



2011-04-13

Vv 172/2010

Rev. 2011-10-04, 2011-11-29, 120214

Riktlinje för rehabilitering i hemmet Örebro kommun

P R O G R A M
P O L I C Y
R I K T L I N J E
H A N D L I N G S P L A N









Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Syfte	3
Grundkomponenter	3
Definition av rehabilitering	4
Rehabiliterande förhållningssätt	4
Specifik rehabilitering.....	4
Vardagsrehabilitering.....	4
Teamet	5
Teamträffar	6
Individuell vård och omsorgsplanering.....	6
Samordnare för rehabilitering	7
Utvärdering	7
Gemensam kompetensutveckling	7
Rutiner för Rehabilitering i hemmet i Örebro kommun	8
Förslag till arbetssätt	8
Förslag till gemensam kompetensutveckling	9
Uppdrag/arbetsbeskrivning för samordnaren.....	10
Fallbeskrivning utifrån ett rehabiliterande arbetssätt	11
Ärendegång vid instruktioner från sjukgymnast till kommunal omvårdnadspersonal	13

Beslutad av Ledningsgrupp Vård och Omsorg 2011-11-30.

-  PROGRAM/PLANER uttrycker värdegrund och önskvärd utveckling av verksamheten inom Örebro kommun.
-  POLICY uttrycker ett värdegrundsbaserat förhållningssätt för arbetet i Örebro kommun.
-  RIKTLINJE säkerställer ett riktigt agerande och en god kvalitet vid handläggning och utförande i Örebro kommun.
-  HANDLINGSPLAN anger strategier och konkreta åtgärder för att nå den politiska viljeinriktningen och fastställda mål på olika nivåer i organisationen.



Bakgrund

Kommunen har att vänta sig en åldrande befolkning med ett ökat behov av vård och omsorg. För att ta hand om de äldre på ett optimalt sätt bör kommunens resurser samordnas och organiseras mer målinriktat och meningsfullt. Att förebygga, bibehålla eller återställa de äldres funktions- och aktivitetsförmåga kan fördröja behovet av ökad hemvård. Rehabilitering är en verksamhet som kräver integrerade och samordnade hälso- och sjukvårds samt socialtjänstinsatser, i synnerhet den rehabilitering som sker i hemmiljö.

Sedan september 2005 har rehabilitering i hemmet förekommit i projektform inom olika hemvårdsområden i Örebro kommun. Genom att i projektform pröva detta arbetssätt för rehabilitering har man funnit en framkomlig väg att erbjuda rehabilitering i hemmet till brukare, implementera ett rehabiliterande förhållningssätt hos hela teamet samt att utveckla rutiner i det praktiska arbetet. Projekten har medfört en rad olika vinster, såsom ökad aktivitets- och funktionsförmåga, ökad livskvalitet och delaktighet för de äldre. Därutöver har arbetssättet i projekten visat sig ge ekonomiska vinster i form av minskad vårdtyngd, utvecklat teamarbete mellan olika yrkeskategorier och rutiner för arbetet med rehabilitering. Det har också medfört en ökad medvetenhet hos all personal om vad rehabilitering inom hemvården innebär. Sedan 2010 är rehabilitering i hemmet en del av den ordinarie verksamheten.

Syfte

Att ge alla brukare som har omvårdnadsinsatser av kommunens hemvård ökade möjligheter att klara det dagliga livet i ordinarie boende så självständigt som möjligt.

Att med stöd av arbetsterapeut och sjukgymnast utveckla och bibehålla ett rehabiliterande förhållningssätt i teamet.

Grundkomponenter

Grundkomponenterna för en fungerande hemrehabilitering är en gemensam känd definition, värdegrund och beskrivning, rutiner, riktlinjer, och arbetsmetoder som stödjer brukarperspektivet. Framförallt är det viktigt med ett arbetssätt där alla funktioner och professioner finns i ett gemensamt sammanhang, d.v.s. team. En helhetssyn kan aldrig innehas av bara en profession då det handlar om ett genuint samarbete i en fungerande dialog med brukaren (Månsson M, 2007). Varje profession bidrar med sin kunskap för att nå resultat i rehabiliteringen tillsammans med brukaren.



Definition av rehabilitering

Insatser som skall 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 (SOSFS 2007:10).

Verksamheten i hemvården i Örebro kommun ska präglas av ett rehabiliterande förhållningssätt. Genom teamets samordnade insatser ges brukaren utifrån dennes önskemål och behov möjlighet att förbättra/bibehålla sin aktivitetsförmåga genom specifik rehabilitering och/eller vardagsrehabilitering.

