

Kompletterande vägledning till överenskommelse Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i Dalarnas län.

Vägledningen gäller Dalarnas kommuner, Region Dalarna och Hjälpmedel Dalarna.



<p>Datum 2020-06-01</p> <p>Giltigt t.o.m 2022-12-31 Beslut i Länsnätverket för förvaltningschefer 2021-09-24</p>	<p>Diarienummer</p> <p>Versionsnummer 1 Justerad anvisning avseende patientfall, 2021-07-02</p>
<p>För verksamhet Region Dalarna Dalarnas Kommuner Hjälpmedel Dalarna</p>	<p>Godkänt av Länsnätverket för förvaltningschefer Dalarna</p>

Dokumenttyp: Länsövergripande Vägledning	Dokumentnamn: Kompletterande vägledning till överenskommelse Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i Dalarnas län
Giltigt från och med: 2020-06-01	Giltigt till och med: 2022-12-31 Beslut i Länsnätverket för förvaltningschefer 2021-09-24
Ansvarig för revidering Region Dalarna, Dalarnas kommuner och Hjälpmedel Dalarna	Antagen: 2020-05-08
Version: 1 Justerad anvisning avseende patientfall 2021-07-02	Godkänd av: Länsnätverket för förvaltningschefer Dalarna
Dokumenthistorik:	Diarienummer:

Kompletterande vägledning till överenskommelse Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i Dalarnas län

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Inledning	3
Definitioner	4
Rehabiliteringsprocessen	6
Hälso- och sjukvårdsordination	6
Egenvård	6
Delegering	6
Vårdnivåer och uppdrag	7
Primärvårdsnivå	7
Regional primärvård	7
Kommunal primärvård	7
Specialiserad vårdnivå	8
Nationell högspecialiserad vårdnivå	8
Patientfall	9
Referenser	13

Inledning

Överenskommelsen "Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i Dalarnas län" har ledorden; dialog, samverkan, tillit, tydlig kommunikation och förankring om vem som gör vad. Insatser som annan huvudman ansvarar för utlovas inte."

I den här vägledningen försöker vi därför beskriva hur våra olika vårdnivåer och verksamheter ser ut inom länet och hur ansvarsfördelning och samplanering mellan olika vårdnivåer ska ske för patienten.

Rehabilitering ingår i hälso- och sjukvård och varje vårdnivå har ett rehabiliteringsansvar, tillräcklig kompetens och resurser ska finnas för uppdraget så patienten erhåller adekvat rehabiliteringsinsats så tidigt som möjligt i vårdkedjan.

De vårdnivåer som ingår är primärvårdsnivå och specialiserad nivå. På primärvårdsnivå finns vårdcentraler, primärvårdsrehabilitering och kommunens hälso- och sjukvård.

På specialiserad vårdnivå finns sjukhusens öppna och slutna vård inklusive rehabiliteringsmedicin, geriatrisk rehabilitering, habilitering, specialiserad palliativ vård, psykiatri med flera.

När hjälpmedelsförskrivning och rehabilitering på primärvårdsnivå bäst sker i hemmet är det ett ansvar för den kommunala vården. Den enskilde patienten ska då samtycka till informations-överföring mellan huvudmännen samt få information om eventuella extra avgifter som tillkommer vid kommunal vård.

Vägledningen betonar att samverkan:

- ska underlätta för patient att hitta rätt vårdgivare och inte "falla mellan stolarna". Det är vårdgivarnas ansvar att beakta patientens behov av kontinuitet
- krävs när en verksamhet inte ensam kan uppfylla patientens behov av rehabilitering och habilitering
- ska leda till att patienten uppnår en bättre rehabilitering och habilitering på ett kostnadseffektivt sätt
- ska bredda och fördjupa kunskapen om fungerande rehabilitering och habilitering

Den arbetsterapeut eller fysioterapeut som uppmärksammar behov av samplanering ansvarar för att initiera detta. Det är vårdgivarnas gemensamma ansvar att patientens behov av rehabilitering och habilitering blir uppfyllt. Väl fungerande samverkan bygger på god kännedom om varandras verksamheter och respekt för varandras uppdrag.

Ett övertagande av hälso- och sjukvårdsansvar ska alltid föregås av en samordnad vårdplanering/SIP där man är överens om att patienten ska vårdas av annan huvudman.

