

Handbok i Habiliterings- och Rehabiliteringsprocessen

Habilitering och Rehabilitering i ordinärt boende, dagverksamhet, daglig verksamhet, särskilt boende inom äldre- och funktionsnedsättningsområdet inom vård och omsorg kommunal och privat regi, Norrköpings kommun

Diarienummer: VON 2023/0692 (ersätter VON 2021/1596)

Godkänd och fastställd av vård- och omsorgsdirektör 2011-11-21, senast reviderad 2023-09-01)

Innehållsförteckning

1 Inledning och bakgrund.....	3
2 Rehabiliteringsprocessen	3
3 Re/habiliteringsbedömning.....	4
3.1 Syfte.....	4
3.2 Mål.....	4
4 Rehabiliteringsbedömning utifrån verksamhetsområde	5
4.1 Särskilt boende (SÄBO) och verksamheten för personer med funktionsnedsättning (VPF).....	5
4.2 Ordinärt boende inklusive psykiatri	5
4.3 Administrering av rehabiliteringsprocessen.....	6
5 Arbetsterapeuters och fysioterapeuters underlag.....	6
6 Vårdplan	7
7 Ordination, delegering och egenvård.....	7
Ordination	7
Delegering	7
Egenvård.....	8
8 Utbildning i ett re/habiliterande förhållnings- och arbetsätt.....	8
8.1 Syfte med utbildningen	8
9 Referenser	9

1 Inledning och bakgrund

Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär att all personal runt patienten arbetar med att se och ta tillvara patientens egna resurser och möjligheter. Alla insatser ska enligt ett rehabiliterande förhållningssätt vara i sin grund stödande och inte hjälpande. För att uppnå detta ska patienten göras delaktig i sin bedömning och planering, för att kunna utföra för hen meningsfulla aktiviteter efter sin egen vilja och förmåga. Genom ett rehabiliterande förhållningssätt arbetar vi hälsofrämjande och aktiverande för patienten.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har en central roll i habilitering- och rehabiliteringsprocessen (benämns fortsättningsvis re/habilitering i det här dokumentet) och förväntas driva dessa frågor i teamsamverkan. Det gäller hela processen; utredning, bedömning, målsättning, planering, genomförande, uppföljning och utvärdering. En förutsättning för att detta ska fungera är möjlighet för teamet, inklusive patienten, att vid behov planera och genomföra insatserna tillsammans.

Teamarbetet mellan patienten och alla de som är involverade i dennes rehabiliteringsprocess har stor betydelse för att rehabiliteringsprocess ska vara patientsäker. En god teamsamverkan förutsätter att habiliterings- och rehabiliteringsfrågorna hålls levande i det kontinuerliga kvalitets- och förbättringsarbetet i verksamheten.

Kommunen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen erbjuda personer med funktionsnedsättning habilitering, rehabilitering och hjälpmedel i samband med den hälso- och sjukvård som omfattas av kommunens ansvar i enlighet med hemsjukvårdsavtalet. I samverkan med patienten ska en individuell vårdplan upprättas vid behov av insatser. Av planen ska det framgå vilka insatser som är planerade och beslutade tillsammans med patienten, samt när och hur de ska följas upp.

Alla de som uppfyller de kraven för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar har rätt till ett erbjudande om rehabiliteringsbedömning där behov föreligger.

2 Rehabiliteringsprocessen

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska i sitt dagliga arbete använda sig av den nationella vård- och omsorgsprocessen (Socialstyrelsen 2021:2): Processen består av 6 steg:

1. Ta emot vårdbegäran för egen räkning
2. Bedöma behov av utredning
3. Utredda
4. Bedöma behov av åtgärder
5. Åtgärda
6. Följa upp

Den nationella vård- och omsorgsprocessen speglar arbetsterapi- och fysioterapiprocessen, vilket respektive profession ska använda sig av i sitt

yrkesutövande. Modellen beskriver den process som alla som får hälso- och sjukvård genomgår för att identifiera och förändra patientens hälsotillstånd samt följa upp effekterna av detta. Alla steg i processen ska spegla en patientnära vård, som är patientsäker och har sin grund i evidens, beprövad erfarenhet och utformas i samråd patientens vilja och förmåga.

Om det i något av stegen i rehabiliteringsprocessen finns behov av att inhämta information från annan vårdgivare kan samtyckte till ”[sammanhållen journalföring](#)” inhämtas från patienten.

3 Re/habiliteringsbedömning

Re/habiliteringsbedömning innebär att patienten erbjuds bedömning av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut avseende re/habiliteringsbehov. Bedömningen görs via besök hos patienten genom samtal och/eller observation med relevanta och valida metoder och instrument. Exempel på vilka metoder och instrument som kan användas finns på intranätet under fliken för rehabilitering.

Utifrån rehabiliteringsbedömningen kan åtgärder erbjudas efter patientens behov i syfte att bibehålla, kompensera eller förbättra förmågor.

Genom att tidigt göra en rehabiliteringsbedömning skapas bättre möjligheter för att arbeta hälsofrämjande. Det är därför av stor vikt att hela teamet samarbetar med patienten och informerar varandra i samband med förändringar gällande patientens allmäntillstånd eller behov av rehabilitering.

Utifrån patientens förmåga ska denne göras delaktig i bedömning, planering av åtgärder och mål. Information om varför bedömningen utförs är en viktig del när patienten erbjuds re/habiliteringsbedömning. Bedömningen är ett erbjudande och patienten har möjlighet att tacka nej, avbryta bedömningen eller ångra sig för att få en bedömning vid ett senare tillfälle. En ny bedömning kan också initieras av kontaktman/annan person som ser behovet. Patientens delaktighet, mål och måluppfyllelse ska gå att följa i journalen.

3.1 Syfte

- Att arbeta med hälsofrämjande insatser utifrån ett rehabiliterande och/eller aktiverande förhållningssätt utifrån patientens behov.

3.2 Mål

- Patienter ska erbjudas professionell bedömning av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut som utgångspunkt för sin re/habilitering.
- Patienter med behov av insats från arbetsterapeut och/eller fysioterapeut ska erbjudas en patientsäker re/habilitering.

4 Rehabiliteringsbedömning utifrån verksamhetsområde

Alla med behov inom vård- och omsorgskontorets verksamheter ska erbjudas en rehabiliteringsbedömning. Rehabiliteringsbedömningen är en del av rehabiliteringsprocessen. Rehabiliteringsprocessens längd och omfattning kan variera utifrån patientens individuella behov. För vissa kan rehabiliteringsprocessen avslutas inom kort, medan den för andra kan pågå under en längre tid och kräva att åtgärder kontinuerligt ses över och uppdateras. Rehabiliteringsprocessen dokumenteras enligt ICF och KVÅ i verksamhetssystemet. Vid behov kan sökordet ”*Sammanfattande re/habiliteringsbedömning*” i ICF-trädet användas för att göra en sammanfattning av arbetsterapeuten respektive fysioterapeutens rehabiliteringsbedömning. Nedan följer kravbild för bedömning utifrån verksamhetsområde.

4.1 Särskilt boende (SÄBO) och verksamheten för personer med funktionsnedsättning (VPF)

En re/habiliteringsbedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut ska erbjudas alla som flyttar in på särskilt boende. En första påbörjad bedömning av arbetsterapeut respektive fysioterapeut ska ha utförts och registrerats i verksamhetssystemet inom:

- två veckor efter inflyttning till särskilt boende i äldreomsorgen
- två helgfria vardagar vid korttidsboende i äldreomsorgen samt,
- tre veckor efter inflyttning till verksamhet för personer med funktionsnedsättning.

Om patienten tackar nej till bedömning ska det registreras.

Re/habiliteringsbedömning ska inte erbjudas de personer som har återkommande korttidsplats inom särskilt boende för äldre.

I samband med att patienten flyttar till enheten ska arbetsterapeut och fysioterapeut säkerställa hjälpmedelsbehov och påbörja rehabiliteringsprocessen. Viktigt att eventuella hjälpmedel som är förskrivna på patienten återlämnas om behov inte kvarstår.

Enhetschefen ansvarar för att ansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut i god tid får reda på att inflyttning till eller utflyttning från boendet kommer att ske. Patienten får vid ankomstsamtal veta att arbetsterapeut och fysioterapeut ingår i boendets team och att patienten kommer att få träffa dessa för att diskutera re/habiliteringsbehov.

4.2 Ordinärt boende inklusive psykiatri

För alla som blir aktuella för hemsjukvård startar rehabiliteringsprocessen i samband med att ärendet tas emot. En prioritering av ärendet genomförs inför planering av ett första hembesök. I samband med besöket ska alla få en

re/habiliteringsbedömning där patienten görs delaktig i beslut kring åtgärder, mål och fortsatt planering.

En sammanfattande bedömning, utifrån patientens behov och situation dokumenteras i verksamhetssystemet. Den sammanfattande bedömningen används i det fortsatta teamarbetet vid t.ex. fördelning av vårdplaner, på teamkonferens eller samordnad individuell planering (SIP).

Ingen enskild registrering att rehabiliteringsprocessen har startat utförs inom ordinärt boende.

4.3 Administrering av rehabiliteringsprocessen

Enbart för arbetsterapeut och fysioterapeut verksamma inom särskilda boenden enligt SoL och LSS

Efter att en första rehabiliteringsbedömning är genomförd ska arbetsterapeut respektive fysioterapeut göra varsin registrering av enstaka åtgärd i sökordet under ”kvalitetsuppföljning”. Detta för att statistiken för rehabiliteringsbedömning ska gå att eftersöka.

Registreringen ska ha blivit utförd inom:

- två veckor efter inflyttning till särskilt boende i äldreomsorgen
- fyra vardagar vid korttidsboende i äldreomsorgen samt,
- tre veckor i verksamhet för personer med funktionsnedsättning.

Om en patient tackar nej ska detta registreras inom samma tidsintervall, under samma sökord.

Manual för registrering av enstaka åtgärd finns i [kundservice online](#).

5 Arbetsterapeuters och fysioterapeuters underlag

På intranätet finns en instrumentbank för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Instrumentbanken är till för att inspirera och visa exempel på bedömningsinstrument som kan användas i det dagliga arbetet.

Utöver användandet av bedömningsinstrument ska arbetsterapeuter och fysioterapeuter sträva efter att arbeta efter aktuell forskning inom området, följa nationella riktlinjer och vårdprocessprogram. Att arbeta evidensbaserat handlar om att medvetet och systematiskt sträva efter att bygga vård och omsorg enligt bästa tillgängliga kunskap.

Det är även viktigt att ta vara på annan tillgänglig kunskap ifrån andra medarbetare i teamet. De medarbetare som dagligen möter patienten kan ha

kunskap som är värdefull i den fortsatta planeringen av åtgärder. I samband med teamarbetet kan även kunskap kring rehabiliteringsprocessen ges till övriga medarbetare i en strävan att alla ska arbeta hälsofrämjande i mötet med patienten.

6 Vårdplan

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) skall en vårdplan upprättas i samråd med patienten vid kvarvarande behov av vård och behandling. Syftet med vårdplanen är att alla i teamet arbetar mot samma mål och gemensamt genomför de åtgärder som beslutats av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut.

När målet har uppnåtts eller om behandlingen avslutas av annan anledning ska måluppfyllelse dokumenteras samt vårdplanen revideras eller avslutas.

När patienten flyttar mellan enheter i kommunen ska alla planer omgående följas upp av mottagande arbetsterapeut och/eller fysioterapeut och vid behov revideras och/eller avslutas.

6.1 Rehabiliteringsplan

En rehabiliteringsplan är arbetsterapeutens och fysioterapeutens samlade vårdplaner.

