

## Medicinsk rehabilitering och habilitering inom Region Gotland - Kartläggning avseende uppdrag och organisation

**Beställare** Lena Bäckström, Carina Söderström

**Uppdragsledare** Sofie Kristoferson

**Beslutat** 2023-04-13

**Datum** 2024-05-27

**Ärendenummer** RS 2021/925

HSN 2024/484

**Version** [1.0]

## Medicinsk rehabilitering och habilitering inom Region Gotland - Kartläggning avseende uppdrag och organisation

### Innehåll

<b>1. Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>4</b>
2.1 Sammanhållen god och nära vård .....	4
2.2 God och nära vård - Ett förändrat förhållningssätt .....	4
<b>3.0 Syfte med uppdraget</b> .....	<b>4</b>
<b>4.0 Mål för uppdraget</b> .....	<b>4</b>
<b>5.0 Genomförande</b> .....	<b>5</b>
<b>6.0 Resultat</b> .....	<b>5</b>
6.1 Hur är den medicinskt rehabiliterande vården organiserad idag? .....	5
6.1.1 Primärvården -HSF .....	5
6.1.1.1 Fysioterapeuter och arbetsterapeuter i Primärvården - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.....	5
6.1.1.2 Kommunikationsenheten - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen .....	7
6.1.1.3 Dietister – Hälso och sjukvårdsförvaltningen.....	7
6.1.2 Habiliteringen – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen .....	7
6.1.3 Psykiatrin – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen .....	7
6.1.4 Den somatiska specialiserade vården - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen .....	8
6.1.4.1 Fysioterapeuter och arbetsterapeuter i den Somatiska Specialiserade vården - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen .....	8
6.1.4.2 Kuratorer .....	9
6.1.5 Hemsjukvårdens rehab- Socialförvaltningen .....	9
6.2 Vilka uppdrag har SOF respektive HSF idag? .....	10
6.3 Hur många patienter tas om hand och vilka väntetider finns?.....	10
6.4 Vilka patienter kan idag inte tas omhand och varför?.....	11
6.5 Kategoriserade insatser som idag erbjuds utifrån socialstyrelsen prioritetsnivå .....	11
<b>7.0 Identifierade förbättringsområden</b> .....	<b>12</b>
7. 1 Rehabkartan - Organisationen behöver ses över.....	12

7.1.1 Primärvården .....	12
7.1.2 Somatiskt Specialiserade vården.....	12
7.1.3 Hemsjukvårdens rehab .....	13
7.1.4 Psykiatri.....	13
7.1.5 Habilitering .....	13
7.2 Tydliggöra uppdrag för sammanhållen och sömlös rehabilitering .....	14
7.3 Förbättra samordning för personcentrerade rehabilitering .....	14
7.3.1 Kontinuitet och fast vårdkontakt.....	14
7.3.2 Förstärk Teamrehabiliteringen .....	14
7.3.3 Behov av kompetenshöjning avseende teambaserade arbetsätt.....	15
7.3.3 Införande av Rehabiliteringsplan .....	15
7.3.4 Förtydliga och förstärk egenvård .....	15
7.3.5 Behov av en gemensam värdegrund .....	15
7.3.6 Skapa rätt förväntningar .....	16
7.4 Säkerställa kompetensförsörjning, forskning och utveckling.....	16
7.4.1 Fortsatt implementering av Kunskapsstyrning och vårdförlopp.....	16
7.4.2 Främja god kvalitet genom fortsatt förbättring och utveckling.....	16
7.4.3 Införa FOU eller MAR.....	16
7.5 Förstärk det hälsofrämjande arbetet och förebygga ohälsa inkl. fallprevention.....	16
7.6 Förbättra samordnad kommunikation, administration och journalsystem .....	17
7.6.1 Kommunikationsplattform för samordning .....	17
7.6.2 Ett journalsystem .....	17
7.6.3 Samordnad administration/bokning.....	17
7.6.4 Yrkessamordning.....	17
7.6.5 Bedömning av funktion och aktivitet som underlag till olika intyg .....	17
<b>8.0 Överlämning .....</b>	<b>17</b>
<b>9.0 BILAGA A - Översikt av identifierade förbättringsområden.....</b>	<b>18</b>

## 1. Sammanfattning

Trots vissa förändringar är viss del av den rehabiliterande och habiliterande vården inom Region Gotland inte helt sammanhållen eller personcentrerad utan utgår snarare från organisationen och organisatorisk tillhörighet.

Inom primärvården finns olika enheter som hanterar både korta unimodala insatser och rehabilitering för patienter med behov av längre tids rehabilitering. Det finns brister i tillgänglighet och rehabiliteringen är inte teambaserad och sammanhållen för de diagnoser där teambaserad rehabilitering rekommenderas enligt Socialstyrelsen riktlinjer.

Habilitering är organiserade inom primärvården och psykiatri inom den specialiserade vården, men det finns behov av tydligare uppdrag och samordning mellan dessa enheter för att förbättra och göra vården sammanhållen för patientgrupper som förekommer i båda enheterna.

I den somatiska specialiserade vården finns det utmaningar med resursfördelning och sammanhållen rehabilitering. Efterföljande rehabilitering, där det finns behov av specialiserad rehab för de som vårdats ineliggande med komplicerat efterförlopp erbjuds inte, exempelvis dagrehabilitering i öppenvårdsform eller slutenvårdsrehab.

Inom Hemsjukvårdens rehab finns behov av förtydligande vad gäller patientgrupper där socialstyrelsen rekommenderar sammanhållen teambaserad rehabilitering. Utökad teamwork med sjuksköterska i teamet behövs. Det finns en upplevelse av att rehabiliteringen i hemmet är en annan rehabilitering än den som sker på mottagning eller på rehabavdelning.

Det erbjuds rehabiliterande och habiliterande insatser enligt de kliniska riktlinjerna och Socialstyrelsens prioriteringar. Däremot saknas rehabiliterande och habiliterande vård och insatser för vissa målgrupper och det finns brister i tillgången till multidisciplinära team och rehabilitering för vissa målgrupper med hög prioritering enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Många enheter har inte skrivna uppdrag och det finns långa väntetider för vissa patientgrupper. Ötydlighet kring ansvarsfördelning råder och behov av bättre samordning mellan enheterna finns. Översyn av omfördelning av resurser för att förbättra tillgängligheten behövs.

Sammanfattningsvis föreslås flera förbättringsområden som inkluderar omstrukturering av rehabiliterande enheter, tydligare uppdrag och arbetsbeskrivningar, kontinuitet och fasta vårdkontakt, teambaserad rehabilitering, behov av kompetenshöjning avseende teambaserat arbetssätt, införande av rehabiliteringsplaner och förstärkning av egenvård. För förbättrad samordning för personcentrerad rehabilitering föreslås en väg in, behov av gemensam värdegrund och skapande av rätta förväntningar. Vidare finns behovet av sammanhållen kunskapsstyrning, forskning och utveckling, samt en förstärkning av den förebyggande hälsofrämjande rehabiliteringen/vården och förbättrad kommunikation, administration och yrkessamordning.