Initiativ till samplanering kan tas av den enskilde, samt efter samråd med den enskilde av närstående, sjukhus, vårdcentral, rehabiliteringsenhet och kommunen. Nyckelbegrepp vid samordning är riskbedömning, egenvårdsbedömning och förväntat förlopp kopplat till behov av åtgärder.

Definitioner

Hälsa- och sjukvård

åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. (T)*

Hemsjukvård

hälsa- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid. (T) Hemsjukvård sker på specialiserad och primärvårdsnivå och av både region och kommun på båda nivåerna.

Omvårdnad

Omvårdnad går som en röd tråd genom all vård. Omvårdnad innebär att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död. Med omvårdnad avses stöd och hjälp för kortare eller längre tid till personer som på grund av sitt hälsotillstånd inte själva klarar att planera eller genomföra handlingar som hör till deras dagliga liv.

Habilitering

Insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. (T)

Rehabilitering

Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. (T)

Specifik rehabilitering

Innebär riktad aktivitet, träning och behandling som utförs av arbetsterapeut och fysioterapeut. Insatserna är individuellt bedömda, målinriktade samt tidsbestämda och skiljer sig därför från ett rehabiliterande förhållningssätt som tillämpas oavsett sjukdom eller funktionsnedsättning.

Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering är att använda sig av ett rehabiliterande förhållningssätt så att den enskilde får stöd eller guidning för att kunna fortsätta vara självständig i sina dagliga aktiviteter. Ska kunna utföras av all baspersonal.

Multidisciplinärt omhändertagande

När den enskilde behöver vård, eller vård och omsorg, från personal med olika professioner och/eller kompetenser.

Multiprofessionellt team

Grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde (T)

Samordning

Koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet. (T) Vården och omsorgen är samordnad när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen, samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser.

Samverkan

Övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte. (T) Samverkan kan ske inom och mellan enheter, myndigheter och samhällsaktörer och t.ex. gälla aktivt utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter.

*(T) – Termbanken

SIP

Samordnad Individuell Plan

Vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering

SIP-modul

Del av Regionens vårdinformationssystem/ verksamhetssystem där samplanering sker genom informationsöverföring mellan huvudmännen i samband med utskrivning från slutna hälso- och sjukvård enligt lag om samordnad utskrivning från slutenvården (SUS). (Ej SIP)

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning eller säkerhet. (6 kap 2§ patientlagen).

En patient kan ha flera fasta vårdkontakter inom andra delar av vården. Oaktat detta, ska verksamhetschef inom den regionfinansierade öppna vården som mottar ett inskrivningsmeddelande utse en namngiven person vid enheten som fast vårdkontakt.

Inskrivningsmeddelande

Skriftligt meddelande från slutna vård, i SIP- modul, om att en patient har skrivits in och kan komma att behöva fortsatta insatser efter utskrivningen

Utskrivningsplanering

Informationsutbyte med ställningstagande om fortsatt behov, inklusive uppdatering i SIP modul, kring vilka åtgärder som ska ske och av vem på samma och/eller nästa vårdnivå

Utskrivningsklar

Med utskrivningsklar avses att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården.

Hemgångsklar – patienten är utskrivningsklar samt nedanstående kriterier är uppfyllda.

Patienten har fått skriftlig information innehållande: (Ur ett patientperspektiv)

1. Vad är viktigt för mig innan jag är klar för hemgång
2. Vad har hänt under vårdtiden
3. Vad händer härnäst
4. Om jag har några frågor eller om något inte fungerar - vart vänder jag mig
5. Säkerställa obruten läkemedels samt rehabiliteringskedja inklusive hjälpmedel

Vårdbegäran

Begäran om erhållande av hälso- och sjukvård (T). Skriftlig och/eller muntlig informationsöverföring I länet finns en otydlighet kring innebörden/ tolkning av vårdbegäran. Det som är viktigt är patientens rätt till säker informationsöverföring av pågående vård. Se överrapportering i överenskommelsen.