Rehabiliterande förhållningssätt

I rehabiliteringsarbetet liksom i allt annat vårdarbete behövs ett professionellt förhållningssätt från personalens sida. Den professionella yrkesutövaren strävar alltid efter att sätta den som ska rehabiliteras och dennes behov främst. Utgångspunkten i ett rehabiliterande förhållningssätt ska vara att ha en stödjande och inte en hjälpende inriktning. Brukaren ska stimuleras och motiveras samt tillåtas egen och självständig aktivitet. Det är brukarens behov, egna resurser och vilja som ska styra målen för rehabilitering. Brukaren ska vara i centrum (Holm A, Jansson M, 2001 och Månsson M, 2007).

Specifik rehabilitering

Specifik rehabilitering är arbetsuppgifter och insatser som utförs och ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Specifik rehabilitering är relaterad till och kräver kunskap om människans normala funktioner, den aktuella sjukdomen, skadan och den behandling och träning som utvecklar, återvinner och bibehåller funktions- och aktivitetsförmågan. Specifik rehabilitering utförs av hälso- och sjukvårdspersonal såsom arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska. Vid överlåtelse av arbetsuppgifter till undersköterska/vårdbiträde sker detta genom instruktion och delegering.

Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering eller allmän rehabilitering är oberoende av sjukdom och kan utföras av all personal. Arbetet utgår från ett rehabiliterande förhållningssätt. Planering och utförande sker på ett sådant sätt att brukaren ges möjlighet att bibehålla funktions- och aktivitetsförmågan (Månsson M, 2007). Att brukaren får fortsätta göra de delar i aktiviteten som han eller hon klarar av, t.ex. att få göra egna val som att få komma fram till garderoben och välja kläder själv eller få fundera på vad man vill ha till frukost och få frågan (även om vi som personal vet vad han/hon brukar äta). Andra exempel är att brukaren ska få försöka resa sig själv innan han/hon får hjälp samt att kunna sträcka sig efter handduken eller åtminstone hinna tänka att han/hon behöver handduken.



Teamet

Enligt Nationalencyklopedin betyder team mindre grupp som samarbetar i bestämt syfte. Det är därför viktigt att skapa mindre och mer sammansvetsade team som arbetar mot målen för rehabilitering. All personal inom den kommunala hälso- och sjukvården ska samverka i sin arbetsgrupp och mellan arbetsgrupper samt med andra yrkeskategorier, verksamheter och organisationer utifrån den gemensamma värdegrunden.

Respektive yrkeskategoriers bedömning och iakttagelser bildar inte bara grunden för planeringen av brukarens rehabilitering utan ger också information som styr övriga teammedlemmars insatser. God kommunikation är viktigt för att ett teamarbetet skall fungera.

I teamet ingår nedanstående yrkeskategorier. Även patientansvarig läkare finns tillgänglig för konsultation/behandling.

Omvårdnadspersonal

Undersköterskan/vårdbiträdet har till uppgift att stödja, uppmuntra och motivera brukaren till egen aktivitet. Utföra av arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska instruerade rehabiliteringsinsatser. Initiera, ta ansvar för och medverka vid individuella vård- och omsorgsplaneringar. De har också ett ansvar som kontaktperson enligt Örebro kommuns riktlinjer.

Arbetsterapeut

Arbetsterapeutens uppgift i teamet är att bedöma, stödja och träna de förmågor brukaren önskar och har behov av för att klara sina vardagliga aktiviteter. Arbetsterapeuten kan genom utprovning av hjälpmedel och förändringar i miljön öka förutsättningarna för rehabilitering. Målet är att bibehålla eller förbättra brukarens självständighet i vardagen. Vid behov medverkar arbetsterapeuten vid individuella vård- och omsorgsplaneringar samt handleder och inspirerar omvårdnadspersonalen i arbetet med vardagsrehabilitering. Vid behov instruera omvårdnadspersonalen att utföra vardagsrehabilitering och specifik rehabilitering.

Sjukgymnast

Sjukgymnasten har till uppgift att bedöma, behandla/träna och stödja brukaren så denne kan bibehålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som brukaren behöver i sin vardag. Vid behov medverkar sjukgymnasten vid individuella vård- och omsorgsplaneringar samt handleder och inspirerar omvårdnadspersonalen i arbetet med vardagsrehabilitering. Vid behov instruera omvårdnadspersonalen att utföra vardagsrehabilitering och specifik rehabilitering.

