

2008-10-24

Rapport – Införande av rehabiliteringsnivåer inom kommunens äldre- och handikappomsorg

Processledare
Gunilla Lundberg, Annsofie Mahrs Träff
Karin Lindblad



NORRKÖPING
Vård- och omsorgskontoret

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sidnummer
	SAMMANFATTNING
1.	INLEDNING 4
2.	BAKGRUND 4
2.1	Hälso- och sjukvårdsansvar 4
2.2	Statliga stimulansmedel 4
3.	UPPDRAG, MÅL OCH SYFTE 5
4.	REHABILITERINGSNIVÅER 6
4.1	Beskrivning av rehabiliteringsnivåer och ansvarsfördelning 6
5.	PILOTOMRÅDE 7
6.	GENOMFÖRANDE 7
6.1	Processarbete 7
6.2	Processgrupp 7
6.3	Delprocesser 8
6.3.1	Bedömnings- och skattningsinstrument 8
6.3.2	Information 8
6.3.3	Dokumentation och statistik 8
6.3.4	Integrering med individuell målplan och personligt utvecklingsprogram 9
6.3.5	Utbildning 9
6.2.6	Dagverksamhet och Daglig verksamhet 9
6.2.7	Utvärdering 10
7.	RESULTAT 11
7.1	Resultat utifrån uppsatta projektmål 11
8.	ANALYS OCH SLUTSATSER 18

Sammanfattning

Ett utvecklingsarbete för att skapa tydlighet i rehabiliteringsarbetet inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområden påbörjades 2004. Det resulterade i tre rehabiliteringsnivåer som fastställdes av vård- och omsorgsnämnden i januari 2006. Samtidigt gav nämnden ett uppdrag att stegvis införa rehabiliteringsnivåerna inom kommunens äldre- och handikappomsorg med start i ett pilotområde.

Inom pilotområdet, som omfattat ca 270 särskilda boendeplatser med olika inriktning och ca 550 personal från olika yrkeskategorier, har nya arbetsformer prövats, utvecklats och utvärderas. Det nya arbetssättet vid införande av rehabiliteringsnivåer ska skapa struktur och tydliggöra olika professioners ansvar för planering, genomförande och uppföljning av rehabiliteringsinsatser.

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. Samarbetet mellan enhetschef, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och vårdpersonal har stor betydelse för rehabiliteringsfrågornas dignitet i verksamheten.

I arbetet med att tillgodose brukarnas rehabiliteringsbehov ska utbildningsinsatsen i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt utgöra en gemensam kunskaps- och värderingsgrund. Utbildningsinsatsen som till stor del vänder sig till vård- och omsorgspersonal är oerhört viktig. Den är en förutsättning om de ska ges möjlighet att ta det stora rehabiliteringsansvar som läggs på dem. Deras arbete som sker inom ramen för vardagsarbetet är den absolut viktigaste länken i rehabiliteringskedjan.

Slutsatsen från ett mycket positivt och lyckat pilotprojektet där alla inblandade visat stort engagemang är att mål och syfte med införandet av rehabiliteringsnivåer uppfylls genom det nya arbetssättet. Det blir helt uppfyllt när rehabiliteringsnivåerna har införts i alla verksamheter med kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar.

Erfarenheterna från pilotområdet som beskrivs i rapporten och en framtagna handbok i uppbyggnad av rehabiliteringsprocessen ska ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Under hösten 2008 har ett nytt område av äldre- och handikappomsorgen involverats i arbetet. Hela processen med införande av rehabiliteringsnivåer beräknas vara klar våren 2011. Då har alla verksamheter de verktyg som behövs för en professionell och säker rehabiliteringsprocess där rehabilitering ingår som en naturlig del av brukarens vardag.

1. Inledning

Rapporten är en redovisning av vård- och omsorgsnämndens uppdrag till vård- och omsorgskontoret att införa rehabiliteringsnivåer inom kommunens äldre- och handikappomsorg. De nya arbetsformerna har utvecklats, prövats och vidareutvecklats inom ett pilotområde under ca 2 år. En beskrivning av pilotområdet och av hur arbetet har genomförts finns på s 7. Rapporten och en utformad handbok för uppbyggnad av rehabiliteringsprocessen tillsammans med en utbildningsinsats i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt kommer att vara grunden för införandet av rehabiliteringsnivåer i återstående delar av verksamheten.

2. Bakgrund

Utvecklingsarbetet för att skapa tydlighet kring rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområden påbörjades 2004. Utgångspunkten var att ta fram rehabiliteringsnivåer på individnivå som inte var knutna till boende- eller verksamhetsform.

Rapporten ”Rehabiliteringsnivåer inom kommunens äldre- och handikappomsorg 2005-12-05” beskriver det tidigare utvecklingsarbetet för att ta fram rehabiliteringsnivåerna. Vård- och omsorgsnämnden fastställde rehabiliteringsnivåerna och gav uppdrag om stegvis införande 2006-01-17.

2.1 Hälsa- och sjukvårdsansvar

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar (Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982: 763) där rehabilitering ingår omfattar följande verksamheter:

- bostad med särskild service
- korttidsboende för äldre
- biståndsbedömd dagverksamhet för äldre
- biståndsbedömd daglig verksamhet för funktionshindrade

När personer från ordinärt boende deltar i biståndsbedömd dagverksamhet gäller kommunens hälso- och sjukvårdsansvar enbart under vistelsen i dagverksamheten. För all övrig tid har landstinget hälso- och sjukvårdsansvar.

2.3 Statliga stimulansmedel

Utvecklingsarbetet genomförs delvis med hjälp av statliga stimulansmedel från kompetensstegen och medel för insatser inom vård och omsorg om äldre personer, där rehabilitering är ett utpekade område. Stimulansmedlen som utgått sedan 2006 har haft stor betydelse för möjligheterna att utforma och genomföra utbildningsinsatser i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt.

3. Uppdrag, mål och syfte

Uppdraget att införa rehabiliteringsnivåer inom kommunens äldre- och handikappomsorg ska ske stegvis med start inom ett pilotområde. I pilotområdet prövas, utvecklas och utvärderas de nya arbetsformerna innan det införs i all verksamhet.

Vård- och omsorgskontorets ledningsgrupp är styrgrupp för utvecklingsarbetet. En utsedd processgrupp med två processledare leder och håller ihop utvecklingsarbetet.

Syftet med införandet av rehabiliteringsnivåer är att:

- brukaren alltid ska erbjudas en professionell bedömning som utgångspunkt för sin fortsatta rehabilitering
- brukarens behov är utgångspunkt för den fortsatta rehabiliteringen och inte tillgängliga resurser
- rehabiliteringen blir en naturlig del i brukarens vardag (integreras med individuell målplan och personligt utvecklingsprogram)
- få en säkrare rehabiliteringsprocess genom tydligare riktlinjer och ansvarsfördelning.

Projektmål

1. Ta fram och fastställa bedömnings- och skattningsinstrument som ska användas av kommunens sjukgymnaster och arbetsterapeuter vid rehabiliteringsnivåbedömning.
2. Utforma utbildningsprogram, utbildningsmaterial och genomföra utbildning i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt.
3. Fastställa var i Sofia Omfale som rehabiliteringsnivån ska registreras för att vara tillgänglig för dem som behöver uppgiften. Utforma en manual för registrering och dokumentation samt genomföra utbildningsinsats.
4. Utveckla sjukgymnasters och arbetsterapeuters dokumentation särskilt när det gäller upprättande av rehabiliteringsplaner.
5. Systematisera överföring av arbetsuppgifter från sjukgymnaster och arbetsterapeuter till vård- och omsorgspersonal.
6. Hitta lösningar i befintliga IT-stöd för uttag av statistiska underlag.
7. Arbeta fram en utvärderingsmall för beräkning av resursåtgång.
8. Hitta strategier för ett strukturerat samarbete mellan äldre- och handikappomsorgens rehabiliteringsverksamheter för möjlighet till lärande över gränserna.
9. Arbeta för att rehabilitering ska bli en naturlig del i brukarens vardag
10. Skapa faktaunderlag för utveckling och organisering av kommunala rehabiliteringsresurser.
11. Öka kvaliteten i kommunens rehabiliteringsprocess och skapa ett bra rehabiliteringssamarbete mellan olika yrkesprofessioner.

4. Rehabiliteringsnivåer

Bedömningen syftar till att placera brukaren i den rehabiliteringsnivå som stämmer överens med brukarens behov samt ge besked om vilka rehabiliteringsinsatser som brukaren behöver.

4.1 Beskrivning av rehabiliteringsnivåer och ansvarsfördelning

Nivå 1

Brukaren erbjuds behandling, träning 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 förhållnings- och arbetssätt. Vid behov sker detta med stöd och handledning från arbetsterapeut och sjukgymnast som alltid ansvarar för att brukarens behov av hjälpmedel tillgodoses.

Ansvar:

Kontaktmannen ansvarar för att det rehabiliterande arbetssättet synliggörs i den individuella målplanen eller det personliga utvecklingsprogrammet samt att uppföljningen görs tillsammans med brukaren eller dennes företrädare. Vid behov kontaktas arbetsterapeut och sjukgymnast för konsultation, stöd och handledning.

Nivå 2

Brukaren erbjuds behandling, träning 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 av arbetsterapeut och sjukgymnast. Träningen sker med utgångspunkt från direktiv eller träningsprogram som utformats av arbetsterapeut och sjukgymnast, t ex. mobilisering, kontrakturprofylax, ADL-träning samt kognitiv träning.

Ansvar:

Kontaktmannen ansvarar för att ordinerad behandling, träning och åtgärd samt det rehabiliterande arbetssättet synliggörs i den individuella målplanen eller det personliga utvecklingsprogrammet. Uppföljning görs tillsammans med brukaren eller dennes företrädare i samverkan med ansvarig arbetsterapeut och sjukgymnast.

Nivå 3

Brukaren erbjuds tidsbegränsad behandling, träning 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, t ex. kommunikationsträning, el-rullstolskörning, komplicerad kontrakturprofylax samt mobilisering efter fraktur.

Ansvar:

Kontaktmannen ansvarar för att behandling, träning och åtgärd samt det rehabiliterande arbetssättet synliggörs i den individuella målplanen eller det personliga utvecklingsprogrammet. Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för bedömning, planering och genomförande och för att utvärdering görs tillsammans med brukaren eller dennes företrädare samt kontaktman.

5. Pilotområde

Äldreomsorg, område 5

Järven
Hagaborg
Östergården
Kvillinge äldrecentrum
Vårfruvägen
Tuppen
Kolmårdens äldreomsorg

Handikappomsorg, område 2

Matilda Ljungstedtgata
Lidaleden
Pryssgårdsvägen
Linköpingsvägen 16, vån 2 och 3

Pilotområdet omfattar ca 270 särskilda boendeplatser med olika inriktning och det är ca 550 personal från olika yrkeskategorier som deltagit i projektet.

6. Genomförande

6.1 Processarbete

Utvecklingsarbetet har letts av en processgrupp och två processledare. Arbetet kan delas in i 7 olika delprocesser:

- bedömnings- och skattningsinstrument
- information
- dokumentation och statistik
- integrering med individuell målplan och personligt utvecklingsprogram
- utbildning
- dagverksamhet och daglig verksamhet
- utvärdering

Alla delprocesser har haft representation från processgruppen. Vid behov har processgruppen och delprocesserna knutit till sig kompetens från IT-enhet, PUFF-enhet och informatör. Processgruppen har under perioden mars 2006 – juni 2008 träffats regelbundet en halvdag 1 gång/månad för att rapportera och stämma av arbetet i delprocesserna.

6.2 Processgrupp

Processgruppen har bestått av representanter från programmen, myndighetsutövning, MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering), PUFF-enhet¹ och berörda verksamhetsområden. Verksamheterna har representerats av personer från olika yrkeskategorier; områdeschefer, enhetschefer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal.

Följande personer har ingått i processgruppen:

Karin Lindblad, processledare handikappomsorgsprogram
Gunilla Lundberg, processledare äldreomsorgsprogram
Annsophie Mahrs, MAR/processledare

¹ Vård- och omsorgskontorets enhet för praktik, utveckling, forskning och framtid.

Maud Lång, biståndshandläggare
Inga-Lill Felizia, enhetschef PUFF
Gunnel Westerberg, projektledare PUFF
Anna-Lena Hydén, projektledare PUFF
Eva Abrahamsson, områdeschef äldreomsorg, område 5
Gunilla Öhrling, områdeschef handikappomsorg, område 3
Carina Thuresson, enhetschef äldreomsorg, område 5
Gunilla Sörman, enhetschef Resurscenter Sandbyhov, område 5
Birgitta Karlsson, enhetschef handikappomsorg, område 2
Marita Landh, enhetschef Teamet handikappomsorg, område 2
Anette Karlsson, sjukgymnast Resurscenter Sanbyhov område 5
Laila Tilly, sjukgymnast Teamet Handikappomsorg, område 3
Titti Buchholz, arbetsterapeut Resurscenter Sandbyhov, område 5
Elisabeth Karlsson, arbetsterapeut Teamet Handikappomsorg, område 3
Anna Klevbrandt, sjuksköterska äldreomsorg område 5
Mia Östrand, sjuksköterska Teamet Handikappomsorg, område 3
Helena Gunnarsson, vård- och omsorgspersonal äldreomsorg, område 5
Karin Hansen, vård- och omsorgspersonal handikappomsorg, område 2

För att få utvecklingsarbetet ytterligare förankrat har följande personer regelbundet fått ta del av minnesanteckningar; Eva Wiman-Elvin handikappkonsulent, Anna-Lena Krook områdeschef, Eva Lindblom enhetschef och Birgitta Westerberg arbetsterapeut.

6.3 Delprocesser

6.3.1 Bedömnings- och skattningsinstrument

Det är viktigt att rehabiliteringsnivåbedömningen utförs på ett så lika sätt som möjligt oavsett vilken arbetsterapeut eller sjukgymnast som utför bedömningen. Delprocessen fick i uppgift att gå igenom samtliga bedömnings- och skattningsinstrument som används i verksamheten. Processgruppen fastställde vilka sjukgymnastiska och arbetsterapeutiska instrument som vid behov ska användas vid rehabiliteringsnivåbedömning, se bilaga 1. Instrumenten finns samlade i en pärm på respektive rehabiliteringsenhet, Resurscenter Sandbyhov, Teamet handikappomsorg och Aktema.

6.3.2 Information

Delprocessens uppgift har varit att ta fram och delge information om rehabiliteringsnivåprojektet. Informationsmaterial och broschyrer har delats ut och gjorts tillgängligt via intranät. Broschyren som alla berörda verksamheters personal, brukare och närstående har kunnat ta del av utformades även i en lättläst version. Information om projektet som helhet har även getts vid alla utbildningstillfällen i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt.

6.3.3 Dokumentation och statistik

Delprocessen har ansvarat för registrering av rehabiliteringsnivå och tidsredovisning i Sofia Omfale. Tillsammans med IT-enheten har en manual och utbildning kring

registrering och dokumentation utformats. Samtliga berörda sjukgymnaster, arbetsterapeuter och enhetschefer har fått utbildning via IT-enheten.

För att systematisera överföringen av arbetsuppgifter från arbetsterapeut och sjukgymnast till vård- och omsorgspersonal har en signeringslista utformats inom delprocessen. Signeringslistan med direktiv för träning (enligt rehabiliteringsnivå 2) fylls i av sjukgymnast eller arbetsterapeut. Listan lämnas till vård- och omsorgspersonalen i samband med överföring av arbetsuppgifter, vård- och omsorgspersonalen fyller i och signerar; datum, tidsåtgång samt resultat av utförd träning. En gång per månad registrerar enhetschefen den sammanlagda tidsåtgången för varje brukare i Sofia Omfale. Efter avslutad träningsperiod återlämnas signeringslistan till ansvarig sjukgymnast eller arbetsterapeut för dokumentation. Den framtagna handboken som beskriver hela rehabiliteringsprocessen har ett avsnitt om rutiner för träning som utförs i nivå 2 och signeringslistan finns med som bilaga.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter följer också en utformad manual för att tidsregistrera all sin direkta brukartid i Sofia Omfale.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering har ansvarat för att utveckla den sjukgymnastiska och arbetsterapeutiska dokumentationen med syfte att upprättandet av rehabiliteringsplaner ska öka.

6.3.4 Integrering med individuell målplan och personligt utvecklingsprogram

Delprocessen har ansvarat för att ta fram ett flödesschema som beskriver hur hälso- och sjukvårdsarbetet, som inkluderar rehabilitering, ska integreras vid utformning av individuell målplan och personligt utvecklingsprogram, se bilaga 2. Flödesschemat beskriver ansvarsfördelning och arbetsordning för integreringen i olika steg. Rutiner kring flödesschemat finns beskrivet i den framtagna handboken.

6.3.5 Utbildning

Utbildning i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt ska utgöra en gemensam kunskaps- och värderingsgrund för alla yrkeskategorier för att tillgodose brukarnas rehabiliteringsbehov. Med hjälp av statliga stimulansmedel anställdes under 2007 – 2008 två projektledare, en arbetsterapeut och en sjukgymnast. Deras uppdrag har varit att utforma, genomföra och utvärdera en utbildningsinsats kring rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt. Utbildningsinsatsen är riktad till alla yrkeskategorier; enhetschefer, handläggare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster men framförallt till vård- och omsorgspersonalen. Erfarenheterna från utbildningsinsatsen i pilotområdet som slutfördes i mars 2008 och det framtagna utbildningsprogrammet med tillhörande utbildningsmaterial ligger till grund för hur utbildningsinsatsen ska genomföras i resten av verksamheten. En utbildningsplan som sträcker sig till 2011 har utformats, se bilaga 3. Fortlöpande utbildningsbehov kommer att tillgodoses med hjälp av ordinarie arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

6.3.6 Dagverksamhet och daglig verksamhet

Delprocessen om dagverksamheten fanns inte med som delprocess från början utan startades först under maj 2007. Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar, inklusive

rehabiliteringsansvar, i biståndsbedömd dagverksamhet eller daglig verksamhet under den tid som personen vistas i dagverksamheten. För personer som bor i särskilt boende och går på dagverksamhet ligger hela ansvaret på kommunen men för personer som bor ordinärt boende delas ansvaret med landstinget. Rehabiliteringsbehoven ska då i första hand tillgodoses av landstinget de dagar som personen inte vistas i dagverksamhet.

Delprocessens uppgift har varit att definiera ansvarsgränser för rehabilitering mellan kommun och landsting, mellan särskilt boende och dagverksamhet samt mellan hemtjänst, personlig assistans, rehabstöd och dagverksamhet. I handboken för rehabiliteringsprocessen finns ett avsnitt som tydliggör skillnaden om brukaren bor i ordinärt eller särskilt boende. Delprocessgruppen kommer under hösten 2008 att arbeta vidare med en plattform för kontakterna och ansvarsfördelningen med landstinget. När det arbetet är klart kommer avsnittet i handboken att revideras.

6.3.7 Utvärdering

Det saknas underlag för hur befintliga rehabiliteringsresurser beräknats. Delprocessen utvärdering har ansvarat för att ta fram faktaunderlag för beräkning av resursåtgång och organisering av rehabiliteringsresurser. Befintligt IT-stöd har endast till viss del kunnat användas för uttag av statistiska underlag. Delprocessen har även ansvarat för de åtgärdsregistreringar och granskningar som gjorts inom pilotprojektet. Arbetet i delprocessen har fått mycket betydelsefullt stöd av forskningshandledare på PUFF-enheten och områdesassistent i område 5.

Åtgärdsregistrering har genomförts där samtliga sjuugymnaster och arbetsterapeuter fått registrera brukarrelaterade insatser. Den genomfördes under två veckor, vid två tillfällen, först som ett nuläge 2006 under vecka 47 - 48 och därefter 2008 under vecka 10 – 11. Total brukartid har mätts i förhållande till arbetad tid i lönesystemet Palett efter avdrag för tjänstledigt, sjukdom, semester och utbildning.

Åtgärdsregistreringen omfattade följande brukarrelaterade insatser:

- ny bedömning
- bedömning vid förändrat behov
- uppföljning
- behandling
- hjälpmedel
- handledning
- dokumentation
- planering/vårdplanering.

Åtgärdsregistrering gjord av vård- och omsorgspersonalen under samma veckor 2006 har inte upprepats på grund av osäkerhet vid registreringen och ett mycket tvivelaktigt resultat vid sammanställning. Registreringen som omfattade insatser som vård- och omsorgspersonalen uppfattat att de utförde på uppmaning av arbetsterapeut och sjukgymnast var mycket ojämnt fördelad mellan de olika enheterna i pilotområdet. Vissa enheter uppgav en mängd aktiviteter andra registrerade nästan inte något alls. Även sammanställningen över rehabiliteringsbehov och utförda aktiviteter från insamlade signeringslistor gav ett svårtolkat resultat.

Samtliga individuella planer och personliga utvecklingsprogram som upprättats inom pilotområdet under två jämförbara perioder 2007 och 2008 har samlats in och granskats. Granskningen har utförts utifrån en framtagen granskningsnyckel. Två grupper har oberoende av varandra granskat samma material. Materialet har poängbedömts och jämförts ur ett rehabiliteringsperspektiv enligt följande:

0 = Något rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt är inte alls synliggjort i den personliga planen.

1 = Ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt är delvis synliggjort i den personliga planen.

2 = Ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt är väl synliggjort i den personliga planen

7. Resultat

Resultatredovisning med utgångspunkt från syftet och de olika målsättningar som formulerats för uppdraget.

7.1 Projekt mål

Resultatredovisning utifrån uppsatta projekt mål.

- 1. Ta fram och fastställa bedömnings- och skattningsinstrument som ska användas av kommunens sjukgymnaster och arbetsterapeuter vid rehabiliteringsnivåbedömning.**

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har kommit överens om en instrumentbank som vid behov ska användas i samband med rehabiliteringsnivåbedömning. Bedömnings- och skattningsinstrumentet finns samlade i yrkesspecifika pärmar på varje rehabiliteringsenhet. En utsedd arbetsgrupp ansvarar för uppdatering och revidering av instrumentbanken.

- 2. Utforma utbildningsprogram, utbildningsmaterial och genomföra utbildning i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt.**

Med stöd av statliga stimulansmedel har en utbildningsinsats i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt genomförts. Utbildningsinsatsen vänder sig till alla yrkeskategorier. Hittills har ca 550 personer deltagit, varav 4 % enhetschefer, 8 % handläggare, 4 % sjuksköterskor, 7 % arbetsterapeuter och sjukgymnaster samt 77 % vård- och omsorgspersonal. För att alla berörda ska få utbildningsinsatsen kvarstår ytterligare ca 2000 personer.

Utbildningen genomförs i blandade grupper med deltagare från olika enheter inom både äldre- och handikappomsorg. Ett kurshäfte finns framtaget för utbildningen och efter varje tillfälle fyller deltagarna i en utvärderingsblankett.

En utbildningsplan som omfattar resten av den befintliga verksamheten och framtida planerad verksamhet har tagits fram. Om samma utbildningstakt kan bevaras beräknas grundutbildningen till all personal vara klar tidigast 2011. En separat slutrapport från projektledarna beräknas bli klar i början av 2009.

3. Fastställa var i Sofia Omfale som rehabiliteringsnivån ska registreras för att vara tillgänglig för dem som behöver uppgiften. Utforma en manual för registrering och dokumentation samt genomföra utbildningsinsats.

Tillsammans med IT-enheten har en manual och utbildning kring registrering och dokumentation utformats. Samtliga sjukgymnaster, arbetsterapeuter och berörda enhetschefer har fått utbildning. För att hitta lösningar på registrering av rehabiliteringsnivå och tidsåtgång per brukare har en modifiering av hemtjänstens insatsregistrering används. I verksamhetssystemet Sofia Omfales insatsbild registreras en grundinsats (rehabiliteringsnivån) och insatser för tidsredovisning på varje brukare inom pilotområdet.

Sammanställning från arbetsterapeuters och sjukgymnasters bedömning av grundnivå, uppgifter uttagna från verksamhetssystemet Sofia Omfale 080814

Enhet	Antal brukare*	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Saknar nivå
Järven	48	39	6	0	3
Hagaborg	65	44	11	3	7
Östergården	24	15	3	0	6
Kvillinge ÄC	40	31	0	1	8
Valhallavägen	40	34	0	1	5
Vårfruvägen	5	0	0	0	5
Matilda Ljungstedts gata	12	6	2	2	2
Lidaleden	7	4	0	0	3
Pryssgårdsvägen	5	2	2	1	0
Linköpingsvägen	10	3	6	0	1
Totalt	256	178	30	8	40

* det är antalet brukare i beläggningen som räknats oavsett om det är på permanent- eller korttidsplats. Enheterna kan ha fler platser som vid tillfället inte var belagda.

Siffror i procent när antalet brukare som saknar nivå räknas bort

	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
Äldreomsorg	86 %	11 %	3 %
Handikappomsorg	53 %	36 %	11 %
Totalt	82 %	14 %	4 %

Andelen som saknade nivå vid statistikuttaget var 40 brukare, totalt 16 % som var jämt fördelat mellan äldre- och handikappomsorg.

I nuläget saknas sammanställning från registreringen av tidsåtgång per brukare. Arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas registrering av direkt brukartid och enhetschefernas registrering av vård- och omsorgspersonalens insatser i nivå 2 kommer att fortsätta inom pilotområdet.

4. Utveckla sjukgymnasters och arbetsterapeuters dokumentation särskilt när det gäller upprättande av rehabiliteringsplaner.

Inom projektet har medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, fastställt att alla brukare som bedömts tillhöra rehabiliteringsnivå 2 och 3 ska ha upprättade rehabiliteringsplaner för sina olika behov. All överföring av arbetsuppgifter till vård- och omsorgspersonal i rehabiliteringsnivå 2 (via signeringslista) ska utgå från en upprättad rehabiliteringsplan.

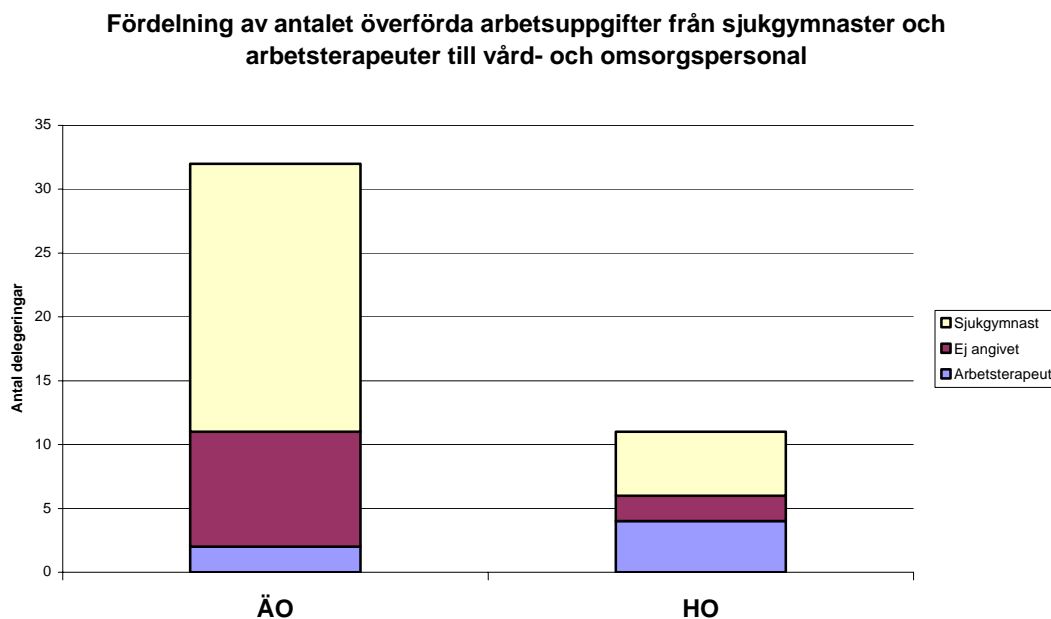
5. Systematisera överföring av arbetsuppgifter från sjukgymnaster och arbetsterapeuter till vård- och omsorgspersonal.

Behovet av att systematisera överföringen av arbetsuppgifter framkom tydligt i samband med åtgärdsregistreringen som utfördes av pilotområdets vård- och omsorgspersonal 2006. För att systematisera överföringen av arbetsuppgifter från sjukgymnast och arbetsterapeut till vård- och omsorgspersonal har en signeringslista utformats. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska se till att alla brukare som bedömts tillhöra rehabiliteringsnivå 2 får en signeringslista som tydliggör rehabiliteringsbehovet, vilken aktivitet som ska utföras, vem som ordinerat och vilken enhet som ska utföra. Upprättade rehabiliteringsplaner ska ligga till grund för signeringslistan och ska alltid bifogas densamma. Vård- och omsorgspersonalen som ansvarar för att genomföra ordinerad träning fyller i signeringslistan med datum, tidsåtgång och resultat av utförd träning. Uppstår det problem och frågor kontaktas ansvarig sjukgymnast och arbetsterapeut, som även får tillbaka alla signeringslistor för dokumentation. Signeringslistor finns att hämta i Sofia Omfale och en handbok som tydliggör hela rehabiliteringsprocessen finns på kommunens intranät.

Sammanställningen av 43 insamlade signeringslistor från februari 2008 visade att det behövs mer information och kunskap. Uppgifterna om rehabiliteringsbehov och aktuell aktivitet blandades ibland ihop och på grund av brister i hanteringen av materialet saknades uppgifter på vissa listor. Det vanligaste rehabiliteringsbehovet enligt signeringslistorna är att bibehålla eller utveckla gångförmågan och den vanligaste aktiviteten är följaktligen gångräning av olika slag. Det framgår också att vissa insatser som ingår i det rehabiliterande förhållnings- och arbetssättet ibland behöver ordinerats av arbetsterapeut enligt nivå 2, exempelvis dagligt byte av kläder. Många signeringslistor hade en hänvisning till bifogad rehabiliteringsplan. Som ett resultat av dessa erfarenheter finns en reviderad signeringslista med som bilaga till handboken i uppbyggnad av rehabiliteringsprocessen.

Det insamlade materialet är inte så stort och fördelningen är något ojämn, 32 signeringslistor från äldreomsorg och 11 från handikappomsorg, vilket påverkar möjligheten att dra alltför generella slutsatser. Det uppmärksammas ändå att sjukgymnaster delegerar arbetsuppgifter till vård- och omsorgspersonal i högre utsträckning än arbetsterapeuter. Detta gäller även inom handikappomsorgen där det bara finns en sjukgymnast anställd.

Bild 1



6. Hitta lösningar i befintliga IT-stöd för uttag av statistiska underlag.

Dokumentation som förs i Sofia Omfale av sjukgymnaster, arbetsterapeuter och vård- och omsorgspersonal kring rehabilitering kan inte tas ut som statistik.

När det finns tillräckligt med faktaunderlag från arbetsterapeuternas, sjukgymnasternas och enhetschefernas tidsregistrering behöver schabloner eller nyckeltal för brukartid i olika rehabiliteringsnivåer utformas. Tidsregistreringen kommer att fortsätta inom pilotområdet men startas inte upp i det nya området på grund av krånglig administration.

7. Arbeta fram en utvärderingsmall för beräkning av resursåtgång.

Utvärderingsmallen för beräkning av resursåtgång består av en regelbundet återkommande åtgärdsregistrering av brukarrelaterade insatser som utförs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Mallen som har använts två gånger mäter fördelningen mellan 8 brukarrelaterade insatser, antalet brukare och total brukartid i förhållande till arbetad tid i lönesystemet Palett. Den arbetade tiden är efter avdrag för tjänstledigt, sjukdom, semester och utbildning.

En del arbetsterapeuter och sjukgymnaster har enheter både i och utanför pilotområdet. Vid åtgärdsregistreringen har samtliga arbetsterapeuter och sjukgymnaster mätt alla insatser men också angivit vilka enheter de ansvarar för.

Bild 2

	TOTALT ALLA		TOTALT I PILOTOMRÅDE		TOTALT EJ I PILOTOMRÅDE	
	TOTALT	TOTALT	TOTALT	TOTALT	TOTALT	TOTALT
Yrkeskategori - åtgärder i min	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Bedömning ny	0,8%	1,8%	0,8%	2,1%	0,9%	1,5%
Bedömning - förändrat behov	1,4%	3,0%	2,1%	3,7%	0,7%	2,3%
Uppföljning	1,5%	2,4%	1,4%	2,2%	1,5%	2,7%
Behandling	4,6%	3,9%	4,6%	3,4%	4,6%	4,4%
Hjälpmedel	5,3%	7,8%	6,2%	8,0%	4,4%	7,7%
Handledning	1,8%	4,0%	1,8%	5,2%	1,8%	2,8%
Dokumentation	5,2%	11,0%	5,5%	11,2%	5,2%	10,7%
Planering/vårdplanering	5,4%	5,7%	4,1%	5,3%	6,6%	6,0%
Total brukartid	26,0%	39,6%	26,5%	41,1%	25,8%	38,1%
Antal Brukare	1 875	3 603	871	1 554	1 004	2 049
Arbetad tid i timmar i Palett	2088,00	1851,89	1052,00	986,91	1036,00	864,98

Tidsåtgången för samtliga brukarrelaterade insatser har ökat utom insatsen behandling som totalt minskat från 4,6 % till 3,9 %. Minskningen har skett både i och utanför pilotområdet men den är störst inom pilotområdet.

De insatser som tar mest tid i anspråk både före och efter det förändrade arbetssättet är dokumentation, planering/vårdplanering och hjälpmedel

Insatser som tidsmässigt ökat med 100 % eller mer är; bedömning (både ny och vid förändrade behov) handledning och dokumentation.

	2006	2008
Bedömning ny	0,8 %	1,8 %
Bedömning förändrade behov	1,4 %	3,0 %
Handledning	1,8 %	4,0 %
Dokumentation	5,2 %	11 %

Antalet brukare som berörts av arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas insatser har nästan fördubblats men den totala brukartiden i förhållande till arbetad tid är fortfarande ganska låg, totalt 39,6 % jämfört med 26 % innan projektet startade.

Åtgärdsregistreringen visar att liknande förändringar skett både i och utanför pilotområdet.

Bild 3

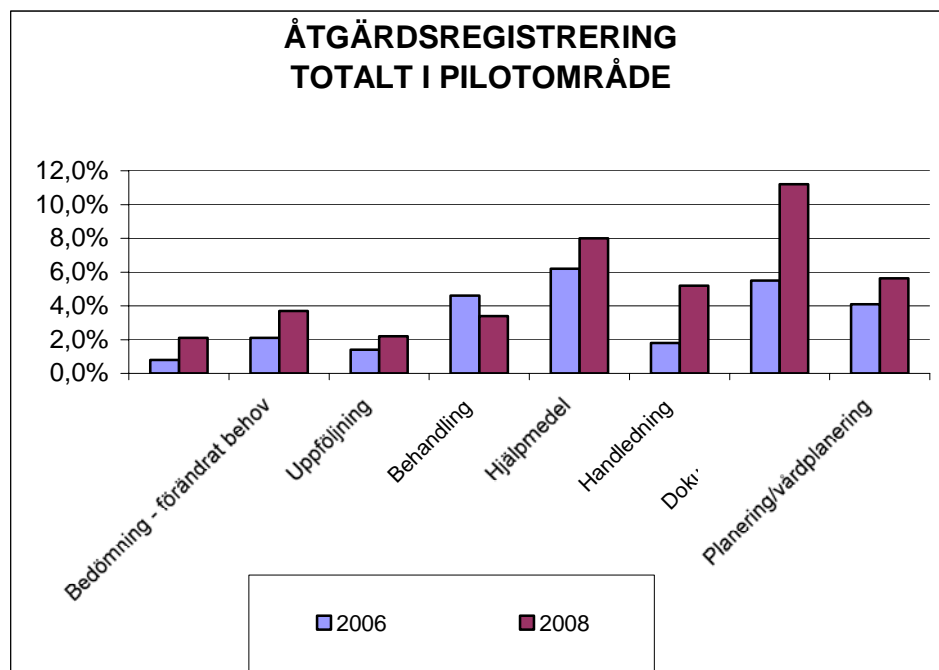
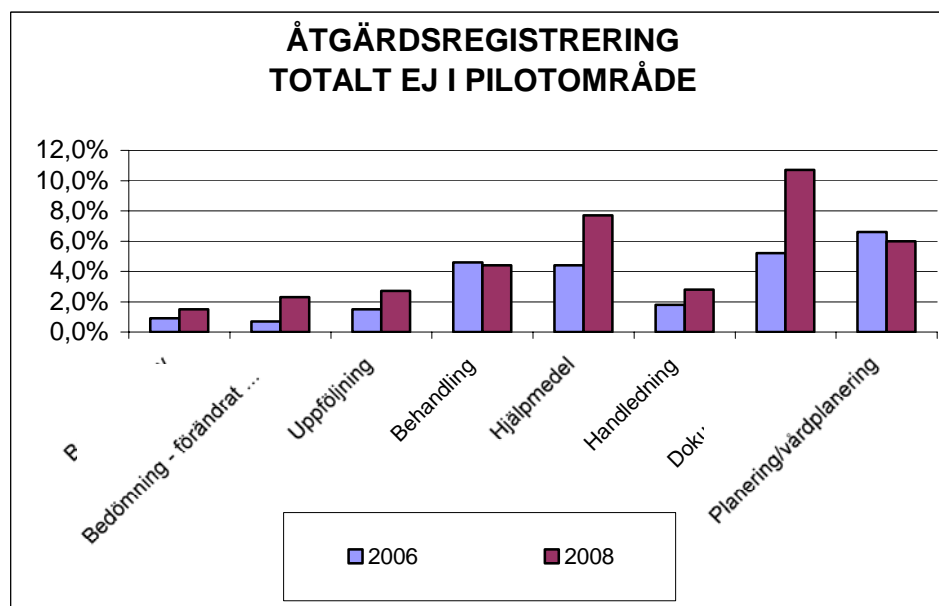


Bild 4



8. Hitta strategier för ett strukturerat samarbete mellan äldre- och handikappomsorgens rehabiliteringsverksamheter för möjlighet till lärande över gränserna.

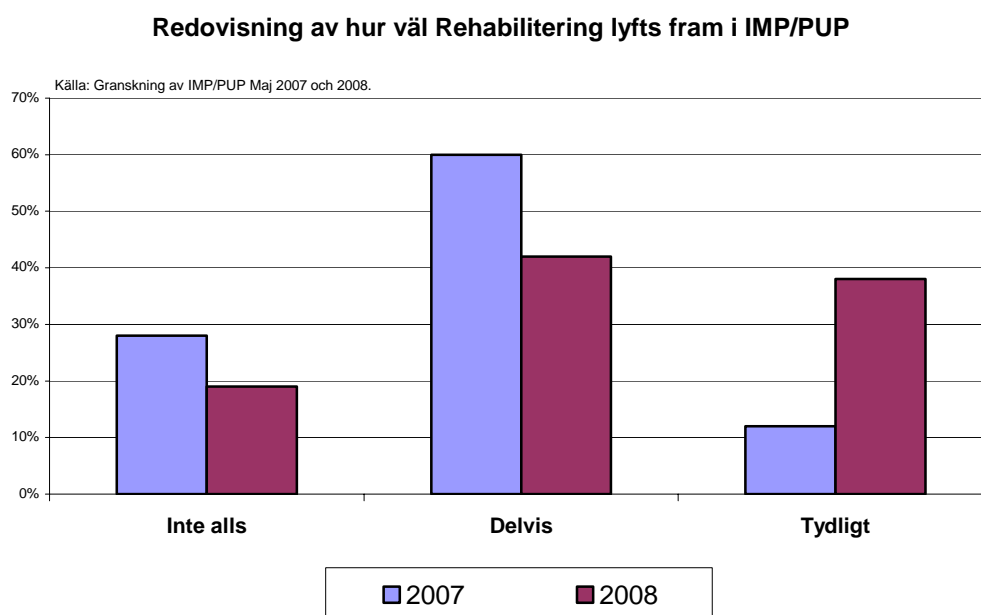
Arbetet i processgruppen och de olika delprocesserna har inneburit mycket samarbete och lärande över gränserna där både likheter och skillnader mellan äldre- och handikappomsorg varit föremål för livliga och givande diskussioner.

Utvecklingsarbetet i sig med nytt arbetssätt, ökade dokumentations- och registreringskrav samt ett samtidigt byte av hjälpmedelsleverantör har inneburit att tid för att skapa ytterligare struktur för samarbete inte funnits.

9. Arbeta för att rehabilitering blir en naturlig del i brukarens vardag

Den genomförda granskningen av individuella planer och personliga utvecklingsprogram som upprättats inom pilotområdet under två jämförbara perioder 2007 och 2008 visar en positiv tendens. Andelen individuella planer och personliga utvecklingsprogram där det rehabiliterande förhållnings- och arbetssättet tydligt framgår har ökat från 12 % till 38 %.

Bild 5



10. Skapa faktaunderlag för utveckling och organisering av kommunala rehabiliteringsresurser.

Framtagna instrument som kan användas för faktainsamling:

- åtgärdsregistrering av brukarrelaterade insatser som ges av sjukgymnaster och arbetsterapeuter, rehabiliteringsenheternas enhetschefer ansvarar för att mätningen utförs enligt framtagen mall 1 - 2 gånger/år.
- statistik över antalet brukare som finns registrerade inom de olika rehabiliteringsnivåerna, MAR tillsammans med rehabiliteringsenheternas chefer ansvarar för statistikuttag med viss regelbundenhet.
- Signeringslistor, MAR ansvarar för att samla in vid behov.
- modell med granskningsnyckel för granskning av individuell målplan och personligt utvecklingsprogram, kan användas av områdena för att granska varann.
- framtagande av schabloner eller nyckeltal för omfattningen av brukartid inom de olika rehabiliteringsnivåerna pågår

11. Öka kvaliteten i kommunens rehabiliteringsprocess och skapa ett bra rehabiliteringssamarbete mellan olika yrkesprofessioner.

Rehabiliteringstänkandet och förhållnings- och arbetssättet förutsätter att rehabiliteringsfrågorna 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. Samarbetet mellan enhetschef, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och vårdpersonal har stor betydelse för rehabiliteringsfrågornas dignitet i verksamheten. Det är viktigt att det finns tydliga mål att arbeta efter, att dessa följs upp och analyseras för att se om resultatet blev det som avsågs. Sjuksköterskans roll i rehabiliteringsprocessen behöver tydliggöras för att skapa ett bra rehabiliteringssamarbete och för att undvika gränsdragningsproblematik och dubbelarbete.

Under projektets gång har det uppkommit ett behov av att formalisera mötestillfällena för enhetschef, vård- och omsorgspersonal (kontaktman), sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Syftet är att regelbundet träffas för att kommunicera och uppnå en samsyn kring brukarens alla behov. Det har utmynnat i en modell för regelbundna teamkonferenser. För att kunna lyfta en brukares behov på gemensamma träffar krävs ett godkännande från brukaren/dess företrädare.

För att öka kvalitén i kommunens rehabiliteringsprocess och skapa ett bättre rehabiliteringssamarbete mellan olika yrkesprofessioner har det inom ramen för utvecklingsarbetet tagits fram en ”Handbok i uppbyggnad av Rehabiliteringsprocessen” som beskriver och tydliggör olika delar i processen. Handboken finns på kommunens intranät http://www.intranat.norrkoping.se/kontor/vardomsorg/halso_och_sjukvard/rehabiliteringsnivaer/

8. Analys och slutsatser

Utvecklingsarbetet ska leda till att brukaren alltid erbjuds en professionell bedömning som utgångspunkt för sin fortsatta rehabilitering. Det nya arbetssättet har inneburit att tiden som sjukgymnaster och arbetsterapeuter använder för att göra professionella bedömningar vid nya eller förändrade behov hos brukaren har ökat med mer än 100 procent. Antalet brukare som berörts av arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas insatser har nästan fördubblats. Ökad kunskap och förbättrat samarbete leder sannolikt också till att vård- och omsorgspersonal tar mer kontakt med sjukgymnast och arbetsterapeut vid nya eller förändrade behov hos brukaren.

Att tidsåtgången för bedömning ökat även utanför pilotområdet beror troligen på att alla sjukgymnaster och arbetsterapeuter deltagit i utbildningsinsatsen och på att samma person arbetar både i och utanför pilotområdet. Delar av det nya arbetssättet förs på så vis över även till andra enheter. Andra tänkbara förklaringar är att det nya strukturerade sättet att bedöma utifrån nivåer är mer tidskrävande. Trots den stora

ökningen tar bedömning fortfarande en ganska begränsad del av arbetsterapeuters och sjukgymnasters totala tidsåtgång för samtliga brukarrelaterade insatser.

Även deras uppföljning av brukarrelaterade insatser når en signifikant ökning med 50 procent både i och utanför pilotområdet. En realistisk ökning som kopplas till att vid fler bedömningar upptäckts mer behov som i sin tur behöver följas upp.

Behandling av sjukgymnast och arbetsterapeut är den enda av de 8 brukarrelaterade insatserna som minskat. Processgruppen tror att vetskapen om att alla brukare blir bedömda och det mer strukturerade sättet att bedöma på kan ha lett till trygghet att avstå från behandling. När det rehabiliterande förhållnings- och arbetssättet i nivå 1 fungerar bra och när vissa behandlingar kan överföras till vård- och omsorgspersonal i nivå 2 kan det leda till att behandlingar av sjukgymnast och arbetsterapeut i nivå 3 minskar. En annan tänkbar orsak kan vara att man inom pilotområdet inte hunnit med att behandla i samma utsträckning för att andra insatser tagit mera tid i anspråk. Minskningen av tiden för behandling är mindre utanför pilotområdet.

Förklaringen till den ökade tidsåtgången för hjälpmedelsinsatser är att det bytts hjälpmedelsleverantör under pilotprojektet och att strukturerade bedömningar och ökad kunskap hos vård- och omsorgspersonalen leder till att mer hjälpmedelsbehov uppmärksammas.

Den andra stora tidsökningen på över 100 procent avser arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas insats i form av handledning. Ökningen är generell men den har framförallt skett inom pilotområdet. Det kan tala för att det nya arbetssättet som önskat leder till ett ökat samarbete mellan sjukgymnaster, arbetsterapeuter och vård- och omsorgspersonal. Vid handledning ges tips och råd som sedan används i det rehabiliterande förhållnings- och arbetssättet. När handledning efterfrågas och sker i större utsträckning och teamkonferenser utförs med större regelbundenhet blir hela rehabiliteringsprocessen säkrare.

Dokumentation är det tredje området förutom behandling och handledning som ökat med mer än 100 procent. Processgruppens uppfattning är att det nya strukturerade arbetssättet att dokumentera tar mera tid. Brister i det tidigare sättet att dokumentera har uppmärksamats vilket lett till att det nu utformas rehabiliteringsplaner i större utsträckning. En tänkbar felkälla som också påverkar är att man kanske inte svarat på samma sätt vid första och andra mättillfället. Det är oklart om inläsning av journalanteckningar fanns med första gången. Syftet med en säker rehabiliteringsprocess som har tydliga riktlinjer och ansvarsfördelning ställer också krav på en utförlig dokumentation.

Total brukartid i förhållande till arbetad tid har också ökat, från 26 % till 39,6 %. Diskussion har förts med processgruppen om att det borde finnas utrymme för att öka den andelen ytterligare. För att vara säker på att sjukgymnaster och arbetsterapeuter används på rätt sätt och gör rätt saker, blir frågan vilka arbetsuppgifter som utförs på övrig arbetstid viktig för rehabiliteringsenhetscheferna att ta reda på.

Resultatet från arbetsterapeuternas, sjukgymnasternas och enhetschefernas tidsregistrering av direkt brukartid i Sofia Omfale saknas fortfarande. Sjukgymnasternas och arbetsterapeuternas registrering som sker i flera steg är både

omfattande och krånglig. Enhetschefernas tidsregistrering från signeringslistorna i nivå 2 är inte lika omfattande men sammantaget saknas fortfarande tillräckligt underlag för att nyckeltal eller schabloner ska kunna utformas. Underlaget behövs för att beräkna hur mycket direkt brukartid som åtgår i de olika rehabiliteringsnivåerna.

Frågan om hur rehabiliteringsresurserna ska användas, organiseras och utvecklas framåt bör ingå i uppdraget till den arbetsgrupp som tillsatts av vård- och omsorgskontorets ledningsgrupp för att ta fram förslag på framtida hälso- och sjukvårdsorganisation.

En osäkerhetsfaktor för det fortsatta införandet av rehabiliteringsnivåerna är framtida stöd av statliga stimulansmedel. Det påverkar framförallt möjligheterna för och omfattningen på fortsatt utbildningssatsning eftersom vikariekostnaden vid stor satsning blir mycket hög. Enligt regeringens budgetproposition (2008/2009:1) som presenterades i september ser det positivt ut för 2009 men därefter saknas besked.

Resultatredovisningens fokus på insatser från arbetsterapeuter och sjukgymnaster beror på att vård- och omsorgspersonalens insatser i nivå 1 inte har mätts. Utbildningsinsatsen i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt som till stor del vänder sig till vård- och omsorgspersonal är oerhört viktig. Den är en förutsättning om de ska ges möjlighet att ta det stora rehabiliteringsansvar som läggs på dem. Deras arbete som sker inom ramen för vardagsarbetet är den absolut viktigaste länken i rehabiliteringskedjan. Det bekräftas av statistiksammanställningen från nivåregistreringen i Sofia Omfale som visar att över 80 % av alla brukare bedömts tillhöra nivå 1. Mer om vård- och omsorgspersonalens uppfattning från pilotprojektet kommer fram i de utvärderingar som gjorts i samband med utbildningsinsatserna och som kommer att presenteras i en särskild rapport.

Slutsatsen från ett mycket positivt och lyckat pilotprojektet där alla inblandade visat stort engagemang är att mål och syfte med införande av rehabiliteringsnivåer uppfylls genom det nya arbetssättet. Det blir uppfyllt fullt ut när rehabiliteringsnivåerna har införts i alla verksamheter med kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar.

Under hösten 2008 har ett nytt område av äldre- och handikappomsorgen involverats i arbetet. En referensgrupp med berörda chefer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och representanter för vårdpersonalen har bildats. Därutöver kommer medicinskt ansvarig tillsammans med utbildarna i ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt och cheferna för rehabiliteringsenheterna att vara konstanta deltagare i alla referensgrupper som bildas under införandet.

Hela processen med införande av rehabiliteringsnivåer beräknas vara klar våren 2011. Då har alla verksamheter de verktyg som behövs för en professionell och säker rehabiliteringsprocess där rehabilitering ingår som en naturlig del av brukarens vardag.

Bilaga 1

Bedömningsinstrument i Norrköpings kommun

Bedömningsinstrument för sjukgymnaster

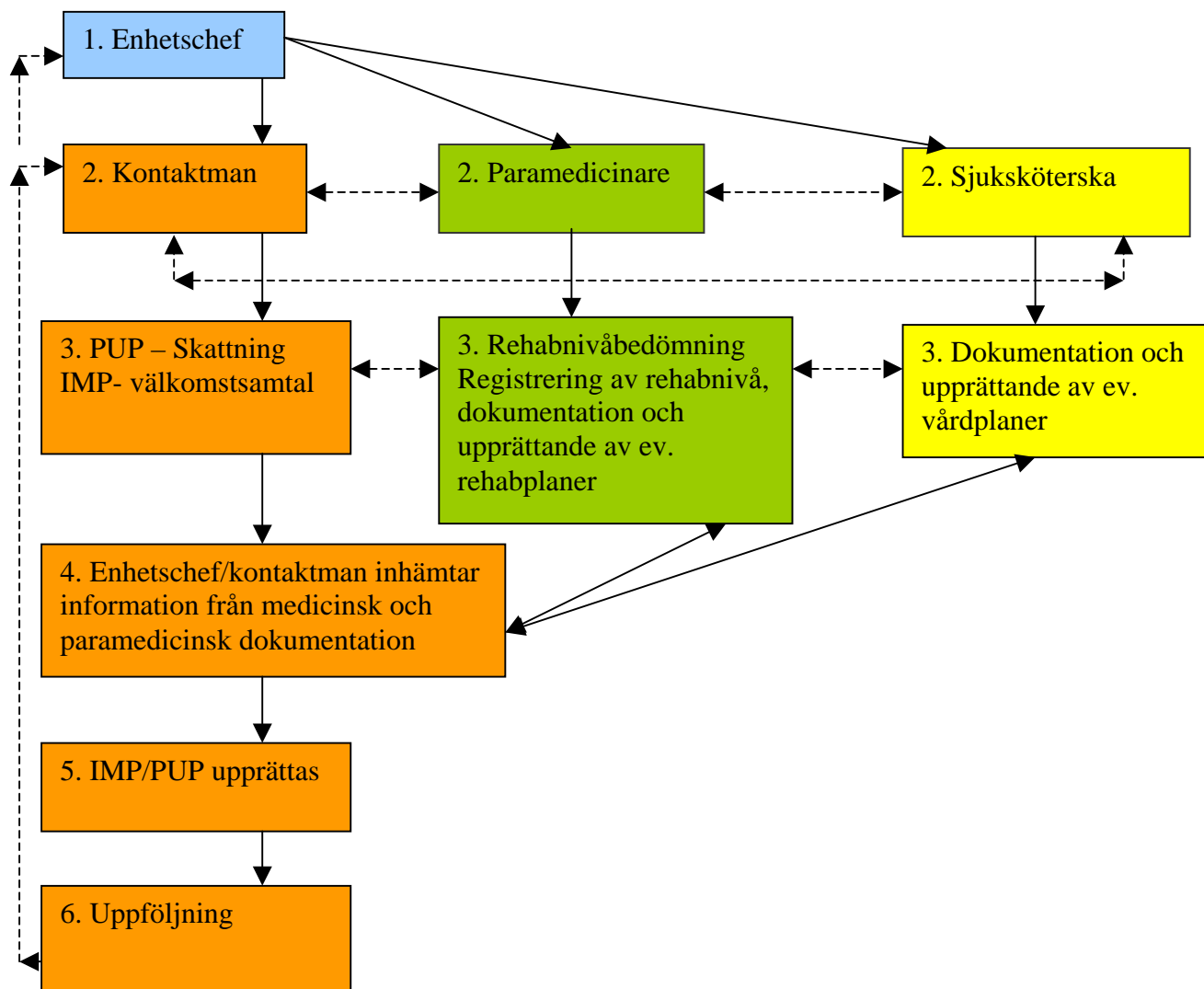
<i>Namn</i>	<i>Område</i>
Ashworth scale modifierad	Neurologi
Bergs balansskala	Balans
BDL balansskala	
Rombergs test	
Timed Up & Go (TUG)	
Stops Walking When Talking (SWWT)	
Generell Motorisk Funktionsbed (GMF)	Förflyttning
Självvald gånghastighet 10m	Gång
Hand i nacke (HIN), Hand i rygg (HIR)	Rörlighet
Goniometer	
Myrinmätare	
Visuell Analog Skala (VAS)	Smärta
Smärteckning	
Manuellt muskeltest enl MRC (fd Janda)	Styrka
Modifierat stoltest	

Bedömningsinstrument för arbetsterapeuter

<i>Namn</i>	<i>Område</i>
ADL-taxonomin	Personlig vård Hushåll Boende Socialt Fysisk funktion
Volitional Questionnaire; VQ-S	Psykisk funktion
Grepp om livet	Personlig vård Hushåll' Boende Socialt Intellektuell funktion
OCAIRS-S	Socialt Psykisk funktion
WEIS-S	Socialt
CBS-skalan	Intellektuell funktion
OSA	Personlig vård Hushåll Boende Socialt

Bilaga 2

Flödesschema för integrering av hälso- och sjukvård i individuell målplan och personligt utvecklingsprogram



1. Enhetschefen ansvarar för att alla brukare har en upprättad individuell målplan inom 3 veckor vid särskilt boende, eller efter 1 vecka vid korttidsboende; eller ett personligt utvecklingsprogram inom 3 månader. Enhetschefen ansvarar för att informera sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut om ny brukare.
2. Brukarens kontaktman, sjuksköterska och arbetsterapeut/sjukgymnast har kontakt med varandra inför nybedömning eller uppföljning. Rehabiliteringsnivåbedömning, hälso- och sjukvårdsdokumentation och eventuella vårdplaner ska göras innan individuell målplan/personligt utvecklingsprogram upprättas.
3. Enhetschefen ansvarar för att skattning/välkomstsamtal genomförs.

3. Arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk hälso- och sjukvårdsbedömning där rehabiliteringsnivåbedömning ingår, utförs av arbetsterapeut och sjukgymnast som även kommer överens om vem som registrerar nivån i journalen. Var och en dokumenterar sin bedömning i omvårdnadsjournalen och upprättar rehabiliteringsplaner efter att problem identifierats.
3. Sjuksköterskan gör hälso- och sjukvårdsbedömning, dokumenterar i omvårdnadsjournalen och upprättar vårdplan efter att problem identifierats.
4. Brukarens kontaktman tar del av fastställd rehabiliteringsnivå och hälso- och sjukvårdsdokumentation i omvårdnadsjournalen inför upprättande av individuell målplan/personligt utvecklingsprogram.
5. Upprättande av individuell målplan/personligt utvecklingsprogram genomförs, enhetschef/kontaktman ansvarar för att sammankalla berörda.
6. Uppföljning enligt uppgjorda riktlinjer för individuell målplan/personligt utvecklingsprogram samt kontinuerlig hälso- och sjukvårdsbedömning vid behov.

Enhetschefen har ansvar för att flödesschemat bryts ner till en lokal skriftlig rutin för hur det fungerar på enheten.

**UTBILDNINGSPLANERING REHABNIVÅER
2008-09-02**

<u>Handikappomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Äldreomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Externa enheter</u>	<u>ant pers</u>	<u>Total ant pers</u>
------------------------	-----------------	--------------------	-----------------	------------------------	-----------------	-----------------------

Hösten 2008 (v 34-44)

Guldringen		Apelgården		Albrektsvägen (PA)		
Kantarellgatan	17	Rikscity aktivitetscenter		Vilbergsgatan 229 (PA)	16	
Linköpingsvägen 14	12	Nattpersonal				
Thulegatan		Ekhöjden				
Fiskebyvägen		Solhöjden				
Vägstumpen	30	Cedersborg				
Dagsbergsvägen		Skogsbrynet	195			
Dragsgatan 9						
Krusenhofsvägen	25					
Tapperska (dv)	24					
						319

<u>Handikappomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Äldreomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Externa enheter</u>	<u>ant pers</u>	<u>Total ant pers</u>
------------------------	-----------------	--------------------	-----------------	------------------------	-----------------	-----------------------

Vinter 08-09 (v 46-50, 03-07)

Hagebygatan	10			Lennings sjukhem	51	
Vångadal	12			Torsvillan	12	
Dalviksgatan	9			Villa Sjöängen	16	
Dalviksgatan	12			Dalviken, Fenix	17	
Dalviksgatan	10					
Trädgårdsgatan	7					
Rehabboendet	14					
Guldringen	6					
Ljuragatan	8					
Herrebrogatan	13					
						197

<u>Handikappomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Äldreomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Externa enheter</u>	<u>ant pers</u>	<u>Total ant pers</u>
------------------------	-----------------	--------------------	-----------------	------------------------	-----------------	-----------------------

Våren 2009 (v 10-21)

Yrvädersgatan 8						
Yrvädersgatan 14				Södergården	32	
Ladugatan				Konstantinopel	45	
Åselstavägen	36					
Storhögsgatan						
G:a Övägen						
Björkvägen	35					
Lanhagsgatan	11					
Persgården	5					
Lyan	4					
Cetapp	2					
Kolmården	10					
Monikas enheter, DV	20					
						200

<u>Handikappomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Äldreomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Externa enheter</u>	<u>ant pers</u>	<u>Total ant pers</u>
------------------------	-----------------	--------------------	-----------------	------------------------	-----------------	-----------------------

Hösten 2009 (v 34-44)

Nyckeln Resurs	14	Vickelbygården				
		Höjden				
		Hallegården		Vrinnevihus	50	
		Eskilsgården (?)	141			
		HoS teamets SSK				
						205

<u>Handikappomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Äldreomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Externa enheter</u>	<u>ant pers</u>	<u>Total ant pers</u>
------------------------	-----------------	--------------------	-----------------	------------------------	-----------------	-----------------------

Vinter 09-10 (v 46-50, 03-07)

Lövstagatan	10	Generalen				
Hospitalsgatan		S:t Persgatan 134				
Skepparegatan		Granens AC + DV				
Slottsgatan	20	Granens korttidsbo	160			
Guns enheter, DV	12					
						202

<u>Handikappomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Äldreomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Externa enheter</u>	<u>ant pers</u>	<u>Total ant pers</u>
------------------------	-----------------	--------------------	-----------------	------------------------	-----------------	-----------------------

Våren 2010 (v 10-21)

Spektra + Berga	8			Orkidén	30	
Höjden	18			Leonardsberg	9	
				Borgmästaregården	80	
				Kalkstensgatan	50	
						195

<u>Handikappomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Äldreomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Externa enheter</u>	<u>ant pers</u>	<u>Total ant pers</u>
------------------------	-----------------	--------------------	-----------------	------------------------	-----------------	-----------------------

Hösten 2010 (v 34-44)

Tvärstigen		Wijkagården				
Ektorpsgatan		Tegelgården				
Albert Engströmsgata	22	Timmermannen				
Gymnastikgatan		Annagårdens DV				
Kungsgatan		Ringdansen				
Fältskärsgatan		Mariabacken*	119			
Dragsgatan 11 B	35					
Trädgårdsgatan						
Egna Hemsgatan						
Ekövägen	9					
						185

<u>Handikappomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Äldreomsorg</u>	<u>ant pers</u>	<u>Externa enheter</u>	<u>ant pers</u>	<u>Total ant pers</u>
------------------------	-----------------	--------------------	-----------------	------------------------	-----------------	-----------------------

Vinter 10-11 (v 46-50, 03-07)

G:a Lasarettsgatan		Söderport ****	?			
Örtugsgatan						
Sandbergsgatan	26					
Generalsgatan						
Bredgatan						
Hallbergagatan	25					
Vilbergsgatan 110	30					
Pampusvägen 72**	?					
Ljuragatan 147-149***	?					
24 nya platser *****	?					81
nyanställda?		nyanställda/hemtjänst?		nyanställda/hemtjänst?		
						upp till 200

* Mariabacken utökar sina platser med 26 st till fom 2008-10-01

****Nytt äldreboende planeras till 2010-02-01 (Söderport) med 63 platser. Samt ospecificerat objekt med 60 platser fr om 2011-09-01 och ytterligare 60 platser 2012-02-01. Dessa personalgrupper måste få sin utbildning inom ramen för fortlevnad.

** Pampusvägen öppnar 081201 med 5 platser.

*** Ljuragatan öppnar 090801 med 12 platser.

*****Nya boenden inom handikappomsorg planeras, 2010 beräknas 24 nya platser. 2011 12 nya platser, 2012 12 nya platser. Dessa personalgrupper måste få sin utbildning inom ramen för fortlevnad.