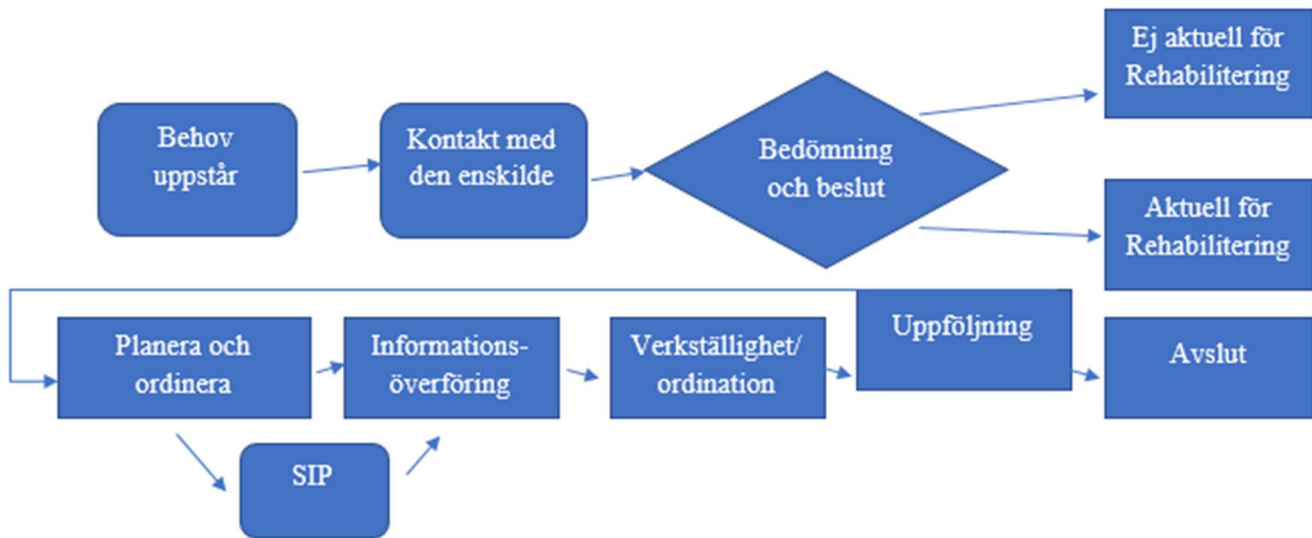
Remiss

Handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient

Epikris

Slutanteckning med en sammanfattning av vårdtiden och fortsatt planering

Rehabiliteringsprocessen



Hälso- och sjukvårdsordination

Rehabiliteringsordination kan verkställas/utföras;
som egenvård
av den legitimerade,
av annan utifrån delegering eller
av annan enbart efter instruktion

Egenvård

Egenvård är att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra aktuell hälso- och sjukvård. Egenvårdsaktiviteten som utförs är inte hälso-och sjukvård, det är däremot hälso-och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning av egenvården.

Egenvårdsföreskriften ställer krav på att hälso- och sjukvården

- gör individuella bedömningar
- analyserar riskerna
- samråder och planerar med de som berörs
- gör nya bedömningar om förutsättningarna ändras
- fastställer rutiner för samarbetet med andra aktörer, till exempel skolan
- säkerställer att ledningssystemet innehåller rutiner för egenvård

Meddelandeblad - egenvård

Delegering

Vissa åtgärder kan, efter riskbedömning, när det är säkert och till nytta för patienten utföras av annan som inte har formell men reell kompetens för uppgiften. Den som får delegering tar över ansvaret för hälso- och sjukvårdsuppgiften utifrån utbildning och skriftlig instruktion.

När uppgifter instrueras utan delegering behåller de legitimerade hälso- och sjukvårdsansvaret.

Vårdnivåer och uppdrag

Primärvårdsnivå

Hälsa- och sjukvårdsverksamhet där öppenvård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Det som kännetecknar primärvårdsnivå inom rehabilitering är bred kompetens utifrån vanligt förekommande funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar hos befolkningen. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska ha kunskap om och erfarenhet av funktionsnedsättnings- och aktivitetsbegränsningars påverkan i ett helhetsperspektiv. Förhållande till närstående och sociala nätverk samt den omgivande fysiska miljön ska vägas in.

Regional primärvård

I Region Dalarna har Vårdcentralerna rehabiliteringsansvar enligt Hälsoavtal. Vissa Vårdcentraler har egna Rehabiliteringsenheter, andra har fristående Rehabiliteringsenheter i sitt närområde som har uppdrag mot flera vårdcentraler. Dessa enheter benämns Primärvårds Rehab.