Sjuksköterska/Distriktssköterska

Sjuksköterskan har till uppgift att bedöma vilka förutsättningar brukaren har utifrån sjukdom eller skada att klara av rehabiliteringen. Identifierar specifika behov och iakttar svaren på behandlingen som påverkar brukarens rehabilitering. Vid behov



medverkar sjuksköterskan vid individuella vård- och omsorgsplaneringar. Sjuksköterskan instruerar/delegerar omvårdnadspersonal att utföra allmän och specifik omvårdnad.

Enhetschef

Enhetschefen för hemvårdsgruppen ansvarar för implementeringen av ett rehabiliterande arbetssätt. Detta innefattar bl a ett ansvar att skapa förutsättningar i form av utrymme, struktur och rutiner som stödjer det rehabiliterande arbetssättet. De ska leda och motivera omvårdnadspersonalen i arbetet med vardagsrehabilitering samt vid behov delta vid individuella vård- och omsorgsplaneringar.

Biståndshandläggare

Biståndshandläggarens uppgift i teamet är att ta emot ansökan och utreda brukarens behov av insatser enligt Socialtjänstlagen (4 kap 1-2 §). Biståndshandläggaren fattar ett beslut om omsorg. Brukaren ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå och biståndet ska utformas så att det stärker möjligheten att leva ett självständigt liv. Utredningsarbetet ska präglas av ett rehabiliterande förhållningssätt. Uppföljning sker gentemot verkställighet 40 dagar efter fattat omsorgsbeslut och utvärdering ska ske inom ett år. Skulle brukarens behov förändras till att vara större än vad omsorgsramen säger ska biståndshandläggaren få kännedom om detta från verkställigheten för att kunna utreda de förändrade behoven.

Teamträffar

Teamträffarna syftar till att:

- Förbättra samarbete, kommunikation och informationsutbyte mellan olika yrkeskategorier i teamet runt brukaren.
- Möjliggöra och utveckla arbetet med de individuella vård och omsorgsplanerna och kontaktmannaskapet.
- Vara ett tillfälle för reflektion, stöd, handledning, problemlösning, utveckling av kunskaper och ett utbyte av idéer.

Genom ovanstående punkter och det gemensamma synsättet bidrar teamträffarna till att brukarna ska få en god omvårdnad och rehabilitering.

Individuell vård och omsorgsplanering

Vid upprättande av en individuell vård- och omsorgsplan ges brukaren möjlighet att framföra egna önskemål och påverka vad, hur och när insatserna ska utföras. Det är en förutsättning att brukaren är delaktig vid upprättandet. Fokus i planeringen är brukarens individuella behov och önskemål. Ett fungerande



samarbete mellan olika yrkesgrupper (teamet) är viktigt för att planeringen ska falla väl ut. Samtliga yrkeskategorier har ansvar för att informera brukaren om att det förs en dialog i teamet utifrån brukarens behov, förutsättningar och vilja. Detta för att kunna erbjuda brukaren en så god vård och omsorg samt rehabilitering som möjligt. Ett rehabiliterande förhållningssätt ska genomsyra hela vårdplaneringsprocessen. Målen ska styras utifrån brukarens vilja och behov.

Se vidare i ”Riktlinje för Individuell vårdplanering och individuella vård och omsorgsplaner” samt de lokala rutiner respektive enhet har.

Samordnare för rehabilitering

En samordnare för rehabilitering ska finnas i varje område inklusive intraprenader i Örebro kommun.

Utvärdering

Brukarens aktivitetsförmåga bedöms vid tre tillfällen av arbetsterapeut. ADL-taxonomin används som bedömningsinstrument. Detta för att utvärdera hur brukarens aktivitetsförmåga förändrats genom både specifik rehabilitering och vardagsrehabilitering

ADL-bedömning som registrerats i FSA-dis (dataprogram) sammanställs halvårs- och årsvis per hemvårdsområde och kommun. Bedömningen redovisas på individnivå och på gruppnivå.

Gemensam kompetensutveckling

Kompetensutveckling vad gäller rehabiliterande förhållningssätt och teamarbete ska återkommande ingå i respektive yrkeskategoriers kompetensplan/stege. Detta visar tydligt att det ingår i arbetsuppgifterna för alla yrkeskategorier.



