

Rehabiliteringsplan- Hälso och sjukvård, Region Gavleborg

Innehåll

1	Syfte och omfattning	1
2	Allmänt	1
3	Ansvar och roller	2
3.1	Verksamhetschefer och vårdenhetschefer	2
3.2	Rehabiliteringspersonal inom primär- och specialistvård	2
4	Beskrivning av Rehabiliteringsprocessen	2
4.1	Vem ska ha en rehabiliteringsplan?	2
4.2	Vem kan upprätta en rehabiliteringsplan?	3
4.3	När ska en rehabiliteringsplan upprättas?	3
4.4	Rehabiliteringsplanen	5
4.4.1	KVÅ-Kodning	6
4.4.2	Att sätta mål, hur?	6
4.5	Vad ska man tänka på vid bedömningar?	6
4.6	Vad gör man om patienten inte kan medverka?	6
4.7	Hur gör man med patienter som har rehabiliteringsbehov men inte inom "min" vårdnivå?	7
4.8	Vad gör jag när jag får en patient med påbörjad rehabiliteringsplan för fortsatt rehabilitering?	7
4.9	Hur utvärderas målen?	7
4.10	Hur sparas dokumenten?	7
4.11	Vilka ska ha kopior?	8
4.12	Hur överförs rehabiliteringsplanen?	8
5	Referenser	8
6	Plan för kommunikation och implementering	8
7	Dokumentinformation	8

1 Syfte och omfattning

Detta dokument innehåller information om rehabiliteringsplaner i Region Gävleborg.

2 Allmänt

Rehabiliteringsplanen är en del av patientens vårdplan för all hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att varje patient har rätt att få en individuellt utformad rehabiliteringsplan.

Den målinriktade rehabiliteringen ska utgå från bedömningen av patientens funktionsnedsättning, svårigheter i aktivitet och delaktighet samt omvårdnadsbehov.

Det är också viktigt att fånga upp patientens hinder, resurser, egna förväntningar och prioriteringar. Detta ligger till grund för målformulering och planerade åtgärder.

Rehabiliteringsprocessen bör i utgångsläget ses som tidsbegränsad med fastställda tidpunkter för start och avslutning, som därefter ska utvärderas i förhållande till sina ursprungliga mål.

Vid rehabilitering ska olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Samordningen kan avse olika typer av insatser eller likartade insatser men olika vårdnivåer.

Rehabiliteringsplanen ska dokumenteras och innehålla:

1. Uppgifter om den enskildes behov, förutsättningar och intressen.
2. Planerade och beslutade insatser.
3. Mål för de samordnade insatserna.
4. Uppgifter om vilka verksamheter och vilken personal som ska ansvara för insatserna.
5. En tidsplan för samordningen av insatserna.

Socialstyrelsen förespråkar rehabilitering i samråd med patienten. Patientens behov är i centrum.

Arbetet i ett team ska bedrivas utifrån patientens förutsättningar med stöd av de olika personalgruppernas specifika kompetenser.

Vid planering av samordning ska hänsyn tas till andra planer som upprättas kring patienten. Rehabiliteringsplanen ska föras till patientjournalen.

3 Ansvar och roller

3.1 Verksamhetschefer och vårdenhetschefer

Ansvarar för att dokumentet kommuniceras och tillämpas.

3.2 Rehabiliteringspersonal inom primär- och specialistvård

Ansvarar för att tillämpa dokumentet vid rehabiliteringsplanering.

4 Beskrivning av Rehabiliteringsprocessen

4.1 Vem ska ha en rehabiliteringsplan?

Patienter som är i behov av samordnande insatser mellan olika huvudmän och vårdnivåer skall ha en vård- och rehabiliteringsplan. En rehabiliteringsplan kan påbörjas var som helst i vårdkedjan och vid behov fortsätta på annan vårdnivå.

Patienter som önskar få en rehabiliteringsplan

4.2 Vem kan upprätta en rehabiliteringsplan?

Alla medlemmar i teamet runt patienten ansvarar för att vara delaktiga vid upprättandet av rehabiliteringsplanen. Det finns inga krav på antal deltagare i teamet vid upprättande av rehabiliteringsplan tillsammans med patienten.

Vid upprättande av rehabiliteringsplanen utses en samordnare med följande uppgifter:

- Bevaka så att rehabiliteringsplanen följs och vid behov revideras.
- Se till att avstämning sker med patienten och/alternativt närstående.
- Se till att patient och/alternativt närstående får ett exemplar av rehabiliteringsplanen.
- Följa upp rehabiliteringsplanen vid behandlingsperiodens avslut.
- Skicka rehabiliteringsplanen vidare om patienten byter vårdnivå.

Alla medlemmar i teamet runt patienten ansvarar för att utföra insatser, utifrån sin yrkeskompetens, riktade mot patientens målsättningar.

4.3 När ska en rehabiliteringsplan upprättas?

Rehabiliteringsplan upprättas så tidigt som möjligt efter att bedömningen är klar och rehabiliteringsbehovet konstaterats. Dokumentation sker i [journalmall](#). Rehabiliteringsprocessen kan beskrivas i 3 faser:

Fas 1.

I inledningsfasen påbörjar teamet arbetet tillsammans med patienten och lägger grunden till rehabiliteringsplanen. Det poängteras att det är patientens friska och kreativa sidor som skall lyftas fram.

- Diskutera tillsammans med patienten dennes behov och önskemål, utifrån bedömningsresultat och underlag till rehabiliteringsplan.
- Mål på lång och kort sikt skall beskrivas på aktivitets- och delaktighetsnivå.
- Mål på lång sikt är patientens vision. Mål på kort sikt är patientens och teamets gemensamma mål. Utifrån patientens mål kopplas olika professioner, som patienten behöver, till arbetet.
- Delmål kan beskrivas på aktivitets-, delaktighets- eller funktionsnivå. Delmålen ska vara SMARTA (se 4.4.2). Varje profession beskriver åtgärder som behövs för att uppnå överenskomna delmål. Med på planen ska finnas namn på den som är ansvarig och datum när målet förväntas vara uppfyllt.

- Rehabiliteringsplanen är personlig och därför bör benämningen ”patient” undvikas i dokumentet. Istället bör personens namn användas för att konkretisera att det är personens egen rehabiliteringsplan.
- Uppgifterna dokumenteras i rehabiliteringsplanen i patientens journal.
- En samordnare för rehabiliteringsteamet utses.
- KVÅ-kodning görs av utsedd teammedlem i Elvis/PMO.
- Innehållet i rehabiliteringsplanen stäms av med patienten, och patienten får en kopia.

Fas 2.

I arbetsfasen påbörjas rehabiliteringen utifrån de bestämda delmålen.

En viktig del i rehabiliteringsarbetet är regelbundna teammöten mellan patient, närstående (vid behov) samt personal. Där planeras, utvärderas och revideras mål och delmål som är relevanta för tillfället och som styr rehabiliteringsprocessen. Rehabiliteringsplanen skall användas som arbetsinstrument.

Förslag på innehåll i teammöte vid upprättande av rehabiliteringsplan

- Sjukhistoria.
- Omgivnings- och personfaktorer.
- Kroppsfunktion och kroppsstruktur, resurser och nedsättningar/avvikelser
- Begränsning och resurser i aktivitet och delaktighet.
- Mål på lång och kort sikt.
- Planerade åtgärder utifrån varje profession och eventuell samordning av insatser.
- Utvärdera och eventuellt revidera målen.
- Utskrivningsplanering/avslut
- Utsedd person i teamet dokumenterar i patientens journal. Övriga i teamet hänvisar till rehabiliteringsplanen i journalanteckning.

Förslag på innehåll i teammöte vid uppföljning av rehabiliteringspatient

- Kroppsfunktion och kroppsstruktur, resurser och nedsättningar/avvikelser
- Begränsning och resurser i aktivitet och delaktighet
- Mål på lång och kort sikt.
- Planerade åtgärder utifrån varje profession och eventuell samordning av insatser.
- Utvärdera och eventuellt revidera målen.
- Utskrivningsplanering/avslut.
- Utsedd person i teamet dokumenterar i patientens journal. Övriga i teamet hänvisar till rehabiliteringsplanen i journalanteckning.

Fas 3.

Avslutningsfasen innebär en utvärdering av rehabiliteringsinsatserna. Det är angeläget att redan i tidigt skede tillsammans med patienten tydliggöra rehabiliteringsperiodens längd så att patienten kan förbereda sig mentalt. Ett motiv till tidsbegränsning av rehabiliterings-perioden är att rehabiliteringsprocessen förutsätter målinriktat arbete och motivation hos patienten.

- Bedömning görs utifrån tidigare bedömningsinstrument och avstämning sker mot tidigare bedömning.
- Uppsatta mål följs upp och utvärderas. Patienten uppmärksammas på uppnådda förbättringar.
- Om patienten fortsätter i annan rehabiliteringsverksamhet skall rehabiliteringsplanen diskuteras med patienten vid överlämningen. Beskrivning görs av var patienten skall fortsätta sin rehabilitering och vem som ansvarar för att ta emot planen. Det skall tydliggöras vilka andra kompetenser som patienten fortsättningsvis kan komma att behöva. Ny samordnare utses.
- Dokumentera i Lifecare att patienten har rehabiliteringsplan.
- Lämna en kopia på rehabiliteringsplanen till patienten och till den verksamhet som tar över ansvaret.
- Om patienten är klar med sin rehabiliteringsperiod avslutas planen. Patienten slussas till friskträning, exempelvis patientförening. Viktigt att fånga upp patientens egna önskemål.
- Säkerställ att patienten uppfattat hur den ska agera om nya problem uppstår. Tydliggör kontaktperson, ev. fast vårdkontakt och kontaktuppgifter till den som är samordnare för patientens rehabiliteringsplan.