Rehabiliteringsuppdraget innebär att patienter efter bedömning ska erbjudas rehabiliteringsinsatser på mottagning. Med insatser menas utredning, bedömning, rådgivning, behandling, träning samt bedömning av arbetsförmåga. Utprovning och förskrivning av hjälpmedel och ortoser sker enligt gällande riktlinjer. Man ska även erbjuda multimodal bedömning och rehabilitering samt samordnade sjukskrivnings- och rehabiliteringsinsatser i samverkan med andra aktörer.

Fysioterapi innefattar främst problematik från rörelse-/stödjeapparaten. Förebyggande och uppföljande behandling vid operation är vanligt förekommande. Insatserna kan innebära individuell behandling och träning, gruppträning i olika former, KOL/astma skola, artrosskola, mm.

Inom arbetsterapi ingår till exempel handrehabilitering, minnesutredning, deltagande i ovanstående "skolor", vardagsrevidering, bedömning av arbetsförmåga, utprovning av hjälpmedel inför operation, mm.

Hembesök kan ske av arbetsterapeut i utredningssyfte inför diagnossättning vid minnesproblematik enligt vårdprogram.

När hembesök krävs för fortsatt rehabilitering kontaktas kommunens arbetsterapeut eller fysioterapeut för övertagande av ärende.

Kommunal primärvård

I kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar ingår insatser av arbetsterapeut- och fysioterapeut upp till och med primärvårdsnivå för:

- personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service
- personer i samband med vistelsen i dag- och daglig verksamhet
- vuxna personer under korttidsvistelse
- personer i ordinärt boende med behov av hemsjukvård och/eller hembesök.

Kommunens rehabiliterings- och habiliteringsarbete består förutom specifika insatser och information/instruktion till den enskilde till stor del av att handleda och utbilda baspersonal i rehabiliterande förhållningssätt, förflyttningar, träningsprogram och hjälpmedelshantering.

Rehabiliteringsåtgärder består ofta av enstaka besök som följs upp under kortare och längre period utifrån behov. Ansvaret att följa upp insatser, signalera nya behov eller förändringar i tillståndet ligger utifrån egenvårdsbedömning och informationsöverföring på den enskilde själv, närstående, hemtjänst eller legitimerad i Region eller kommun.

Regionen har alltid ansvaret på läkarnivå och det finns avtal om läkarmedverkan i kommunalvård.

Specialiserad vårdnivå

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i Primärvård.

Den specialiserade vårdnivån innebär vård vid sjukhusens vårdavdelningar, mottagningar och hemmet samt omfattar såväl somatik som psykiatri och habilitering.

Inom specialiserade vården har arbetsterapeuter och fysioterapeuter fördjupad kunskap om och erfarenhet av specifika diagnoser och dess konsekvenser avseende funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Specialiserad vårdnivå ansvarar även för att ge patientanknuten handledning och kunskapsöverföring till yrkeskollegor på primärvårds- och kommunal vårdnivå.

Patienter vid de specialiserade somatiska klinikerna kan till följd av sitt sjukdomstillstånd drabbas av förändrad funktions- och/eller aktivitetsförmåga som kräver en bedömning av rehabiliteringsbehovet. Sjukdomstillståndet kan vara tillfälligt/övergående eller bestående/kroniskt. Rehabiliteringsbehovet kan ha olika omfattning och varaktighet. Om rehabiliteringsbehovet har sin grund i en komplex funktionsnedsättning och nedsatt aktivitetsförmåga som kräver särskild kunskap och kompetens kring diagnos/tillstånd får patienten sin rehabilitering inom den specialiserade slutna- eller öppna vården.

Utöver den specialiserade rehabilitering som ges vid komplexa funktionsnedsättningar initieras också rehabiliteringsinsatser för patienter utan dessa komplexa behov. Det kan röra sig om mobilisering och förskrivning av hjälpmedel som underlättar för patienten att återvända till hemmet efter en slutenvårdsperiod. Uppföljning och/eller fortsatta rehabiliteringsåtgärder överlämnas då till primärvårdsnivå. Även vissa rehabiliteringsinsatser för patienter med komplexa funktionsnedsättningar kan överlämnas till primärvårdsnivå, alternativt ske parallellt på både specialiserad vårdnivå och primärvårdsnivå. I dessa fall krävs att insatserna samordnas och planeras gemensamt. Rehabilitering inom den specialiserade somatiska vården kan ske i sluten- och öppen vårdform på mottagning eller i patientens hem beroende på patientens behov.