Överlämning av resultatet till beställare av Kartläggningen av den medicinska rehabiliteringen och habiliteringen inom Region Gotland sker med målsättning att utveckla och förbättra den medicinska rehabiliteringen och habilitering inom Region Gotland så att patienter erbjuds en samordnad och personcentrerad medicinsk rehabilitering och habilitering som är begriplig och upplevs hänga ihop.

## 2. Bakgrund

I den gemensamma färdplanen för Hälsa genom hela livet ingick under 2023 att ”Kartlägga medicinsk rehabilitering avseende: nuvarande uppdrag (kategoriserat utifrån socialstyrelsens prioritetsnivå), dess organisering och volymer”.

### 2.1 Sammanhållen god och nära vård

Den nationella utredningen ”Sammanhållen god och nära vård” (Anna Nergårdh) har i sina betänkanden återkommande lyft vikten av rehabiliterande insatser i den primära vården. Rehabilitering och habilitering som tidigare rörde mindre grupper rör i dag stora grupper av patienter och är delar av många patients vårdprocesser. Det behöver tydliggöras att samma principer gäller rehabilitering som övrig hälso- och sjukvård. Vissa delar av rehabiliteringsuppdraget kan behöva koncentreras till några enheter med fördjupad specialiserad rehabilitering, medan största delen av rehabiliteringsuppdraget bör finnas överallt där primärvård (regional och kommunal) bedrivs.

### 2.2 God och nära vård - Ett förändrat förhållningssätt

En omställning till nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i sättet att arbeta. Målbilden är fyra fokusområden:

1. Från fokus på organisation till fokus på person och relation.
2. Från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare. Samordning utifrån personens fokus.
3. Från isolerad vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus.
4. Från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande.

## 3.0 Syfte med uppdraget

Patienter ska erbjudas en samordnad personcentrerad medicinsk rehabilitering och habiliteringen som utgår från individens rehabiliterings-/habiliteringsbehov och upplevs hänga ihop och vara begriplig.

## 4.0 Mål för uppdraget

Målet för uppdraget är att kartlägga uppdraget för den rehabiliterande och habiliterande vården genom att besvara frågorna:

- Hur är den medicinskt rehabiliterande och den habiliterande vården organiserad idag?
- Vilka uppdrag har SOF respektive HSF idag?
- Hur många patienter tas om hand och vilka väntetider finns?
- Vilka patienter kan idag inte tas om hand och varför?
- Kategorisera insatser som idag erbjuds utifrån socialstyrelsen prioritetsnivå.

Målet är också att identifiera faktorer som stödjer samverkan och samordning, respektive hindrar eller försvårar att individer med rehabiliterings-/habiliteringsbehov erbjuds samordnade och personcentrerade rehabiliterings-/habiliteringsinsatser inom Region Gotland.

## 5.0 Genomförande

Arbetet har pågått under perioden 2023-09-01—2024-04-30. Beskrivning hur arbetat har genomförts återfinns i ”Sammanställning av arbetsmaterial”.

## 6.0 Resultat

Varje enhets kartläggning i sin helhet redovisas i bilagor till ”Sammanställning av arbetsmaterial”. I bilagorna redovisas svaren på uppdragets frågeställningar per enhet. Nedan presenteras ett sammanfattande resultat.

### 6.1 Hur är den medicinskt rehabiliterande vården organiserad idag?

Vissa delar av den rehabiliterande vården idag är inte sammanhållen och personcentrerad utan utgår ifrån organisation. Det har skett förändringar över tid, bland annat med nedläggning av rehabavdelningen och förändringsresan. Vissa delar av den rehabiliterande vården är kvar i delar av det som tillhörde tidigare formationer och organisationer.

#### 6.1.1 Primärvården -HSF

I primärvården kan man identifiera två typer av rehabilitering, dels insatser av en profession med korta rehabperioder som sker på mottagningar och dels insatser av en eller flera professioner med tillgång till team för patienter med behov av längre rehabperioder, där målgruppen är patienter med kroniska sjukdomar, komplexa besvär och andra med behov av längre tids rehabilitering.

##### 6.1.1.1 Fysioterapeuter och arbetsterapeuter i Primärvården - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom Primärvården är idag organiserade inom följande enheter:

- **Primärvårdens sjukgymnastmottagning:** Här jobbar sjukgymnaster/Fysioterapeuter både med första linjens bedömning i behov av nära samarbete med Vårdcentraler och för de patienter med kroniska sjukdomar och andra behov av längre tids rehabilitering där diagnos är satt.
- **Primärvårdens arbetsterapeuter:** Här jobbar Arbetsterapeuter specialiserade inom långvarig smärta och psykisk ohälsa inom Primärvården. Ärenden kommer från PS-teamen på Vårdcentralerna.
- **Handmottagningen:** Här jobbar arbetsterapeuter som både tar emot patienter som första linjens bedömning från vårdcentralerna och med patienter som är opererade på Ortopeden på specialiserade nivå. För första linjens bedömning har man behov av att vara i team med vårdcentralens läkare och för de med eftervård efter operation, har man behov av att vara i team med Ortopeden.
- **Minnesutredningens arbetsterapeuter:** Här arbetar man både som första linjens bedömning vid basutredning vid misstanke om kognitiv svikt och som en del av minnesmottagningens team vid behov av fortsatt fördjupad utredning inom den somatiskt specialiserade vården.

- **Cancerrehabilitering:** Här finns både arbetsterapeut och fysioterapeut som arbetar med cancerrehabilitering i Primärvården men har inte ett helt team att tillgå vid behov. Några cancerpatienter hänvisas eller söker till Primärvårdens sjukgymnastmottagning där det inte finns tillgång till team vid behov men där Lymfterapeuterna inom Primärvården finns.
- **Reumateamet :** Består av arbetsterapeut och fysioterapeut och de får sina ärenden från Reumamottagningen inom den somatiskt specialiserade vården. Här tar man även emot patienter med reumatiska diagnoser som söker för andra besvär som inte orsakas direkt av den reumatiska diagnosen ( primärvård ).
- **Gåskola:** Här arbetar en fysioterapeut med rehabilitering för de amputerade som ska bli protesförsörjda. Arbete sker i team med Ortopedläkare och Ortopedingenjörer. Vid behov finns en arbetsterapeut att tillgå. Det är specialiserad vård som idag är organiserad i Primärvården.
- **Rehab för ortopediska-/geriatriska patienter** inom Primärvårdens med behov av längre tidsrehabilitering: Här finns arbetsterapeut och fysioterapeut med viss procent men uppdraget och resurstilldelningen är otydlig.
- **PS-team:** Fysioterapeuter från Primärvårdens sjukgymnastmottagning och arbetsterapeuter från Primärvårdens Arbetsterapeuter finns med i teamen på vårdcentralen där arbetsterapeuterna är organiserade och uppdelade så att de bedömer och gör insatser för de patienter som tillhör den vårdcentralen som man ansvarar för. Fysioterapeuten i teamet är en representant för hela Primärvårdens sjukgymnastmottagning, vilket innebär att man inte själv har bedömt och gjort insatser utan representerar yrkesgruppen fysioterapeuter.

