



Strategi för rehabilitering/habilitering inom välfärdsförvaltningen 2017-2020

Antagen av: Omsorgsnämnden, 2017-02-22, § 15	Dokumentnamn: Strategi för rehabilitering/habilitering inom välfärdsförvaltningen 2017-2020	Ärendebeteckning: Osn/2016:49
Dokumentägare: Välfärdsförvaltningens förvaltningschef	Dokumentansvarig: Medicinskt ansvarig för rehabilitering	Publiceras: Örnkom
Ersätter dokument: -	Revideras: Vid behov	Utvärderas: 2020
Relaterade dokument: -		
Målgrupp: Arbets terapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, undersköterskor/vårdare, sjuksköterskor, biståndshandläggare och enhetschefer inom särskilt boende, ordinärt boende, LSS-verksamhet och psykosociala vuxenheten		

Innehållsförteckning

1. Rehabilitering/habilitering	2
1.1 Syftet med Strategi för rehabilitering/habilitering inom välfärdförvaltningen	2
1.2 Definitioner	2
1.2.1 Rehabilitering.....	2
1.2.2 Habilitering	2
1.2.3 Kvalificerad rehabilitering	2
1.2.4 Vardagsrehabilitering.....	2
1.2.5 Vardagshabilitering.....	3
1.2.6 Hälsofrämjande arbetssätt.....	3
1.3 Allmän rehabilitering/habilitering	3
1.3.1 Multiprofessionellt teamarbete	4
2. Strategiska utvecklingsområden för välfärdförvaltningens verksamheter	4
2.1 Aktivt och hälsosamt åldrande.....	4
2.1.1 Hälsofrämjande, rehabiliterande och förebyggande insatser.....	4
2.1.2 Friskvård och förebyggande insatser	5
2.1.3 Önskat läge för aktivt och hälsosamt åldrande	5
2.1.4 Prioritering för aktivt och hälsosamt åldrande.....	5
2.2 Kvalificerad rehabilitering	5
2.2.1 Nuläge för kvalificerad rehabilitering.....	5
2.2.2 Önskat läge för kvalificerad rehabilitering inom ordinärt boende.....	5
2.2.3 Prioritering för kvalificerad rehabilitering inom ordinärt boende	5
2.3 Vardagsrehabilitering.....	6
2.3.1 Nuläge för vardagsrehabilitering	6
2.3.2 Önskat läge för vardagsrehabilitering	6
2.3.3 Prioritering för vardagsrehabilitering	6
2.4 Vardagshabilitering.....	6
2.4.1 Nuläge för vardagshabilitering	6
2.4.2 Önskat läge för vardagshabilitering	6
2.4.3 Prioritering för vardagshabilitering	6
2.5 Kompetensutveckling	6
2.5.1 Introduktion.....	6
2.5.2 Utbildning	7
2.5.3 Önskat läge för kompetensutveckling.....	7
2.5.4 Prioritering för kompetensutveckling	7
3. Uppföljning av rehabiliterings- och habiliteringsarbetet	7
3.1 Mått på förutsättningar för att bedriva rehabiliterings- och habiliteringsarbete.....	7
3.2 Mått på rehabiliterings- och förbättringsarbete	7
4. Referenslista.....	8
Bilaga Beskrivning av mått.....	10



1. Rehabilitering/habilitering

1.1 Syftet med Strategi för rehabilitering/habilitering inom välfärdsförvaltningen

Syfte med strategin är att tydliggöra strategiska utvecklingsområden som möter upp behov av rehabilitering/habilitering inom förvaltningens målgrupper samt ge en flerårig inriktning för välfärdsförvaltningens arbete med rehabilitering och habilitering oavsett lagrum.

1.2 Definitioner

1.2.1 Rehabilitering

Rehabilitering innefattar insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet¹.

1.2.2 Habilitering

Habilitering innefattar insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar eller behåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet².

1.2.3 Kvalificerad rehabilitering

Kvalificerad rehabilitering innebär tidig och intensiv rehabilitering i hemmet efter en sjukdom eller skada med målsättning att återerövra funktionsförmågor, till exempel efter en sjukhusvistelse, korttidsplats eller utredningshemtjänst.

1.2.4 Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering är en resursorienterad arbetsform som betonar individens hälsa och resurser framför sjukdom och begränsningar³. Det är individens konkreta vardag som ska fungera oavsett ålder, svikt eller funktionshinder. Vardagsrehabilitering innebär att individen själv identifierar vilka aktiviteter som är viktiga att klara av.