Den specialiserade vårdnivån innefattar också habiliteringsinsatser för personer med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning.

Nationell högspecialiserad vårdnivå

Är offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. (SFS 2018:143 Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen)

Patientfall

Nedanstående vägledande patientfall ska ses som ett stöd i det praktiska arbetet.

Ansvarsfördelning i det enskilda patientfallet kan variera mellan regional- och kommunal primärvårdsnivå samt specialiserad nivå.

För vissa patienter sker hela processen inom regional- och kommunal primärvårdsnivå. I andra fall behöver samtliga steg utföras på specialiserad nivå. Ibland genomförs bedömning och planering gemensamt och genomförandet sker på ena eller båda nivåerna.

För att förenkla texterna i patientfallen, benämns "regional och kommunal primärvårdsnivå" med "primärvårdsnivå".

Habilitering

1. Man 28 år, med CP-skada, tetraplegi och svåra sväljningssvårigheter. Han bor på särskilt boende. Personal på boendet kontaktar arbetsterapeut i kommunen (primärvårdsnivå) med önskemål om en rullstol som går att fälla bakåt i matsituationen. Arbetsterapeuten är tveksam till om det är en lämplig åtgärd. Kommunen gör en teambedömning av situationen och konstaterar ett förändrat status men känner sig osäkra på fortsatta åtgärder.

Vägledning: Om statuset förändrats från det förväntade förloppet tas kontakt med primärvårdsläkaren för en eventuell ny medicinsk bedömning. Arbetsterapeuten tar kontakt med vuxenhabiliteringen (specialiserad nivå) för konsultation. Habiliteringen anser att en tvärprofessionell (tex fysioterapeut, logoped) utredning av matsituationen behöver göras och tar ansvar för bedömning och ev insatser på specialistvårdsnivå därefter överrapporteras patienten åter till arbetsterapeut inom kommun (primärvårdsnivå).

2. Man 40 år, med cerebral pares. Han har kommunikationshjälpmedlet talsyntes som nu inte går att använda och inte heller att reparera. Har nu behov av ny bedömning av kommunikationshjälpmedel. Patienten har haft mycket insatser från vuxenhabiliteringen (specialiserad nivå) tidigare.

Vägledning: Logoped på vuxenhabiliteringen (specialiserad nivå) gör bedömning och utreder behov, förskriver samt tränar hantering av kommunikationshjälpmedel med patienten.

3. Kvinna 23 år, med cerebral pares som ska opereras för hamstringsförlängning efter bedömning på habiliteringens ortopedmottagning (specialiserad nivå) där fysioterapeut medverkar. Hon bor i egen lägenhet, har beviljad personlig assistans och kontakt med habiliteringen sen länge. Hon har manuell rullstol som behöver anpassas efter operationen.

Vägledning: Diagnos i kombination med operationen kräver fördjupad kompetens. Fysioterapeut på vuxenhabiliteringen (specialiserad nivå) har kontakt med ortopedkliniken (specialiserad nivå) och förbereder, ordinerar och följer upp hjälpmedel.

4. Man 29 år med måttlig intellektuell funktionsnedsättning har haft kontakt med Habiliteringen (specialiserad nivå). Han bor i eget boende med personliga assistenter. Inga behov av insatser från Habiliteringen har funnits under flera år och kontakten med Habiliteringen kommer att avslutas. Mannen har en trehjulig cykel som av fysioterapeut bedöms fungera bra och ingen vidare uppföljning behöver göras.

Vägledning: Hjälpmedel förs över till vårdcentral, primärvårdsnivå. Mannen vänder sig till vårdcentralen vid behov av vårdkontakt.

Uppstår förändrat vårdbehov så kontaktar primärvården habiliteringen

5. Man 50 år med Downs syndrom har kontakt med Habiliteringen. Han bor på ett gruppboende. Han har ett problemskapande beteende, tex går in till grannen på natten.

Vägledning: Psykolog från Habiliteringen (specialiserad nivå) informerar personalen på gruppboendet om diagnos och beteendeproblematik samt kartlägger mannens beteenden.

