

Rutin för rehab-habstatus samt rehab- och habplan

Diarienummer:	22 SN 0037
Paragraf:	Delegation
Beslutsinstans:	MAR
Beslutsdatum:	2021-12-16 Reviderad 2025-07-01
Informationsklassning:	
Dokumentansvarig:	MAR socialförvaltningen
Giltighetstid:	
Föregående diarienummer:	
Föregående beslutsdatum:	
Föregående beslutsinstans:	
Föregående paragraf:	

Bakgrund

En viktig del av rehabprocessen är ett teambaserat arbetssätt med gemensamma mål som sätter patientens behov och förutsättningar i centrum. Genom att alla patienter får en individuell rehabstatus/habstatus och vid behov rehabplan/habplan minskar också riskerna för brister i samordning, underlättar kommunikation och skapar förutsättningar för ett resurseffektivt arbetssätt.

När ska rehabstatus/habstatus upprättas?

För patienter som har behov av kontakt med legitimerad arbetsterapeut/fysioterapeut inom Kommunal hälso- och sjukvård ska ett status upprättas. I status ska det exempelvis framgå aktuell aktivitets- och funktionsförmåga, boendemiljö samt hjälpmedelsbehov. Detta dokumenteras i statusmallen i Viva, under de rubriker i status som är relevanta utifrån tillgänglig information/bedömning. Undantag kan göras för barn med tillfälligt hjälpmedelsbehov samt vid hämtning/utprovning av enklare hjälpmedel i kommunens hjälpmedelsförråd. Status uppdateras vid förändring av funktion, hjälpmedel eller miljö och ska alltid vara aktuellt inför teamträff.

När ska rehabplan/habplan upprättas?

Patienter som omfattas av kommunens hälso- och sjukvård och som bedöms aktuella för åtgärder på rehabnivå 3–5 (se Rutin för rehabnivåer) ska få en individuell plan kopplad till sina insatser. Detta dokumenteras under Rehabplan eller Habplan i Viva. Plan upprättas i möjligaste mån i samråd med patienten.

Vad ska ingå i en rehab- och habplan?

En plan ska innehålla:

- Bedömning
- Mål
- Ordinerad åtgärd
- Rehabnivå (3-5)
- Hur och när uppföljning skall ske

Bedömning

Bedömningen av rehabiliterings- och habiliteringsbehov genomförs av legitimerad arbetsterapeut/fysioterapeut. Vid behov inhämtas även information från övriga kollegor i teamet. Bedömningen leder fram till en planering med mål och åtgärd.

Mål

Mål bör delas upp i delmål och huvudmål och bör i möjligaste mån formuleras i samråd med patienten och eventuell anhörig. Målet bör vara mätbart för korrekt utvärderingsmöjlighet.

Läs mer om mål: [Metodstöd – Guida och stödja målsättning vid rehabilitering i hemmet \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Åtgärd

Vilken åtgärd som ordineras bestäms av den legitimerade arbetsterapeut/fysioterapeut som gjort bedömningen. Beskrivning av ordinerade åtgärder i en plan bör kunna svara på:

Vad ska göras?

- Eliminera eller minska: exempelvis minska smärta, spasticitet, fysisk inaktivitet eller miljöhinder i form av trösklar som förhindrar förflyttning.
- Träna, förbättra, bibehålla: inriktas på kroppsfunktioner samt aktivitet och delaktighet i vardagen.
- Kompensera: exempelvis hjälpmedel, teknik för kognitivt stöd eller strategier.

Vem ska göra det?

- Åtgärden klassificerad utifrån aktuell rehabnivå (se rutin för rehabnivåer) för att avgöra utförarnivå för insats.

Uppföljning

En uppföljning av plan syftar till att avgöra om delmål och mål har uppnåtts. Uppföljning görs kontinuerligt under rehabprocessen.

Delmålen utvärderas utifrån effektmått:

- Ej aktuellt för uppföljning
- Målet är inte uppnått
- Målet är delvis uppnått
- Målet är uppnått

Målen utvärderas utifrån effektmått:

- Utebliven effekt
- Liten effekt
- God effekt

Avslutning av rehab- eller habplan

Rehabprocessen avslutas när planens mål är uppfyllda eller om ny bedömning visar att målen inte kan uppnås med ytterligare rehabiliterande insatser.

Vid behov görs en planering för bibehållande av funktionstillstånd/aktivitetsförmåga som bedrivs utanför hälso- och sjukvården (exempelvis friskvård eller vardagsrehabilitering) med syfte att skapa fortsatta förutsättningar för ett självständigt och aktivt liv.

Rehabiliteringsinsatsen kan avslutas innan måluppfyllnad då den bedöms kunna fortsätta i regi av egenvård eller om ansvaret övergår till annan huvudman.

Referenser

- HSL - Hälso- och sjukvårdslagstiftning (2017:30)
- SOL - Socialtjänstlagen (2001:453)
- LSS – [Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade](#) (1993: 387)
- Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ([Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp \(kunskapsstyrningvard.se\)](#))
- [Samordnad utveckling av god och nära vård \(SOU 2019:29\)](#)
- [Hur kan ICF användas? \(socialstyrelsen.se\)](#)
- [ICF och KVÅ i kommunal hälso- och sjukvård - Socialstyrelsen](#)