Bilaga 1

Rutiner för Rehabilitering i hemmet i Örebro kommun

Förslag till arbetsätt

Den första kontakten

Biståndshandläggare, sjuksköterska/distriktssköterska och arbetsterapeut deltar i vårdplanering, eller får rapport från vårdplaneringsteamet (som är placerat på sjukhuset) där brukarens behov av rehabilitering aktualiseras. Alternativt lyfter någon yrkeskategori i teamet fram brukare som har ett behov av rehabilitering, exempelvis på en teamträff. Då biståndshandläggaren träffar brukaren och ev. anhöriga för utredning och bedömning, ges information om möjligheten till rehabilitering i hemmet för att bibehålla eller förbättra sina förmågor. Även personalen från dagvård och dagrehabilitering påtalar behovet av fortsatt rehabilitering i hemmiljön för att bibehålla den aktivitets- och funktionsförmåga som erhållits.

Den första kontakten är viktig för att brukaren ska känna förtroende för teamet. Det är viktigt att brukaren och anhöriga får tydlig information om rehabilitering i hemmet och vilka möjligheter som finns. En kortfattad informationsbroschyr kan lämnas till brukaren.

Bedömning av aktivitetsförmåga

När en ny brukare aktualiseras gör arbetsterapeuten ett besök hos brukaren. Då görs en bedömning av brukarens förmåga att utföra vardagliga aktiviteter i hemmet. Som bedömningsinstrument används ADL-taxonomin (Sonn U, Törnquist K, 2001). ADL-bedömningen dokumenteras i journal samt registreras i systemet FSA-dis (www.ilab.se/Produktblad/FSADis.pdf). Anledningen till att bedömningen registreras i FSA-dis är att det systemet ger en mycket bra och överskådlig bild på brukarens aktivitetsförmåga och det är lätt att se förändringar över tid.

Utvärdering

Brukarens aktivitetsförmåga bedöms vid tre tillfällen av arbetsterapeut. ADL-taxonomin används som bedömningsinstrument. Bedömningen sker då rehabiliteringen påbörjas, efter 3 månader samt efter 6 månader. Detta för att utvärdera hur brukarens aktivitetsförmåga förändrats genom både specifik rehabilitering och vardagsrehabilitering

Individuell vård och omsorgsplanering

Samtliga yrkeskategorier kan initiera samt kalla till vårdplanering och tillsammans med brukaren upprätta en individuell vård och omsorgsplan. Vårdplaneringen



innebär att brukaren, ev. anhöriga, kontaktpersonen, sjuksköterskan och arbetsterapeuten träffas för att tillsammans sätta upp mål och planera insatser utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Sjukgymnast och enhetschef deltar vid behov. Den individuella vård och omsorgsplanen ska innehålla dokumentation som svarar på frågorna: Vad ska utföras? Hur ska det utföras? När ska det utföras? Vård och omsorgsplanen ska garantera att insatserna blir utförda på ett likartat sätt oavsett vem som utför dem. Vård och omsorgsplanen ska kontinuerligt uppdateras efter förändringar. Samtlig dokumentation ska vara tillgänglig för brukaren och hemvårdspersonalen hemma hos brukaren, kontaktpersonen ansvarar för att hålla denna aktuell.

Regelbundna träffar (teamträff)

Teamträffar hålls en gång i veckan på bestämd dag och tid. Enhetschef, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och sjuksköterska ska delta vid teamträffarna. Sjukgymnast och omvårdnadspersonal från natten deltar vid vissa inplanerade träffar. Inför teamträffen stämmer respektive yrkeskategori av sina insatser med brukaren. De ansvarar också för att återkoppla till brukaren för vidare planering utifrån brukarens behov, förutsättningar och vilja.

En av omvårdnadspersonalen ansvarar för dokumentation i journal. För att utveckla samverkan och följa rehabkedjan kan personal från dagvård/dagrehab samt geriatriska rehabteamet vid behov bjudas in till teamträffar.

En fast dagordning ger struktur och bör användas vid teamträffarna med förslag på följande punkter:

- Uppföljning av föregående teamträff.
- Genomgång av aktuella vård och omsorgsplaner med genomförandeplan.
- Nya aktuella brukare.
- Övriga frågor.
- Planering inför nästa träff.
- Avvikelser

Förslag till gemensam kompetensutveckling

Nedan följer ett förslag, utarbetat i samråd med Kompetenscentrum, till kompetensutveckling inom området rehabilitering i hemmet.