Arbetsformen innebär insatser som är hembaserade och tvärvetenskapliga samt kan innefatta flera komponenter. De genomförs i individens hem eller närmiljö med målsättning att förbättra individens funktionsförmåga och göra han/hon mer självständig i det dagliga livet.

¹ Socialstyrelsens definition

² Socialstyrelsens definition

³ Hverdagsrehabilitering, Hanne Tuntland och Nils Erik Ness (red.) 2014



Insatserna kan vara relaterade till individen, aktiviteten eller omgivningen. Förväntade effekter av vardagsrehabilitering:

- Minskat behov och varaktighet av hemtjänstinsatser
- Ökad möjlighet att bo kvar hemma
- Reducerad risk för återinläggning på sjukhus
- Bättre hälsorelaterad livskvalitet
- Förbättrad fysisk funktion
- Förärrad förmåga i personlig vård och hushållsaktiviteter
- Förbättrad mobilitet
- Ökad trygghet
- Bättre målidentifiering och ökad måluppfyllelse.

1.2.5 Vardagshabilitering

Vardagshabilitering innebär att individen ska bevara och utveckla hälsa, ha ett fungerande vardagsliv i sin bostad samt ett aktivt deltagande i samhället.

1.2.6 Hälsöfrämjande arbetssätt

I Sverige innebär ett hälsöfrämjande arbetssätt att aktivering och träning vävs in i vardagen⁴. Arbetssättet innebär att stödja individen i det han/hon inte klarar själv, uppmuntra individen till att göra det han/hon klarar själv samt motivera individen till att göra egna val för att behålla sina intressen, vanor och ansvar för sin vardag. Det är ett generellt arbetssätt som gäller alla medarbetare kring individen. Arbetssättet ska genomsyra verksamheten med ledningens styrning och engagemang.

1.3 Allmän rehabilitering/habilitering

Kommunen ansvarar för den allmänna rehabiliteringen/habiliteringen⁵ vilken innefattar kvalificerad rehabilitering, vardagsrehabilitering och vardagshabilitering. Utgångspunkt är en bedömning av individens rehabiliteringsbehov av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast. Det fortsatta rehabiliterings-/habiliteringsarbetet förutsätter multiprofessionellt teamsamarbetet, och utgår från rehabiliterings/habiliteringsprocessen:



I dagsläget har välfärdförvaltningen arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster anställda inom särskilt boende, och utifrån hemsjukvårdsavtalet (tröskelprincipen) arbetar de även gentemot ordinärt boende, LSS-verksamhet och psykosociala vuxenenheten. Landstinget ansvarar för den specialiserade rehabiliteringen/habiliteringen.

⁴ Arman 2005

⁵ Avtal om övertagande av hemsjukvård mellan Landstinget Västernorrland och kommunerna i Västernorrlands län, 2012-09-21



1.3.1 Multiprofessionellt teamarbete

Ett vinnande koncept för att lyckas med rehabilitering/habilitering är att vårdgivare satsar på multiprofessionellt teamarbete där arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast ingår som en naturlig del i arbetet kring individerna. Det är därför av största vikt att olika professioner kan finnas nära varandra och mötas naturligt för att systematiskt kunna delta vid planering, målsättning, genomförande och uppföljning av individens vård, omsorg samt rehabilitering/habilitering.

2. Strategiska utvecklingsområden för välfärdförvaltningens verksamheter

2.1 Aktivt och hälsosamt åldrande

2.1.1 Hälsöfrämjande, rehabiliterande och förebyggande insatser

Enligt WHO är hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro från sjukdom och funktionsnedsättning. Ett aktivt och hälsosamt åldrande innebär att individen ska kunna vara aktiv med de aktiviteter och i de sammanhang som är subjektivt viktiga. Det handlar om social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor.⁶ Hälsöfrämjande arbete är den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den. För att nå ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden och bli medveten om dem, tillfredsställa sina behov och förändra eller bemästra miljön. Hälsa ska därför ses som en resurs i vardagen och inte målet med livet.⁷

Målet med hälso- och sjukvård är en god hälsa. Socialtjänstlagen beskriver att med rätt stöd kan den äldre öka sitt fysiska och psykiska välbefinnande, livsglädje och känsla av sammanhang. I omvärldsanalys⁸ belyses vikten av att kommuner satsar på rehabiliterande och förebyggande insatser. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom belyser att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör uppmärksamma att fysisk aktivitet och mentalt och socialt stimulerande aktiviteter kan minska risken för demenssjukdom, som är en av våra stora folksjukdomar. Forskning visar att fysisk träning minskar risken för fall med mer än 40%.⁹

