

Handbok för rehabilitering och habilitering inom kommunal hälso- och sjukvård

Diarienummer: SN-2022/00039
Paragraf: Delegation
Beslutsinstans: MAR
Beslutsdatum: 2023-07-07
Reviderad 2025-06-17

Informationsklassning:
Dokumentansvarig: MAR socialförvaltningen
Giltighetstid:

Föregående diarienummer:
Föregående beslutsdatum: 2022-07-05
Föregående beslutsinstans:
Föregående paragraf:

Innehåll

Handbok för rehabilitering och habilitering.....	4
Lagrum	4
Styrdokument	5
Styrdokument.....	5
Folkhälsa	5
Patientsäkerhet	6
Säkerhetskultur	7
Avvikelser	8
Avvikelsegruppen.....	8
Vårdskada.....	8
Evidensbaserat arbetssätt.....	9
Nära vård	9
Hygien	10
Dokumentation & säker hantering hälso- och sjukvårdsjournal.....	10
Remisser och vårdbegäran	11
Dokumenthanteringsplan.....	11
Sekretess.....	11
Inre sekretess	11
Yttre sekretess.....	11
Loggkontroller	11
Samtycke	12
Samtycke för samverkan	12
Dokumentation av samtycke	12
Samtycke för sammanhållen journal (NPÖ)	12
Skyddsåtgärder.....	12
Delaktighet.....	13
Tolk och anpassad kommunikation.....	13
Samverkan med andra aktörer	13
Teamträff.....	13
Samordnad vård & omsorgsplanering (SVOP) & Cosmic Link.....	14
Samordnad individuell plan (SIP)	14
Kommunikation och informationsöverföring	15
Kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling	15
Rehabnivåer	16

Rehabnivå 1: Egenvård.....	16
Rehabnivå 2: Vardagshabilitering.....	16
Rehabnivå 3 och 4: Delegering.....	16
Rehabnivå 5: HSL-insats utförd av legitimerad personal	17
Gränsdragning mellan SoL och HSL-insats	17
Rehab- och habstatus	17
Rehab- och habplan.....	17
Prioriteringsordning	18
Prioritering vid oplanerad frånvaro och särskild händelse	18
Säkra personförflyttningar	19
Akuta fallolyckor.....	20
Hjälpmiddel och medicintekniska produkter	20
Individuellt förskrivna hjälpmedel.....	20
Grundutrustning.....	20
Arbets tekniska hjälpmedel	20
Hantering av personlyftar	20
Kompetens och utbildning.....	21
Specifika rutiner	22
Så här arbetar vi mot våra olika verksamheter.....	23
Ordinärt boende	24
Trygg hemgång.....	26
Dagverksamhet demens.....	28
Särskilt boende för äldre (SÄBO).....	30
Korttidsboende	32
Särskilt boende inom LSS och socialpsykiatri (ULS).....	34
Daglig verksamhet inom ULS.....	36
Referenser	38

Handbok för rehabilitering och habilitering

Bakgrund

Rehabilitering och habilitering inom den kommunala hälso- och sjukvården ska genomsyras av ett patientsäkert och patientcentrerat arbetssätt med ett helhetsperspektiv för socialförvaltningens olika verksamheter. Bedömningar och åtgärder utgår ifrån arbetsterapi- och fysioterapiprocessen och bygga på evidens och kliniskt resonemang. Alla patienter, anhöriga och medarbetare ska få ett gott bemötande som anpassas utifrån situation och förutsättningar.

Syftet med handboken är att förtydliga de processer, arbetssätt och rutiner som är aktuella inom kommunal hälso- och sjukvård och specifikt inom rehabilitering och habilitering. Målet är att uppnå en gemensam begrepps användning samt en patientsäker och likvärdig rehabilitering/habilitering för patienter i Motala kommun.

I handboken ges en kort sammanfattning till de olika delar som medarbetare inom kommunrehab behöver ha kunskap om och förhålla sig till. Handboken är inte fullständig i sig själv utan kräver kompletterande läsning i bifogade länkar med fördjupande rutiner och dokument mm.

Lagrum

Rehabiliteringsinsatser i Motala kommun kan ske inom två olika lagrum:

SoL-insatser

Insatser enligt SoL (socialtjänstlagen 2025:000) beslutas av biståndshandläggare efter ansökan från individen. En SoL-insats riktad mot rehabilitering innebär insats i vardagen i form av hjälp med egenvård eller vardagsrehabilitering från omsorgspersonal.

Hälso- och sjukvårdsinsatser (HSL-insats)

Insatser som faller under HSL (hälso- och sjukvårdslagstiftning 2017:30) är dels ordinerade insatser som utförs direkt av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt delegerade insatser som utförs av rehabassistenter eller omsorgspersonal.

Läs mer: [Centrala lagar - Patientsäkerhet](#)

[Lagar och regler - Kunskapsguiden](#)

Styrdokument

För att kunna utföra ett gott arbete krävs kunskap om aktuella lagar och föreskrifter, vårdprogram samt lokala rutiner och samverkansavtal.

Styrdokument

Inom socialförvaltningen finns ett kvalitetsledningssystem [Socialförvaltningens kvalitetsledningssystem - Motala extranät](#) som beskriver hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas. Denna handbok är ett komplement till ledningssystemet och beskriver arbetet nedbrutet till specifika professioner och verksamheter.

Alla styrdokument i form av rutiner, anvisningar och riktlinjer finns på kommunens intranät [Styrdokument - Motala extranät](#). De senaste versionerna av rutiner finns alltid på intranätet, om medarbetare väljer att skriva ut ett dokument så ansvarar man själv för att säkerställa att man har den senaste versionen. Som komplement till rutiner och riktlinjer finns det ibland lathundar och checklistor, dessa hittas på L-katalogen.

L:\Hemsjukvård\Hemsjukvården Gemensamt\Checklistor, manualer och lathundar

Det kan även finnas länsgemensamma rutiner och styrdokument, dessa finns publicerade på vårdgivarwebben under ”Avtal och samverkan”

[Vårdgivare Östergötland \(regionostergotland.se\)](http://Vardgivare.Ostergotland.regionostergotland.se)

Folkhälsa

Folkhälsa är ett samlingsbegrepp för hela befolkningens hälsa. Ojämlighet i hälsa utgör ett problem för individer, för samhället och för en hållbar utveckling. För individen kan det handla om försämrade eller förlorade levnadsår, lägre inkomst och mindre möjligheter att påverka både sitt liv. För samhället kan det handla om kostnader kopplade till vård och omsorg liksom kostnader kopplade till produktionsbortfall på grund av sjukdom. Ojämlighet i hälsa kan utgå ifrån exempelvis socioekonomiska förutsättningar eller diskriminering.

Folkhälsoarbete bedrivs på många olika arenor och består av två, kompletterande delar: hälsofrämjande arbete (promotion) och förebyggande arbete (prevention). Inom socialförvaltningen så erbjuds hälsofrämjande och förebyggande insatser i form av öppna insatser, SoL-insatser och HSL-insatser. Utöver detta har varje individ också ett eget ansvar för sina handlingar, sina livsval och sin hälsa inom ramen för sitt handlingsutrymme.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård utvecklar och integrerar förebyggande och hälsofrämjande insatser i vården. Det kan även innebära befolkningsinriktade insatser och samverkan med lokalsamhället. Målet är att förstärka vårdens insatser för en god och jämlik hälsa.

Läs mer om folkhälsa [Vad är folkhälsa? — Folkhälsomyndigheten](#)

Säkerhetskultur

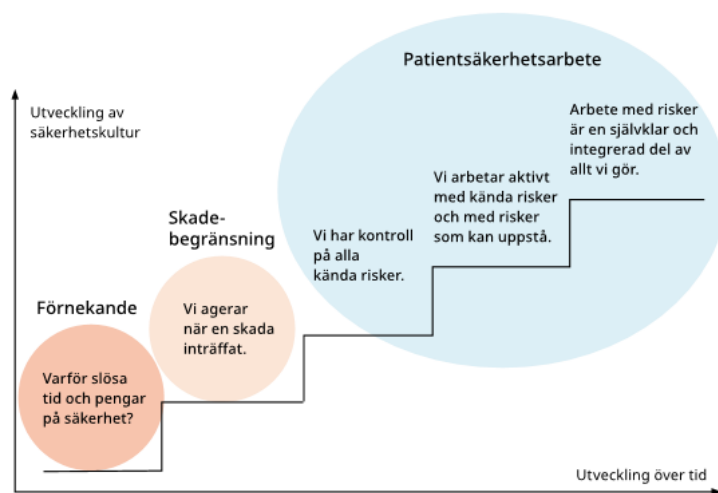
En viktig del i ett välfungerande patientsäkerhetsarbete är att skapa en god säkerhetskultur.

Hur vi bemöter och betar oss mot kollegor och patienter samt hur vi samarbetar, påverkar hur vi hanterar risker och lär oss av både positiva och negativa händelser. Säkerhetskultur handlar därmed om våra val och prioriteringar i det dagliga arbetet på alla nivåer. Det handlar också om vår gemensamma uppmärksamhet på risker i hälso- och sjukvården.

Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur men var och en i organisationen har en viktig roll, oavsett yrke.

En god säkerhetskultur kännetecknas av:

- ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra
- medarbetare med goda kunskaper i säkerhet och förbättringsarbete, på alla nivåer
- en organisation där medarbetarna är medvetna om risken för negativa händelser
- en organisation som lär av både negativa händelser och det som går bra



Fritt efter: D Parker, NPSA, Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Journal of Nursing Management, 2009, 17.

Läs mer [Säkerhetskultur - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/sakerhetskultur)

MAS och MAR

Det är MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) och MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) som ansvarar för att säkerställa att den vård som ges inom kommunal hälso- och sjukvård är patientsäker. Alla, både medarbetare och chefer, har dock ett ansvar för att arbeta patientsäkert och påtala brister i patientsäkerheten när sådan uppmärksammas. Patientsäkerhetsarbetet sammanfattas i tertialrapporter av chefer och MAR/MAS samt årligen i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen (KPSB).

Avvikelser

Alla medarbetare inom hälso- och sjukvård har en lagstadgad rapporteringsskyldighet som omfattar att skriva avvikelser på de händelser och risker som identifieras. Syftet med en systematisk avvikelshantering är att öka kunskapen om patientsäkerhetsbrister/risker i vår verksamhet samt vidta förebyggande åtgärder för att minimera att liknande händelser upprepas.

Avvikelser kan skrivas både när en faktisk incident skett eller när man uppmärksammar risk för densamma. Avvikelser ska exempelvis upprättas vid fallolycka, fördröjd behandling, felaktig användning av medicinteknisk produkt eller brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbete mellan olika vårdgivare.

Läs mer om avvikelshantering:

- [Rutin för rapportering och hantering av risker och avvikelser inom kommunens hälso- och sjukvård](#)
- [Risker och vårdskador - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](#)

Avvikelsegruppen

Inom kommunal hälso- och sjukvård finns en avvikelsegrupp bestående av representanter från KHSVs olika områden. Gruppens deltagare sammankallas kontinuerligt av MAR och MAS. Avvikelsegruppens deltagare genomför mindre risk- och händelseanalyser inom den egna verksamheten samt bistår MAR och MAS vid utredning av allvarliga vårdskador och händelseanalyser. De introducerar även nya kollegor till avvikelsearbete och är en rådgivande funktion till kollegor.

Vårdskada

Begreppet vårdskada finns definierat i patientsäkerhetslagen och beskrivs som ”lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”. En patient som drabbats av vårdskada ska alltid informeras om att den drabbats samt vilka rättigheter denne har gällande kontakt med patientnämnd, IVO, LÖF mm. Vid allvarliga vårdskador ska alltid MAS eller MAR kontaktas för ställningstagande kring fortsatt utredning och handläggning.

Broschyr [Till dig som drabbats av vårdskada](#)

Checklista för hantering av vårdskada [Checklista för hantering av vårdskada](#)

Evidensbaserat arbetssätt

Att arbeta evidensbaserat innebär att utifrån sin profession väga samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser. För att arbeta evidensbaserat krävs såväl omvärldsbevakning för aktuell forskning, följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprocessprogram samt användande av standardiserade bedömningsinstrument. Det är också viktigt att patienten och ibland även anhöriga görs delaktiga i rehabiliteringsprocessen för att skapa en individbaserad vård. Även övriga vårdteamets erfarenheter ska vägas in då dessa ibland har en fördjupa individkännedom som är viktigt att beakta.

För den som behöver ta del av forskningsartiklar eller litteratur finns möjlighet att få hjälp ifrån Medicinsk biblioteket på Lasarettet i Motala [Medicinska biblioteket | Vårdgivare Östergötland \(regionostergotland.se\)](#)

Läs mer om evidensbaserat arbetssätt:

[Att arbeta evidensbaserat - Socialstyrelsen](#)

[Evidensbaserad praktik - Kunskapsguiden](#)



Nära vård

Omställningen till Nära vård och omsorg pågår såväl nationellt, regionalt som lokalt i syfte att möta välfärdens utmaningar. Omställningen innebär ett ökat samskapande med invånare och flyttar fokus till att arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande.

Det finns en länsgemensam avsiktsförklaring mellan länets kommuner och Region Östergötland som beskriver den gemensamma omställningen och hur samverkan ska organiseras [Nära vård | Nära vård \(regionostergotland.se\)](#)

Läs mer:

- [Nära vård | SKR](#)
- [God och nära vård - Socialstyrelsen](#)

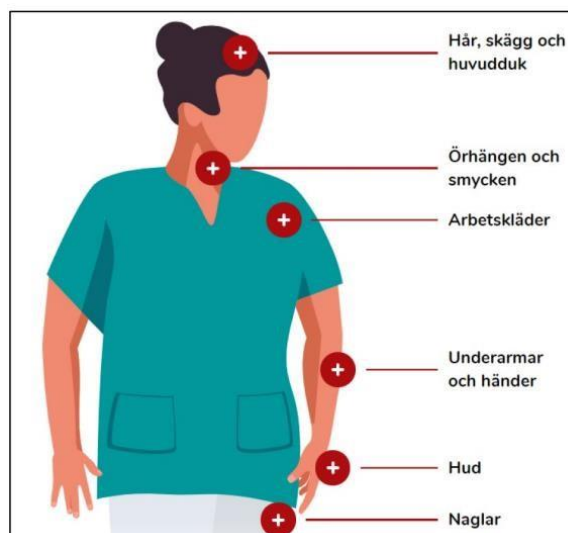


Hygien

Samtliga medarbetare inom kommunal hälso- och sjukvård förväntas arbeta med god basal hygien och efterleva klädregler för att förebygga vårdrelaterade infektioner och risker för smittspridning.

[Hygienriktlinjer och rutiner för kommunal vård och omsorg | Vårdgivare Östergötland \(regionostergotland.se\)](#)

[Rutin basal hygien klädregler.pdf](#)



Dokumentation & säker hantering hälso- och sjukvårdsjournal

Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och rehabassistenter ansvarar för att utifrån rådande lagstiftningar och kommunens rutiner dokumentera och föra journal på ett säkert sätt. En patientjournal tillhör alltid patienten men utgör också ett arbetsverktyg för personalen. En god dokumentation och hantering av journal bidrar till att stärka patientsäkerheten i såväl nuet som den kommande vården samt underlättar att följa händelseförlopp och bedömningar vid händelseanalyser och utredningar.

För mer info om dokumentation:

[Rutin för dokumentation och säker hantering av hälso- och sjukvårdsjournaler](#)

[Patientjournal – innehåll i en patientjournal. För hälso- och sjukvården. - Socialstyrelsen](#)

Remisser och vårdbegäran

Remisser är en viktig kommunikationsform inom hälso- och sjukvården. Genom remittering överförs information om patienten mellan vårdgivare och ibland även ansvaret för diagnostik, bedömning och behandling.

I Motala kommun används begreppet remiss för det som vi själva initierar och hanterar. I Region Östergötland används begreppet vårdbegäran istället för remiss, dessa är dock synonyma i sin betydelse. I L-katalogen finns lathundar för remissbekräftelse och remissvar.

Dokumenthanteringsplan

I dokumenthanteringsplan finns det angivet hur olika handlingar ska bevaras, gallras och arkiveras [Informationshanteringsplan Kommunal hälso- och sjukvård, socialnämnden](#)

Sekretess

Inom hälso- och sjukvården finns det starka regleringar om hur individens självbestämmande och integritet ska respekteras i form av sekretess (motsvarande begrepp för privata vårdgivare är tystnadsplikt).

Bestämmelserna är till för att skydda individens integritet och begränsar vilka som får ta del av patientuppgifter. En sekretessbelagd uppgift får inte röjas över sekretessgränsen vare sig muntligen, skriftligen eller på annat sätt utan samtycke. Vid utlämnande av sekretessklassade uppgifter ska alltid en menprövning göras.

Inre sekretess

Inom en vårdgivares verksamhet får personal bara ta del av uppgifter om en patient om hen deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgiften för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Dokumenterade personuppgifter ska förvaras så att ingen obehörig får tillgång till dem, detta gäller även arbetsmaterial.

Yttre sekretess

Yttre sekretess reglerar hur patientinformation får delas mellan olika vårdgivare. Ingen information får lämnas ut eller delas med annan vårdgivare utan patientens samtycke.

[Sekretess- och tystnadspliktsgränser - I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården \(socialstyrelsen.se\)](#)

Loggkontroller

All aktivitet i patientjournal i såväl det egna journalsystemet som NPÖ loggas. Detta för att kunna säkerställa att enbart personal med relevant vårdrelation till patienten tar del av uppgifter. För att kontrollera detta så genomförs kontinuerligt loggkontroller. [Rutin för loggkontroller i verksamhetssystem och nationell patientöversikt \(NPÖ\)](#)

Samtycke

Alla insatser som ges inom kommunal hälso- och sjukvård bygger på frivillighet och patienten ska alltid ge sitt samtycke till vårdinsatser, hantering av patientuppgifter och samverkan.

Samtycke för samverkan

En sekretessbelagd uppgift får inte röjas vare sig muntligen, skriftligen eller på annat sätt utan samtycke. Det innebär i korthet att det behövs ett samtycke för att kunna dela sekretessbelagd information och samverka kring vård- och omsorgen om en enskild patient. Detta gäller såväl inom som mellan förvaltningar och vårdgivare. På motsvarande sätt finns det bestämmelser om tystnadsplikt för verksamhet som bedrivs av privata vårdgivare eller privat hemtjänst.

Dokumentation av samtycke

Inom hälso- och sjukvård ska information om lämnade och återkallade samtycken finnas dokumenterade i patientjournalen, både muntliga och skriftliga samtycken ska dokumenteras. Arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar för att vid behov inhämta och dokumentera samtycke om det inte finns tidigare fastställt. [Samtycke. För hälso- och sjukvården och socialtjänsten. - Socialstyrelsen](#)

Samtycke för sammanhållen journal (NPÖ)

Sammanhållen journal är ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare. I den Nationella patientöversikten (NPÖ) kan vårdgivare ta del av journalanteckningar gjorda i andra journalsystem om patienten samtycker till det. Undantaget är dock så kallad nödåtkomst, som innebär att journalinformation får inhämtas om det föreligger fara för patientens liv.

Innan sammanhållen journalföring används ska patienten informeras om vad det innebär och att patienten kan motsätta sig detta och låta spärra journaluppgifter. Patienter kan också alltid låta häva en sådan spärr. För mer info om samtycke för sammanhållen journalföring:

[Infoblad samtycke för samverkan vård och omsorg samt sammanhållen journalföring](#)

[NPÖ - Nationell patientöversikt - Inera](#)

Skyddsåtgärder

Inom kommunal hälso- och sjukvård finnas inget lagstöd för att bedriva någon form av tvångsvård. Alla insatser som är av begränsande eller övervakande karaktär kräver därför ett samtycke från patienten för att kunna användas som en godkänd skyddsåtgärd. Skyddsåtgärder används alltid i syfte att öka trygghet, delaktighet och aktivitetsförmåga.

[Rutin för skyddsåtgärder inom kommunal vård och omsorg](#)

[Tvång och begränsningar - Kunskapsguiden](#)

Delaktighet

Patienten ska alltid erbjudas att vara delaktig i sin rehabilitering och habilitering utifrån sina förutsättningar. Detta innebär att patienten ska få vara delaktig i bedömning, mål och val aktuell åtgärd. Patientens delaktighet ska alltid dokumenteras i journalen.

Bedömning och åtgärder inom rehabilitering- och habiliteringsbehov är ett erbjudande och patienten har alltid möjlighet att tacka nej, avbryta bedömningen eller ångra sig för att få en bedömning vid ett senare tillfälle. Om en patient tackar nej till bedömning eller åtgärder ska detta dokumenteras i journalen.

[Patientens delaktighet - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](#)

[Delaktighet - Kunskapsguiden](#)

[Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig \(socialstyrelsen.se\)](#)

Tolk och anpassad kommunikation

Varje patient har rätt att få information som hen förstår och kan ta till sig. Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkkunskaper och andra individuella förutsättningar. Muntlig information kan kompletteras med exempelvis text- eller bildmaterial. Patienter med vissa funktionsnedsättningar såsom hörselskada eller synskada har rätt att få en tolk. Denna rättighet gäller även när en patient behöver tolk i ett talat språk för att kunna ta tillvara sina rättigheter.

Lathund tolkbokning (L-katalogen)

[Att samtala genom tolk \(socialstyrelsen.se\)](#)

[Om alternativ och kompletterande kommunikation, AKK - Kunskapsguiden](#)

Samverkan med andra aktörer

Genom samverkan mellan socialförvaltningens olika verksamheter ges patienten bästa möjliga förutsättningar för att bibehålla/förbättra sin aktivitets- och funktionsförmåga samt skapa goda villkor för ett så självständigt liv som möjligt. Samarbete med andra vårdgivare är också en förutsättning för patientsäkra vårdövergångar.

Teamträff

Inom samtliga utförarverksamheter inom SÄBO, hemtjänst, LSS och socialpsykiatri arrangeras kontinuerligt teamträffar. Teamträffarna syftar till att skapa en samverkan mellan de aktörer som finns kring patienten och att insatser ges med ett gemensamt syfte och målsättning. Fokus ligger på individcentrerad vård och omsorg och förebyggande insatser.

[Rutin för teamträffar inom vård och omsorg](#)

Samordnad vård & omsorgsplanering (SVOP) & Cosmic Link

Organisatoriska gränser ska inte påverka upplevelsen av trygghet och säkerhet i vården och därför har alla som har behov av samordnade insatser från region och kommun (inklusive privata utförare) lagstadgad rätt till samordnad vård- och omsorgsplanering. Den samordnade individuella planeringen ska klargöra vilka insatser personen behöver, vilka insatser respektive huvudman har ansvar för samt vem som ska samordna insatserna. Kommunikation om vårdövergångar sker i Cosmic Link.

[Samordnad vård- och omsorgsplanering \(SVOP\) | Vårdgivare Östergötland \(regionostergotland.se\)](#)

[Cosmic Link | Vårdgivare Östergötland \(regionostergotland.se\)](#)

Samordnad individuell plan (SIP)

SIP är ett viktigt verktyg för samverkan vid utskrivning av patient från slutna hälso- och sjukvård samt vid andra tillfällen där behov av samordning kan uppstå. En SIP bör upprättas när patienten har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården eller av andra skäl behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. SIP kan användas för patienter i alla åldrar och alla former av vård- och omsorgsbehov. Den som kallas till SIP är enligt lagstiftning kravställd att närvara. Den som identifierar ett behov av SIP kan och ska sammankalla till en SIP.

Läs mer om SIP:

- [Samordnad individuell plan \(SIP\) - Vårdhandboken](#)
- [Samordnad individuell plan, SIP | SKR](#)
- [Samordnad individuell plan \(SIP\) | Vårdgivare Östergötland \(regionostergotland.se\)](#)



Kommunikation och informationsöverföring

Ett utav dom största riskmomenten inom hälso- och sjukvård och i samverkan med andra är brister kommunikation och informationsöverföring. Det är därför viktigt att tänka på att leverera information som är anpassad till mottagaren samt säkerställa att mottagaren tagit till sig information på rätt sätt. All information som ges muntligt och är av vikt för patientarbetet ska även dokumenteras skriftligt för att säkerställa vad som beslutats och av vem.

Ett verktyg för att underlätta informationsöverföring är SBAR. Läs mer:

[Löf | SBAR \(lof.se\)](#)

[Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation - SBAR - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#)

SBAR – icke-akut situation		
S	Situation Vad är problemet / anledningen till kontakt?	Ange Eget namn, titel, enhet, patientens namn, ålder, personnummer Jag kontaktar dig för att _____
B	Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam bild av patientens tillstånd fram tills nu.	Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar fram tills nu.
A	Aktuellt tillstånd Status Bedömning	Rapportera Vitalparametrar enligt NEWS/Swe-PEWS Jag bedömer att _____
R	Rekommendation Åtgärd Tidsram Bekräftelse på kommunikation	... och därför föreslår jag: Övervakning Utredning/behandling Vårdplanering/hjälpbehov Överflyttning Uppföljning Hur ofta? Hur länge? När? Finns fler frågor? Är vi överens?

Kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling

Anställda inom kommunal hälso- och sjukvård förutsätts aktivt delta i utvecklings- och kvalitetsarbete inom den egna verksamheten samt i samverkan med andra. Detta innebär bland annat:

- I samverkan med kollegor bidra till daglig kvalitetssäkring och upprätthållande av patientsäkerhet genom gemensamma prioriteringar där hela verksamhetens behov tas i beaktande.
- Aktivt rapportera och utreda avvikelser och klagomål inom såväl den egna verksamheten som i samverkan med andra verksamheter.
- Deltar i risk- och händelseanalyser som analysdeltagare.
- Aktivt delta i att identifiera förbättringsbehov och bidra till förbättring genom egna insatser och deltagande i arbetsgrupper.
- Följa satta rutiner och riktlinjer samt arbeta evidensbaserat.
- Bidra till arbetet med överenskomna kvalitetsregister.
- Arbeta utifrån uppsatta mål i verksamhetsplan och åtgärder kopplade till kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Rehabnivåer

Alla rehabiliterande insatser som utförs inom kommunen kan ske inom fem olika rehabnivåer som definierar utförare, lagrum och ansvarsfördelning:

- Rehabnivå 1: egenvård
- Rehabnivå 2: vardagsrehabilitering och enklare rehabåtgärder
- Rehabnivå 3: delegerad HSL-insats till omsorgspersonal
- Rehabnivå 4: delegerad HSL-insats till rehabassistent
- Rehabnivå 5: HSL-insats utförd av legitimerad arbetsterapeut eller fysioterapeut

För mer info om rehabnivåer se: [Rutin för rehabnivå](#)

Rehabnivå 1: Egenvård

Om legitimerad personal bedömer att patienten riskfritt kan utföra en insats i hemmet, antingen själv eller med hjälp av exempelvis närstående eller omsorgspersonal så kan insatsen ordineras som egenvård. Bedömningen av egenvård sker i samråd med patienten och med hänsyn av dennes fysiska och psykiska hälsa samt livssituation. Denna rehabnivå ligger inte inom HSL-uppdrag.

Signeringslista används inte. Egenvårdsplan bör skrivas om det inte är uppenbart obehövligt. För mer info om egenvård se: [Rutin för egenvård](#)

Rehabnivå 2: Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering innebär ett rehabiliterande förhållningssätt där omsorgspersonal låter individen göra så mycket som möjligt själv i sin vardag och personalen finns med som stöd där det behövs. Målet är att ta tillvara personens egna resurser och förmågor genom att hen får vara delaktig och självständig. Exempel på vardagsrehabilitering och enklare rehabåtgärder är enklare gångträning (ex gå till och från matsal), tid och stöd för egen påklädning och hygienskötsel, sitta uppe i rullstol och enklare träningsprogram.

Signeringslista används inte. Vardagsrehabiliterande insatser dokumenteras av kontaktperson i genomförandeplan.

Rehabnivå 3 och 4: Delegering

Vid delegering av rehabiliteringsinsats måste kraven på en god och säker vård kunna uppfyllas. En delegering är alltid personlig och är giltig högst ett år, den reella kompetensen hos den som mottar en delegering bör testas med någon form av kontroll av praktiska och teoretiska färdigheter. Signeringslista ska användas för en ordinerad HSL-insats som delegerats.

För mer info om delegering se: [Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter](#)

Rehabnivå 5: HSL-insats utförd av legitimerad personal

Ordinerad HSL-insats som utförs av legitimerad arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Exempelvis: specifik avancerad KP (kontrakturprofylax), träning av ADL (aktiviteter i dagliga livet), mobilisering efter fraktur, avancerad gångträning, hjälpmedelsutprovning och förskrivning.

Gränsdragning mellan SoL och HSL-insats

Det kan ibland vara svårt att veta när en rehabiliteringsinsats skall ordinerars som rehabilitering inom HSL-uppdrag eller ingå i vardagsrehabilitering (SoL-uppdrag). Gångträning kan till exempel ingå i vardagsrehabilitering när den utförs i syfte att bibehålla förflyttningsförmåga för brukaren, men kan även vara rehabilitering inom HSL-uppdrag om brukaren nyligen opererats för en höftfraktur eller drabbats av en stroke och behöver specifik gångträning för att återerövra en förmåga. En ordination om gångträning som initialt varit bedömd som rehabilitering inom HSL-uppdrag kan efter en tid övergå till mer allmän gångträning och då också få en ändrad rehabnivå. Varje beslut kräver därför en individuell bedömning kring vem som är mest lämpad att utföra en uppgift.

Rehab- och habstatus

När en patient är i behov av kommunal hälso- och sjukvård erbjuds en första bedömning med upprättande av rehab- eller habstatus av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Status innehåller en bedömning av aktuella förmågor, hjälpmedel, boendemiljö samt bedömning av behov av eventuella rehab- eller habinsatser samt rehabnivå. Rehab- eller habstatus ska därefter uppdateras kontinuerligt.

Utifrån rehab- eller habstatus bedöms vilka rehabiliterande insatser som är aktuella och på vilken rehabnivå. Vid behov upprättas en rehab- eller habplan. För mer info: [Rutin för reahabstatus samt rehab- och haplan](#)

Rehab- och habplan

Patienter inom Motala kommuns hälso- och sjukvård som bedöms aktuella för rehab/habinsats inom HSL-lagrum ska få en rehab- eller habplan kopplad till sina insatser. Undantaget är om insatsen endast gäller enstaka punktinsats av enklare karaktär som troligtvis inte leder till större uppföljningsbehov. En rehab- eller habplan ska utformas utifrån ICF se lathund i Viva.

Rehab- eller habplan upprättas alltid i samråd med patienten och bör även ges i en skriftlig kopia till patienten. Rehab- eller habplan skall alltid dokumenteras i patientens HSL-journal. Vid rehabinsatser och ändringar som påverkar omsorgspersonal inom SÄBO, hemtjänst eller ULS så ska dessa informeras, exempelvis ändrade hjälpmedel, förflyttningsätt, behov av stöd osv.

För mer info om status och plan: [Rutin för reahabstatus samt rehab- och haplan](#)

Prioriteringsordning

För att säkerställa att vi ger rätt vård till den patient med störst behov för stunden finns det en utarbetad prioriteringsordning för att hantera inkommande ärenden. En prioriteringsordning kan dock aldrig ersätta den professionella bedömningen av individens behov utan fungerar som ett stöd i arbetet. När ett ärende inkommer görs en prioritering utifrån nedanstående kriterier och ärendet fördelas på ansvarig arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Prioriteringen ska göra sammanvägt av hela kommunrehabns verksamhet och kräver därmed kollegial stöttning och samverkan.

Prioritering vid oplanerad frånvaro och särskild händelse

Vid oplanerad frånvaro såsom sjukdom/VAB och särskilda händelser ställs extra höga krav på klok prioritering. Dessa prioriteringar görs i samråd med arbetsgrupp och chef. Prioritering görs utifrån en helhetssyn på verksamheten med fokus på patientsäkerhet, vård som inte kan anstå, lagkrav och krav på samverkan. Detta innebär att även verksamheter som inte är specifikt patientbundna såsom bemanning av förflyttningsutbildning, beställning av hjälpmedel, Cosmic Link och telefon behöver vägas in i prioriteringsordningen.

Prioritet 1: Risk för skada, sjukdom eller komplikationer

- Nyinflyttade patienter som ej är tidigare kända av kommunrehab. Stäm av med chef och omsorgspersonal hur behovet ser ut.
- Personer med fallrisk: minimera risk för skada genom att se över eventuell specifik träning, förflyttningar, miljö, hjälpmedel samt behov av annan profession.
- Mobilisering vid sängliggande genom exempelvis råd om lägesändring, andningsgymnastik, trombosprofylax, cirkulationsfrämjande insatser samt se över hjälpmedel som antidecubitushjälpmedel i samråd med sjuksköterska och omsorgspersonal.
- Trasiga hjälpmedel som utgör risk för vårdskada.
- Urglidning eller risk för urglidning från lyftsle.
- Vård som inte kan anstå utan risk för försämring. Exempelvis insatser kopplade till mobilisering och träning efter operation eller frakturer. Nyupptäcka eller försämrade trycksår, positionering tex vid stroke.
- Palliativ vård; smärtlindring och positionering.
- Hemkomst efter sjukhusvistelse med komplexa behov.
- Medverka vid SIP.

Bedömning ska göras senast nästkommande arbetsdag efter mottagande av ärende.

Prioritet 2: Aktivitet och funktionsbedömning där risk för minskad självständighet föreligger

- Åtgärder för att öka grad av självständighet i aktivitet och funktionsförmåga, tex hjälpmedel eller träning.

Bedömning ska göras inom tre arbetsdagar efter mottagandet av ärendet. Åtgärd påbörjad inom fem arbetsdagar.

Prioritet 3: Övriga bedömningar

- Bedömning av aktivitet och funktion i förebyggande och hälsofrämjande syfte.
- Råd om egenvård och/eller vardagsrehabilitering som syftar till att bibehålla/förbättra funktion.
- Smärtlindring av icke akut karaktär exempelvis TENS (transkutan elektrisk nervstimulering).
- Förebyggande insatser, tex fallprevention, bostadsanpassning.
- Basal kognitiv utredning, på remiss.

Bedömning ska göras inom två veckor efter mottagandet av ärendet. Åtgärd påbörjad inom en månad.

Säkra personförflyttningar

I Motala kommun sker arbetet med säkra personförflyttningar baserat på Myndigheten för arbetsmiljökunskaps (MYNAK) guide. Rutin förtydligar ansvarsfördelning, upplägg för förflyttningsutbildning samt överenskomna riktlinjer. [Rutin för säkra personförflyttningar inom vård och omsorg](#)

Läs mer: [Säkra personförflyttningar – Myndigheten för arbetsmiljökunskap \(mynak.se\)](http://mynak.se)



Akuta fallolyckor

I Motala finns en gemensam rutin för hur hantering av akuta fallolyckor ska hanteras och rapporteras. Se: [Rutin för fallolyckor inom vård och omsorg](#)

Hjälpmedel och medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter utgörs av en mängd olika produkter, från enkla förbrukningsartiklar till högteknologisk utrustning som t ex datortomografer. Medicintekniska produkter omfattar både individuellt förskrivna hjälpmedel, arbetstekniska hjälpmedel, grundutrustning. Därutöver finns även vissa klinikhjälpmedel såsom hostmaskiner samt konsumentprodukter.

För mer info om hjälpmedel se: [Handbok för rehabilitering och habilitering inom kommunal hälso- och sjukvård](#)

Individuellt förskrivna hjälpmedel

Arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar att följa läns-gemensamt regelverk för hjälpmedelsförskrivning utifrån individuell bedömning.

För mer info [Regler och policy för hjälpmedel | Vårdgivare Östergötland](#)

Grundutrustning

Enhetschef på respektive boende ansvarar för befintlig grundutrustning, vid behov sker konsultation med arbetsterapeut och/eller fysioterapeut för utprovning och instruktion till omsorgspersonal.

Arbetstekniska hjälpmedel

Arbetsterapeut/fysioterapeut ska vara enhetschef behjälplig med konsultation, utprovning och instruktion av arbetstekniska hjälpmedel till omsorgspersonal. Enhetschef ansvarar för beställning.

Hantering av personlyftar

Förflyttning med personlyft utgör ett särskilt stort riskmoment och finns därmed särskilt reglerat i egen rutin, se: [Rutin för hantering av lyft och lyftselar inom vård och omsorg](#)



Kompetens och utbildning

För att kunna bedriva en patientsäker hälso- och sjukvård krävs att personal har adekvat kunskap och kompetens. Individuella kompetensutvecklingsplaner sätts tillsammans med chef.

För dig som söker mer kunskap finns det även flertalet webbaserade utbildningar:

- [Webbaserade utbildningar - Kunskapsguiden](#)
- [Socialstyrelsen utbildning](#)
- [Webbutbildningar | Demenscentrum](#)
- [Områden och teman - Kunskapsguiden](#)
- [Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp | Kunskapsstyrning vård | SKR](#)
- [Nationella kunskapsstöd - Socialstyrelsen](#)



Specifika rutiner

Nedan listas rutiner för vissa arbetssätt och arbetssätt som är relevanta för arbete inom kommunrehab:

- Delegering [Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter](#)
- Dokumenthanteringsplan [Informationshanteringsplan Kommunal hälso- och sjukvård, socialnämnden](#)
- Egenvård [Rutin för egenvård](#)
- Handbok för hjälpmedel [Handbok för medicintekniska produkter och hjälpmedel inom socialförvaltningen](#)
- Handrehabilitering överenskommelse mellan Närsjukvården i Region Östergötland och länets kommuner [Handrehabilitering överenskommelse mellan Närsjukvården i Region Östergötland och länets kommuner](#)
- Kognitiv utredning [Microsoft Word - Rutin_kogn utr.docx g](#)
- Kontrakturprofylax [Rutin för kontrakturprofylax](#)
- Rutin för basal hygien och klädregler [Rutin basal hygien klädregler.pdf](#)
- Rutin för förebyggande av undernäring [Microsoft Word - Rutin_forbygga undern.doc](#)
- Rutin för dokumentation och säker hantering av hälso- och sjukvårdsjournaler [Rutin för dokumentation och säker hantering av hälso- och sjukvårdsjournaler](#)
- Rutin för Hjärt- och lungräddning (HLR) inom kommunal verksamhet [Rutin för Hjärt- och lungräddning](#)
- Rutin för inkontinensvård [Microsoft Word - Rutin_inkontinens.docx](#)
- Rutin för kontakt med läkare och annan legitimerad personal när en patients tillstånd förändras [Rutin för kontakt med läkare och annan legitimerad personal när en patients tillstånd förändras](#)
- Rutin för kvalitetsregister Senior alert [Rutin för kvalitetsregistret Senior alert i ordinärt boende och SÄBO](#)
- Rutin för skyddsåtgärder [Rutin för skyddsåtgärder inom kommunal vård och omsorg](#)
- Rutin för teamträff [Rutin för teamträffar inom vård och omsorg](#)
- Rutin för vård och omsorg vid demenssjukdom [Mall för riktlinjer för Motala kommun](#)
- Strokeuppföljning i västra Östergötland [Strokeuppföljning-vastra-ostergotland.pdf](#)
- Tidiga tecken [Mall för anvisningar för Motala kommun](#)

Så här arbetar vi mot våra olika verksamheter

Arbetet med rehabilitering och habilitering i Motala kommun är riktade mot flera olika verksamhetsområden

- Hemsjukvård i ordinärt boende
- Trygg hemgång
- Dagverksamhet demens
- Särskilt boende för äldre (SÄBO)
- Särskilt boende för äldre - korttids
- Särskilt boende inom utförare LSS och socialpsykiatri (ULS)
- Daglig verksamhet

De olika verksamhetsområdena medför olika arbetssätt för arbetsterapeut och fysioterapeut. För att förenkla det dagliga arbetet finns nedanstående lathundar för arbete i respektive verksamhet.

Ordinärt boende

Kommunrehab ansvar: vilka patienter som är aktuella för hemsjukvårdsrehabilitering styrs av hemsjukvårdsavtalet och tröskelprincipen. [Avtal mellan Landstinget och kommunerna i Östergötlands län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende](#)

Ny patient med behov av kommunrehab

- Behov av rehabinsatser kan aktualiseras från exempelvis patienten själv, anhöriga, remiss eller andra hälso- och sjukvårdsinstanser. Dessa koordineras vid behov med hemtjänst, bistånd och trygg hemgång.

Upprättande av rehab/habstatus

Gemensamt besök av arbetsterapeut och fysioterapeut inom 2 veckor, om det enbart föreligger behov av ena professionen så kan gemensamt besök frångås. Besök bokas enligt gällande prioriteringsrutin och kan således innebära behov av snabbare bedömning.

Under detta besök ska följande genomföras:

- Anamnes och generell screening av aktivitets- och funktionsförmåga.
- Utför hjälpmedelsinventering och dokumentera eventuella förändringar i status
 - [Inventeringsblankett hjälpmedel ordinärt boende](#)
 - [Rutin inventering hjälpmedel ordinärt boende](#)
- Vid behov uppföljning av förflyttningsbedömning och hjälpmedelsbehov,
 - Fallprevention enligt [Fallprevention checklista](#)
 - Vid behov genomgång av [Broschyr förebygga fallrisk](#)
- Vid behov ge enkla råd om förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter.
- Vid behov ge enkla råd om välfärdsteknik (exempelvis via Möjligheternas bostad) och hjälpmedel för egeninköp.
- Lämna kontaktuppgifter till kommunrehab.
- Skapa ett HSL-åtagande om det inte redan finns. Registrera insats hemsjukvård.
- Inhämta samtycke för samverkan och sammanhållen journalföring om det ej är gjort.

Vid behov av rehabåtgärd

- Utför ytterligare bedömningar med relevant bedömningsinstrument.
- Vid behov av åtgärd som omfattar mer än punktinsats ska rehabplan upprättas.
- Om åtgärd påverkar tidigare dokumenterad rehabstatus kan denna behöva uppdateras även vid enstaka insatser eller efter avslutad rehabåtgärd.

Uppföljning och avslut

- Vid måluppfyllnad och/eller avslut av åtgärd för rehabnivå 3-5 avslutas rehabiliteringsplanen. Rapportera till andra vårdgivare vid behov.
- Rehabstatus ska hållas uppdaterad.
- Avsluta hemsjukvårdinsats. Kontrollera att alla professioner (AT/FT/SSK) avslutat innan insats tas bort.

Samverkansforum

- Delta på teamträff tillsammans med sjuksköterska, omsorgspersonal, planerare och enhetschef varannan vecka. [Rutin för teamträffar inom vård och omsorg](#)
- APT: I utbildande syfte delta på omsorgspersonals APT i samråd med enhetschef för hemtjänst. Exempelvis för instruktion i förflyttningar, bemötande, hantering av personlyft, delegeringar.

Trygg hemgång

Kommunrehab ansvar: vilka patienter som är aktuella för Trygg hemgång styrs av biståndsbeslut, Trygg hemgångs-beslutet är på max 14 dagar. Patienter som fått biståndsbeslut trygg hemgång erbjuds rehabilitering i hemmet från trygg hemgångs-team med fokus på att öka trygghet, funktion och självständighet i vardagsmoment.

Ny patient med behov av Trygg hemgång

- Trygg hemgångs-teamet får information om ny patient främst ifrån Link eller från personal på korttidsboende.
- Förflyttnings- och hjälpmedelsbedömning bör ske samma dag som inflyttning (max 3 dagar efter) om det inte är uppenbart obehövligt. Informera/instruera personal om exempelvis aktuell förflyttningsförmåga, ev. restriktioner och behov av hjälpmedel.
- Utför [Inventeringsblankett hjälpmedel ordinärt boende](#)
[Rutin inventering hjälpmedel ordinärt boende](#)

Upprättande av rehab/habstatus

Gemensamt besök av arbetsterapeut och fysioterapeut sker oftast samma dag men max inom 3 dagar. Besök bokas enligt gällande prioriteringsrutin.

Under detta besök ska följande genomföras:

- Anamnes och generell screening av aktivitets- och funktionsförmåga. (Under rubrik status i Viva)
- Vid behov uppföljning av förflyttningsbedömning och hjälpmedelsbehov,
- Fallprevention enligt checklista [Fallprevention checklista Motala](#).
- Genomgång av [Broschyr om att förebygga fallrisk](#)
- Vid behov ge enkla råd om förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter.
- Vid behov ge enkla råd om välfärdsteknik (exempelvis via Möjligheternas bostad) och hjälpmedel för egeninköp.
- lämna kontaktuppgifter till kommunrehab.
- Skapa ett HSL-åtagande om det inte redan finns, registrera insats hemsjukvård.

Vid behov av rehabåtgärd

- Utför ytterligare bedömningar med relevant bedömningsinstrument.
- Vid behov av åtgärd som omfattar mer än punktinsats ska rehabplan upprättas.
- Om åtgärd påverkar tidigare dokumenterad rehabstatus kan denna behöva uppdateras även vid enstaka insatser eller efter avslutad rehabåtgärd.

Uppföljning och avslut när Trygg hemgång avslutas

- Överrapportera ADL-bedömning till biståndshandläggare i anslutning till uppföljningsmöte.

- Se över hjälpmedelsbehovet och se till att hjälpmedel blir beställda alt. överrapporterade.
- Vid måluppfyllnad och/eller avslut av åtgärd för rehabnivå 3-5 avslutas rehabiliteringsplanen. Rapportera till andra vårdgivare vid behov.
- Överrapportera rehabplan, hjälpmedelsbehov och ev. efterträning till berörda kollegor.

Samverkansforum

- Morgonmöte: Genomförs varje morgon vid tavlan. Deltar gör undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska från Trygg hemgång, ibland även chef. Samtliga ärenden går igenom.
- Uppföljningsmöte: Genomförs hemma hos patienten när period av Trygg hemgång står inför avslut. Deltar gör patienten och ev anhöriga samt undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska från Trygg hemgång. Ibland deltar biståndshandläggare och eventuellt övertagande hemtjänstgrupp. Undersköterskor bokar in besöken.

Dagverksamhet demens

Kommunrehab ansvar: HSL-ansvar gällande habilitering- och rehabiliteringsfrågor under tiden som patienten vistas på dagverksamhet för att underlätta deltagande. Om patienten har behov av rehabinsatser även i hemmet så hanteras dessa utifrån hemsjukvårdsavtalet och tröskelprincipen. För patienter med redan pågående rehabkontakt med kommunrehab så övertas ansvaret från områdesansvarig till AT/FT på dagverksamhet.

Arbetet baseras på [Dagverksamhet för med personer demenssjukdom \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Ny patient på dagverksamhet med behov av rehabinsatser

- Strandgårdens personal informerar via kommunrehab funktionsbrevlåda om när ny patient är aktuell för bedömning.
- Nya patienter erbjuds bedömning och i hemmet och vid behov insatser från arbetsterapeut, fysioterapeut eller rehabassistent.
- AT/FT för dagverksamhet informerar områdesansvarig AT/FT om att patienten påbörjar dagverksamhet demens och tar över rehabansvaret. (om patienten har en tidigare rehabkontakt).

Upprättande av rehab/habstatus

Gemensamt hembesök planeras in efter att patienten påbörjat dagverksamhet. Inför hembesöket inhämtas vid behov information från anhörig, hemtjänst osv.

Under detta besök ska följande genomföras:

- Anamnes och generell screening av aktivitets- och funktionsförmåga.
- Vid behov utför hjälpmedelsinventering och dokumentera förändringar i status
- [Inventeringsblankett hjälpmedel ordinärt boende](#)
- [Rutin inventering av hjälpmedel ordinärt boende](#)
- Vid behov uppföljning av förflyttningsbedömning och hjälpmedelsbehov,
- Fallprevention enligt [Fallprevention checklista](#)
- Vid behov genomgång av [Broschyr förebygga fallrisk](#)
- Vid behov ge enkla råd om förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter.
- Vid behov ge enkla råd om välfärdsteknik (exempelvis via Möjligheternas bostad) och hjälpmedel för egeninköp.
- Inhämta samtycke för samverkan och sammanhållen journalföring om det ej är gjort.
- Vid behov kan även individuella patientbesök ske på dagverksamheten

Rehabåtgärd

- Samverka med teamet kring lämpliga aktiviteter i dagverksamheten.
- Vid behov upprätta rehabplan.
- Om åtgärd påverkar tidigare dokumenterad rehabstatus kan denna behöva uppdateras även vid enstaka insatser eller efter avslutad rehabåtgärd.

Uppföljning och avslut

- Vid måluppfyllnad och/eller avslut av åtgärd för rehabnivå 3-5 avslutas rehabiliteringsplanen.
- När en patient avslutar dagverksamhet övergår rehabansvaret till områdesansvarig AT/FT
- Rehabstatus ska hållas uppdaterat.

Samverkansforum

- Teamträff dagverksamhet: AT/FT deltar tillsammans med enhetschef, sjuksköterska och omsorgspersonal var 4e vecka.
- Vid behov överrapporteras relevant information till områdesansvarig AT/FT som för med sig information till hemtjänstens teamträffar.

Särskilt boende för äldre (SÄBO)

Kommunrehab ansvar: HSL-ansvar gällande rehabiliteringsfrågor från inflytt och under hela boendetid.

Ny patient

- Enhetschefen på boendet ska i god tid informera ansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut att inflyttning kommer att ske.
- Patientenen får vid ankomstsamtal med kontaktperson veta att arbetsterapeut och fysioterapeut ingår i boendets team och kommer att genomföra bedömning.
- Förflyttnings- och hjälpmedelsbedömning bör ske samma dag som inflyttning (max 3 dagar efter) om det inte är uppenbart obehövt. Informera/instruera personal om exempelvis aktuell förflyttningsförmåga, restriktioner och behov av hjälpmedel.
- Utför hjälpmedelsinventering och dokumentera eventuella förändringar i status

[Inventeringsblankett hjälpmedel SÄBO](#)

[Rutin hjälpmedelsinventering vid flytt till SÄBO](#)

Upprättande av rehabstatus

Gemensamt besök av arbetsterapeut och fysioterapeut inom 2 veckor, om det enbart föreligger behov av ena professionen så kan gemensamt besök frångås. Besök bokas enligt gällande prioriteringsrutin och kan således innebära behov av snabbare bedömning.

Under detta besök ska följande genomföras:

- Anamnes och generell screening av aktivitets- och funktionsförmåga.
- Vid behov uppföljning av förflyttningsbedömning och hjälpmedelsbehov,
- Fallprevention enligt checklista [Fallprevention checklista Motala](#).
- Genomgång av [Broschyr om att förebygga fallrisk](#)
- Vid behov ge enkla råd om förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter.
- Vid behov ge enkla råd om välfärdsteknik (exempelvis via Möjligheternas bostad) och hjälpmedel för egeninköp.

Vid behov av rehabåtgärd

- Utför ytterligare bedömningar med relevant bedömningsinstrument.
- Vid behov av åtgärd som omfattar mer än punktinsats ska rehabplan upprättas.
- Om åtgärd påverkar tidigare dokumenterad rehabstatus kan denna behöva uppdateras även vid enstaka insatser eller efter avslutad rehabåtgärd.

Uppföljning och avslut

- Vid måluppfyllnad och/eller avslut av åtgärd för rehabnivå 3-5 avslutas rehabplanen. Rapportera till andra vårdgivare vid behov.

- Rehabstatus ska hållas aktuell och uppdateras minst 2 ggr/år i samband med teamträff.

Samverkansforum

- Delta på teamträff tillsammans med sjuksköterska, omsorgspersonal, planerare och enhetschef varannan vecka. [Rutin för teamträffar inom vård och omsorg](#) Samtliga boende ska lyftas för gemensam uppdatering av genomförandeplan, omvårdnadsplan, rehabiliteringsstatus samt hjälpmedelsinventering 2 ggr/år.
- APT: I utbildande syfte delta på omsorgspersonals APT i samråd med enhetschef för SÄBO. Exempelvis för instruktion i förflyttningar, bemötande, hantering av personlyft, delegeringar.

Korttidsboende

Kommunrehab ansvar: HSL-ansvar gällande rehabiliteringsfrågor från inflytt och under boendetid.

Ny patient med behov av kommunrehab

- Ta emot överrapport om ny patient till korttids.
- Förflyttnings- och hjälpmedelsbedömning bör ske samma dag som inflyttning (max 3 dagar efter) om det inte är uppenbart obehövt. Informera/instruera personal om exempelvis aktuell förflyttningsförmåga, eventuella restriktioner och behov av hjälpmedel.
- Utför hjälpmedelsinventering och dokumentera eventuella förändringar i status.

Upprättande av rehab/habstatus

Gemensamt besök av arbetsterapeut och fysioterapeut inom 3 dagar efter inflytt om det inte finns medicinsk kontraindikation. Om det enbart föreligger behov av ena professionen så kan gemensamt besök frångås. Besök bokas enligt gällande prioriteringsrutin och kan således innebära behov av snabbare bedömning.

Under detta besök ska följande genomföras:

- Anamnes och generell screening av aktivitets- och funktionsförmåga. (enligt mall för rehabstatus i Viva)
- Vid behov uppföljning av förflyttningsbedömning och hjälpmedelsbehov
- Fallprevention enligtchecklista [Fallprevention checklista](#) - Genomgång av [Broschyr förebygga fallrisk](#)
- Vid behov ge enkla råd om förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter.
- Vid behov ge enkla råd om välfärdsteknik(exempelvis via Möjligheternas bostad) och hjälpmedel för egeninköp.

Vid behov av rehabåtgärd

- Utför ytterligare bedömningar med relevant bedömningsinstrument.
- Vid behov av åtgärd som omfattar mer än punktinsats ska rehabplan upprättas.
- Planera och genomför hembesök för att se behov av bostadsanpassning och hjälpmedel för att möjliggöra hemgång. Skriv intyg för bostadsanpassning vid behov.
- Skriftlig info från ADL-bedömning och från eventuellt hembesök ska skickas till biståndshandläggare via funktionebrevlåda Viva.
- Delta vid vårdplanering vid behov.

Uppföljning och avslut när patienten ska lämna korttid

- Se över hjälpmedelsbehovet och se till att hjälpmedel blir beställda alt. överrapporterade.

- Vid måluppfyllnad och/eller avslut av åtgärd för rehabnivå 3-5 avslutas rehabiliteringsplanen. Rapportera till andra vårdgivare vid behov.
- Överrapportera rehabplan, hjälpmedelsbehov och eventuell efterträning till berörda kollegor.

Samverkansforum

- Delta på teamträff tillsammans med sjuksköterska, omsorgspersonal, planerare och enhetschef varannan vecka. [Rutin för teamträffar inom vård och omsorg](#)
- Möte med rehabassistenter: Genomgång med rehabassistenterna 1 ggr/vecka.
- Korttidsmöten: Korttidsmöte på avdelningen 1 ggr/vecka

Särskilt boende inom LSS och socialpsykiatri (ULS)

Ansvar: HSL-ansvar gällande habilitering- och rehabiliteringsfrågor under boendetid i LSS-boende, socialpsykiatriboende utifrån tröskelprincip.

Vid inflytt till särskilt boende inom ULS

- Arbetsterapeut och fysioterapeut ska i god tid delges information om inflyttning av enhetschef. Bedömning när en kontakt ska tas med patient görs utifrån inhämtad information från berörda professioner och i samråd med boendepersonal och patient.
- Bedömning av aktivitets- och funktionsförmåga utförs vid hembesök.
- Utför hjälpmedelsinventering och dokumentera eventuella förändringar i status
[Inventeringsblankett hjälpmedel SÄBO](#)
[Rutin hjälpmedelsinventering vid flytt till SÄBO](#)

Upprättande av habstatus och/eller habplan

Habstatus påbörjas när information inhämtats om patienten vid ett första hembesök och uppdateras kontinuerligt. Habplan upprättas vid åtgärder som omfattar mer än punktinsats.

Under hembesök ska följande genomföras:

- Bedömning av individens fysiska, psykiska, sociala och kommunikativa färdigheter samt den fysiska och sociala miljön personen vistas i.
- Bedömning av individens möjligheter till aktivitet och delaktighet i sitt boende och på sin fritid.
- Utföra bedömning av fallprevention, enligt checklista [Checklista fallprevention](#)
- Ge råd om förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter till patient och/eller företrädare.
- Ge råd om välfärdsteknik (ex Möjligheternas bostad) och hjälpmedel för egeninköp till patient och/eller företrädare.

Vid behov av hab- och rehabåtgärder

- Vid behov av åtgärd som omfattar mer än punktinsats ska en habplan upprättas.
Rehabmål upprättas enbart vid nyttillkommen skada/sjukdom och skrivs in i habplan.
- Habstatus uppdateras vid förändring av funktion och förmåga.

Uppföljning och avslut

- Vid måluppfyllnad och avslut av insats för hab- rehabnivå 3-5 avslutas habplan.
- Rapportera till andra vårdgivare vid behov.

Samverkansforum

- Delta på teamträff tillsammans med sjuksköterska, omsorgspersonal, planerare och enhetschef varannan vecka. [Rutin för teamträffar inom vård och omsorg](#)
- Genomförandemöte på särskilt boende utförs tillsammans med ssk, boendepersonal och enhetschef minst 1 ggr/termin. Habstatus uppdateras om behov föreligger.
- Kartläggning Tidiga Tecken utförs tillsammans med kontaktperson. Arbetsterapeut sammankallar till mötet och vid behov medverkar även ansvarig fysioterapeut och ssk.
- Vid behov sker registrering av Senior Alert. Ansvarig sjuksköterska initierar till mötet. Ansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut utför bedömning och åtgärder vid behov.
- Arbetsterapeut och fysioterapeut deltar på boendepersonalens APT i samråd med enhetschef.
- Kontinuerliga möten tillsammans med stödpedagoger inom ULS.
- Kontinuerliga möten mellan arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterskor inom ULS.
- Vid behov samverkan med socialkontorets handläggare.

Daglig verksamhet inom ULS

Ansvar: HSL-ansvar gällande habilitering- och rehabiliteringsfrågor under daglig verksamhetstid.

Ny deltagare på daglig verksamhet/sysselsättning

- Arbetsterapeut utför en första bedömning av den sökandes förmågor och stödbehov för att kunna erbjuda en lämplig placering med en omfattning som matchar behov.
- Bedömningar, insatser och uppföljningar utförs fortlöpande inom daglig verksamhet/sysselsättning på individ och gruppnivå.
- Arbetsterapeut samverkar med fysioterapeut om dess insatser är aktuella.

Upprättande av habstatus

Bedömning under verkställighetsprocessen genomförs av arbetsterapeut för att upprätta habstatus. Vid behov medverkar fysioterapeut.

- Utredning och bedömning av individens förmågor till/i aktivitet och delaktighet i daglig verksamhet.
- Bedömning av individens fysiska, psykiska, sociala och kommunikativa färdigheter samt den fysiska och sociala miljön personen vistas i.
- Bedömning av individens möjligheter till aktivitet och delaktighet på sin dagliga verksamhet och sysselsättning.

Vid behov av hab- rehabåtgärder

- Vid behov av åtgärd som omfattar mer än punktinsats ska en habplan upprättas.
Rehabmål upprättas enbart vid nyttillkommen skada/sjukdom och skrivs in i habplan.
- Habstatus uppdateras vid förändring av funktion och förmåga.

Uppföljning och avslut

- Vid måluppfyllnad och avslut av insats för hab- rehabnivå 3-5 avslutas habplan.
- Rapportera till andra aktörer vid behov.

Samverkansforum

- Teammöte varannan vecka mellan arbetsterapeut, stödpedagog, koordinator och enhetschef.
- Minitimeam-möte varannan vecka mellan arbetsterapeut och koordinator.
- Genomförandemöte utförs tillsammans med stödassistenter minst 2 ggr/termin.
- Deltar vid uppföljning av genomförandeplan vid behov. Ansvarig stödassistent kallar.
- Arbetsterapeut och fysioterapeut deltar vid behov på APT i samråd med enhetschef.

- Kontinuerliga möten tillsammans med stödpedagoger inom SRV.
- Kontinuerliga möten mellan professionerna arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterskor inom SRV.
- Samverkan med AF/FK vid utredning av arbetsförmåga.
- Samverkan med gymnasiesärskola vid planering av APL (arbetsplatsförlagt lärande).
- Vid behov samverkan med socialkontorets handläggare.

Referenser

- HSL - Hälso- och sjukvårdslagstiftning (2017:30)
- SOL - Socialtjänstlagen (2025:000)
- LSS – Lagen om stöd & service till vissa funktionshindrade
- Patientlagen (2014: 821)
- OSL – Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
- PSL - Patientsäkerhetslag (2010:659)
- PDL - Patientdatalag (2008:355)
- PUL – Personuppgiftslagen (1998:204)
- SoLPuL - Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten
- Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård(2017:16)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOF 1997:14)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41)
- Bedömning av om en hälso-och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)
- Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården(HSLF-FS 2021:52)
- Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (kunskapsstyrningvard.se)
- Hur kan ICF användas? (socialstyrelsen.se)
- ICF och KVÅ i kommunal hälso- och sjukvård - Socialstyrelsen
- Sekretess- och tystnadspliktsgränser - I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården (socialstyrelsen.se)
- Dagverksamhet för personer med demenssjukdom- en vägledning (socialstyrelsen.se)