Arbetsterapeut (eller hela team) från kommunen (primärvårdsnivå) medverkar och kartlägger eventuella behov av strukturhjälpmedel och larm.

Psykiatri

1. Kvinna 50 år, med långvarig ångestproblematik, depression, bipolär sjukdom, fibromyalgi och whiplashskada. Förutom läkarkontakt på vårdcentral (primärvårdsnivå) har hon läkarkontakt inom öppenpsykiatri (specialiserad nivå). Hon har via biståndsbeslut daglig kontakt med kommunens boendestödjare. Hon söker nu fysioterapeut på rehabmottagning (primärvårdsnivå) för smärta.

Vägledning: Fysioterapeuten träffar patienten och identifierar ett behov, kallar berörda verksamheter till möte om samordning av insatser (enligt SOSFS 2008:20) /SIP där man utifrån problematik och behov av insatser avgör vem som gör vad och i vilken ordning det görs.

2. Kvinna 24 år, med autismdiagnos. Bor i egen lägenhet och arbetstränar deltid på bibliotek. Problem med tidsuppfattning och sömn. Boendestödjare 2ggr/v för stöd till struktur samt för handling och matlagning. Genom sin kontakt med arbetsterapeut inom psykiatri (specialiserad nivå) har hon förskrivits Memo Dayplanner som hon tränat på att använda och med stöd av boendestöd planerar hon sin vecka.

Vägledning: Kvinnan har inga planerade eller pågående behandlingskontakter på psykiatrimottagningen (specialiserad nivå) varför hon förs över till vårdcentralen (primärvårds nivå) och därmed också hennes hyreshjälpmedel.

3. 35-årig man med komplex problematik, PTSD, ångest och smärtproblematik vilket ger honom stora kognitiva svårigheter framför allt minnesproblematik. Olika behandlingsförsök har provats men utan framgång, som minnesstöd förskrivs han ett fickminne Milestone.

Vägledning: Mannen har inga planerade eller pågående behandlingskontakter på psykiatrimottagningen varför han förs över till primärvården (region) och därmed också hans hyreshjälpmedel.

4. Kvinna 32 år, med autism, ADHD, lindrig intellektuell funktionsnedsättning och ångest. Kvinnan har också svåra självskadebeteenden. Hon bor på ett serviceboende och går på daglig verksamhet (primärvårds nivå) två dagar i veckan. Hon har vid flertalet tillfällen varit inlagd för slutenvård inom psykiatri (specialiserad nivå). Hon har svårt med tid och struktur och blir stressad när hon inte vet när saker ska hända. Hon har också svårt för okända personer.

Vägledning: Samordnade insatser behövs från vårdcentral (primärvårdsnivå), kommun (primärvårdsnivå), psykiatri (specialiserad nivå) och habilitering (specialiserad nivå). SIP hålls för att göra en gemensam planering.

Somatik

1. Man 52 år, med förvärvad hjärnskada sedan fem år tillbaka. Mannen bor i egen lägenhet och har beviljad personlig assistans. Han har haft kontakt med kommunen (primärvårdsnivån) tidigare angående bland annat intyg för behov av bostadsanpassning. God man kontaktar öppenrehab (specialiserad nivå) för att mannen behöver hjälp med att kommunicera samt att duschstolen inte fungerar optimalt. Då mannen har bedömts ha en betydande bestående funktionsnedsättning tillhör han öppenrehabiliteringens (specialiserad nivå) målgrupp.

Vägledning: Då gruppen med personlig assistans inte är växlat till kommunen i hemsjukvårdsavtalet så är grunden att den fasta vårdkontakten med kännedom om patientens alla vårdkontakter kallar till SIP.

Öppenrehabiliteringens arbetsterapeut och logoped (specialiserad nivå) gör en tvärprofessionell utredning av kommunikation och förskriver kommunikationshjälpmedel som prövas och utvärderas. Efter samtycke med patienten kontaktar öppenrehabilitering primärvården angående patientens hyggsituation. Eftersom hyggsituationen i det här fallet inte kräver specialistkompetens görs åtgärderna på såväl specialiserad- som primärvårdsnivå.