⁶ Folkhälsomyndigheten

⁷ WHO

⁸ Se referenser markerade med * i referenslistan

⁹ Sherrington et al. JAGS 2008

2.1.2 Friskvård och förebyggande insatser

Örnsköldsviks kommun har en framtid med ökad medellivslängd och vår strävan bör vara att ha fler år i god hälsa¹⁰. Att medborgare bibehåller ett aktivt och hälsosamt åldrande handlar om friskvård och många olika förebyggande insatser. Örnsköldsviks kommun kommer då troligen att uppnå en lägre andel personer 80+ med behov av hemtjänst och hemsjukvård, samt kunna nyttja potentialen hos våra äldre vilket finns med som en utmaning inom Världsklass Örnsköldsvik.

2.1.3 Önskat läge för aktivt och hälsosamt åldrande

Önskat läge för förvaltningens målgrupper är att:

- Vårdförvaltningen främjar ett aktivt och hälsosamt åldrande vilket bidrar till en ökad livskvalitet
- Individer ges möjlighet till att kunna bo hemma så länge som möjligt
- Fortsätta utveckla det fallpreventiva arbetet.

2.1.4 Prioritering för aktivt och hälsosamt åldrande

Prioriteringen är att:

- Förbättra förutsättningarna för multiprofessionellt teamarbete och förbättra förutsättningarna för samverkan mellan myndigheter, avdelningar, enheter och andra aktörer inom offentliga och privata arenor såsom föreningsliv, frivilligorganisationer och volontärarbete
- Fortsätta att utveckla områden såsom fallprevention, suicidprevention, hälsosamtal, möjlighet till utevistelse och meningsfulla aktiviteter.

2.2 Kvalificerad rehabilitering

2.2.1 Nuläge för kvalificerad rehabilitering

Kvalificerad rehabilitering ges i mycket begränsad omfattning på grund av att det finns få arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster.

2.2.2 Önskat läge för kvalificerad rehabilitering inom ordinärt boende

Önskat läge är att förvaltningens målgrupper ska ges möjlighet till kvalificerad rehabilitering efter skada/sjukdom och förändrad funktionsförmåga.

2.2.3 Prioritering för kvalificerad rehabilitering inom ordinärt boende

Prioriteringen är att utveckla det multiprofessionella teamarbetet genom hemrehabteam bestående av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast.

¹⁰ Statisticon; Befolkningsprognos 2016-2025 Örnsköldsviks kommun

2.3 Vardagsrehabilitering

2.3.1 Nuläge för vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering ges i begränsad omfattning på grund av att det finns få arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster.

2.3.2 Önskat läge för vardagsrehabilitering

Önskat läge är att välfärdsförvaltningen erbjuder vardagsrehabilitering till förvaltningens målgrupper oavsett ålder som upplever en förändrad funktionsförmåga och därför söker praktisk/personlig hjälp första gången i hemmet; matbricka, trygghetslarm eller tekniska hjälpmedel. Det kan även vara individer som skrivs ut från sjukhuset, korttidsplats eller har haft utredningshemtjänst som är i behov av vardagsrehabilitering.

2.3.3 Prioritering för vardagsrehabilitering

Prioriteringen är att se över möjligheten att gradvis implementera vardagsrehabilitering som bygger på multiprofessionellt teamarbete där arbetssättet är hälsofrämjande.

2.4 Vardagshabilitering

2.4.1 Nuläge för vardagshabilitering

Vardagshabilitering ges i begränsad omfattning på grund av att det finns få arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster.

2.4.2 Önskat läge för vardagshabilitering

Prioriteringen är att se över möjligheten att gradvis implementera vardagshabilitering som bygger på multiprofessionellt teamarbete där arbetssättet är hälsofrämjande.

2.4.3 Prioritering för vardagshabilitering

Prioriteringen är att:

- Tydliggöra vad som ingår i det kommunala ansvaret för allmän habilitering kontra Landstingets ansvar för den specialiserade habilitering samt utbilda medarbetare i detta
- Utveckla möjligheten att erbjuda vardagshabilitering inom avdelning LSS-verksamhet.

2.5 Kompetensutveckling

2.5.1 Introduktion

Utifrån området rehabilitering/habilitering är det viktigt att erhålla introduktion i kvalificerad rehabilitering, vardagsrehabilitering, vardagshabilitering, hälsofrämjande arbetssätt, multiprofessionellt teamarbete samt förflyttningskunskap och hjälpmedel.