Kompetensutvecklingen ska ha sin utgångspunkt i den individuella medarbetarens/teamets behov.

Grundnivå

Rehabilitering i hemmet innebär; introduktion för alla i teamet av arbetssättet. Tidsåtgång; halvdag. Utbildare bör vara samordnare för rehabilitering med



processledareutbildning. Nyanställda får en introduktion om grunderna i ett rehabiliterande arbetssätt. Detta bör ske under det första året, dock inte direkt i övrig introduktionsutbildning.

Studiematerial "Aktivitet och självständighet" riktar sig till personer i arbete med vardagsrehabilitering. Studie-/reflektionscirkel ska öka förståelsen för brukarens behov av meningsfullt innehåll i vardagen. Ge en möjlighet att gemensamt reflektera över förhållningssättet i arbetet. Samt fördjupa kunskapen om vardagsrehabilitering. Tidsåtgång; 7 tillfällen a'2 timmar.

Fördjupningsnivå

Teamets betydelse för brukare; utveckling av arbetsmetoder för en gemensam bedömning av brukarens resurser och behov. Att upptäcka varandras kompetens och hur man inbördes kompletterar varandra. Ett tillfälle för teamet att utveckla kunskaper i teamsamverkan.

Uppdrag/arbetsbeskrivning för samordnaren

- Tillsammans med enhetschef, stötta arbetsterapeuterna i arbetet med att förankra och utveckla det rehabiliterande förhållningssättet i teamet. Viktigt är att fokusera på vardagsrehabilitering och att alla teammedlemmar har ett ansvar. Påminna om vikten av utvärdering för att kunna visa på effekten av rehabiliteringen.
- Samordna utvärderingen på halvårs/årsbasis i samband med delårsrapport/verksamhetsberättelsen. Varje arbetsterapeut ansvarar för att utföra och dokumentera ADL-bedömning samt föra ner dessa uppgifter i det gemensamma dokumentet. Samordnaren sammanställer detta material till utvärderingen på årsbasis.
- Delta/vara sammankallande till "lokal arbetsgrupp" för rehabilitering inom det egna hemvårdsområdet enligt lokal rutin. Syftet med denna grupp är att hålla arbetet med rehabilitering levande.
- Delta i beredningsgrupp för rehabilitering i hemmet tillsammans med övriga samordnare i kommunen inom Vård- och omsorg som en representant från det egna hemvårdsområdet. I beredningsgruppen, som träffas regelbundet, deltar även områdeschefer, enhetschefer för samordnare/arbetsterapeuter och medicinskt ansvarig arbetsterapeut (MAR). Beredningsgruppens uppdrag är att bereda ärenden inom området rehabilitering i hemmet till Vård- och omsorgs ledningsgrupp. Beredningsgruppen bör också, genom omvärldsbevakning inom aktuellt område, driva på fortsatt utveckling av rehabilitering i hemmet. Vid behov informera ledningsgrupp och politiska nämnder. Samordnare sprider information från beredningsgrupp till arbetsterapeuter inom det egna hemvårdsområdet.



Bilaga 2

Fallbeskrivning utifrån ett rehabiliterande arbetssätt

Arbets sättet består av både specifik rehabilitering och vardagsrehabilitering. Nedan följer en fallbeskrivning där exempel på åtgärder i form av både specifik rehabilitering och vardagsrehabilitering ges.

Knut är en 70-årig man som skrivits ut från sjukhuset efter en stroke. Stroken medförde en försvagning av hans vänstra sida samt svalgparens. På sjukhuset gjordes en vårdplanering, där Knut fick information om rehabilitering i hemmet. Vid hemgång mötte personal från hemvården samt arbetsterapeut upp. Knut bor ensam i lägenhet och har stöd av kommunens hemvårdspersonal fyra gånger per dag. Knut är rullstolsburen, men kan resa sig upp med tillsyn och sedan gå en kortare sträcka med stöd av gåbock. Han har svårigheter att äta och dricka och sätter lätt i halsen. Han känner sig ensam och isolerad, eftersom han har svårt att ta sig ut ur lägenheten.

Två kontaktpersoner utses ur hemvårdspersonalen. Efter några dagar gör teamet ett hembesök där man tillsammans med Knut upprättar en individuell vård- och omsorgsplan. De mål som sätts upp i planen kommer sedan att följas upp efter ca tre månaders träning. Den specifika träningen utförs sedan i hemmet två gånger per vecka, ibland gemensamt och ibland av sjukgymnast och arbetsterapeut var för sig. Sjuksköterskan gör en bedömning av sväljförmågan och behov av specifik kost. Hemvårdspersonalen som träffar Knut flera gånger per dag involveras i behandling och träning som utförs dagligen. Det är viktigt att alla jobbar på samma sätt för att träningen ska ge effekt och målen kunna uppfyllas.