Socialstyrelsen prioriterar insatser i team högt för vissa diagnoser och att en kontinuitet i vården bör finnas för dessa patienter. Inom primärvården i Region Gotland finns idag inte teamrehabilitering för psykisk ohälsa, äldre/ multisyjuka, ungdomar, KOL/astma , artros, osteoporos, hjärtsvikt och cancerrehab (lymfteapeut mfl finns ej i teamet) och patienter med långvarig smärta.

Enligt kliniska riktlinjer bör skolor/patientutbildningar erbjudas inom teamrehabilitering . Exempelvis inom artros, osteoporos, KOL/astma och patienter med långvarig smärtskola. Enligt riktlinjer ska artrosskola med träning och patientutbildning finnas för alla leders artros; rygg, nacke, axel inkluderat och inte enbart för de med knä-, höft- och handartros. Idag finns digitala skolor för höft-, knä-, handartros- samt en digital smärtskola via Stöd- och behandlingsplattformen.

Idag är en del av Primärvårdens rehabilitering centrerad endast till Visby; handmottagning, reumateam, ortopedisk- /geriatrisk rehab, Minnesutrednings arbetsterapeuter, Cancerrehabilitering och gåskola. Boende på Gotland hänvisas till Visby oavsett var på ön man bor.

#### Första linjens mottagning - Primärvård

Första linjens mottagning – Bedömning och korta rehabinsatser sker idag av Primärvårdens Fysioterapeuter på Primärvårdens sjukgymnastmottagning och av Arbetsterapeuter på Handmottagningen inom Öppenvårdsrehab, Primärvård. Detta innebär att då man söker Primärvårdens Vårdcentraler hänvisas man till ett första besök för bedömning hos fysioterapeut eller arbetsterapeut enligt [STY-32203-v.3.0 Triagering för hänvisning till fysioterapeut, arbetsterapeut på handmottagning](#).

För några arbetsterapeuter och fysioterapeuter finns vissa delar av teamet på Primärvårdsnivå och övriga teammedlemmar finns på specialiserade nivå, vilket försvårar. Detta gäller fysioterapeut och arbetsterapeut i Reumateam, Handmottagning specialiserad nivå, arbetsterapeut som del av minnesmottagningen, Cancerrehabilitering, Gåskola för amputerade, eftervård efter ortopediska operationer. Detta innebär att en del av teamet inte är organiserad på samma vårdnivå som läkaren i teamet.

En del enheter arbetar idag både med insatser på primärvårdsnivå och på specialiserad nivå i en samlad enhet vilket förespråkas för vissa målgrupper av Socialstyrelsen. Detta behövs finnas inom Region Gotland med tanke på Gotlands litenhet och det stödjer samverkan, samordning och personcentrering. Enligt Socialstyrelsen kliniska riktlinjer förespråkas detta tex för patienter med reumatiska sjukdomar, neurologiska sjukdomar, MS, Parkinson, Epilepsi, Psykiatriska diagnoser, Barn, ungdomar och vuxna med funktionsvariationer till följd av medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom, Stroke och palliativvård. Var i organisationen dessa är placerad finns inte rekommenderat av Socialstyrelsen,

Att enheter är organiserade och har sin tillhörighet under olika vårdnivåer och ej är samordnat eller personcentrerat, upplevs både otydligt och obegripligt för patienter, anhöriga och vårdpersonal.

#### **6.1.1.2 Kommunikationsenheten - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen**

Kommunikationsenheten består av Hörselvården, Syncentralen, Logopedmottagningen, Tolkcentralen och Got-it resurscenter. Kommunikationsenheten är en del av Primärvården idag och där man till största del arbetar med mottagningsarbete. Enheterna är inte första instans utan remissinstans och specialiserade vård. Det finns några av professionerna som arbetar vissa dagar i veckan inom den somatiska specialiserade vården med sambedömningar (Audionomer och Logopeder). Fördelning av resurser mot den somatiskt specialiserade vården för logopedinsatser upplevs otillräcklig. Teamarbetet behöver förbättras för logopeder och de enheter man är kopplad till. Det finns idag igen dyslexiutredning för barn, tinnitusrehabilitering eller hörselprevention i uppdragsbeskrivningen. Enheten är samlad på samma ställe och gagnas av att man är samordnad och har samordnade resurser, till exempel att sekreterare och några professioner arbetar i flera av kommunikationsenhetens delar med delade tjänster. Enheten upplever lokalbrist och att man har behov av anpassade lokaler för vissa bedömningar och åtgärder (audionomer och logopeder).

#### **6.1.1.3 Dietister – Hälso och sjukvårdsförvaltningen**

Dietisterna inom Hälso- och sjukvården, Region Gotland är organisatoriskt samlade i en enhet och sitter lokaliserade på Visby Lasarett. Enheten tillhör Primärvården. Man ombesörjer både dietistkontakt till Primärvården, Hemsjukvård, den specialiserade somatiska vården, Habiliteringen och Psykiatri. I denna samlade enhet samordnas resursfördelningen lättare och kompetens och kollektstöd ombesörjs men avståndet till de man samarbetar och teamarbetar med blir långt och samarbetsrutiner är svåra att upprätthålla. Teamarbete behöver förbättras inom Primärvård, Psykiatri och Hemsjukvård där dietist behöver ingå och den organisatoriska tillhörigheten behöver utredas.

#### **6.1.2 Habiliteringen – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen**

Habiliteringen är en specialiserad enhet där läkaren i teamet för barnhabiliteringen är organiserad inom BUM och för vuxnehabiliteringen är läkaren i teamet organiserad inom Primärvården eller Psykiatri. Habiliteringen är i dag organiserad inom Primärvården. Enheten delar flera patientgrupper med Psykiatri och BUM idag. Organisationen försvårar och ger gap mellan Primärvård-Psykiatri och Habilitering.

Bashabilitering sker av arbetsterapeut och Fysioterapeut ifrån Socialförvaltningen.

Specialisthabilitering sker av Habiliteringen. Idag finns inga arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom Primärvården med uppdrag att utföra bashabilitering.

Habiliteringen har ett uppdrag som är stort hållet där begreppet Habiliteringsberättigande diagnoser används och är ett begrepp som definieras olika beroende på region vilket ger ett gap och remisser till fel enheter.

### 6.1.3 Psykiatri – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Arbets terapeuter och Fysioterapeuter finns idag i den Specialiserade vården inom Psykiatri och viss del inom Första linjens psykiatri (Primärvård) inom BUP. Arbetsterapeut och Fysioterapeut finns inom Vuxenpsykiatri Öppenvårdsmottagning och en arbetsterapeut finns på BUP. Det finns idag ingen Fysioterapeut i teamet på BUP, vilket enligt Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderas. Det finns otydlighet av tillhörighet för patienter med flera diagnoser, otydlighet mot Habilitering, Primärvård och i vissa fall hemsjukvård samt logopedmottagning (för vissa målgrupper). Fysioterapeuterna och Arbetsterapeuternas arbete gagnas av att de är klinikanslutna och att de arbetar nära det team de tillhör.

### 6.1.4 Den somatiska specialiserade vården - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

#### 6.1.4.1 Fysioterapeuter och arbetsterapeuter i den Somatiska Specialiserade vården - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Sedan årsskiftet 2021/2022 är fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom den somatiska specialiserade vården klinikanslutna. Man gagnas av att man nu arbetar nära det team man tillhör på respektive klinik. Däremot upplever man att saknar styrning vid frånvaro i personalen och behov av resursomfördelning. Idag har man en samordnad funktion för respektive arbetsterapeuter och fysioterapeut men man saknar gemensam styrning med chefsmandat.

I några enheter är rehabiliteringen ej sammanhållen och upplevs spretig för patienter och vårdpersonal:

- Inom området Gynekologi och Obstetrik samarbetar man med Fysioterapeuter och Arbetsterapeuter inom både den specialiserade somatiska vården och primärvården samt att Fysioterapeuten på gynmottagningen är projektanställd. Den samordnade personcentrerade rehabiliteringen genom hela vårdkedjan som rekommenderas av Socialstyrelsen (Nationella riktlinjer 2023; Graviditet, förlossning och tiden efter, saknas.
- Inom området Ortopedi så uppstår ett gap, pga tillgänglighet och ojämn kunskapsnivå, vid fortsatt rehab uti Primärvården och Hemsjukvård, som även här blir ett hinder att ombesörja samordnad personcentrerade rehabilitering.
- Lymfterapeuter finns både inom den somatiskt specialiserade vården och i Primärvården men saknas inom Hemsjukvården. Samordning och vilken vårdnivå som skall erbjuda lymfterapi är ej uttalat, ett gap uppstår.
- Rehabmedicin mottagningen (fd Neuroteam) är organiserade i den somatiska specialiserade vården. Här arbetar man tydligt i team. Teamet är lokaliserat i Öppenvårdsrehablokaler/ Primärvård. Samordning i samlad enhet med Neuromottagningen och Strokeenheten finns inte naturligt trots organisationsförflyttning till den somatiskt specialiserade vården. Det är också otydligt och inte uttalat/nerskrivet om man ska ta alla patienter inom en viss diagnosgrupp. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ska patienter med neurologiska sjukdomar, sällsynta diagnoser och Stroke har rehabilitering med tillgång till team som har fördjupade kunskaper inom området. Idag följs inte dessa riktlinjer om teamrehabilitering med fördjupad kunskap genom hela vårdkedjan, med vissa undantag. Idag erbjuds inte ”Tidig understödd utskrivning för Strokepatienter” från den specialiserade vården inom Region Gotland, vilket rekommenderas enligt Socialstyrelsens riktlinjer.
- Rehabilitering på avdelning inom den somatiskt specialiserade vården finns idag endast för geriatriska patienter över 80 år som har behov av rehabilitering. Där kriteriet är att rehab 1-2 veckors multiprofessionell rehabilitering kan göra att patienten kan återgå till hemmet och därmed undvika behov av vistelse på korttidsenhet eller flytt till särskilt boende. Det finns alltså inte rehab för de som inte kan återgå till hemmet eller orkar delta i rehab om de måste ta sig till en mottagning, flera dagar i veckan. Det finns inte heller rehab för de under



80 år . Det finns inte specialiserad rehab efter akutvård och som vårdats inläggande med ett komplicerat efterförlopp efter större kirurgiska ingrepp, trauma eller medicinsk behandling Rehabilitering bör, enligt riktlinjer, bedrivs av multiprofessionella team med syfte att förbättra patientens funktions- och aktivitetsförmåga för att återvinna bästa möjliga självständighet samt ge motivation till fortsatt rehabilitering på egen hand eller med stöd av annan vårdgivare efter utskrivning.

#### **6.1.4.2 Kuratorer**

Kuratorerna inom den somatiska specialiserade vården är samordnade i en arbetsgrupp med en gemensam chef Inom intermedicins område. BUM/ ortopeden/kirurggen och onkologen samt gyn har egna kuratorer där man är anställd på respektive verksamhets avdelning eller mottagning. Samordning sker via en samordnad chefsgrupp. Vid frånvaro och semester diskuteras detta i både kuratorsgruppen och i chefsgruppen.

Inom Primärvården så finns samtalsbehandlare på vårdcentralerna och då kan man vara utbildad kurator/socionom eller samtalsbehandlare steg 1. I Kommunikationsenheten/Primärvården finns en kurator som har delad tjänst mellan Syncentralen och Hörselvården.

Inom Habiliteringen finns kuratorer anställda och redovisas under punkt 9.2.1. Inom Psykiatrin finns kuratorer anställda men är inte med i denna kartläggning. Inom Hemsjukvården finns ingen kurator. Inom Cancerrehabiliteringen/primärvård vid behov av längre period av kuratorsinsats finns inte.

#### **6.1.5 Hemsjukvårdens rehab- Socialförvaltningen**

Hemsjukvården är organiserad i fyra delar; Rehab i ordinärt boende, Rehab Korttidsenheten och Rehab inom Särskilt boende samt Rehab inom Omsorgen om Funktionsnedsatta(OOF). OOF sköter bashabilitering för personer i särskilt boende, bostad med särskild service, personer som bor i ordinärt boende samt korttidsboende för vuxna och personer som vistas i daglig verksamhet enligt LSS. Idag utför HSV Rehab ordinärt boende habiliteringsinsatser i ordinärt boende och för personer med LSS-beslut som vårdas på Korttidsenheten, så ansvarar HSV Rehab Korttidsenheten för habiliteringsinsatser under vistelsen på enheten, enligt överenskommelse med OOF.

Rehab ordinärt boende, korttidsenheten, särskild boende sköter rehabilitering i hemmet. Där hemmet är definierat som det ställe man bor på. Hemrehabiliteringen/habiliteringen sker på Primärvårdsnivå. Inom Hemsjukvården utförs även rehabinsatser på avtal med palliativa teamet (specialiserade nivå). Insatserna utförs då på uppdrag av Palliativa teamet från den specialiserade nivån som har det övergripande ansvaret.

Inom rehabiliteringen i Hemsjukvården arbetar man nära övriga professioner som arbetar kring patienten (Hemtjänst, boendepersonal, anhöriga mfl) dock är man inte organiserad under samma enhet som hemsjukvårdens sjuksköterskor. Arbete pågår att få igång befintlig rutin med teamarbete mellan rehab och hemsjukvårdens sjuksköterskor igen. För de med sjuksköterskor och övrig vårdpersonal i Primärvården saknas teamarbete.

Rehabiliteringen i hemmet på Gotland idag är till för framförallt äldre och personer med neurologiska och ortopediska tillstånd .Specialiserade vårdens rehabilitering (Stroke, Neuromottagning, Rehabmedicin mottagning) gör idag enstaka hembesök vid utskrivning och från mottagningarna. Ingen hemrehabilitering sker från den Specialiserade vården-

I socialstyrelsens riktlinjer belyser man att rehabilitering eller habilitering som sker i hemmet ska vara likställt med rehabilitering och habilitering som sker på mottagning, skillnaden är arenan och möjligen funktionsnivån, förutsättningar till rehab och behov av rehabiliteringen är annorlunda.

Enligt överenskommelsen [Habilitering och rehabilitering](#) ska Socialförvaltningen ansvara för rehabilitering för personer som bor i bostad och inte själva, eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till primärvården (tröskelprincipen). Rehabilitering ska utföras i den miljö där träningen ger bäst effekt enligt överenskommelse mellan vårdgivarna. Om patienten kan ta sig till primärvården, men det är mer lämpligt att rehabiliteringen sker i hemmet ska det eftersträvas. Utgångspunkten är alltid patientens behov, mål och situation.

## 6.2 Vilka uppdrag har SOF respektive HSF idag?

Flera enheter har inte skrivna uppdrag /arbetsbeskrivningar. Några enheter behöver uppdatera de uppdrag som finns då den rehabiliterande och habiliterande vården har förändrats.

- Primärvården saknar en övergripande uppdragsbeskrivning om vad som ska ingå i rehabiliteringen på Primärvårdsnivå. Idag finns det uppdrag skrivna för Primärvårdens sjukgymnastmottagning, Kommunikationsenhetens rehabiliterande delar och Habilitering.
- Den somatiska specialiserade vården saknar ett övergripande sammanhållet dokument om vilken rehabilitering som ska ske i den somatiska specialiserade vården,
- Psykiatrin har inget uppdrag skrivet för specialistpsykiatrisk rehabilitering.
- Socialförvaltning har uppdrag skrivna för rehabilitering i Hemsjukvården och tilläggsuppdrag för specificering av rehabilitering inom Korttidsenheten och Särskilt boende. Avgränsning med Tröskelprincipen som nämns i [Överenskommelsen om ansvarsfördelning habilitering och rehabilitering](#) är inte omnämnd i HSV egna uppdrag ; där uppdraget gäller ”Hemsjukvård gäller utan avgränsning vad gäller fysiska eller psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupper och riktar sig till personer som är i behov av hälso- och sjukvård i det egna hemmet och som på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral eller mottagning.”
- Habilitering har ett uppdrag som gäller hela habiliteringen och upplevs för stort hållet med utrymme för tolkningar. Habiliteringen består av barnhabilitering och vuxenhabilitering med olika insatser och samarbetspartner. Många överenskommelser finns men det är inte begripligt och överskådligt.
- [Överenskommelsen om ansvarsfördelning habilitering och rehabilitering](#) visar på ansvarsfördelningen mellan HSF, SOF och Habilitering och behöver uppdateras. Det innehåller inte ansvarsfördelning inom HSF, det vill säga mellan Primärvård, Somatisk specialiserad vård, Habilitering och Psykiatri.
- Uppdragsbeskrivningar/arbetsbeskrivningar kan ibland behöva kompletteras med överenskommelse och förtydligande vid vissa samarbeten kring patienten, det finns några goda exempel tex Syncentralens och Hörselvårdens arbete kring barn där en sk Hjälpreda är framtagen för att se var vården ska ges så att patienten upplever vården sammanhållen, sömlös och begriplig trots olika förvaltningar, vårdnivåer och aktörer.

## 6.3 Hur många patienter tas om hand och vilka väntetider finns?

Det är olika på enheterna hur många remisser och patienter som tas om hand. Olika typer av rehabilitering för olika målgrupper tar olika lång tid. Enheter med teamrehabilitering har färre

patienter per anställd och de med mottagningsarbete har fler, vilket förklaras i patienter mer behov av teamrehabilitering är patienter med komplexitet som oftast kräver längre tids rehabilitering där tidsåtgång också behövs för själva teamarbetet.

Man kan se ett tydligt samband med låg tillgänglighet i Tele Q, långa väntetider, väntelistor där patienter ej kan tas inom vårdgarantin, stora uppdrag på ena sidan och där man uppger att man har för få resurser på andra sidan. En del uppdragen är för stora i förhållanden till resurserna medans andra enheter har inga väntetider, inga väntelistor, god tillgänglighet i Tele Q (eller ej behov av Tele Q) och relativt smala uppdrag.

#### 6.4 Vilka patienter kan idag inte tas omhand och varför?

Några målgrupper saknar rehabilitering idag bla Osteoporos, Astma /Kol , Barn med Dyslexi .I denna kartläggning har det framkommit att Region Gotland saknar rehabilitering enligt riktlinjer och SKR:S Kliniska vårdförlopp för några diagnosgrupper.

- Astma
- KOL
- Osteoporos
- Fibromyalgi
- Hypermobilitetsspectrum
- Ehler Dauns Syndrom
- Kroniskt trötthetssyndrom, ME/ CFS
- Epilepsi
- Barn med dyslexi
- Tinnitus
- Äldre /Multisjuka som tappat i funktionsnivå
- Vuxna och Barn med Obesitas
- Sammanhållen rehab i team för de med WAD (Whiplash Associated Disorders)

För några diagnosgrupper råder otydlighet var patienter tillhör och det innebär större risk att patienten hamnar mellan stolarna.

Patientgrupper med obesitas, hypertoni/hyperlipidemi/metabola syndromet, diabetes typ 2 med tidigare dietistkontakt klaras ej inom vårdgarantin

För några målgrupper är väntetiden så lång att andra funktionsnedsättningar och tillstånd tillkommer. Till exempel väntan på Hörapparat i Hörselvården.

Enligt socialstyrelsens riktlinjer bör den hälsofrämjande och förebyggande vården prioriteras. Idag är den hälsofrämjande och förebyggande vården inte sammanhållen. Fallförebyggande enhet, Hälsofrämjande enhet och riktade hälsosamtal samt en tydlig plan för genomförande för att nå målen för Region Gotlands Hälsostrategi 2027 finns inte idag. [STY-31006-v.1.0 Hälsofrämjande strategi 2023-2027](#). Strukturerat fallpreventivt arbete med åtgärder finns inte inom Primärvårdens HSF idag.

#### 6.5 Kategoriserade insatser som idag erbjuds utifrån socialstyrelsen prioritetnivå

Rehabiliterande och habiliterande insatser, som görs på de olika enheterna idag, är det som ska göras enligt de kliniska riktlinjerna. Det finns något ställe där man inte uppdaterat den nya kunskapen. Enheter med få anställda inom rehabiliteringen har inte samma möjlighet till att uppdatera sig med riktlinjer och identifiera och utföra förbättringsarbeten som de enheterna med fler anställda inom rehabilitering. Däremot saknas rehabiliterande och habiliterande vård och insatser för vissa målgrupper, se ovan. Det som också saknas är teamrehabilitering med hög prioritering för vissa diagnoser/målgrupper. De rehabiliterande insatserna finns, men då i team endast mellan tex arbetsterapeut och fysioterapeut eller som unimodala insatser utan att tillgång till multidisciplinärt team vid behov.

## 7.0 Identifierade förbättringsområden

För att patienter ska erbjudas en samordnad personcentrerad medicinsk rehabilitering och habiliteringen som utgår från individens rehabiliterings-/habiliteringsbehov och upplevs hänga ihop och vara begriplig, så har i denna kartläggning förbättringsområden identifierats.

Sammanställningen av förbättringsområden är uppdragsledarens reflektioner utifrån de gap, hinder och försvärande faktorer som framkommit i kartläggningen och under intervjuer med chefer, medarbetare och patientföreningar. En samstämmighet har funnits kring de gap, hinder och försvärande faktorer som identifierats. Sammanställningen överlämnas till beställarna av uppdraget att sätta i ett större sammanhang samt bedöma hur det bör tas vidare.

### 7.1 Rehabkartan - Organisationen behöver ses över

För sammanhållen vård som främjar samordning och upplevs hänga ihop och vara begriplig för patienten behöver rehabkartan ritas om och resurser omfördelas. Den rehabiliterande och habiliterande vården som finns idag upplevs fragmenterad.

#### 7.1.1 Primärvården

- Översyn av vad som ska ingå i Primärvårdens rehabilitering behöver göras. Primärvårds teamrehab och första linjens bedömning på mottagning, är två olika delar. Det kan vara en vinst att mottagningsdelen är fysiskt placerade på respektive vårdcentral. Primärvårdsrehab team gynnas av att var i en samlad enhet men organiserad lika nära som vårdcentralerna är patienterna.
- Översyn av tillhörighet av den specialiserade vårdens rehabilitering som idag är organiserad i Primärvården. (Reumateams fysioterapeut och arbetsterapeut, viss del av minnesutredningens arbetsterapeut, Gåskolan, specialiserad eftervård av Ortopediska operationer hand, rygg, knä, höft, axel Rehabiliteringen gynnas av nära samarbete och samordning med övriga team i den Specialiserad vården.
- Översyn av att följa riktlinjer för teamrehabilitering i Primärvården för patienter med hjärtsvikt, artros, osteoporos, astma/Kol, långvarig smärta, äldre/geriatriska patienter, psykisk ohälsa, kognitiv svikt, cancerrehabilitering inkl lymfterapi, vilket inte följs idag.
- Översyn av arbetsformen för PS-team. Ett arbete med detta pågår.
- Översyn att patientutbildning fysisk, digital eller digifysisk i kombination med rehabträning finns för de målgrupper riktlinjerna rekommenderar.
- Överväg om Rehabiläkare/ ansvarig primärvårdsläkare, tillgång till dietist, logoped vid behov kan finnas i Primärvårdsrehabteamet. Överväg att organisera teamen utifrån där läkaren i teamet finns.

- Organisationstillhörighet för dietister, behöver ses över. Översyn behövs så att tillgång till dietist i team i Primärvården och Hemsjukvården finns.

#### 7.1.2 Somatiskt Specialiserade vården

- Enligt riktlinjer ska rehabilitering för Neurologiska patienter och Strokepatienter vara samlad i teamrehabilitering med fördjupad kompetens genom hela vårdkedjan. Översyn av tillhörigheten i organisationen med en samlad enhet för dessa målgrupper, som sköter rehabiliteringen i team med fördjupad kunskap inom alla vårdnivåer. Ett exempel enligt kliniska riktlinjer vid Strokerehabilitering är *Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet* – Early supported discharge (ESD)
- Översyn av den reumatisk rehab, minnesutredning vid misstanke om kognitiv svikt, Gåskola, Ortopedisk postoperativ-rehabilitering ske i öppenvårdsmottagning inom den somatiska specialiserade vården för samordning och teamrehabilitering i team där läkaren finns.
- Överväg att se över och utvidga behov av förstalinjens fysioterapeut på Akutmottagning för tidig bedömning, triagering och tidig insatt rehabilitering.
- Se över behov av omfördelning av resurser så att fysioterapeut finns tillgängliga för Turismottagning under högsommarveckorna.

#### 7.1.3 Hemsjukvårdens rehab

- Överväg att ändra utgångspunkten för rehabilitering /habilitering i hemmet. För en personcentrerad rehabilitering och habilitering bör i första hand utgångspunkten vara patientens behov, mål och situation. Rehabiliteringen bör ske där den gagnar patienten bäst. Idag hänvisas patienten angående rehabansvar i första hand till Tröskelprincipen utifrån organisationens utformande och tidigare skrivna överenskommelser.
- Se över så att rehabilitering på mottagning, på korttidsenheten, på särskilt boende, i ordinärt boende erbjuds på samma sätt. Idag upplevs skillnad i rehabiliteringen.
- Överväg om ytterligare målgrupper skulle vara behjälpta av liknande arbetssätt med möjlighet till rehabilitering i hemmet. Exempelvis yngre målgrupper och olika tillstånd inom området psykisk hälsa och för de med behov kognitiv rehabilitering.

#### 7.1.4 Psykiatri

- Enligt Socialstyrelsen rekommenderas tillgång till Fysioterapeut i teamet på BUP.
- Översyn av processkartorna som finns inom Vuxenpsykiatriens öppenvårdsmottagning behövs. Uppdatera så att man ser var i processen arbetsterapeuter och fysioterapeuter kommer in. (utredning, behandling osv). Teamarbete främjas i och med att fysioterapeuter och arbetsterapeuter är anslutna till Psykiatriska kliniken.

#### 7.1.5 Habilitering

- Översyn behövs av det gap som idag finns mellan Habilitering, Psykiatri, Primärvård. Förbättringsarbete pågår inom habiliteringen idag, men förbättringsarbete behöver göras utifrån en övergripande samsyn.
- Se över den organisatoriska tillhörigheten för Habilitering och Psykiatri som till viss del har gemensamma patienter. Gap mellan verksamheterna har identifierats, patienter hamnar i kläm. Behov av att säkerställa att vårdkedjan hålls ihop.

- Översyn av att ta tillvara på Habiliteringens erfarenhet och kunskaper för teamrehabilitering med samordning och specialiserad fördjupad kunskap i team för dessa patienter inom primärvård, hembesök, gentemot skola och specialiserad vård.
- Enligt nationella riktlinjer så fortsätter insatserna inom Habiliteringen så länge individens behov kvarstår. Se över om Habiliteringsplaner och egenvård kan ge följsamhet till riktlinjer som ger sammanhållen personcentrerad vård och ökad trygghet där patienter alltid vet var de ska vända sig i första hand för vård och rehabilitering.
- Överväg tillgång till Habiliteringsläkare i vuxenhabiliteringens team

## 7.2 Tydliggöra uppdrag för sammanhållen och sömlös rehabilitering

Finns det inte dokumenterat i uppdrag, är uppdragen otydliga, för stort hållna och utan att vara synkade med varann, så bidrar detta till otrygg, ojämlig vård och rehabilitering med risk för att patienter hamnar emellan enheter och vårdnivåer. Ett gemensamt ansvarstagande främjas inte och vården blir inte sammanhållen och sömlös.

För några enheter finns inga uppdrag/arbetsbeskrivningar skrivna men man kan trots detta tala om vilka avgränsningar och vilka patientgrupper man ansvara över och vilka man inte tar, vilket upplevs otydlig.

Uppdrag och arbetsbeskrivning bör finnas för alla och kan behöva förstärkas med förtydligande vid ansvarsövergångar för att minimerar gap. Goda exempel är Hörselhjälpredan eller Synhjälpredan.'

En del av detta uppdrags ursprung var uppföljningen som gjordes av [Överenskommelsen om ansvarsfördelning habilitering och rehabilitering](#) mellan HSF och SOF, där fynd och analys visade bland annat ett behov av genomlysning av den primära vårdens rehabiliteringsuppdrag som är grunden för flera övriga delar i överenskommelsen. Denna kartläggning har identifierat att det finns ett behov av ett samlat dokument för hela den rehabiliterande och habiliterande vården inom Region Gotland som tydliggör respektive del.

## 7.3 Förbättra samordning för personcentrerade rehabilitering

### 7.3.1 Kontinuitet och fast vårdkontakt

God kontinuitet och fast vårdkontakt är en viktig förutsättning. I den dokumenterade överenskommelsen (Patientkontraktet) ska en fast vårdkontakt anges. Enligt [Riktlinje fasta kontakter i vård och omsorg](#) så ska den fasta vårdkontakten i primärvård finnas på den vårdcentral man valt att lista sig eller i någon annan av primärvårdens verksamheter. Den fasta vårdkontakten skall se till att planering och överenskommelse mellan patienten och vården är tydlig och att patienten är införstådd med vad detta innebär. Den överenskommelse som skapas skall dokumenteras och innehålla sammanhållen planering. Det är viktigt att det gäller även rehabiliterande insatser.

### 7.3.2 Förstärk Teamrehabiliteringen

För att kunna följa de nationella riktlinjer och vårdförlopp som finns idag via Socialstyrelsen och SKR: kunskapsstyrning behöver man tänka om var i organisationen vissa delar av den

rehabiliterande vården finns. I många diagnosgrupper rekommenderas och prioriteras högt att teamarbete med fördjupad kunskap finns kring patienten i hela värdkedjan,

Socialstyrelsen framhåller här team för vård, rehabilitering och habilitering kring följande målgrupper.

- Reumatiska sjukdomar; teamrehabilitering i öppenvård, prio 3
- Neurologiska sjukdomar, MS , Parkinson, Epilepsi: Tillgång till multidisciplinärt team, prio 3
- Psykiatriska diagnoser
- Barn, ungdomar och vuxna med funktionsvariationer till följd av medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom. (Habilitering)
- Stroke, prio 1 strokeenhet och prio 2 efter strokeenhet
- Psykisk ohälsa
- Långvarig smärta
- Cancerrehabilitering
- Rehabilitering vid kognitiv svikt
- Palliativvård

### 7.3.3 Behov av kompetenshöjning avseende teambaserade arbetsätt

Hur kan vi arbeta mer teambaserat? Ett multiprofessionellt eller multidisciplinärt team kännetecknas av att teammedlemmarna arbetar med bedömningar och åtgärder parallellt utifrån sin profession och delger sedan teamledaren eller varandra vad de gjort. Personcentrering med patienten i centrum. Socialstyrelsen rekommenderar ett kunskapslyft inom teambaserade arbetsätt. [Hållbart personcentrerat teamarbete för en nära vård \(skr.se\)](#)

### 7.3.3 Införande av Rehabiliteringsplan

Rehabiliteringsplan bör införas och vara en del av den dokumenterade överenskommelsen ( tidigare Patientkontraktet). Vissa enheter använder rehabiliteringsplaner men det är oftast inte ett dokument som följer i hela värdkedjan, ägs av patienten eller är tydligt, att det finns och var det finns, i journalsystemet. Rehabiliteringsplan behövs framförallt för patienter med längre vård- och behandlingsinsatser, patienter med omfattande och komplexa vårdbehov, patienter där det finns andra skäl att tydliggöra planering eller för patienter som har ett eget önskemål om rehabiliteringsplan. För delaktiga patienter.

### 7.3.4 Förtydliga och förstärk egenvård

Enligt Socialstyrelsen är egenvård den vård som är närmast patienten, det vill säga vad man kan göra själv för att må bra och främja hälsan. Egenvård ska anses som en åtgärd som ordinerar av hälso -och sjukvården och ska vara väldokumenterat i en rehabiliteringsplan där det tydligt framgår var man kan söka vård om funktionsnivå och rehabiliteringsbehov förändras. Egenvården ska följa upp. Egenvård kan vara en del av rehabiliteringen eller som förebyggande insats och den här delen av vården behöver förstärkas. [Lagen \(2022:1250\) om egenvård trädde i kraft den 1 januari 2023.](#)

### 7.3.5 Behov av en gemensam värdegrund

Rehabilitering är en underutnyttjad resurs som ska användas på rätt sätt, står det i Anna Nergaards utredning God och nära vård. Den rehabiliterande och habiliterande vårdens organisation i dag upplevs fragmenterad. Behöver remittenten eller personen veta exakt var man ska vända sig eller

remittera eller kan det finnas en gemensam mottagare som fördelar ärendena. En väg in där Primärvården är basen.

För samordnad personcentrerad vård och rehabilitering, behövs en attitydförändring och en gemensam värdegrund inom vården. Personen som söker vård ska få hjälp och uppleva sig vara omhändertagen. Patienten ska inte behöva ringa till många olika instanser.

### **7.3.6 Skapa rätt förväntningar**

Idag sker hänvisning till annan enhet med löften om insatser från remittenten utan kunskap om varandras enheter, uppdrag eller kliniska riktlinjer. Det ger felaktiga förväntningar hos patienter och anhöriga och försvårar rehabiliteringsprocessen och otrygghet uppstår. Kunskapen om varandras enheter behöver därför stärkas.