2.5.2 Utbildning

Det behöver sammanställas en strukturerad utbildningsplan innehållande grundutbildning och andra fördjupade utbildningar utifrån området rehabilitering/habilitering.

2.5.3 Önskat läge för kompetensutveckling

Önskat läge är att undersköterskor/vårdare, sjuksköterskor, biståndshandläggare och enhetschefer har goda kunskaper i kvalificerad rehabilitering, vardagsrehabilitering, vardagshabilitering, hälsofrämjande arbetssätt, multiprofessionellt teamarbete samt förflyttningskunskap och hjälpmedel för att möjliggöra en god och säker rehabilitering/habilitering.

2.5.4 Prioritering för kompetensutveckling

Prioriteringen är att:

- Komplettera befintlig introduktion med området rehabilitering/habilitering till nya medarbetare inom ordinärt boende, särskilt boende och LSS-verksamhet
- Kompetensutveckla enhetschefer i hälsofrämjande arbetssätt, vilka i sin tur utbildar sina medarbetare
- Se över behovet och utbudet av utbildningar inom området rehabilitering/habilitering
- Sammanställa en utbildningsplan för området rehabilitering/habilitering som läggs in i utbildningskalendern och följs upp årligen.

3. Uppföljning av rehabiliterings- och habiliteringsarbetet

3.1 Mått på förutsättningar för att bedriva rehabiliterings- och habiliteringsarbete

Förutsättningar för att bedriva rehabiliterings- och habiliteringsarbetet kommer att följas upp årligen med stöd av:

- Nyckeltal för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster
- Utbildningsplan för medarbetare inom området rehabilitering/habilitering.

3.2 Mått på rehabiliterings- och förbättringsarbete

I takt med att rehabiliterings- och habiliteringsprocesser identifieras och processutvecklingsarbete bedrivs kommer mått att identifieras samt mätningar av mått genomföras. Resultatet av mätningar ska analyseras och underlätta ständiga förbättringar för att följa rehabiliterings- och habiliteringsarbetets utveckling. Exempel på redan identifierade mått är:

Avdelning	Vad	Mått	Bedömningsinstrument för arbetsterapeut	Bedömningsinstrument för fysioterapeut/sjukgymnast
Ordinärt boende	Vardagsrehabilitering	WHODAS ¹¹ COPM ¹² ADL-trappan ¹³	ADL-taxonomi	Funktionstest balans, styrka, rörlighet, gång
Särskilt boende	Vardagsrehabilitering	WHODAS	ADL-taxonomi	Funktionstest balans, styrka, rörlighet, gång
LSS-verksamhet	Vardagshabilitering Årliga hjälpmedelsgenomgångar	WHODAS	ADL-taxonomi	Funktionstest balans, styrka, rörlighet, gång
Ordinärt boende, särskilt boende och LSS-verksamhet	Förekomst av rehabiliteringsplaner	Antal rehabiliteringsplaner ¹⁴		

4. Referenslista

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Socialtjänstlagen (2001:453)

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

**Hverdagsrehabilitering* Tuntland, Ness 2014

**Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Maritha Månsson 2007

**Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende* Svensk standard SS 872500:2015

Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering Socialstyrelsen 2014

Samverkan i re/habilitering – en vägledning Socialstyrelsen 2008

**Förbundet Sveriges arbetsterapeuters ställningstagande om rehabilitering inom kommunal verksamhet* 2014

**Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt*, FSA Cecilia Pettersson, Susanne Iwarsson

¹¹ Se bilaga Beskrivning av mått

¹² Se bilaga Beskrivning av mått

¹³ Se bilaga Beskrivning av mått

¹⁴ Del i hälsoplan utifrån hälso- och sjukvårdsinsatser, del i genomförandeplan utifrån Sol/LSS



**Ättestupa eller folkhälsomål – ett manifest för alla medborgares rätt till specifik rehabilitering* Sektionen för äldres hälsa inom legitimerade sjukgymnasters riksförbund, Förbundet Sveriges arbetsterapeuter och deras äldreutskott 2011

IBIC (Socialstyrelsen)

Rehabilitering i hemmiljö (Socialstyrelsen)

Äldreomsorgens värdegrund

**Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (Dir. 2015:72 kommittédirektiv, regeringens satsning 2016)*

Prioritetsordning Vårdens alltför svåra val 2005, regeringskansliet SOU 1995:5

Analys och slutsatser utifrån rapporten Vårdens alltför svåra val, Socialstyrelsen 2007

Hemrehabilitering med teambaserat arbetssätt i hemsjukvården FoU-rapport 2016:11 Kommunförbundet, FoU Västernorrland

Kommunförbundet FoU Västernorrland, Rapport 2013:4 Utvärdering av ett förändrat arbetssätt på servicehus, författare Elin Berglund, Karola Lindmark

*Hemsidor: Senior Alert, Socialstyrelsens om bedömningsinstrument, Sveriges arbetsterapeuter (SA), Kunskapsguiden, *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*

Bilaga Beskrivning av mått

WHODAS

WHODAS är publicerad av världshälsoorganisationen (WHO) 2010 och är en standardiserad metod som innebär mätning av hälsa och funktionshinder. Den är baserad på en omfattande uppsättning av frågor i ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) som är tillräckligt tillförlitliga och känsliga för att kunna mäta förändring efter en specifik intervention. Känslighet för förändring testas genom att samma individ bedöms före och efter interventionen. WHODAS 2.0 är användbart för att mäta nivåer av hälsa och funktionshinder hos den allmänna populationen och för att mäta klinisk effekt och produktivitetsvinst till följd av interventioner. WHODAS 2.0 delar in funktionstillstånd i sex livsdomäner:

- Domän 1: Kognition – att förstå och kommunicera
- Domän 2: Förflyttning – att röra och förflytta sig
- Domän 3: Personlig vård – att sköta sin hygien, klä sig, äta och vara ensam
- Domän 4: Relationer – att vara tillsammans med andra människor
- Domän 5: Dagliga aktiviteter – aktiviteter relaterade till hushållet, på fritiden, arbetet eller i skolan
- Domän 6: Delaktighet – att delta i aktiviteter tillsammans med andra och att vara delaktig i samhället

COPM

COPM, Canadian Occupational Performance Measure, är ett personcentrerat mätinstrument utformat i syfte att användas för att upptäcka förändringar i en persons uppfattning om sin förmåga vid utförande av olika vardagsaktiviteter (till exempel tvätta och klä sig, gå och handla, gå på biblioteket). De aktiviteter som den äldre personen prioriterar att träna används sedan som mål i rehabiliteringsprocessen. Bedömningen kan göras av arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska.

Bedömningen genomförs med en strukturerad intervju där den äldre personen själv anger vilka vardagsaktiviteter som man upplever svåra att göra. Personen prioriterar sedan de aktiviteter man vill förbättra sitt utförande i. För dessa aktiviteter skattar personen sedan hur väl man tycker att man gör dem och hur tillfredsställd man är med utförandet.

Alla prioriteringar och skattningar görs på en 10-gradig skala, och de omsätts sedan till ett totalt värde. Skattning görs både i början och i slutet av en rehabiliteringsperiod. Detta innebär att förändringar kan följas både på individ- och gruppnivå. De aktiviteter som den äldre personen prioriterar att träna används sedan som mål i rehabiliteringsprocessen.

Rehabilitering, med COPM som bedömningsinstrument, har införts som ett nytt område i Senior Alert.



ADL-trappan

ADL-trappan¹⁵ är en skattningsskala som är vidareutvecklad av Katz ADL-index. Instrumentet är utvecklat av en läkare och en arbetsterapeut 1990. ADL-trappan mäter individens beroende vid tio aktiviteter. Bedömningen avser en skattning av om personen utför aktiviteten självständigt eller använder personlig hjälp. Med personlig hjälp avses aktiv hjälp, påminnelse eller tillsyn. ADL-trappan är testad för validitet och reliabilitet. ADL-trappan kan användas för att fånga upp begränsningar i den personliga förmågan, och kan rekommenderas när det gäller att undersöka en persons möjlighet att klara av eget boende. Instrumentet ger vårdpersonalen ett gemensamt språk för ADL-förmåga. ADL-trappan kan användas på individ- eller gruppnivå.

ADL-förmågan kan bedömas genom självskattning, observation eller test. Det är vanligt att dessa tre sätt kombineras. ADL-trappans tio aktiviteter är; städning, matinköp, transport, matlagning, badning, av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens och födointag. Dessa tio aktiviteter är numrerade från 0 till 10. Steg 10 är den lägsta nivån, personen är beroende i samtliga 10 aktiviteter. Steg 0 innebär att personen inte behöver någon hjälp. Varje aktivitet bedöms i tre skalsteg: oberoende, delvis beroende, beroende.

¹⁵ Bok ADL-trappan, Kerstin Hulter Åsberg, 1989