Om patienten själv önskar en kopia av sina samlade vårdplaner ska denna lämnas enligt mallen för rehabiliteringsplan som finns i Documenta i verksamhetssystemet eller på intranätet under *Hälso- och sjukvård* på fliken för rehabilitering under rubriken [rehabilitering, habilitering och hjälpmedel](#).

7 Ordination, delegering och egenvård

Ordination

I samband med att arbetsterapeuter och fysioterapeuter utför bedömningar av patientens aktivitets- och funktionsförmåga beslutas behov av åtgärd. Denna åtgärd är en ordination, vilket innebär att åtgärden är en rekommendation att åtgärden utförs. Ordinationen kan överlämnas till omvårdnadspersonal att utföra tillsammans med patienten. Följsamhet till ordinerade insatser bär den ansvariga arbetsterapeuten eller fysioterapeuten ansvaret att följa upp. Detta ska göras med stöd av dokumentation i journal samt med eller utan signeringslista. Åtgärden ska kontinuerligt följas upp och i teamsamverkan utvärderas enligt rehabiliteringsprocessen. Avvikelse ska upprättas om åtgärd inte utförs enligt vårdplan.

Delegering

Arbetsterapeut och/eller fysioterapeut kan även besluta att en ordination ska delegeras, t.ex. TENS, tippbräda och kontrakturprofylax. Denna delegering är personlig och lämnas till de som bedöms ha kompetens nog att utföra uppgiften.

Detta innebär att omvårdnadspersonal ska följa delegeringen och vid icke utförd åtgärd ska avvikelser upprättas. En delegerad insats har även krav på att signeringslista används. Vid delegerade åtgärder ska rådande rutiner och riktlinjer för delegering användas.

Egenvård

Om patienten själv kan utföra en åtgärd, eller kan utföra åtgärden med stöd av annan kan den kommunövergripande rutinen för egenvård användas. En åtgärd beslutad enligt egenvård räknas inte som en hälso- och sjukvårdsuppgift i samband med utförandet.

Mer om delegering och egenvård finns att läsa på [intranätet](#).

8 Utbildning i ett re/habiliterande förhållnings- och arbetssätt

Utbildningen i ett re/habiliterande förhållnings- och arbetssätt är obligatorisk och riktar sig till all kommunal och privat vård- och omsorgspersonal, inklusive legitimerad personal inom vård- och omsorgskontoret, Norrköpings kommun. Den utgör en gemensam kunskapsgrund för att kunna identifiera och tillfredsställa aktuella re/habiliteringsbehov. Vid behov anordnas en utvecklings- och diskussionsträff för områdeschefer, enhetschefer, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

8.1 Syfte med utbildningen

Är att:

- Ge all vård- och omsorgspersonal en ökad re/habiliteringskompetens.
- Förtydliga innebörden i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt.
- Ge alla yrkesfunktioner goda förutsättningar att klara sin del i re/habiliteringsuppdraget.
- Re/habilitering ska ingå som en naturlig del i brukarens vardag.
- Patientens resurser och förmågor identifieras och tas tillvara och att självbestämmande och inflytande ingår på ett självklart och naturligt sätt.

9 Referenser

HSLF-FS 2016:40. Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Nationell informationsstruktur 2023:2 Modeller för hälso- och sjukvård ([Startsida - Nationell informationsstruktur \(socialstyrelsen.se\)](#))

SFS 2017:612 Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag

SFS 2014:821 Patientlag (SFS 2017:66 & 2019:964)

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag

Sverige. Socialstyrelsen (2015). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: handbok för vårdgivare, chefer och personal : aktuell från 1 januari 2015. (4. uppl.) Stockholm: Socialstyrelsen. Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Övrigt

Kunskapsguiden.se, samlar kvalitetssäkrad kunskap från flera myndigheter och andra aktörer

Norrköpings kommun intranät avsnitt hälso och sjukvård:
<https://intranat.norrkoping.se/organisation/arbetsplatser/vard--och-omsorgskontoret/vard--och-omsorgsarbete/halso--och-sjukvard>

Överenskommelse om ansvar samverkan och kommunikation i samband med Egenvård Norrköping VON 2019/00422