetare samt chef på boendet deltar. Genom regelbundna träffar kan förändringar i brukares funktion- och aktivitetsförmåga tidigt fångas upp och bemötas genom anpassning av rehabiliteringsplan och hjälpmedel. Träffarna möjliggör gemensamma arbetssätt och ömsesidig trygghet: Legitimerad personal blir tryggare i att deras rekommendationer följs och omsorgspersonalen av att kunna påverka rehabiliteringsplanen

så den känns genomförbar. ”Det är viktigt att de olika yrkeskategorierna ser sig som en del av helheten i teamet. De ska veta vad deras uppgifter är och hur det relaterar till arbetet i stort. Det är otroligt viktigt att ta med alla yrkeskategorier i arbetet” sammanfattar Christina Torgnyson.

Det långa samarbetet har medfört att medarbetarna jobbar utifrån samma kunskapsunderlag. I Falköping använder sig teamet av kunskapsunderlaget Senior Alert. Det gemensamma kunskapsunderlaget förstärker tilliten mellan medarbetarna genom vetskapen om att de arbetar efter samma riktlinjer.

Vilka resultat har ni sett av införandet av rehabilitering i hemmet?

Ingen utvärdering av arbetet har utförts men medarbetarna upplever skillnader för både brukare och personal. Vardagsrehabilitering prioriteras i större utsträckning på SÄBO idag. Brukare får förutsättningar att vara mer aktiva under dagen med uppdaterade genomförandeplaner och omvårdnads- och rehabiliteringsplaner som är förankrade hos alla berörda. Det kan handla om att brukare med stöd från personal får ta sig till toaletten på egen hand eller byta stol vid måltid.

Tips till andra!

- Strukturera upp teammöten med fasta tider, tydligt syfte samt mål och agenda.
- Varje yrkeskategori ska veta sin roll och förväntningar på arbetet, inklusive chefer som ska involveras och stötta arbetet.
- Lägg fokus på att alla medarbetare arbetar efter samma kunskapsunderlag och rekommendationer. Detta skapar tillit i teamet och gör att alla jobbar i samma riktning.

Kommun- och regiongemensamt hemrehabiliteringsteam

Örebro kommun har arbetat med rehabilitering i hemmet sedan 2007. Flertalet uppföljningar och utvärderingar av arbetet har gjorts och teamen är sedan 2009 permanentade i verksamheten. Teamen är uppbyggda av medarbetare från både kommun och region, en struktur som har möjliggjort nära samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och regional specialiserad vård.

Om Örebro kommuns verksamhet med rehabilitering i hemmet

Målgrupp: Individer över 18 år med kommunal vård- och omsorg.

Omfattning: Över 1 000 brukare i ordinarie boende får årligen rehabilitering i hemmet.

Professioner i teamet: Arbetsterapeut, fysioterapeut, distriktsköterska, biståndshandläggare och undersköterska.

Huvudman: Hemteamet är organiserat under vård- och omsorgsförvaltningen i Örebro kommun med delar av teamet anställda av Region Örebro län.

Varför infördes rehabilitering i hemmet inom er verksamhet?

2005 fanns en stark önskan från Örebro kommun att hitta resurseffektiva arbetssätt för att möjliggöra för äldre att bo kvar hemma. Detta skedde i samband med den länsgemensamma omställningen enligt ”kvarboendeprincipen”, som syftade till att äldre med hjälp av stöd skulle kunna bo kvar i ordinärt boende längre, i stället för att flytta till SÄBO. Omställningen ledde till att ett stort antal SÄBO-platser stängdes och att flera projekt för rehabilitering i hemmet startades.

Ett exempel på detta var projektet "Rehabilitering i hemmet och Rehabiliterande arbetssätt" vars målsättning var att brukare, med hjälp av ett multiprofessionellt team, skulle tränas i vardagliga aktiviteter i sin hemmiljö. För att sätta ihop teamets olika kompetenser behövde samarbetet mellan kommun och region utvecklas. Detta då teamets arbetsterapeut, distriktsköterska, undersköterska och biståndshandläggare var anställda av kommunen medan teamets fysioterapeut var anställd av regionen. "Nyckeln till att skapa välfungerande interagerade team är att bygga på redan befintliga goda samarbeten" säger Linda Carlsson, sjuksköterska och processledare för omställningen till nära vård.

Hur startade ni upp rehabilitering i hemmet och vad lärde ni er av processen?

För att integrera fysioterapeuter med övriga medarbetare i teamet fick de kontor i kommunens lokaler. Samlokalisering underlättade samarbetet då kommunikationsvägar förkortades och en gemensam arena för kunskapsutbyte skapades. Till en början var en stor utmaning att få den gemensamma journalföringen att fungera, men med hjälp av drivna medarbetare på kommun och region löstes den juridiska biten så gemensam dokumentation blev möjlig.

Vilka arbetssätt har ni inom er rehabilitering i hemmet?

Rehabiliteringen börjar med att ett behov uppmärksammas av hemtjänstpersonal, sjukhuspersonal, biståndshandläggare eller genom egenremiss från brukaren. Vilka professioner som deltar i arbetet anpassas utifrån brukarens behov. Teamet arbetar med mer än bara rehabilitering. Distriktsköterskan kan se över brukarens läkemedel och se till att smärtlindring optimeras inför rehabiliteringen. Biståndshandläggare koordinerar patientens omsorgsinsatser både under och efter rehabiliteringen. När insatsen avslutas sker en överlämning till hemtjänsten. I denna överlämning ger arbets- och fysioterapeuter information om hur funktions- och aktivitetsförmåga som brukaren återfått ska kunna bibehållas.