När det gäller den specifika rehabiliteringen så gör **arbetsterapeuten:**

- en hjälpmedelsutprovning som startar direkt brukaren kommer hem (toalettförhöjning, duschstol, förhöjningsklossar till sängen och en arbetsstol)
- ADL-bedömning
- Träning av olika vardagliga aktiviteter såsom frukostträning, på- och avklädning och personlig hygien
- förflyttningar till och från elrullstol övas samt körteknik med elrullstolen.

När det gäller den specifika rehabiliteringen så gör **sjukgymnasten:**

- en funktionsbedömning av rörlighet och styrka samt tittar på olika förflyttningar
- gåträning med stöd av gåbock
- balansträning



- träning för ökad uthållighet genom att trampa manuped
- ett träningsprogram för rörlighet av arm och ben på den svagare sidan sätts samman

En stor del av träningen handlar om förflyttningar och där jobbar arbetsterapeuten och sjukgymnasten mycket nära varandra eftersom det både handlar om aktivitet och fysisk funktion. Förflyttningar som tränas är i och ur säng, uppresningsteknik, förflyttningar mellan rullstol och toalett/stol/elrullstol.

När det gäller den specifika omvårdnaden gör **sjuksköterskan**:

- en bedömning av graden av sväljningssvårighet
- en bedömning av behovet av speciell kost
- instruerar hur man kan underlätta intag av mat och vätska
- utför och instruerar munvård vid behov

När det gäller **hemvårdspersonalen** arbetar de med vardagsrehabilitering genom att:

- stötta Knut att utföra det han klarar av på egen hand
- tränar förflyttningar efter instruktion från sjukgymnast/arbetsterapeut
- hjälper till med träningsprogrammet efter instruktion från sjukgymnast
- hjälper till vid matsituationen
- utför munvård

När det gäller **biståndshandläggaren** gör denne en uppföljning gentemot verkställigheten 40 dagar efter att ett nytt omsorgsbeslut fattas. Uppföljningen innebär en kontroll om aktuell genomförandeplan finns samt att brukaren är nöjd med hjälpen. Efter ett år ansvarar biståndshandläggaren för att göra en utvärdering.

Enhetschefens roll i ovanstående fallbeskrivning är att aktivt delta på teamträffen samt att stötta och ge förutsättningar för teamet att genomföra det rehabiliterande arbetet.



Bilaga 3



ÖREBRO

2011-07-2

Vv 132/2011

Ärendegång vid instruktioner från sjukgymnast till kommunal omvårdnadspersonal.

1. Sjukgymnasten gör en vårdplan och en bedömning om insatsen kan räknas till vardagsrehabilitering och instrueras direkt, eller skall överlämnas som en instruktion från sjukgymnast med beräknad tidsåtgång.
2. Vårdplanen lämnas till enhetschefen som gör en bedömning av insatsens omfattning och godkänner tidsåtgången och därefter lämnar vårdplanen till kontaktpersonen.
3. Kontaktpersonen dokumenterar i genomförandeplanen i DocIT. Om ingen lämplig insats finns sedan tidigare i DocIT, läggs insatsen under rubriken ”Personlig omvårdnad”. Det skall vara en insats som debiteras.
4. Kontaktpersonen skapar sedan ett nytt besök i TES, om inte insatsen kan utföras i samband med redan befintligt besök.
5. Kontaktpersonen har ett ansvar att se till att insatserna blir utförda och meddela till sjukgymnasten om det uppstår problem.
6. Sjukgymnasten ansvarar för instruktion och uppföljning av insatserna.
7. Optimalt är om sjukgymnasten kan delta i de planeringssamtal, teamträffar och uppföljningssamtal som kontaktpersonen ansvarar för.

Antagen i ledningsgrupp Vård och Omsorg Örebro kommun 2011

Inga Blomstrand
Medicinskt ansvarig för Rehabilitering
Örebro kommun Förvaltningskontoret vård och stöd
Box 343 00
701 35 Örebro Kommun
Tfn 019-214648, 019.211000 (kundtjänst)
inga.blomstrand@orebro.se
www.orebro.se