2. Kvinna 75 år, som drabbats av stroke med funktionsnedsättningar av den grad att särskilt boende krävs. Får avancerad andningsbehandling på sjukhuset, vilket behövs även efter utskrivning. Vid samordnad vårdplanering görs detaljerad planering utifrån fortsatta vård- och omsorgsbehov inför flytt till särskilt boende. Andningsbehandling kan utföras på primärvårdsnivån. Behandlingen är inte vanligt förekommande inom kommunal hälso- och sjukvård.

Vägledning: Fysioterapeut på sjukhuset (specialiserad nivå) behåller behandlingsansvaret och utbildar kommunens fysioterapeut/ eller sjuksköterska (primärvårdsnivå) samt delegerar/instruerar handhavande till baspersonal inför utskrivning. Kommunens legitimerade följer upp utifrån vårdplan och instruktioner samt kontaktar den specialiserade vården vid behov. Uppföljningsansvar och kostnadsansvar ligger kvar på specialiseradnivå

3. Kvinna 70 år, har ramlat och fått en komplicerad radiusfraktur som opererats. På ortopedmottagningen (specialiserad nivå) görs avgipsning och rörelseträning påbörjas. Ödembehandling inklusive förskrivning av kompressionshandske görs. Vid utskrivning från sjukhuset (specialiserad nivå) finns fortsatt behov av rörelseträning och ödembehandling.

Vägledning: Arbetsterapeut på ortopedmottagning (specialiserad nivå) överrapporterar till arbetsterapeut inom vårdcentral (primärvårdsnivå). Överrapportering innehåller bedömning och aktuellt träningsprogram. Om det finns behov kontaktar arbetsterapeut på primärvårdsnivån kollega på specialiserad nivå såväl initialt för mer information som senare under rehabiliteringsperioden.

4. Kvinna 80 år med kognitiv svikt. Läkare på vårdcentral har bedömt att en basal minnesutredning ska göras. Skickar ärendet till sköterska på vårdcentral som kontaktar arbetsterapeut för att göra minnesutredning. Utredningen ligger till grund för att läkaren ska kunna sätta diagnos. Under utredningen framkommer att patienten skulle kunna vara hjälpt av kognitivt stöd för att underlätta i vardagen.

Vägledning: Om hjälpmedel behöver provas ut och följas upp i hemmet kontaktas arbetsterapeut inom primärvård (kommun) via telefon eller via vårdbegäran. Patienten har gett sitt samtycke till att kontakt med kommunal primärvård får göras.

5. Man 75 år ringer till primärvårdsrehabilitering/vårdcentral (primärvårdsnivå) då han har problem med att gå utomhus. Han har ryggproblem och klarar endast att gå korta sträckor utomhus men skulle gärna vilja och behöva gå längre sträckor. För att det ska vara möjligt behöver han kunna sätta sig och vila under promenaden. Han har dessutom diabetes så han behöver röra på sig mer än vad han gör idag. Rollatorn är för utomhusbruk. Patienten kan ta sig till vårdcentralen/primärvårdsrehabilitering för utprovning.

Vägledning: Primärvårdsrehabilitering/vårdcentral bokar tid för bedömning av gångförmåga och adekvata åtgärder.

6. Kvinna 53 år, som ådragit sig stabil bäckenfraktur, distal lårbensfraktur med engagemang av höger knäled samt vänster fotledsfraktur. Opererad distal lårbensfraktur med märgspik med efterföljande behandling med knäortos samt opererad fotledsfraktur med efterföljande gipsbehandling i 6 veckor. Får initialt inte belasta höger ben. Patienten är i behov av kontinuerlig uppföljning hos ortoped (specialiserad nivå) tills påbörjad läkning är bekräftad på röntgen.

Vägledning: Initial rehabiliteringsfas kräver samarbete mellan ortoped och fysioterapeut på specialiserad nivå. Fysioterapeut på sjukhuset (specialiserad nivå) sköter rehabiliteringen så länge patienten är i behov av kontinuerlig uppföljning hos ortoped. När patienten inte längre är i behov av tät uppföljning hos ortoped överrapporterar patienten till fysioterapeut på primärvårdsnivå. Vid behov konsulterar fysioterapeut på primärvårdsnivå sin kollega på sjukhuset.

