



Handbok i Rehabiliteringsprocessen

Rehabilitering i särskilt boende och dag/daglig verksamhet inom äldre- och funktionshindersonrådet i Norrköpings kommun

Diarienummer: VON F 2017/00197 003

**Godkänd och fastställd av Fastställd av
Vård- och omsorgsdirektör 2011-11-21**

Reviderad 2015-06-22
Ansvarig för revidering
Medicinskt ansvarig för
rehabilitering (MAR)

Innehållsförteckning

Inledning och bakgrund	3
Kort beskrivning av rehabiliteringsnivåer och ansvarsfördelning	3
Syfte	4
Mål	4
Definitioner av begrepp.....	5
Information inför rehabiliteringsbedömning	6
Bedömning och skattning	6
Så här går det till att göra en rehabiliteringsbedömning	6
Rehabiliteringsbedömning i dag/daglig verksamhet	10
Arbets terapeuters och sjukgymnasters instrumentbank	10
Specialiserad rehabilitering och habilitering	11
Vårdplanering och överrapportering av patientinformation.....	11
Samordnad individuell plan	11
Teamkonferens – samverkan mellan olika yrkesgrupper.....	12
Avvikelse	12
Egenvård.....	12
Planering av egenvård	13
Utbildning i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt	14

BILAGA

Signeringslista

Inledning och bakgrund

Varje kommun ska enl. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), (SFS 1982: 763) erbjuda god hälso- och sjukvård åt dem som bor i sådan boendeform eller bostad som avses i 20 § andra stycket Socialtjänstlagen och 9 § i Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Kommunen ska enl. 18 a § HSL, även erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade i samband med hälso- och sjukvård som omfattas av kommunens ansvar. Från och med januari 2014 har kommunerna i Östergötlands län även ansvar för hemsjukvården.

Hälso- och sjukvårdspersonal är den som är legitimerad för yrket och den som biträder legitimerad personal genom ordinerade och delegerade arbetsuppgifter.

Rehabilitering inkluderat rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt förutsätter att rehabiliteringsfrågor hålls levande i verksamheten. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har med sin spetskompetens en central roll i rehabiliteringsprocessen och är därför de yrkesgrupper som ska driva dessa frågor och skapa förutsättningar för rehabiliteringstänkande i vardagen. Enhetschefen har en viktig funktion genom att skapa arbetsorganisatoriska förutsättningar för rehabilitering i verksamheten. Samarbetet mellan patient, enhetschef, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och vård- och omsorgspersonal har stor betydelse för rehabiliteringsfrågornas dignitet i verksamheten.

Ett utvecklingsarbete påbörjades 2004 för att skapa tydlighet i hur rehabiliteringsarbetet ska bedrivas inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområden i Norrköpings kommun.

Arbetet resulterade i att rehabiliteringsinsatser kan delas in i tre nivåer.

Rehabiliteringsnivåerna fastställdes av vård- och omsorgsnämnden 2006. Från och med sommaren 2008 ingår rehabiliteringsnivåarbetet i ordinarie verksamhet.

Norrköpings kommun införde lokala värdighetsgarantier 2012. Där ingår erbjudandet om en bedömning av sjukgymnast och arbetsterapeut.

Kort beskrivning av rehabiliteringsnivåer och ansvarsfördelning

Nivå 1

Patient erbjuds behandling och åtgärd med syfte att fördröja försämring eller bibehålla funktioner och förmågor. Insatserna tillgodoses genom att vård- och omsorgspersonal i vardagen arbetar med utgångspunkt från ett rehabiliterande förhållningssätt och arbetssätt. Vid behov sker detta med stöd och handledning från arbetsterapeut och sjukgymnast.

Nivå 2

Patient erbjuds behandling och åtgärd individuellt eller i grupp med syfte att bibehålla eller utveckla funktioner och förmågor för att kunna fungera mera självständigt. Insatserna utförs av vård- och omsorgspersonal med stöd och handledning från arbetsterapeut och sjukgymnast. Insatserna sker med utgångspunkt från ordination/delegering som utformas av arbetsterapeut och sjukgymnast. Ordinationen/delegering är alltid förenad med signeringslista och en vårdplan ska upprättas.

Nivå 3

Patienten erbjuds tidsbegränsad behandling och åtgärd individuellt eller i grupp som syftar till att utveckla funktioner och förmågor och öka graden av självständighet. Insatserna utförs av arbetsterapeut och sjukgymnast och kan inte ordinerar/delegeras till annan personal.

Syfte

- Att patienten ska erbjudas professionell bedömning som utgångspunkt för sin rehabilitering,
- patientens behov är utgångspunkten för rehabilitering och inte tillgängliga resurser
- att rehabilitering blir en naturlig del i patients vardag
- att få en patientsäker rehabilitering genom tydlig ansvarsfördelning

Mål

- Alla patienter som har flyttat in i särskilt boende ska ha erbjudits en rehabiliteringsnivå bedömning. Bedömningen ska ha utförts inom tre veckor inom äldreomsorgen, inom 1 vecka vid korttidsboende och inom tre månader inom funktionshinderområdet.

Framgångsfaktorer

- Att handboken är känd av all personal. Handboken tydliggör ansvar och roller i rehabiliteringsprocessen.
- Att statistik för antalet rehabiliteringsnivåbedömda följs månadsvis.
- Att alla arbetsterapeuter och sjukgymnaster har gått basutbildning för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Utbildningen erbjuds var tredje månad.

- Alla patienter är delaktiga i sin egen rehabilitering.

Framgångsfaktorer

- Att arbetsterapeuter och sjukgymnaster tillsammans med patienten diskuterar rehabiliteringsbehov, mål för dessa samt aktuella behandlingsåtgärder.
- Att det i dokumentationen framgår vilken information patienten fått, patientens behov/ bedömning, vilka ställningstaganden som arbetsterapeut eller sjukgymnast gjort tillsammans med patienten gällande val av behandlingsalternativ.
- Att all vård- och omsorgspersonal gått den obligatoriska utbildningen, Ett rehabiliterande förhållningssätt.

- Alla patienters rehabiliteringsbehov ska belysas vid teamkonferens minst en gång per termin.

Framgångsfaktorer

-Att det är följsamhet till riktlinje Teamkonferens

-Att en sammanfattning från teamkonferens dokumenteras i Treserva under sökordet Vård och omsorgsplanering

- Vid bedömningstillfället används instrumentbanken så långt det är möjligt.

Framgångsfaktorer

-Att instrumentbanken finns tillgänglig och används. Instrumentbanken för

arbetsterapeut och sjukgymnast finns i yrkesspecifika pärmar inom varje

verksamhetsområde. Instrumentbanken finns dessutom att hämta på kommunens intranät.

-Att Instrumentbanken revideras en gång per år och alltid är aktuell.

Definitioner av begrepp

Vård- och omsorgspersonal

Avser vårdbiträden, undersköterskor, vårdare, mentalskötare, behandlingsassistenter eller annan befattning.

Enhet

Avser särskilt boende, gruppbostad, servicebostad och dag/daglig verksamhet.

Epikris

Sammanfattning av genomförd omvårdnad/rehabilitering och den enskildes förändring under vårdtiden. Start- och slutdatum för vårdtiden/rehabiliteringstiden.

Status vid utskrivning samt fortsatt behov av omvårdnads- och rehabiliteringsåtgärder.

Teamkonferens

Samverkan mellan enhetschef, vård- och omsorgspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast som träffas för att kommunicera och uppnå samsyn kring patients hälsa, behov och aktuella åtgärder, se vidare sidan 11 och Riktlinje Teamkonferens.

Vårdplan

Vårdplanen beskriver hälso- och sjukvård för en enskild patient. Vårdplanen ska om möjligt utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennas anhörig/närstående och tas i regel fram med den enskildes samtycke.

Den ska innehålla mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov.

Vårdplanen kan beskriva insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden.

Vårdplanen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.

Behandling

Åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Exempel på behandling är läkemedelsbehandling, medicinteknisk behandling, funktions- och aktivitetsträning, manuell behandling, psykologisk och psykosocial behandling och förebyggande behandling.

Information inför rehabiliteringsbedömning

Information är en viktig del när en patient ska erbjudas rehabiliteringsbedömning. Bedömningen är ett erbjudande och patienten har möjlighet att tacka nej, avbryta bedömningen eller att ångra sig för att få en bedömning vid ett senare tillfälle.

I samband med att en patient flyttar in ska information ges av enhetschef att rehabiliteringsbedömning kommer att erbjudas. Rehabiliteringsbedömningen innebär att arbetsterapeut och sjukgymnast kommer att vilja träffa patienten för att kartlägga patientens styrkor, resurser och rehabiliteringsbehov. Arbetsterapeut och sjukgymnast ska meddelas från enheten i så god tid som möjligt när en ny patient ska flytta in.

Arbetsterapeut och sjukgymnast informerar patienten om hur bedömningen kommer att gå till samt säkerställer att patient tackar ja till erbjudandet om rehabiliteringsbedömning.

Arbetsterapeut och sjukgymnast ska informera patienten om att närstående och eller legal företrädare kan vara med vid bedömningstillfället om så önskas.

Om patient tackar nej till rehabiliteringsbedömning har patienten rätt till rehabiliteringsinsatser utifrån sina behov.

Bedömning och skattning

Arbetsterapeut och sjukgymnast ska erbjuda alla patienter en bedömning av aktivitets- och funktionsförmåga. Rehabiliteringsbedömningen utgår från arbetsterapeuters och sjukgymnaster yrkesspecifika kompetenser och vid behov används bedömningsinstrument från respektive instrumentbank. Fastställande av nivå ska genomföras på ett så lika sätt som möjligt oavsett vilken arbetsterapeut och sjukgymnast som utför bedömningen.

Så här går det till att göra en rehabiliteringsbedömning

1. Arbetsterapeut och sjukgymnast inhämtar information om patienten genom att läsa i journalen inkluderat epikris samt inhämtar information via kontaktman i boendet, eventuell legal företrädare och närstående.
2. Överenskommelse om en lämplig tid för rehabiliteringsbedömning sker i samråd med patient, och om patienten önskar dennes närstående/legal företrädare och kontaktman.
Om patienten tackar nej till rehabiliteringsbedömning dokumenteras det i journalen under sökordet AT/SG Rehabnivå samt registreras som nivå 1 *tackat nej, ej bedömd*. Patienten har fortsatt rätt till rehabiliteringsinsatser utifrån sina

rehabiliteringsbehov. Arbetsterapeut och sjukgymnast avgör när och om det är relevant att erbjuda patienten en rehabiliteringsbedömning igen.

3. Bedömningen kan innehålla både samtal, undersökning och observation i aktivitet. Instrumentbank finns för respektive yrkeskategori. Sjukgymnast och arbetsterapeut väljer ut de instrument och tester som är relevanta i varje enskilt fall. Det kan behövas flera träffar innan bedömningen är slutförd. Patient och kontaktman/vård- och omsorgspersonal ska ta del av bedömningen.
4. När bedömningen är genomförd upprättas i samråd med patient rehabiliteringsmål, samt vilka behandlingsinsatser som ska vidtas. Arbetsterapeut och sjukgymnast delger varandra sina bedömningar. Prioritering mellan flera mål kan behöva göras.
5. Arbetsterapeut och sjukgymnast dokumenterar rehabiliteringsbedömningen i journalen och registrerar patients rehabiliteringsnivå. Om arbetsterapeut och sjukgymnast har olika bedömning registreras alltid den högsta nivån.
6. Sammanfattande rehabiliteringsbedömning dokumenteras under sökordet AT/SG rehabnivå. Sammanfattningen ska utgöra en kort beskrivning av patientens funktions- och aktivitetsförmåga, behov samt de åtgärder som planerats tillsammans med patienten. Ange här den rehabnivå som blir aktuell.

Nivå 1 innebär

Patient erbjuds behandling och åtgärd med syfte att fördröja försämring eller bibehålla funktioner och förmågor. Insatserna tillgodoses genom att vård- och omsorgspersonal i vardagen arbetar med utgångspunkt från ett rehabiliterande förhållningssätt och arbetssätt. Fokus ska ligga på patientens egna styrkor och resurser. Vid behov sker detta med stöd och handledning från arbetsterapeut och sjukgymnast. Arbetsterapeut och sjukgymnast kan erbjuda insatser som beräknas vara av kortvarig art, till exempel bedömning, information, handledning, förskrivning och utlämning av hjälpmedel samt uppföljning. Insatserna sker så långt det är möjligt i samråd med patienten.

Genomförande nivå 1

- När rehabiliteringsbehovet behöver förtydligas ska en vårdplan upprättas.
- Kontaktmannen i samråd med patient ansvarar för att rehabiliteringen fungerar i vardagen.
- Vid behov kontaktar omvårdnadspersonal arbetsterapeut och sjukgymnast för ny bedömning, konsultation, stöd och handledning.
- Vid teamkonferens en gång per termin lyfts patientens rehabiliteringsbehov och ställningstagande görs om det finns behov av ny rehabiliteringsnivåbedömning.
- När patient flyttar mellan enheter ska alla planer omgående följas upp av mottagande arbetsterapeut och sjukgymnast och vid behov revideras. När en person avlider ska alla planer avslutas.
- Förmåga till egenvård skall beaktas.

Nivå 2 innebär

Arbetsterapeut och sjukgymnast har ordinerat/delegerat någon form av insats eller behandling som ska utföras av omvårdnadspersonal. Ordinationen är alltid förenad med signeringslista och en vårdplan ska upprättas som beskriver problem, mål, åtgärd och uppföljning.

Genomförande nivå 2

- Patient erbjuds behandling, träning och åtgärd individuellt eller i grupp med syfte att bibehålla eller utveckla funktioner och förmågor samt öka graden av självständighet.
Insatserna/behandlingen sker med utgångspunkt från patientens rehabiliteringsmål som är dokumenterade i en vårdplan. Alla insatser sker i samråd med patienten.
Det kan till exempel vara mobilisering, kontrakturprofylax, ADL-träning, aktivitetsträning, kognition/kommunikationsträning. Insatserna/behandlingen utförs av ordinerad/delegerad vård- och omsorgspersonal med stöd och handledning av arbetsterapeut och sjukgymnast.
- Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för bedömning, planering, genomförande uppföljning och utvärdering samt så långt det är möjligt göra patient och/eller dennes företrädare delaktig.
- Arbetsterapeut och sjukgymnast fyller i en signeringslista för ordinerad/delegerad rehabiliteringsinsats/behandling. Signeringslistan ska förvaras i patients bostad. Signeringslistan finns att hämta på kommunens intranät.
- På signeringslistan ska arbetsterapeuten eller sjukgymnasten skriva vilken vårdplan den gäller för. Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för att ta fram nya signeringslistor samt att tillse att gamla listor bevaras i analog journalen.
- Arbetsterapeut eller sjukgymnast instruerar vård- och omsorgspersonal om hur behandlingen ska utföras och förvissas sig om att vård- och omsorgspersonalen har tillräcklig kunskap och kompetens för att utföra behandlingen. Vård- och omsorgspersonalen har ansvar för att påtala för arbetsterapeut och sjukgymnast när de inte har tillräcklig kunskap och kompetens för att utföra behandlingen.
- Arbetsterapeut och sjukgymnast informerar berörd personal om att utebliven signering är en avvikelse.
- Vård- och omsorgspersonalen ansvarar för att genomföra den behandling patienten är ordinerad samt fyller i signeringslistan. I samband med utförd behandling dokumenterar vård- och omsorgspersonal det resultat som ej är förväntat, såväl positivt som negativt under sökordet uppföljning i vårdplanen. Journalanteckningen ersätter inte signering på signeringslista. Vård- och omsorgspersonalen ansvarar för att kontakta arbetsterapeut eller sjukgymnast om problem eller frågor uppstår kring behandlingen.

- När målet uppnåtts eller om behandlingen avslutas av annan anledning ska även planen revideras eller avslutas. Arbetsterapeut eller sjukgymnast gör därefter en ny bedömning som kan innebära att patient övergår till annan rehabiliteringsnivå eller är kvar i samma nivå med en ny vårdplan.
- När en vårdplan efter en tid tenderar att bli lång eller otydlig ansvarar legitimerad personal för att den avslutas samt att en ny vårdplan upprättas.
- Vid teamkonferens en gång per termin lyfts patientens behov och ställningstagande görs om det finns behov av ny rehabiliteringsnivåbedömning.
- När patient flyttar mellan enheter ska alla planer omgående följas upp av mottagande arbetsterapeut och sjukgymnast och vid behov revideras. När en person avlider ska alla planer avslutas.
- Förmåga till egenvård skall beaktas.

Nivå 3 innebär

Patienten erbjuds tidsbegränsad behandling eller åtgärd individuellt eller i grupp som syftar till att utveckla funktioner och förmågor och öka graden av självständighet. Nivå 3 kan även vara aktuell under en pågående fördjupad utredning av rehabiliteringsbehov. Insatserna/behandlingen i nivå 3 kan endast utföras av arbetsterapeut eller sjukgymnast. Insatserna/behandlingen sker med utgångspunkt från patientens rehabiliteringsmål som ska vara dokumenterade i en vårdplan. Exempel på insatser: aktivitetsträning, kommunikationsträning, elrullstolskörning, komplicerad kontrakturprofylax, mobilisering till exempel efter fraktur, smärtlindring, utprovning och inträning av hjälpmedel.

Genomförande 3

- Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för bedömning, planering, genomförande uppföljning och utvärdering samt så långt det är möjligt göra patient och/eller dennes företrädare delaktig.
- Arbetsterapeut och sjukgymnast upprättar en vårdplan i samråd med patient planerar och vidtar de individuella behandlingsinsatser som patient bedöms vara i behov av. Insatserna ska tidsbegränsas och därefter ska en ny bedömning ske.
- När patient flyttar mellan enheter ska alla planer omgående följas upp av mottagande arbetsterapeut och sjukgymnast och vid behov revideras. När en person avlider ska alla planer avslutas.
- Förmåga till egenvård skall beaktas.

Rehabiliteringsbedömning i dag/daglig verksamhet

Patient som bor i särskilt boende

Den som bor i särskilt boende får sin rehabiliteringsbedömning gjord av arbetsterapeut och sjukgymnast i boendet. Arbetsterapeut och sjukgymnast dokumenterar rehabiliteringsnivån i journalen. Det är arbetsterapeut och sjukgymnast i särskilt boende som har huvudansvar för att göra vårdplaner. Patient har sedan samma rehabiliteringsnivå i dag/daglig verksamhet. Arbetsterapeut och sjukgymnast i särskilt boende ansvarar för att samverka med arbetsterapeut och sjukgymnast i dag/daglig verksamhet. De involverade arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna gör tillsammans med patient, eventuell legal företrädare och närstående en överenskommelse om vilka rehabiliteringsåtgärder som ska ske i det särskilda boendet och vilka som ska ske i den dag/dagliga verksamheten.

Patient som bor i ordinärt boende

- **och har lönebidrag**
Dessa patienter ska inte rehabiliteringsbedömas enligt denna modell.
- **och har enskild placering**
Dessa patienter ska inte rehabiliteringsbedömas enligt denna modell.
- **och har dag/daglig verksamhet i grupp**
Patientens kontaktman i dagliga verksamheten ansvarar för att kontakt tas med kommunens arbetsterapeut och sjukgymnast då rehabiliteringsbehov uppmärksammas hos patienten. Patienten kan också själv kontakta arbetsterapeuten och sjukgymnasten vid upplevda rehabiliteringsbehov. Arbetsterapeut och sjukgymnast bedömer om patientens behov inryms i det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret eller om det ingår i landstingets hälso- och sjukvårdsansvar. Om rehabiliteringsbehovet bedöms rymmas inom kommunens hälso- och sjukvårdsansvar är det viktigt att enhetschefen inom dag/dagligverksamhet får information om brukarens rehabiliteringsbehov. Bedöms rehabiliteringsansvaret vara landstingets tar arbetsterapeut och sjukgymnast kontakt med landstingets arbetsterapeut och sjukgymnast i primärvården och överrapporterar patients rehabiliteringsbehov.
- **och har hemsjukvård**
Dessa patienter ska inte rehabiliteringsbedömas enligt denna modell.

Arbetsterapeuters och sjukgymnasters instrumentbank

Det finns framtagna yrkesspecifika pärmar med bedömningsinstrument. Alla pärmar ska ha samma utseende och innehåll. Pärmar innehåller en kort beskrivning av varje instrument, vilka kriterier som ska uppfyllas för att instrumentet ska kunna användas på ett korrekt sätt samt var instrumentet finns att hämta eller inhandla. Pärmar ska finnas tillgängliga för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Instrumentbanken finns förutom i pärmar tillgänglig på kommunens intranät.

Det kan ibland finnas behov av ytterligare bedömningsinstrument som inte finns i de yrkesspecifika pärmar.

Revidering av instrumentbanken sker en gång per år av utsedda arbetsterapeut- och sjukgymnastrepresentanter från olika delar av vård- och omsorgsverksamheten.

Specialiserad rehabilitering och habilitering

Vissa patienter har under en kortare eller längre period behov av specialiserade re/habiliteringsinsatser. Region Östergötland ansvarar för specialiserad rehabilitering oavsett boendeform. Specialiserad rehabilitering gäller brukare/patienter som kräver hela rehabiliteringsteamets resurs och kompetens för att möta komplexa behov. Se *"Praktiska anvisningar för tolkning av hemsjukvårdsavtalet i Östergötland"*. Habiliteringen inom Region Östergötland ansvarar för specialiserad habilitering till patienter som har behov av planerade och utifrån flera kompetensområden sammansatta åtgärder.

Även andra kliniker inom Region Östergötland eller andra vårdgivare kan bli aktuella att utföra specialiserad rehabilitering.

Om en patient inom kommunal hälso- och sjukvård får re/habiliteringsinsatser från annan vårdgivare bör en Samordnad individuell plan upprättas (SIP).

De brukare som får specialiserad re/habilitering rehabiliteringsnivå bedöms i nivå 3.

Vårdplanering och överrapportering av patientinformation

Vårdplanering i såväl slutet som öppen vård genomförs i enlighet med länsgemensamma rutiner, se vårdplaneringsrutinen *"När den ena handen vet vad den andra gör"*.

För överrapportering av patientinformation mellan vårdgivare ska meddelandefunktionen i Meddix användas som förstahandsalternativ, om inte annat anges i PM eller riktlinjer. Vård till vårdtelefon kan också användas. Vid muntlig överrapportering rekommenderas SBAR som är ett strukturerat sätt att lämna över och ta emot viktig information.

Samordnad individuell plan

Samordnad individuell plan (SIP), är en plan som ska upprättas tillsammans med brukare/patient om de har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och om det finns behov av samordning av insatserna. En SIP ska innehålla det totala behovet av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten och syftar till att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen, så att patientens samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. De som i sin yrkesutövning inom socialtjänst och hälso- och sjukvård upptäcker behov av samordning av insatser ska initiera till att en SIP upprättas. SIP förutsätter att den enskilde/vårdnadshavare samtycker, och bör påbörjas utan dröjsmål. Planen skall vara aktuell och följas upp kontinuerligt.

Av planen ska det framgå;

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka insatser som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Teamkonferens – samverkan mellan olika yrkesgrupper

Syftet med teamkonferens är att teamet regelbundet ska belysa patientens alla behov för att uppnå en samsyn kring patienten. Teamarbete bidrar till kontinuitet i vården och underlättar bedömningar som kräver flera perspektiv och kompetenser. De som träffas är enhetschef, vård- och omsorgspersonal (om möjligt kontaktman), sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Andra yrkesfunktioner kan utifrån patients behov bjudas in. Det kan till exempel vara personal från daglig verksamhet, landstinget eller socialtjänsten.

För att kunna diskutera en patients behov på gemensamma träffar krävs ett samtycke från patient eller dess företrädare. Läs vidare om teamkonferens i Riktlinje för Teamkonferens.

Avvikelser

Det är av största vikt att rehabilitering lyfts fram som en arbetsuppgift för vård- och omsorgspersonal utifrån hälso- och sjukvårdslagen. Det är även viktigt att icke genomförd rehabilitering i nivå 1, 2 och 3 registreras i avvikelssystemet som utebliven behandling. Den personal som upptäcker utebliven behandling har skyldighet att göra en avvikelseanmälan. Avvikelserna ska sedan bearbetas enligt gällande avvikelседirektiv.

Egenvård

En hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra. Den egenvård som patienten utför själv eller med hjälp av någon annan som inte är hälso- och sjukvårdspersonal räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas därmed inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Däremot är hälso- och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning att betrakta som hälso- och sjukvård och omfattas därmed av hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Socialstyrelsen, egenvård

<http://www.socialstyrelsen.se/aldre/aldreshalsa/egenvard>

Individuell bedömning av egenvård

Det är den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som inom sitt ansvarsområde ska göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Bedömningen ska göras i samråd med patienten utifrån dennes fysiska och psykiska hälsa samt med hänsyn till livssituationen i övrigt. I bedömningen ingår att ta ställning till om patienten på ett säkert sätt själv kan ta ansvar för att utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård. Om åtgärden är bedömd som egenvård, men patienten är i behov av handräckning kan patienten göra en ansökan om bistånd hos kommunen om hjälp med egenvård hos biståndshandläggarna. Biståndshandläggaren prövar då ansökan enligt socialtjänstlagen kap 4 § 1.

När bedömningen görs i samband med vårdplanering vid in- och utskrivning i slutenvård ska den behandlande läkaren göra bedömningen om åtgärden kan utföras som egenvård.

Bedömningen ska dokumenteras

Bedömningen och analysen ska dokumenteras i patientens journal. Det är viktigt att den som gör bedömningen redovisar sina ställningstaganden. Bedömningen görs under den legitimerades yrkesansvar enligt patientsäkerhetslagen.

Information om egenvård

Den som gör bedömningen ska informera patienten om vad egenvården innebär. Det innebär att den som gör bedömningen ska informera om att den åtgärd som den enskilde själv utför eller utförs av någon närstående, inte räknas som hälso- och sjukvård. Därmed omfattas den inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Planering av egenvård

Om patienten behöver hjälp i samband med egenvård ansvarar den legitimerade personalen som gjort bedömningen för att planering görs tillsammans med de personer som är berörda. Planeringen dokumenteras i en vårdplan. Det ska vara klart för alla inblandade vad som ska göras om patientens situation förändras, vem som ska kontaktas om patienten riskerar att skadas. Om patienten själv ansvarar för egenvården måste det i vissa fall finnas någon som kan kontaktas om tillståndet försämras och om patienten är i behov hjälp.

I egenvårdsplanen ska följande framgå:

1. Vilken åtgärd som bedömts som egenvård
2. Om patienten själv eller med hjälp av annan namngiven person/personer ska utföra egenvården
3. Hur information och instruktion till patienten och dem som ska utföra egenvården har givits
4. Vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas om patienten drabbas av eller har utsatts för risk att skadas eller sjukdom i samband med egenvården
5. Vilka åtgärder som ska vidtas och av vem som kan kontaktas om patientens situation förändras
6. Hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp
7. När en omprövning av bedömningen av egenvård ska göras
8. Patientens ska få en kopia av egenvårdsplanen.

Omprövning av beslut om egenvård

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har uppföljningsansvar och ska omedelbart ompröva sitt beslut om den enskildes förmåga att klara egenvården förändrats eller försämras.

Avvikelse, anmälan egenvård

Om patienten drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom på grund av bedömningen om egenvård ska detta anmälas till Socialstyrelsen

enligt Lex Maria. Hälso- och sjukvården har ansvaret för att bedömningen är riktigt gjord och att den omprövats när förutsättningarna ändras. Det kan även bli aktuellt med patientskadeersättning enligt Patientsäkerhetsförordningen om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av en felaktig bedömning. Om den enskilde själv utför sin egenvård har denne ett eget ansvar för sina handlingar. Utförs egenvården bristfälligt av närstående kan utförandet bli bedömt antingen ur skadeståndsrättslig eller straffrättslig aspekt. Hemtjänstpersonalen bedöms på samma sätt som närstående men där har kommunen eller annan arbetsgivare det skadeståndsrättsliga ansvaret för sin personal- principalansvaret. Hemtjänstpersonalen tillhör ej hälso- och sjukvårdspersonalen såvida den inte utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på ordination eller delegering. Det straffrättsliga ansvaret finns alltid kvar hos den anställde.

Utbildning i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt

Utbildningen i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt är obligatorisk och riktar sig till all vård- och omsorgspersonal inom kommunal hälso- och sjukvård. Den utgör en gemensam kunskapsgrund för att kunna identifiera och åtgärda aktuella rehabiliteringsbehov. Från och med våren 2013 finns även en Basutbildning för arbetsterapeuter och sjukgymnaster som återkommer var tredje månad. En gång per termin anordnas en utvecklings- och diskussionsträff för områdeschefer, enhetschefer, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Syfte med utbildningen är att

- Ge all vård- och omsorgspersonal en ökad rehabiliteringskompetens genom ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt.
- Ge alla yrkesfunktioner goda förutsättningar att klara sin del i rehabiliteringsuppdraget.
- Rehabilitering ingår som en naturlig del i brukarens vardag.
- Alla yrkesfunktioner tillämpar ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt där patients självbestämmande ingår på ett självklart och naturligt sätt.

Utbildningens upplägg

Utbildningen består av två delar - en *utbildningsdel* med teori, reflektion och diskussion samt en *processinriktad reflektionsdel* som pågår på arbetsplatsen mellan utbildningstillfällena.

Ett kurshäfte ”Ett rehabiliterande förhållnings och arbetssätt – utbildning för vård och omsorgspersonal inom äldre- och handikappomsorgen” finns framtaget till utbildningen.

Information om utbildningen och kursstart ligger ute på Intranätet där enhetschef kan anmäla den omvårdnadspersonal som är aktuell för utbildningen.

Utbildning för vård- och omsorgspersonal

Utbildningen består av 4 halvdagar med olika teman och sker i grupp. Stor vikt läggs vid att varje kursdeltagare är aktiv och delger sina tankar, erfarenheter och förslag till lösningar.

- Tillfälle 1 Tema: Ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt
- Tillfälle 2 Tema: Individens resurser, begränsningar och rehabiliteringsbehov
- Tillfälle 3 Tema: Miljön – hinder eller stöd och stimulans
- Tillfälle 4 Tema: Rättigheter och skyldigheter

