

Rehabiliteringsprocess

Förvaltning: Vård- och omsorgsförvaltningen
Dokumenttyp: Direktiv inom Hälso- och sjukvård
Dokumentansvarig: Medicinskt ansvarig för rehabilitering
Dokumentnamn: Rehabiliteringsprocess
Utfärdad: 2023
Reviderad: 2025
Dnr VÄN 2024-137

Innehåll

Arbetsterapeuts och fysioterapeuts ansvar i Rehabiliteringsprocessen	3
I möte med patient	4
Dokumentation i Treserva	4
Patient i behov av specifik rehabilitering/förskrivning av hjälpmedel	5
Patient i behov av specifik rehabilitering i kombination med instruerad alternativt delegerad ordinerad behandling/träning utförd av omsorgspersonal	5
Administrativa åtgärder relaterade till patientarbete	5
Informationsöverföring vid teamarbete	5

Arbetsterapeuts och fysioterapeuts ansvar i Rehabiliteringsprocessen

När en ny patient är aktuell för kommunal rehabilitering, oavsett boendeform, ansvarar leg arbetsterapeut alternativt leg fysioterapeut för att inhämta uppgifter och information samt att skapa vårdåtagande och dokumentera i Treserva Hälsoärende.

För att ta del av information om patientens tidigare vård och vårdprocesser är det viktigt med en tydlig överrapportering och att en sammanfattning av vården finns dokumenterat under sökordet Epikris i Treserva i de fall övertag av patient sker från annan enhet inom kommunen. Vid överrapportering av patient från en enhet i regionen sker informationsöverföringen via planering i Cosmic Link, muntlig överrapportering och information i epikris från ansvarig läkare.

Informationsöverföringen ska ske skyndsamt för ett patientsäkert omhändertagande. Varje vårdgivare säkerställer att det finns lokala rutiner och att nedanstående utförs.

Patientarbetet ska ske på ett strukturerat sätt och utföras med stöd av arbetsterapi- respektive fysioterapiprocessen samt med vedertagna bedömningsinstrument och behandlingsmetoder. Se även direktiv rehabilitering i ordinärt boende samt direktiv rehabilitering på särskilt boende.

Rehabiliteringsplan

En individuell rehabiliteringsplan ska upprättas i början av en rehabiliteringsperiod när ett rehabiliteringsbehov identifierats. Den ska utformas av en eller flera professioner i det multiprofessionella teamet i samverkan med patient och vid behov närstående. Syftet med rehabiliteringsplanen är att för samtliga parter tydliggöra identifierade problem, mål, planerade åtgärder, tidsplan, ansvarsförhållanden samt uppföljning av måluppfyllelse. Rehabiliteringsplanen kan vara fristående eller utgöra en del i en annan plan, exempelvis en vårdplan. Innehållet i rehabiliteringsplanen ska fortlöpande revideras. Patienten ska erhålla ett utskrivet exemplar av rehabiliteringsplanen.

Identitetskontroll

Identitetskontroll ska utföras och dokumenteras. Om patienten inte kan legitimera sig alternativt att aktuell personal är osäker på patientens identitet ska det av anteckning i journalen framgå om den är styrkt på annat sätt än genom identitetshandling.

I möte med patient

- Anamnes samt inhämtande av annan relevant information
- Undersökning/status (vedertagna instrument, funktionella test etc.)
- Upprättande av aktuell rehabprocess som inkluderar stegen:
 - Utredda: Bedömning av aktivitets och funktionsförmåga utifrån anamnes och undersökning/status
 - Bedömning/Mål: Upprättande av mål och delmål (om möjligt tillsammans med patient)
 - Åtgärda: Planera och genomföra åtgärder (om möjligt tillsammans med patient) behandling, träning, utprovning och förskrivning av hjälpmedel etc.
 - Följa upp: Planera uppföljning och genomföra uppföljning
- Avsluta patient (i förekommande fall där leg arbetsterapeut/leg. fysioterapeut bedömt fortsatt behandling och uppföljning som uppenbart obehövlig)

Dokumentation i Treserva

- Skapa vårdåtagande i Treserva
- Informera patienten om att dokumentation sker i kommunens HSL-journal
- Dokumentera/uppdatera personuppgifter (närstående, referenspersoner, kontaktuppgifter etc.)
- Skapa upp rehabprocesser utifrån patientens behov samt baserat på uppgifter från överrapportering och eventuell dokumentation av tidigare vårdgivare under sökordet Epikris i Treserva Hälsoärende.
- Vid utprovning och förskrivning av hjälpmedel i ordinärt boende där behovet av hjälpmedel inte bedöms vara bestående avslutas process Hjälpmedelsförteckning och vårdåtagande stängs efter att uppföljning skett inom cirka 4 veckor. Det rör exempelvis förskrivning av hjälpmedel inför operationer eller vid frakturer där fortsatt hjälpmedelsbehov inte bedöms vara bestående.
- Vid behov upprätta underlag för intyg till bostadsanpassning
- Avsluta vårdåtagande (i förekommande fall där leg arbetsterapeut/leg fysioterapeut bedömt fortsatt behandling och uppföljning som uppenbart obehövlig). På särskilt boende ska vårdåtagandet ligga öppet så länge patienten bor kvar.

Patient i behov av specifik rehabilitering/förskrivning av hjälpmedel

- Leg arbetsterapeut/leg. fysioterapeut utför planerad behandling och åtgärder
- Upprätta rehabiliteringsplan (mall i Dokumentsammanställningen)
- I förekommande fall kombineras ovanstående med upprättat träningsprogram som patienten instrueras i att utföra.

Patient i behov av specifik rehabilitering i kombination med instruerad alternativt delegerad ordinerad behandling/träning utförd av omsorgspersonal

- Leg arbetsterapeut/leg. fysioterapeut utför planerad behandling och åtgärder
- Behandlings/träningsprogram upprättas utifrån identifierat mål och planerade åtgärder
- Upprätta rehabiliteringsplan (mall i Dokumentsammanställningen)
- Tydliggörande av eventuella kontraindikationer
- Upprätta signeringslista
- Instruera alternativt delegera ordinerad behandling/träning till aktuell personal
- Planera uppföljning av ordinerad behandling/träning
- Genomföra uppföljning

Administrativa åtgärder relaterade till patientarbete

- Hantering av hjälpmedel såsom beställning, montering, bokning av hjälpmedelsutprovning hos hjälpmedelsleverantör etc.
- Kontakter med hjälpmedelsleverantör
- Hantering och utfärdande av underlag för bostadsanpassning
- Utfärdande av underlag för intyg
- Handledning och utbildning av personal och närstående
- Medverkan i teamarbete
- Medverkan på teammöten, ronder etc.
- Samverkan med andra vårdgivare, huvudmän etc.

Informationsöverföring vid teamarbete

Om patienten bor i särskilt boende eller har hemtjänst/boendestöd ska omsorgspersonal informeras om nedanstående:

- Patientens aktivitets- och funktionsförmåga
- Upprättade mål och planerade insatser
- Dokumentation om eventuella kontraindikationer
- Kopia på eventuell rehabiliteringsplan förvaras patientnära.

- Ordinationshandlingar, signeringslista, övrig relevant information förvaras patientnära.
- Informera om pågående och eventuella planerade insatser