Överlämningen av rehabilitering till hemtjänsten fungerar idag bättre än det tidigare gjort. En ny ersättningsmodell har skapats som ger bonus till utförare av hemtjänst som har rehabiliterande arbetssätt. I den nya modellen kan hemtjänsten få högre ersättning om en brukare ökar sin funktions- och aktivitetsförmåga. Linda Carlsson tycker detta är en mycket positiv utveckling, men önskar ännu mer fokus på rehabilitering från hemtjänst med högre bonusar för insatser som lett till ökad självständighet hos brukare.

Vilka resultat har ni sett av införandet av rehabilitering i hemmet?

I uppföljningar som utfördes 2008 av projektet ”Rehabilitering i hemmet och rehabiliterande arbetssätt” sågs att brukare som givits insatserna ökade sin aktivitetsförmåga med 15 procent jämfört med före insatsen. I uppföljningen av brukarnas upplevelse sågs att de i hög grad kände sig delaktiga i planeringen av rehabiliteringen och att insatserna som gavs hade stor betydelse för deras vardag.

Av olika anledningar har implementeringen inte varit hållbar fullt ut men med goda erfarenheter från Rehabilitering i hemmet och Rehabiliterande arbetssätt genomförs nu ett breddinförande av Rehabiliterande arbetssätt i ramen för omställning till Nära vård. Fokusområde för 2022 har varit tvärprofessionellt samarbete. I länet pågår även övergripande aktiviteter för att utreda gränssnitt rehabilitering.

Tips till andra!

- Det är lättare att skapa välfungerande samverkan från redan befintliga strukturer. Identifiera var etablerade samarbeten finns och bygg upp gemensamma projekt utifrån dessa.
- Bygg upp struktur för snabb kommunikation med regional primär- och specialistvård. Korta kommunikationsvägar gör att patientens fysiska och psykiska situation kan optimeras.

Habilitering i hemmet för barn och unga

Begreppen habilitering och rehabilitering är närliggande. Rehabilitering handlar om att återfå eller öka funktions- och aktivitetsförmåga. Habilitering innebär att bibehålla, träna eller kompensera funktions- och aktivitetsförmåga. Habilitering är insatser som ges till personer med medfödda eller livslånga funktionsnedsättningar, medan rehabilitering är insatser som ges till personer som förvärvat en nedsättning efter en sjukdom eller skada. Habiliteringscenter Haninge har lång erfarenhet av habiliteringsinsatser i hem och närmiljö till barn och unga. Arbetet kräver ett nära samarbete med personer i barnets omgivning och planering samt flexibilitet för att insatserna ska vara långsiktigt hållbara.

Om Habiliteringscenter Haninges barn-team

Målgrupp: Barn med medfödda eller förvärvade funktionsnedsättningar som bedöms vara livslånga.

Omfattning: Verksamheten har två team. Ett för barn med autism, ett för barn med rörelsenedsättningar och intellektuella funktionsnedsättningar. Verksamheten har idag 870 barn inskrivna.

Professioner i teamet: Teamen består av fyra fysioterapeuter, fyra arbetsterapeuter, tre kuratorer, tre psykologer, en specialpedagog och tre logopedier.

Huvudman: Habiliteringscenter Haninge barn är en av 30 specialistmottagningar som drivs av Habilitering & Hälsa i Region Stockholm.

Varför infördes habilitering i hemmet inom er verksamhet?

Målet med både rehabilitering- och habiliteringsinsatser kopplas till funktions- och aktivitetsförmåga. De skiljer sig dock på några punkter:

1. Habilitering vänder sig till personer som har medfödda funktionsnedsättningar till skillnad från rehabilitering som är insatser för skador eller sjukdomar som uppkommit senare i livet.
2. Habilitering syftar till att bygga upp förmågor som inte funnits där tidigare, medan rehabilitering syftar till att återfå förlorad förmåga.
3. Habilitering ges oftast under längre perioder, ibland livslångt, medan rehabilitering är tidsbegränsat.

Habilitering för barn har funnits mycket länge. Efter att institutionerna stängde på 1950- och 1960-talet utvecklades strukturer för att kunna erbjuda insatser i barnets närmiljö. I arbete med barn krävs ett flexibelt arbetssätt med möjlighet att göra besök i hemmet, på skola, förskola, barnomsorg och mottagning. Insatserna till barnen kräver en hög grad av koordinering för att barnet ska kunna bibehålla och utveckla sina förmågor. ”Det går inte att bedriva en långsiktigt hållbar habilitering om man inte får med sig hela barnets nätverk” säger Cecilia Mårtensson, fysioterapeut med specialisttjänst på Habilitering & Hälsa.

För ett bra samarbete med andra verksamheter hjälper det att ha en tydlig lokal förankring. Habiliteringscentret i Haninge har sedan länge en etablerad kontakt med medarbetare som arbetar i Haninge-, Nynäshamns- och Tyresökommun, vilket gör att alla verksamheter känner till varandras rutiner.

Hur startade ni upp habilitering i hemmet och vad lärde ni er av processen?

Även om habilitering i hemmet för barn har funnits länge, har arbetet utvecklats under åren. Från att yrkeskategorierna utförde hembesöken enskilt är det nu mer kopplat till individens behov och där teamet kan göra besök tillsammans. De instruerar barnet, föräldrar och eventuell omsorgspersonal hur insatserna ska utföras. Samverkan mellan verksamheter har också förändrats, bland annat genom överenskommelsen mellan kommuner och regioner om samverkan kring barn i behov av särskilt stöd. Syftet med överenskommelsen var att strukturera och stärka kommuners, regioners och privata aktörers samverkan kring de barn som har omfattande vård och omsorgsbehov. Detta har underlättat teamets arbete mycket. Samverkan med skolor, kommunal omsorg och privata aktörer fungerar bättre då ansvarsfördelningen har blivit tydligare.

Vilka arbetssätt har ni inom er habilitering i hemmet?

Teamarbetet har utvecklats och det finns idag etablerade rutiner för ett välfungerande samarbete. Verksamheten har teammöten en gång i veckan, där erfarenhets- och kunskapsutbyte kan ske mellan professionerna. Där kan även teamet gemensamt ta fram processer och arbetssätt. ”Även om vi i teamet har olika professioner är vi alla först och främst habiliterare” säger Cecilia Mårtensson.

Under pandemin gjordes ett stort förändringsarbete som innebar att många besök som tidigare utförts fysiskt i stället utfördes digitalt. Distanskontakt med Habiliteringscenter Haninge underlättade för barn och föräldrar som slapp transporttider. Digitala besök är idag implementerade i ordinarie verksamhet.

Att teamet har möjlighet att anpassa insatserna till familjens planering är mycket viktigt för att hitta en process som fungerar. ”För dessa barn och familjer är det ofta en stor mängd insatser och instruktioner från olika vårdgivare. För att undvika att det blir överväldigande måste insatserna anpassas utifrån familjens omständigheter så att arbetet är långsiktigt hållbart” säger Cecilia Mårtensson.

Vilka resultat har ni sett av införandet av habilitering i hemmet?

Arbetet med habilitering i hemmet har i sig inte utvärderats av verksamheten då arbetssättet är mycket välbeprövat. Utvärderingar görs på specifika insatser, som exempelvis metoder för anhörigstöd och verktyg för kommunikationsutveckling.

Upplevelsen av mer flexibla besöksformer är mycket positiv för medarbetare, barn och föräldrar. Hembesök av teamet upplevs leda till mer koordinerade insatser och möjligheten till digitala besök upplevs göra vården mer tillgänglig.

Tips till andra!

- Ha god kännedom om barnets omgivning. Det är viktigt att anpassa insatserna efter omgivningsfaktorer för att de ska bli långsiktigt hållbara.
- Se över möjligheter att ha vissa besök digitalt. Det är ett resurseffektivt arbetssätt som kan fungera mycket bra för individ, anhöriga och personal.

Ortopedisk rehabilitering i hemmet

Arbetet med rehabilitering i hemmet för patienter med ortopediska åkommor har pågått i Region Västerbotten sedan 1996. För att optimera förutsättningarna för rehabiliteringen används flexibla arbetssätt där vårdinsatserna samlas runt individen genom samverkan mellan kommun och regional specialistvård.

Om Region Västerbottens "hemrehab ortopedi"

Målgrupp: Primär målgrupp för insatsen är patienter som vårdats ineliggande på sjukhus för ortopediska åkommor.

Omfattning: 90 patienter får årligen rehabilitering från teamet. Det är en heltids- och fyra deltidsanställda medarbetare i teamet.

Professioner i teamet: Fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, sjuksköterska och läkare.

Huvudman: Teamet drivs av Rehabcentrum vid Skellefteå lasarett.

Varför infördes rehabilitering i hemmet inom er verksamhet?

För att möta resursbesparingskraven i slutet av 90-talet ville Region Västerbotten, liksom många andra regioner, arbeta för en snabbare hemgång från sjukhus för patienterna. Då den ortopediska verksamhetens patienter vid den tiden till stor del rehabiliterades ineliggande sågs en möjlighet att korta vårdtiden genom att patienterna i stället erhöll rehabilitering i hemmet med ordentligt stöd och uppföljning. Mot bakgrund av detta startades 1996 "Höftprojektet". Inom ramen för projektet skapades ett team bestående av arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och läkare vilka bedömde om ineliggande ortopediska patienter skulle klara rehabilitering i hemmet. Patienter som ansågs ha nytta av insatsen möttes upp av ett hemrehabteam i sitt boende efter utskrivning. Målet med arbetet var både att möjliggöra en trygg hemgång och att bedriva specialiserad ortopedisk rehabilitering i individens hemmiljö. "Att trygga hemgången var otroligt viktigt. Hemrehabteamet gav en säkerhet för både medarbetare och brukare i övergången till kortare vårdtider" berättar Louise Degerstedt, fysioterapeut i hemrehab ortopedi Skellefteå.

Hur startade ni upp rehabilitering i hemmet och vad lärde ni er av processen?

Till en början var kriterierna för vilka patienter som kunde få stödinsatser i hemmet i stället för på sjukhus mycket strikta. Insatsen gavs endast till ett fåtal mycket noggrant utvalda patienter. I takt med att arbetssättet blev mer etablerat och bevisat patientsäkert blev fler patienter målgrupp för insatsen. Teamet har under arbetets gång blivit mer flexibla och personcentrerade i sina arbetssätt. Teamets interna veckoplaneringar har bytts ut mot dagsplaneringar för att snabbt kunna möta patienter som med kort varsel skrivs hem från sjukhuset. Kommunikationsverktyget ”Min plan” har börjat användas vilket strukturerar processen för framtagande av rehabiliteringsplan och målformulering. ”För att vi överhuvudtaget ska kunna utföra vårt jobb måste vi arbeta med stor flexibilitet utifrån patientens individuella behov, annars skulle verksamheten aldrig överleva” säger Monica Johansson, arbetsterapeut inom hemrehab ortopedi.

Vilka arbetssätt har ni inom er rehabilitering i hemmet?

Rehabiliteringsprocessen börjar med att patienten möts upp av teamet i hemmet efter hemkomst från sjukhus. Under det första besöket sker endast en bedömning av hur basala aktiviteter fungerar, exempelvis uppresning ur säng och förflyttning till toalett. Det är först vid det andra besöket som en gedigen rehabiliteringsplan utformas och målformulering sker. ”Patienter är ofta väldigt trötta efter hemkomst från sjukhus. Då är det inte optimalt att försöka pressa fram en plan och mål för arbetet” menar Monica Johansson.

Hemrehabteamet arbetar idag med ett holistiskt och salutogent förhållningssätt. Helhetsperspektivet i vården möjliggörs av professionerna i teamet. Läkare och sjuksköterska optimerar den medicinska behandlingen och ger vård i hemmet varför rutinbesök på sjukhuset kan undvikas. Teamets kurator/socionom kan optimera patientens sociala förhållanden, tidigt fånga och ge stöd vid psykisk ohälsa samt vid behov kontakta och samarbeta kring eventuella insatser från andra huvudmän. Hemrehabteamet har ett tätt samarbete med arbets- och fysioterapeuter på ortopedkliniken. Förutom strukturerade möten en gång i veckan där arbetsprocesser och patientfall diskuteras har medarbetare även daglig kontakt då de har kontor mycket nära varandra. ”Det är väldigt viktigt med öppen dörr jämt, att skapa en kultur där det är högt i tak och inga frågor är dumma” säger Louise Degerstedt.

Vilka resultat har ni sett av införandet av rehabilitering i hemmet?

Strukturerade utvärderingar av projektet har inte utförts, men verksamhetens uppföljningar visar att vårdtiden förkortats betydligt efter införande av rehabilitering i hemmet. Medarbetarna i teamet upplever att insatserna är mycket uppskattade och har god effekt på patienternas funktions- och aktivitetsförmåga. Teamet har även kunnat samla vårdinsatserna kring individen genom samarbete mellan flera professioner som har etablerade kommunikationskanaler mot övriga hälso- och sjukvården. ”Teamet styr upp mer än bara rehabiliteringen. De släpper inte bollar utan ser till att hitta lösningar. Att det är någon annans problem finns inte hos oss” avslutar Louise Degerstedt.

Tips till andra!

- Alla i teamet ska ta ansvar för helheten! Detta då även omgivningsfaktorer påverkar rehabiliteringens utfall. Om problem identifieras ska teamet samarbeta för att hitta en lösning, oavsett vems huvudansvar det är.
- Ha träffar med hela teamet minst en gång per vecka för att diskutera arbetet – gärna med fika!

Framgångsfaktorer som lyfts fram

Genom verksamhetsutvärderingar, vetenskapliga studier samt fördjupande intervjuer med verksamheter som har dokumenterat goda resultat ur olika perspektiv⁴ har faktorer som är kopplade till positivt utfall identifierats och sammanställts. I detta kapitel beskrivs råd inför genomförandet av rehabilitering i hemmet utifrån de fyra fokusförflyttningarna för Nära vård. Vidare har ett antal gynnsamma förutsättningar identifierats, vilka är kopplade till ett positivt resultat av arbetet. Denna sammanställning av framgångsfaktorer syftar till att fungera som inspiration och vägledning för aktörer som vill börja arbeta med rehabilitering i hemmet, alternativt utveckla redan befintlig verksamhet.

Råd inför genomförandet av arbetet är faktorer som ett team eller verksamhet själva kan dra lärdom av och använda i införande eller utveckling av arbete med rehabilitering i hemmet. De **gynnsamma förutsättningarna** kan inte påverkas av det enskilda teamet eller verksamheten på samma sätt. Inte desto mindre kan dessa förutsättningar påverka utfallet av arbetet, varför de kan vara bra att vara medvetna om samt kommunicera kring inom team och verksamhet. Rådande förutsättningar bör även vägas in då lokala anpassningar av arbetet görs. När så är möjligt bör även intressebevakning ske för att på sikt skapa optimala förutsättningar för arbetet.

Not. 4 De utvärderingar som inkluderats i analysen har studerat effekter för brukarna (t.ex. uppskattad hälsa och livskvalitet samt funktions- och aktivitetsförmåga), närstående (t.ex. ekonomiska effekter för närstående som vårdar), kommun (t.ex. behov av hemtjänst samt behov av särskilt boende för äldre (SÄBO)/korttidsboende) samt effekter på region (t.ex. förekomst av akutbesök, återinskrivningar samt risk för fallskador).

Råd inför genomförandet av arbetet

Kartläggningen som presenteras i kapitel 1 visar att arbete inom rehabilitering i hemmet i mycket hög grad bedrivs i enlighet med de förändrade förhållningssätt som utgör de fyra fokusförflyttningarna i Nära vård:

1. från fokus på organisation till fokus på person och relation,
2. från invånare och patient som passiv mottagare till aktiv medskapare,
3. från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus,
4. från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande.

I analyser av framgångsfaktorer förstärks detta samband ytterligare – i särskilt framgångsrika arbeten lyfts faktorer med direkt koppling till någon eller flera av fokusförflyttningarna fram som en nyckel till framgången.

1. Fokus på person och relation

Två av de viktigaste framgångsfaktorerna som framkommer är fokus på person och fokus på relation. Att arbetet är personcentrerat och utgår från brukarens eller patientens individuella förutsättningar, förmågor och behov är centralt. Likaså att relationen mellan medarbetare och individen utvecklas till att öka kvalitet och effektivitet i det rehabiliterande arbetet. Konkreta sätt att uppnå detta är enligt huvudmännens egna utvärderingar:

- › Att rehabiliteringen sker enligt ett program där det är tillräckligt frekventa träffar mellan medarbetare och individ så att en professionell relation ges utrymme och förutsättning att utvecklas
- › Att träning utförs tillsammans som relationsskapande moment, där medarbetaren medverkar som en aktiv deltagare
- › Att medarbetare skapar en positiv atmosfär, känner av och kan anpassa arbetet utifrån den gemensamma rytmen och inte är stressad
- › Att medarbetare upplevs vara sitt ”vanliga jag” samt ibland gör något utöver det förväntade för individen för att skapa en känsla av ömsesidig gemenskap/partnerskap

2. Aktiv medskapare

Utvärderingar visar att individer som upplever motivation och egenmakt, får bättre resultat av rehabiliteringen än andra. Motivation och egenmakt uppnås genom att i individen aktivt deltar i planering, genomförande och uppföljning av rehabiliteringen. Rent konkret kan följande eftersträvas:

- Att rehabiliteringsmålen relaterar till individens relationer med närstående och liv i större kontext för att öka motivationen i arbetet
- Att rehabiliteringsplanen anpassas utifrån vad som stimulerar individens vilja, motivation och glädje för att öka följsamhet till rehabiliteringsplanen
- Att individen är en likvärdig partner under hela processen – från planering till genomförande och uppföljning av rehabiliteringen
- Att närstående involveras som resurs i rehabiliteringen

3. Samordning utifrån personens fokus

Utfallet av rehabilitering i hemmet kommer påverkas av individens förutsättningar i övrigt. Det är således viktigt att arbetet anpassas och samordnas utifrån personens fokus för att erhålla bästa möjliga utfall. Ett mer holistiskt perspektiv är även viktigt för att uppnå andra värden, exempelvis en god relation mellan individ och team. Vidare ses att rehabilitering i hemmet faller särskilt väl ut om arbetet bedrivs av ett multiprofessionellt team med stark samordning. För att uppnå detta kan följande eftersträvas:

- Att det finns ett strukturerat ramverk för kommunikation och samarbete där endast begrepp används som alla (individ, närstående och team) förstår
- Att rehabiliteringen bygger på insatser från flera professioner som samverkar
- Att kontaktvägarna är korta, dagliga och givna inom teamet och mellan team och individ
- Att rehabilitering samordnas med individens övriga vård- och omsorg
- Att det inom teamet finns gemensamma dokumentationsrutiner

4. Proaktivt och hälsofrämjande

Trots att rehabilitering i hemmet i sig är en insats för att främja hälsa och förebygga försämring eller återfall i ohälsa, finns resultat i kartläggningen som tyder på att det inte betraktas som en proaktiv och hälsofrämjande insats. I framgångsrika arbeten med rehabilitering i hemmet finns flera framgångsfaktorer kopplat till att synliggöra och kommunicera kring just det främjande och förebyggande perspektivet av rehabilitering i hemmet. Detta tyder på att dessa faktorer i högre utsträckning kan belysas i såväl befintliga som kommande arbeten med rehabilitering i hemmet:

- Att individen uppmuntras att testa sina gränser för ökad tro på de egna förmågorna
- Att hemmiljön används för att skapa inkluderande samarbete med individ, närstående och annan vård- och omsorgspersonal
- Ett personcentrerat arbetssätt där medarbetare har förmåga att skapa relation, är engagerade i sitt arbete samt trygga i sig själva
- Ett salutogent synsätt och rehabiliterande arbetssätt hos medarbetare och ledning
- Att resultat av det förebyggande arbetet genom tydliga, tidsatta mål följs upp och kommuniceras till individ, team och ledning för ökad motivation i det rehabiliterande arbetet

Gynnsamma förutsättningar för arbetet

Oavsett hur väl det operativa arbetet med rehabilitering i hemmet fungerar, finns yttre faktorer som kan påverka i vilken utsträckning ett positivt resultat av arbetet uppnås. Dessa förutsättningar är inte sådana som teamet eller verksamheten på egen hand kan ändra på. I stället belyses de här för att möjliggöra en anpassning av insatsen utifrån rådande förutsättningar, samt när så är möjligt, att intressebevakning sker för att på sikt skapa optimala förutsättningar.

Tabell 2: Gynnsamma förutsättningar för verksamhet, insats och individ för ett positivt utfall

Område	Förutsättningar
Verksamhet	Att beslutsfattare och ledning ger ett långsiktigt stöd till arbetet Att teamet ges möjlighet att arbeta ihop och allas kompetens tas tillvara Att incitamentsstrukturer stödjer rehabiliterande arbetssätt
Insats	Att insatsens innehåll och intensitet är anpassat utifrån en särskild målgrupp Att det finns ett väl beprövat rehabiliteringsprogram kopplat till den funktion som ska vinnas/återerövas/bibehållas Att det finns ett systematiskt och strukturerat arbetssätt inom insatsen
Individ	Att individen erhåller adekvat psykosocialt stöd under insatsen Att individens övriga hälsa främjas och anpassningar görs utifrån eventuell samsjuklighet Att individen är motiverad att delta i och genomföra insatsen

Verksamhetens förutsättningar

Inom ramen för detta arbete har verksamheter som bedriver rehabilitering i hemmet i såväl regional som kommunal regi inkluderats. Det har även funnits en geografisk spridning med verksamheter från såväl stad som lands- och glesbygd. Omständigheterna för inkluderade verksamheter skiljer sig därmed åt ur flera aspekter, men trots detta finns gemensamma lärdomar kopplat till vilka gynnsamma förutsättningar ur ett verksamhetsperspektiv som bör råda för att arbete med rehabilitering i hemmet ska nå ett framgångsrikt resultat.

Att beslutsfattare och ledning ger ett långsiktigt stöd till arbetet

Ett genomgående tema i utvärderingar och fördjupande intervjuer är att stöd från beslutsfattare och ledningsstrukturer är en nyckelfaktor för att verksamheter ska ges rätt förutsättningar för att uppnå goda resultat i sitt arbete med rehabilitering i hemmet. Detta är viktigt dels för att tillräckligt med resurser ska avsättas till arbetet, dels för att det ska skapas en gynnsam kultur för rehabiliterande arbetssätt i hela det systemet som verksamheten befinner sig i. Ett medskick från framgångsrika arbeten som lyckats

erhålla långsiktigt stöd är vikten av att följa upp tydliga och mätbara mål med arbetet och kommunicera resultaten till beslutsfattare och ledning. Särskild genomslagskraft uppges hälsoekonomiska analyser och utfallsmått ha. Två svårigheter att vara medveten om då utvärderingar sätts upp är dels att effekthemtagningen vid rehabiliterande insatser ibland sker hos annan instans än aktören vars budget finansierar arbetet. Dels att det är svårt att mäta händelser som förebyggs. För att underlätta för beslutsfattare och ledning att se helheten av vinster med rehabilitering i hemmet behöver flera variabler inkluderas i uppföljningen. En rekommendation som lyfts fram är att inkludera följeforskning i utvärderingen för att underlätta att uppföljningen utgår från en vetenskaplig metod och kan påvisa generaliserbara slutsatser om arbetets effekter.

Att teamet ges möjlighet att arbeta ihop och allas kompetens tas tillvara

I utvärderingar av vad medarbetare med erfarenhet av rehabilitering i hemmet ser som framgångsfaktorer är ett välfungerande teamarbete ett centralt tema. Då det multiprofessionella teamet till sin natur samlar personer från olika professionskulturer är det inte en självklarhet att ett välfungerande samarbete uppstår naturligt. Tvärt om tydliggörs i uppföljningar och intervjuer att det krävs ett aktivt arbete för att skapa ett team. I den bästa av världar samlas samtliga professioner redan före det kliniska arbetet inleds för att dels planera arbetet, dels för utbildningar och övningar kopplat till teamarbetet som sådant. Att redan tidigt involvera samtliga professioner i planeringen av arbetet skapar en respektfull och jämlik grund för medarbetarna, samtidigt som de olika yrkesgruppernas kompetens och perspektiv tas tillvara i arbetet framåt. Vidare bör det kliniska arbetet sättas upp så att medarbetare i teamet arbetar tillsammans i individens hem, för att sedan återvända till en gemensam eller åtminstone samlokaliserad lokal. Att ha gemensamma reflektionsforum, t.ex. behandlingskonferenser, underlättar interprofessionellt lärande och erfarenhetsutbyte.

Att incitamentsstrukturer understödjer rehabiliterande arbetssätt

I arbete för omställningen till en mer nära vård i allmänhet och rehabilitering i hemmet i synnerhet finns behov av att se över om den finansiella styrningen stödjer arbetssätt som leder till önskad utveckling. Om inte finns risk för att rådande förutsättningar i stället hindrar arbeten som ger positiva resultat för invånaren och är resurseffektiva. Ett exempel är hemtjänstens ekonomiska incitament för att arbeta rehabiliterande och förebyggande. I de fall hemtjänstens ersättning baseras på en persons hjälpbehov saknas ekonomiska incitament för verksamheten att arbeta

rehabiliterande. Detta då individens ökade självständighet leder till en ekonomisk försämring för verksamheten. Om ersättningen i stället utgår om insatser lett till att individen klarar sig med minskat eller helt utan stöd har ekonomiska styrmedel använts för att skapa gynnsamma förutsättningar för den önskade utvecklingen.

Vidare behöver tillräckligt med resurser avsättas för att rehabilitering i hemmet ska kunna bedrivas. För många verksamheter blir övergången från projekt till permanent verksamhet en utmaning, då ersättningen går från anslag till del av ordinarie budget. För att bevara det personcentrerade och förebyggande arbetssätt som rehabilitering i hemmet bygger på, och som visat sig vara resurseffektiva, behöver den långsiktiga finansieringsmodellen skapa förutsättningar för detta. Vad som är tillräckliga resurser är svårt att säga, särskilt då det personcentrerade förhållningssättet är en motsats till en enhetlig mall eller standardlösning. I regel kan dock sägas att en minskad finansiering av verksamheten i skiftet från projektform till permanent verksamhet bör undvikas, särskilt om förhoppning finns att de positiva resultaten fortsatt ska uppnås.

Insatsens förutsättningar

Med tanke på den breda ansats och definition som detta arbete utgått ifrån har rehabilitering i hemmet utan avgränsning till tillstånd, boendeform, profession eller typ av rehabilitering inkluderats i analysen. Det har vid jämförelse mellan olika arbeten med rehabilitering i hemmet framkommit att det finns förutsättningar kopplat till själva insatsen som påverkar utfallet. Exempelvis är vissa tillstånd enklare att återfå eller utveckla förmåga inom jämfört med andra. För vissa tillstånd finns välbeprövade rehabiliterande insatser, medan det för andra tillstånd finns mindre erfarenhet. Dessa förutsättningar, kopplat till insatsen, kommer påverka utfallet av rehabiliteringen.

Att innehåll och intensitet är anpassat utifrån en särskild målgrupp

I uppföljningar av rehabilitering i hemmet ses att anpassning av såväl innehåll som intensitet behöver ske utifrån personens unika behov och förutsättningar. Personcentrering är alltså viktigt. Utöver detta finns dock lärdomar att dra på gruppnivå, en kunskap som framgångsrikt använts inom flera verksamheter då de utvecklat program anpassat för olika målgrupper och situationer. Tanken är alltså att det finns ett ”grundprogram” anpassat för en specifik målgrupp, som sedan vidareutvecklas för den

enskilda individen. Exempel på ”grundprogram” där insatsen anpassats för en särskild kontext, så som rehabilitering på SÄBO, eller rehabilitering för barn och unga finns samlade i kapitel 2. Några generella medskick är att insatsen bör tidsbegränsas för att upprätthålla framdrift i arbetet och att längre och mer intensiva program, där teamet träffar individen flera gånger i veckan, ger bättre utfall än då träffar sker mer sällan. Detta under förutsättning att individen har ork och kraft att delta i en så pass intensiv rehabilitering. Till detta hör att målen med rehabiliteringen bör vara uppnåeliga inom en rimlig tid för att effekt ska kunna ses och motivation bibehållas. Vidare är en viktig lärdom att inspiration med fördel kan inhämtas från andra verksamheter som arbetar med samma målgrupp men att arbetet sedan bör anpassas utifrån lokala förutsättningar och behov.

Att det finns ett väl beprövat rehabiliteringsprogram kopplat till den funktion som ska vinnas/återerövas/bibehållas

Inom vissa områden, exempelvis ortopedisk rehabilitering, är sambandet mellan insatsen och vunnen funktionsförmåga mer linjärt, jämfört med för annan, mer komplex problematik. Vidare är vissa områden i högre grad kopplat till återgång till fullständig funktion, medan målbilden inom andra områden handlar mer om att återfå delar av tidigare funktion. Dessa skillnader beror delvis på det bakomliggande tillståndet som föranleder rehabilitering, men också på i vilken utsträckning forskning och erfarenhet genererats på området. För områden där evidensen för programmet är mer begränsad finns särskilt skäl att arbeta med uppföljning och utvärdering, för att också bidra till kunskapsutvecklingen på området. En ytterligare aspekt som lyfts fram som en viktig framgångsfaktor på området är att träningen inte bara sker isolerat till den funktion som ska vinnas/återerövas/bibehållas, utan även inom ramen för den typ av aktivitet som funktionen används inom. Exempelvis bör fysioterapeutens träning av muskelstyrka och balans ske såväl riktat som del av en större aktivitet, så som upprensning eller promenad. Likaså bör arbetsterapeuter i högre utsträckning ges utrymme att, utöver att arbeta med utprovning av hjälpmedel och andra anpassningar, arbeta tillsammans med individen med att träna upp aktivitetsförmågan, när så är möjligt. Denna omställning av fokus och uppdrag behöver ske hos såväl medarbetare som på ledningsnivå.

Att det finns ett systematiskt och strukturerat arbetssätt

En gemensam nämnare för de framgångsrika exempel som undersökts är att det funnits systematiska och strukturerade arbetssätt för rehabilitering i hemmet. Exempelvis berättar flera intervjupersoner om hur arbetet är organiserat i olika faser vilka är tydligt kommunicerade såväl inom teamet som till individ och närstående. Hur länge arbetet inom respektive fas pågår anpassas utifrån individens behov och rytm, men det ska vara tydligt för alla inblandade var i programmet arbetet befinner sig. Kopplat till de olika faserna finns även vissa standardiserade moment så som möten för planering, målsättning utvärdering och uppföljning. Dessa olika moment ökar förutsägbarheten för alla parter och kan även fungera motivationshöjande för individ och medarbetare. Exempelvis är ett uppföljande möte en tid efter att rehabiliteringen avslutats viktigt för att öka individens motivation att fortsatt träna på egen hand.

Individens förutsättningar

Utöver verksamhetens och insatsens förutsättningar kommer naturligtvis även individens förutsättningar påverka utfallet av rehabilitering i hemmet. Med detta sagt är inte tanken att denna kunskap ska användas för att utesluta personer från rehabilitering i hemmet. Tanken är i stället att understryka behovet av ett personcentrerat arbetssätt, där stödet anpassas utifrån de individuella förutsättningarna som råder.

Att individen erhåller adekvat psykosocialt stöd under insatsen

I utvärderingar av rehabilitering i hemmet har individens sociala situation, bland annat tidigare yrkeserfarenhet, boendesituation, ekonomi och kontaktnät bedömts påverka interventionens framgång. Exempelvis kan orken för genomförande av träning minska hos ensamboende individer, då de inte har tillgång till samma stöd i det dagliga livet som sammanboende. Detta kan öka behovet av stöd från teamet.

Att individens övriga hälsa främjas och anpassningar görs utifrån eventuell samsjuklighet

Enligt ovan har tidigare studier och utvärderingar visat att exempelvis ortopediska tillstånd i högre grad är kopplat till gynnsamt utfall av rehabilitering i hemmet, jämfört med andra mer komplexa tillstånd. Även personer med samsjuklighet och nedsatt generell hälsa är behjälpta av rehabilitering i hemmet, men effekterna är i dessa fall inte lika tydliga vid uppföljning. Samsjuklighet kan påverka interventioner på flera sätt. Exempelvis kan smärta begränsa individens förmåga till träning. Svaghet, ostadighet och yrsel, som inte sällan kan vara en biverkan av medicinering, kan leda till rädsla för fall vilket också kan utgöra hinder för träning. Vidare är individens kognitiva och kommunikativa förmåga identifierat som en påverkande faktor, där det är av vikt att individen förstår hur arbetet med rehabilitering i hemmet ska bedrivas, och därmed aktivt kan bidra.

Att individen är motiverad att delta i och genomföra insatsen

Att individen är motiverad till rehabilitering har identifierats som en central framgångsfaktor i flera uppföljningar. Detta är så pass viktigt att alla delar, från planering till genomförande och uppföljning bör anpassas för att maximera individens motivation. I planeringsfasen är det av vikt att individen involveras som en aktiv medskapare, för att därmed skapa en realistisk och lustfylld genomförandeplan som individen känner sig motiverad att genomföra. Rehabiliteringsmålen ska utgå ifrån vad som är viktigt för individen för att motivationen ska öka. En strukturerad och genomtänkt process för framtagande av meningsfulla målsättningar ur individens perspektiv görs med fördel genom användandet av något av de etablerade verktyg/instrument som är framtagana i detta syfte, eller utifrån välbeprövade strukturer så som SMART:a mål. För att stötta individen att bibehålla motivation för fortsatt träning och egenvård efter det att rehabiliteringen är genomförd, kan uppföljande moment med fördel planeras.

Avslutande reflektioner

Rehabilitering i hemmet är ett etablerat arbetssätt som är utbrett över hela landet. Arbetet har i regel pågått i flera år och är antingen permanentat inom avgränsad verksamhet alternativt breddinfört i hela kommunen eller regionen. Utvärderingar visar att arbete med rehabilitering i hemmet upplevs positivt av såväl individ och närstående som medarbetare inom vård och omsorg. Exempelvis ses att rehabilitering i hemmet kan leda till förbättrad hälsa- och livskvalitet samt ökad funktions- och aktivitetsförmåga för individen. Det kan leda till positiva ekonomiska effekter för närstående som vårdar. Medarbetare med erfarenhet av arbetssättet rapporterar en ökad känsla av meningsfullhet och förbättrad arbetsmiljö. Uppföljningar visar dessutom att arbetssättet är kostnadseffektivt genom att minska behov av exempelvis hemtjänst, SÄBO, korttidsboende, akutbesök och återinskrivningar. Med tanke på den demografiska utvecklingen och kompetensförsörjningsutmaningarna som råder bör resultat och lärdomar från arbetet med rehabilitering i hemmet förvaltas och spridas.

Samtidigt som rehabilitering i hemmet bedöms utbrett är arbetet mer välutvecklat för vissa målgrupper, så som äldre och personer med neurologiska och ortopediska tillstånd. Sannolikt finns det ytterligare målgrupper som skulle vara behjälpta av liknande arbetssätt. I flera intervjuer lyfts de potentiella vinsterna med att erbjuda rehabilitering i hemmet för exempelvis yngre målgrupper och olika tillstånd inom området psykisk hälsa. På samma tema framkommer också önskemål att arbetet med rehabilitering i hemmet utvecklas inom den regionala primärvården. Där ses nämligen en särskild potential att i högre grad arbeta med rehabilitering i hemmet utifrån ett holistiskt, långsiktigt och mer cirkulärt perspektiv snarare än som ett linjärt förlopp kopplat till ett avgränsat tillstånd. Inom en sådan rehabilitering i hemmet kommer psykosociala aspekter samt eventuell kognitiv rehabilitering vara centrala inom arbetet. Med en ökad förekomst av psykisk ohälsa,

särskilt hos yngre, samt en önskad utveckling mot Nära vård, borde arbets-sättet kunna breddas även till dessa delar av hälso- och sjukvården samt om-sorgen för ökad jämlikhet. Kartläggningen visar att rehabilitering i hemmet erbjuds jämnt fördelat över landet. Samtidigt vittnar flera intervjupersoner om de logistiska svårigheter som uppstår vid utveckling av mobil verksam-het i områden med stora geografiska avstånd. I reportaget om rehabilitering i hemmet för barn och unga delar Habiliteringscenter Hanninges barn-team positiva erfarenheter om hur ett mobilt arbetssätt kan kombineras med digitala lösningar som verksamheten utvecklade under coronapandemin. Sannolikt är dessa lösningar en nyckel till att överkomma stora geografiska avstånd och öka den geografiska jämlikheten. En annan nyckel, som bland annat lyfts i reportaget om Eskilstuna kommuns arbete med rehabilitering i hemmet med multiprofessionellt team, handlar om att i framtiden arbeta mer över traditionella professionsgränser och använda alla medarbetares kompetens på bästa sätt. Genom att utveckla arbetssätten och ta vara på den kompetens som finns inom närområdet, oavsett huvudman som med-arbetaren är anställd av, kan kompetensen bättre tas tillvara och en närma-re vård erbjudas invånarna.

Rehabilitering i hemmet uppges enligt kartläggningen bedrivas i enlighet med de fokusförflyttningar som kännetecknar omställningen till Nära vård – **Fokus på person och relation, Aktiv medskapare, Samordning utifrån personens fokus och Proaktiv och hälsofrämjande**. I analyser av fram-gångsfaktorer förstärks detta samband ytterligare – i arbeten som är särskilt framgångsrika lyfts just faktorer med direkt koppling till någon eller flera av de fyra fokusförflyttningarna fram som en nyckel till framgången. Trots detta tydliga samband ses inte rehabilitering i hemmet alltid som en del av omställningen till Nära vård. Det finns alltså behov av att ”översätta” och belysa hur rehabilitering i hemmet är en del av omställningen. Primärt verkar de främjande och förebyggande effekterna av arbetet behöva belysas ytterligare. Detta kan med fördel göras i utvärderingar som visar på såväl direkta som indirekta resultat för flera delar vården och omsorgen. Detta då effekthemtagning ofta kan ses inom annan verksamhet än där arbetet bedrivs. Detta cirkulära och förebyggande perspektiv, med efterföljande minskat behov av vård och omsorg, är ett viktigt argument för fortsatt sats-ning på rehabilitering i hemmet. Att i större utsträckning belysa hur rehabili-tering i hemmet är ett konkret och framgångsrikt exempel på Nära vård kan leda till att lärdomar sprids och synergieffekter uppnås. Förhoppningsvis kan företrädare för området vara med och leda vägen i den omställning till Nära vård som berör och kommer att göra skillnad för alla Sveriges invånare och hjälpa oss att klara välfärdens utmaningar.

Rehabilitering i hemmet

En kartläggning av rehabilitering i hemmet och dess effekter på individ, närstående och verksamhet

Runtom i Sverige pågår omställningen till Nära vård och det är både spännande och viktigt att belysa omställningens olika delar och perspektiv.

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg där personcentrering är vägledande. Det innebär att vi behöver ställa om hälso- och sjukvården och omsorgen så att den utgår från personens behov och förmågor, att hälsa och funktionsförmåga främjas i större utsträckning och att insatser hålls ihop så att planeringen blir enkel för den person som behöver vårdens stöd. För personen innebär rörelsen att bli en aktiv samskapare av sin hälsa och vård, istället för en passiv mottagare av stöd och insatser.

Arbetsätt som utgår från den nära vårdens förhållningssätt behöver uppmärksammas och kunskapen om hur dessa arbetsätt kan förverkligas behöver spridas. Med den här skriften vill vi öka kunskapen om arbetsätt för rehabilitering i hemmet, dess utbredning och dess effekter.

ISBN 978-91-8047-138-1

Ladda ner på skr.se/publikationer

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skr.se



Sveriges
Kommuner
och Regioner