4.4 Rehabiliteringsplanen

Dokumentation sker i respektive journalsystem t.ex. Melior respektive PMO

4.4.1 KVA-Kodning

Enligt rekommendationer från Socialstyrelsen och [Generiska modellen](#) för rehabilitering ska följande klassifikationer användas:

AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan: Planering och framtagande av individuell skriftlig rehabiliteringsplan tillsammans med patientens och/eller dennes anhörig/närstående. Det ska finnas mål för planerade rehabiliteringsåtgärder utifrån patientens behov. Planeringen av rehabilitering ska samordnas med andra verksamheter när behov finns, men rehabiliteringsplanen kan också vara ett resultat av planering i den egna verksamheten.

AW020 och AW024 Revidering och uppföljning av rehabiliteringsplan: Båda koderna används när planen *både* revideras och följs upp.

AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan: Uppföljning eller avslut av plan som upprättats för rehabilitering.

Vid teamsamverkan ska varje profession i teamet som deltar i den samordnade planen eller upprättar en individuell plan, åtgärdskoda enligt ovan.

4.4.2 Att sätta mål, hur?

Rehabiliteringsarbete skall bedrivas utifrån mål och delmål.

Delmål skall formuleras utifrån metoden för SMARTA- mål:

- Specifikt formulerat
- Mät- och utvärderingsbart (t ex. klara att själv sätta på sig tröjan)
- Accepterat av patienten och teamet
- Realistiskt (utifrån kunskap om patientens förmåga)
- Tidsbestämt (t ex, utvärderas om fem dagar)
- Attraktivt och utmanande (roligt och motiverande). Den motiverande faktorn är det som är meningsfullt för patienten (känsla av sammanhang, KASAM)

4.5 Vad ska man tänka på vid bedömningar?

Bedömning av patienten har sin grund i International Classification of Functioning, Disability and Health, (ICF) strukturen.

I vårdprogrammet finns vägledning i hur olika bedömningar skall sorteras i rehabiliteringsplanen samt beskrivning om ICF, vilket är tillämpbart även på övriga patientkategorier.

4.6 Vad gör man om patienten inte kan medverka?

Om patienten inte själv kan medverka utformas rehabiliteringsplanen helst i samråd med dennes närstående. Denna lösning är dock inte alltid genomförbar. Teamet får då utforma rehabiliteringsplanen för patientens bästa,

och patient och närstående får göras delaktiga i efterhand genom motivering av delmål och insatser.

Om patienten kan vara något delaktig men inte kan uttrycka egna önskemål kan delmål och insatser formuleras av teamet för avstämning och samtycke av patienten och/eller närstående.

4.7 Hur gör man med patienter som har rehabiliteringsbehov men inte inom "min" vårdnivå?

Rehabiliteringen är en process och rehabiliteringsplanen ska upprättas om insatser behöver samordnas mellan vårdnivåer. Man kan påbörja en rehabiliteringsplan i slutenvården så långt man hinner, skicka den vidare och fortsätta med den i nästa vårdnivå.

4.8 Vad gör jag när jag får en patient med påbörjad rehabiliteringsplan för fortsatt rehabilitering?

Den påbörjade rehabiliteringsplanen har överförs via journal eller i pappersform från tidigare vårdgivare.

- Om påbörjad rehabiliteringsplan kommer i pappersform scannas dokumentet in i aktuellt journalsystem.
- Rehabiliteringsplanen går igenom med patienten.
- Berörda kompetenser som patienten kan ha behov av sammankallas. Den befintliga rehabiliteringsplanen uppdateras eller om målen har förändrats, upprätta en ny.
- Arbetet sker utifrån rehabiliteringsprocessen.
- Ny samordnare utses

4.9 Hur utvärderas målen?

Målen utvärderas i samråd med patienten. Måluppfyllelsen kan anges på olika sätt, t ex

- ja/nej, uppfyllt/ej uppfyllt
- mera beskrivande
- siffror (0 -ej uppnått, 1 -delvis uppnått, 2 -uppnått)

Tänk dock på att det är patientens dokument så måluppfyllelsen måste uttryckas så denne förstår vad som avses. Det kan vara av värde att notera datum för måluppfyllelse.

4.10 Hur sparas dokumenten?

- Rehabiliteringsplanen sparas som journalhandling.
- "Rehabiliteringsplanunderlag" förstörs då innehållet i underlaget finns dokumenterat i rehabiliteringsplanen.

4.11 Vilka ska ha kopior?

Patienten, och behandlare på nästa vårdnivå skall ha kopior på rehabiliteringsplanen, om patient/närstående samtycker till detta.

4.12 Hur överförs rehabiliteringsplanen?

Rehabiliteringsplanen kan mottagande verksamhet se i Melior eller PMO. Alternativt skickas planen enligt överenskommelse till mottagaren. Information om att patient har rehabplan ges även via Lifecare.

5 Referenser

Dokumentnamn
KVÅ-koder 2022, Socialstyrelsen
3 b § Hälso- och sjukvårdslagen (2000:356).
Rehabiliteringsmetodik
Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet

6 Plan för kommunikation och implementering

Kommuniceras enligt rutin för extra uppföljning. Hälsovalskontoret förmedlar informationen till privata hälsocentraler.

7 Dokumentinformation

Föreliggande version är reviderad av VO Paramedicin.