## **7.4 Säkerställa kompetensförsörjning, forskning och utveckling**

### **7.4.1 Fortsatt implementering av Kunskapsstyrning och vårdförlopp**

Det är viktigt att arbetet med implementering av [Kunskapsstyrningens kliniska kunskapsstöd](#) behöver fortsätta. Tydlighet behövs på hur ny kunskap ska implementeras.

### **7.4.2 Främja god kvalitet genom fortsatt förbättring och utveckling**

KVÅ-koder för att följa kvaliteten och för att kunna se förbättringsområden, behöver finnas i alla enheter. SKR – Primärvårds kvalitet behöver följas av alla enheter i Primärvården, även de rehabiliterande enheterna. [Primärvårds kvalitet | SKR](#)

### **7.4.3 Införa FOU eller MAR**

För att hålla god kvalitet och säkerställa att vårdförlopp följs samt att utveckling och förbättring sker kontinuerligt inom det rehabiliterande och habiliterande området behövs införas en samordnande funktion för forskning och utveckling (FOU) alternativt medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) gemensam för alla förvaltningar som har rehabiliterande enheter. Samordning för journalmallar, sök ord och KVÅ-koder behövs också och skulle kunna ingå i en sådan funktion. För enheter med få anställda inom rehabilitering behövs stöd för att kunna bevaka nya kunskapsområden, utveckling och stöd vid förbättringsarbeten i vardagsarbetet.

## **7.5 Förstärk det hälsofrämjande arbetet och förebygga ohälsa inkl. fallprevention**

Enligt Socialstyrelsens [Nationella stödet för Rehabilitering, Habilitering och hjälpmedel](#) Så är hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt nära länkat till de tre områdena med syftet att öka och bibehålla hälsa hos befolkningen oavsett ålder eller hälsotillstånd. Termen prehabilitering nämns som den vårdprocessen mellan diagnos och behandlingsstart, inkluderat åtgärder för att förbättra hälsa, optimera behandlingsresultat och minska förekomst och svårighetsgrad av komplikationer. Det kan handla om att informera om samband mellan levnadsvanor och hälsoproblem och ge råd och stöd till patienter som behöver ändra ohälsosamma levnadsvanor. Annat förebyggande arbete kan handla om att förebygga fallolyckor med olika typer av insatser. Arbetet med förebyggande åtgärder behöver även pågå under sjukdomsförloppet och samma typ av åtgärder kan vara både behandlande och samtidigt förebygga framtida ohälsa. Ett hälsofrämjande



förhållningssätt och arbetssätt och ett rehabiliterande arbetssätt behövs inom alla delar inom hälso- och sjukvården och socialförvaltningen. I Socialstyrelsens strategiska plan för att stödja en god och nära vård lyfts att hälsofrämjande arbete behöver få en högre prioritering i det vardagliga arbetet i hälso- och sjukvården

Den hälsofrämjande och förebyggande vården inklusive fallförebyggande åtgärder inom Region Gotland behöver ses över och vara sammanhållen. Ett uppdrag pågår för att samla ihop bilden av fallpreventiva åtgärder och bedöma utvecklingspotentialer inom området.

## **7.6 Förbättra samordnad kommunikation, administration och journalsystem**

### **7.6.1 Kommunikationsplattform för samordning**

Vikten av att kunna dela information är stor och där införande av kommunikationsplattformen är viktig för att skapa förutsättningar för samordning och kommer göra skillnad. Fortsatt arbete med att rutiner för utskrivningsprocessen följs pågår och är ett viktigt arbete.

### **7.6.2 Ett journalsystem**

All medicinsk vårds journal bör skrivas i samma journalsystem. Ett uppdrag pågår.

Funktioner som finns i Take Care behöver nyttjas bättre och en samordning inom Regionens alla enheter behövs ses över. NPÖ, Nationell patientöversikt behöver användas i större utsträckning.

### **7.6.3 Samordnad administration/bokning**

Översyn om det finns ledig kapacitet som möjliggör omfördelning av resurser så att samordnad administration och bokning sköts av icke legitimerad profession.

### **7.6.4 Yrkessamordning**

Säkerställ att fortsatt kompetens stärks, samsyn fortgår och resurseffektiva lösningar eftersträvas för de fysioterapeuter och arbetsterapeuter eller andra som är/blir klinikanslutna Att jämföra med tex Distriktsläkarforum.

### **7.6.5 Bedömning av funktion och aktivitet som underlag till olika intyg**

Konsensus om vilka bedömningar av funktion och aktivitet som behövs och vilka instrument som kan användas för att kunna gälla som underlag till olika intyg behöver skapas.

[Senaste version av HSLF-FS 2018:54 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen](#)

## **8.0 Överlämning**

Kartläggningen överlämnas den 2 maj 2024 till beställare av uppdraget, Lena Bäckström, Primärvårdschef och Carina Söderström, Hemsjukvårdens chef. Rapporten överlämnas i två dokument; ”Sammanställning av arbetsmaterial” som är kartläggningen i sin helhet och ”Slutrapport Uppdrag” som är det sammanfattade resultatet.

Region Gotland  
Förvaltning  
Programledningen för Hälsa genom hela livet  
Uppdragsledare Sofie Kristoferson

Medicinsk rehabilitering och habilitering inom Region Gotland  
- Kartläggning avseende uppdrag och organisation

## 9.0 BILAGA A - Översikt av identifierade förbättringsområden

Identifierade förbättringsområden
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Rehabkartan - Organisationen behöver ses över</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tydliggöra uppdrag för sammanhållen och sömlös rehabilitering /habilitering</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Förbättra samordning för personcentrerade rehabilitering</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Kontinuitet och fast vårdkontakt</li><li>✓ Förstärk Teamrehabiliteringen</li><li>✓ Behov av kompetenshöjning avseende teambaserade arbetsätt</li><li>✓ Införande av Rehabiliteringsplan</li><li>✓ Förtydliga och förstärk egenvård</li><li>✓ Behov av en generell attitydförändring</li><li>✓ Skapa rätt förväntningar</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Säkerställa kompetensförsörjning, forskning och utveckling</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Fortsatt implementering av Kunskapsstyrning och vårdförlopp</li><li>✓ Främja god kvalitet genom fortsatt förbättring och utveckling</li><li>✓ Införa FOU eller MAR</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Förstärk det hälsofrämjande arbetet och förebygga ohälsa inkl. fallprevention</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Förbättra samordnad kommunikation, administration och journalsystem</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Kommunikationsplattform för samordning</li><li>✓ Ett journalsystem</li><li>✓ Samordnad administration/bokning</li><li>✓ Yrkessamordning</li><li>✓ Bedömning av funktion och aktivitet som underlag till olika intyg</li></ul>