7. Kvinna 86 år, kognitiv svikt, inlagd i slutenvården efter en övre humerusfraktur som behandlas konservativt med collar´n cuff. kvinnan bor på särskilt boende. I information från särskilda boende framkommer att kvinnan tidigare klarat sig utan hjälpmedel. Specialiserad vårdnivå kartlägger aktivitet- och funktionsförmåga och initierar träningsprogram, behandlingsregim och restriktioner som överförs till kommunens fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska (primärvårdsnivå)

Vägledning: Rehabiliteringsplan upprättas och har förmedlats till fast vårdkontakt(primärvård) i SIP modul. Kommunens fysioterapeut(primärvårdsnivå) har bekräftat överrapportering och utför åtgärder enligt rehab-/vårdplan. Vid komplikationer kontaktas specialiserad nivå.

8. Man 70 år som efter en bilolycka drabbats av fler komplicerade frakturer. Efter en rehabiliteringsperiod på rehabiliteringsavdelning (specialiserad nivå) och period med hemrehabiliteringsteam från specialiserad vårdnivå sker SIP i hemmet och rehabiliteringsansvaret övergår till kommunen (primärvårdsnivå). Efter ytterligare någon månad är mannen återställd och de kommunala vårdinsatserna avslutas.

Vägledning: Vid SIP i hemmet medverkar fast vårdkontakt från vårdcentralen (primärvårdsnivå) Vid avslut av ärendet i kommunalvård (primärvårdsnivå) sker överrapportering till vårdcentralen (primärvårdsnivå)

9. Kvinna med Parkinsondiagnos vårdas (specialiserad nivå) på grund av nedsatt allmäntillstånd, är motoriskt orolig och teamet överväger skyddsåtgärd i form av sänggrind med grindskydd nattetid då inställning av läkemedel pågår. Patienten samtycker till skyddsåtgärden.

Vägledning: Under vårdtiden mottas information om hur det ser ut i hemmet från hemsjukvården (primärvårdsnivå) där patienten är känd sedan tidigare. I samråd bestäms att förskrivning av reglerbarsäng ska göras. Slutenvården förskriver och beställer transport till patientens hem. Kommunens primärvård mottar och följer upp rehabiliteringsplan utifrån förskrivning och andra planerade åtgärder i hemmet. Skydd- och begränsningsåtgärder följs upp enligt särskild upprättad plan.

10. Man 82 år som har vårdats en tid i slutenvården. Under vårdtiden har patienten varit i behov av reglerbar säng och flera av sängens funktioner på grund av bland annat nedsatt förflyttningförmåga. Inför utskrivningsplaneringen förbättras patientens status och arbetsterapeut/fysioterapeut bedömer att förflyttningförmågan klart förbättrats men att viss nedsättning kvarstår. I nuläget ej längre i behov av reglerbar säng. Rehabplan utifrån förflyttningförmåga upprättas.

Vägledning: Arbetsterapeut/fysioterapeut i slutenvården (specialiserad nivå) överrapporterar via SIP- modulen till kommunens rehabilitering (primärvårdsnivå). Överrapporteringen innehåller rehabplan samt önskemål om fortsatt utredning av förflyttningförmåga i och ur säng i det egna hemmet. Kommunens rehabilitering bokar hembesök för uppföljning och utredning av eventuell anpassning av säng i det egna boendet.

11. Anhörig till en kvinna på 80 år ringer till Primärvårdsrehab/vårdcentralen. Anhörig upplever att kvinnan har svårt att ta sig fram inomhus. Kvinnan har yrsel och håller sig i väggarna då hon går i bostaden. Hon har varit nära att ramla flera gånger men då lyckats att parera. I dagsläget efterfrågar anhöriga en inomhusrollator då hon också behöver kunna få med sig något då hon förflyttar sig mellan rummen. Personen är inte känd på primärvårdsrehab innan.

Vägledning: Arbetsterapeut/ fysioterapeut på Primärvårdsrehab/vårdcentral kontaktar kommunens primärvård alternativt lämnar telefonnummer och ber anhörig att kontakta dem för bedömning och ev. utprovning. Det kan finnas behov av andra insatser i hemmet för kvinnan.

Referenser

- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)
- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)
- Patientlagen (SFS 2014:821)
- Samordnad individuell plan (SIP)
- SUS, Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS2017:612)
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20)
- Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)
- Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Dalarnas län
- Överenskommelse mellan kommunerna i Dalarna och Region Dalarna om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning
- Ättestupa eller folkhälsomål – Ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering