

Strategi för rehabilitering

Gemensam riktning för rehabilitering inom kommunal och regional primärvård i Örebro län

Dokumenttyp

Författad av:

Beslutad av:

Datum:

Version:

Diarienummer:



Region Örebro län



Region Örebro län och Örebro läns kommuner i samverkan



Innehåll

Del 1 Strategi för rehabilitering	4
1 Parter.....	4
1.1 Avgränsning	4
2 Inledning.....	5
3 Syfte	6
4 Ansvar	6
4.1 Samordnad systemledning	7
4.2 Lokal systemledning.....	7
4.3 Länsdelsgrupper	8
5. Rehabilitering på primärvårdsnivå.....	8
5.1 Rehabilitering av god kvalitet.....	9
6 Uppföljning av strategin	9
Del 2 Rehabilitering i Örebro län	10
7 Rehabiliteringsprocessen.....	10
7.1 Definitioner.....	11
7.2 Rehabiliteringsprofessionernas roll.....	12
7.3 Kompetensnivåer för utförande av specifika rehabiliteringsinsatser.....	13
 Bilaga 1 – Vägledande principer för rehabilitering	 16
Bilaga 2 – Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet.....	17

Del 1 Strategi för rehabilitering

Gemensam riktning för rehabilitering inom kommunal och regional primärvård i Örebro län

1 Parter

Strategin tydliggör Region Örebro läns respektive länets kommuners ansvar gällande rehabilitering på primärvårdsnivå. Det omfattar samtliga vårdgivare i länet som leder eller samverkar med verksamheter som bedömer, utför och följer upp rehabiliteringsinsatser. Sekundärt riktar den sig även till rehabiliteringsprofessioner inom regional och kommunal primärvård som bedömer, utför och följer upp rehabiliteringsinsatser.

1.1 Avgränsning

Strategin avser övergripande systemledning av rehabilitering på primärvårdsnivå och ansvarsfördelning mellan parterna.

Den avser inte att beskriva drifrutiner eller verksamhetsriktlinjer och tar därför inte upp uppdragsbeskrivningar för det specifika arbetet för rehabiliteringsprofessionerna.



arbetsmaterial

2 Inledning

Genom omställningen till nära vård ska vården övergå från fokus på organisation till fokus på person. Vården ska gå från att vara reaktiv till att vara proaktiv och hälsofrämjande, där målet är att i så stor utsträckning som möjligt förhindra att skador och sjukdomar uppkommer. Personcentrering innebär att vård, behandling, rehabilitering samt förebyggande och hälsofrämjande insatser ska utgå från individens behov, preferenser och resurser.

Rehabilitering omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen ([HSL], SFS 2017:30) och i primärvårdens grunduppdrag ingår att tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar samt förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens som patientens behov.

”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 aktivt deltagande i samhällslivet”

– Socialstyrelsens definition av rehabilitering

Rehabiliteringens uppdrag och syfte är att stödja människor att leva med sin bästa möjliga hälsa utifrån sina unika förutsättningar. Rehabilitering är målinriktade insatser, som förutsätter att individens möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och kompensatorisk art och kombineras utifrån individens behov, förutsättningar och intressen.

När rehabilitering utförs i tillräcklig omfattning och med stort fokus på förebyggande insatser kan vi undanröja behov av slutenvård och fördröja behov av andra insatser. Förebyggande insatser är åtgärder som syftar till att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem. Samma insats kan vara både behandlande och förebyggande. All rehabilitering grundar sig i en hälsofrämjande och förebyggande ansats, men alla hälsofrämjande och förebyggande insatser är inte rehabilitering.

På primärvårdsnivå i Örebro län är rehabiliteringsprofessionerna arbetsterapeut och fysioterapeut uppdelade under olika huvudmannaskap. Uppdelningen är ett resultat av den skatteväxling som genomfördes 1992 i samband med Ädel-reformen. Detta innebär att kommunerna har det primära anställningsansvaret för arbetsterapeuter och Region Örebro län har det primära anställningsansvaret för fysioterapeuter i primärvården.

Strategin syftar till att undanröja bristande kvalitet och säkerställa en sammanhållen rehabiliteringskedja utifrån lagstiftning, nationella vårdprogram och riktlinjer. Det förutsätter en ambitionshöjning och en samordnad systemledning inom rehabilitering på primärvårdsnivå. Därför beskrivs ansvarsfördelning och struktur för samverkan mellan vårdgivare, så väl som en gemensam terminologi och olika nivåer för utförande av rehabilitering.

3 Syfte

Syftet med strategin är att individen ska få en jämlik, kunskapsbaserad och behovsstyrd rehabilitering av god kvalitet. Strategin ger förutsättningar för att individen ska få rätt insats, på rätt nivå och i rätt tid, oberoende av var hen bor.

Detta genom att tydliggöra uppdraget för vårdgivaren och ge förutsättningar för att bedriva god rehabilitering, samt att på ledningsnivå säkerställa samarbete, samordning och prioritering av området rehabilitering inom länet.

4 Ansvar

Länets fysioterapeuter och arbetsterapeuter är de två rehabiliteringsprofessioner som inkluderades i skatteväxlingen under Ädel-reformen, och därmed fordrar ett tydliggörande av respektive parts ansvar. Övriga professioner som kan ingå i teamet inom rehabilitering på primärvårdsnivå avhandlas inte specifikt i denna strategi.

Inom primärvården är huvudmannaskapet fördelat mellan regionalt och kommunalt ansvar. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ansvarar för bedömningar och insatser inom både den regionala och kommunala primärvården, oavsett professionens organisatoriska hemvist.

Denna uppdelning, med två likvärdiga parter som ansvarar för hela primärvårdsområdet, föranleder behov av samordning och förtydligande av ansvar inom rehabilitering på primärvårdsnivå. Samordning ska ske på övergripande systemledningsnivå samt på lokal nivå.

Rehabilitering på primärvårdsnivå bedrivs på flera olika arenor, exempelvis:

- Vårdcentral
- Ordinärt boende
- Särskilt boende
- Dagverksamhet



Figur 1 Professioner inom primärvård

I och med denna strategi tar samtliga huvudmän på sig ett ansvar för att bidra med relevant kompetens och resurser till samtliga verksamheter som bedriver rehabilitering på primärvårdsnivå, samt ge förutsättningar för multiprofessionell teamsamverkan över huvudmannagränser. Team inom rehabilitering avses i denna skrivelse vara individen tillsammans med olika professioner som arbetar för att patienten ska nå sina mål. Hur teamet ser ut varierar utifrån individens behov och kan innefatta både professioner från hälso- och sjukvård såväl som socialtjänst eller anhöriga. På primärvårdsnivå leds rehabiliteringsteamet av arbetsterapeut och fysioterapeut.

4.1 Samordnad systemledning

Den samordnade systemledningen kan antingen införlivas i den befintliga länsövergripande ledningsstrukturen, med chefsgruppen i samverkan för social välfärd samt vård- och omsorg, eller bestå av representanter ur densamma. Om länets rehabilitering på primärvårdsnivå ska uppfylla lagstiftningskrav och nationella vårdförlopp förutsätts ett gemensamt ansvarstagande och det är systemledningens ansvar att ta fram en handlingsplan för att uppnå detta. Vid utarbetandet av handlingsplanen ska *Vägledande principer för rehabilitering* iakttas (bilaga 1). Handlingsplanen behöver säkerställa:

- En personcentrerad, behovsstyrd och kunskapsbaserad rehabilitering
- En obruten rehabiliteringskedja
- Proaktiva, tidiga insatser
- Förutsättningar för teamarbete och samordning
- Adekvat resurstillsättning för att uppnå lagkrav och nationella vårdförlopp
- Uppföljning av relevanta indikatorer på systemnivå

Systemledningen ansvarar för att tillse att det finns styrande dokument och riktlinjer som stöd för verksamheterna. Systemledningen ansvarar även för att delge information och uppföljning om kvalitén och följsamhet av huvudmännens rehabiliteringsansvar på primärvårdsnivå till ansvarig nämnd för respektive huvudman.

Rehabilitering på primärvårdsnivå följs upp och ekonomiska effekter utvärderas på systemnivå, inte begränsat till den egna organisationen.

Systemledningen behöver identifiera och tydliggöra en ordning för när en patient tillhör den regionala primärvården och kommunala primärvården.

4.2 Lokal systemledning

Den lokala systemledningen befinner sig inom två nivåer; länsdelsnivå och på verksamhetsnivå. I länet råder olika lokala förutsättningar på verksamhetsnivå, därför behöver strukturer för samverkan tas fram lokalt mellan berörda parter. De

lokala parterna behöver ha en plan för hur de ska arbeta tillsammans. Planen ska följas upp årligen inom samverkansstrukturen. Lokala handlingsplaner behöver säkerställa att:

- individer med behov av rehabilitering på primärvårdsnivå har tillgång till teambaserade insatser
- rutiner finns för hur teamet ska uppnå kontinuitet och tillgänglighet
- struktur finns för teamträffar och möten
- gemensamma kompetensbehov tillgodoses

Varje verksamhet ansvarar för att införliva rehabiliteringsprocessen i respektive kvalitets- och ledningssystem, samt upprätta driftsrutiner som stödjer rehabiliteringsprocessen, inklusive prioritering av gemensamma ärenden. Man ansvarar även för att det finns förutsättningar att arbeta personcentrerat och teambaserat. Varje verksamhet ska ha en årsplan för att säkerställa kontinuerlig kompetensutveckling.

På lokal nivå ska verksamheterna sträva efter samverka med civilsamhället gällande generella hälsofrämjande insatser.

4.3 Länsdelsgrupper

Länsdelsgrupperna har en viktig funktion i att följa utvecklingen och förutsättningarna i länsdelarna och kan samla avvikelser och synpunkter till systemledningen.

5. Rehabilitering på primärvårdsnivå

Genom strategin och ansvarstagande skapas förutsättningar för det gemensamma rehabiliteringsansvaret. För individen, medarbetaren och verksamheten innebär det att:

Individ: Rehabilitering av god kvalitet ska finnas tillgänglig för den som behöver det, oavsett ordinärt boende eller särskilt boende. Insatserna utförs av personer med rätt kompetensnivå och rehabiliteringsinsatser utgår från individens förutsättningar, behov och mål.

Medarbetare: Det ska finnas förutsättningar i form av kompetens, resurser och samverkansformer för att bedriva sammanhållen rehabilitering av god kvalitet. Med rätt förutsättningar stärks professionerna och rekrytering underlättas.

Verksamhet och organisation: Tidiga och förebyggande rehabiliteringsinsatser, som ger förutsättning för bästa möjliga aktivitets- och funktionsnivå, är hälsoekonomiskt kloka och centrala för att klara framtidens vårdbehov.

5.1 Rehabilitering av god kvalitet

Kunskapsguidens ramverk för uppföljning och kvalitetsutveckling anger parametrar för vård av god kvalitet. Detta innebär att vården ska vara:

- **Kunskapsbaserad.** Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **Säker.** Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- **Individanpassad.** Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Effektiv.** Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa möjliga sätt för att uppnå uppsatta mål.
- **Jämlik.** Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
- **Tillgänglig.** Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hon eller han har behov av.

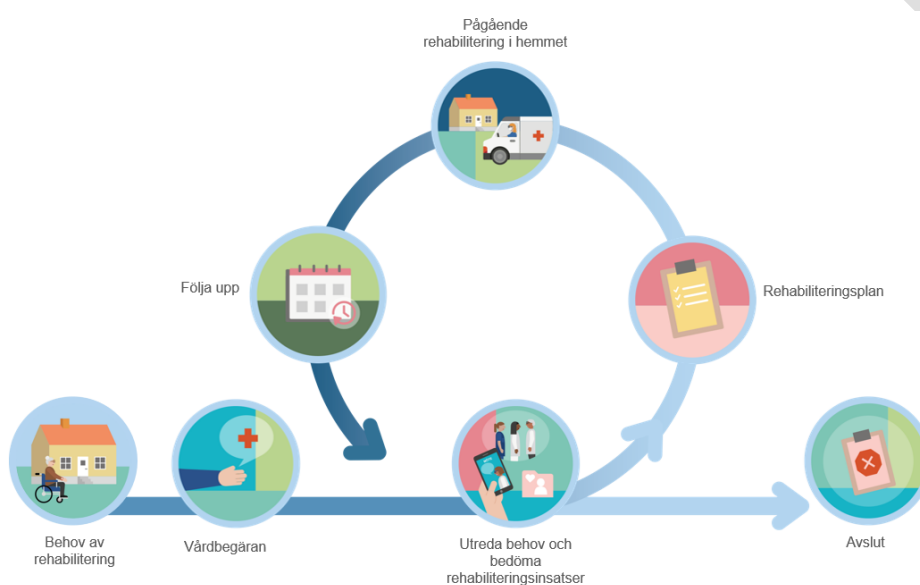
6 Uppföljning av strategin

Strategi för rehabilitering på primärvårdsnivå följs upp minst vart annat år och revideras vid behov inom samverkansorganisationen.

Del 2 Rehabilitering i Örebro län

7 Rehabiliteringsprocessen

I Örebro län används den nationella Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet (bilaga 2) som grund för rehabiliteringsprocessen, figur 2.



Figur 2 Rehabiliteringsprocessen

Den profession i det multiprofessionella teamet som upptäcker behov av rehabilitering ansvarar för att förmedla behovet till rehabiliteringsprofessionerna.

Alla medarbetare inom hälso- och sjukvård samt omsorg har ett grundläggande ansvar att arbeta hälsofrämjande genom att applicera ett aktiverande förhållningssätt, där man är aktivt stödjande istället för hjälpande i det dagliga arbetet.

7.1 Definitioner

Ett rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssätt behövs inom alla delar av hälso- och sjukvården och Socialtjänsten.

Ett gemensamt språk förtydligar vilka insatser som utförs, samt krav på ansvar och kompetens.

Rehabilitering sker inom flera domäner, figur 3. Nedan definieras vad som avses med de olika rehabiliteringsdomänerna.



Figur 3 Rehabiliteringsdomäner

7.1.1 Specifik rehabilitering

Specifik rehabilitering är rehabilitering på kvalificerad nivå som kräver legitimation. Insatserna utförs enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Den specifika rehabiliteringen är relaterad till - och kräver kunskap om - människans normala funktioner, den aktuella sjukdomen eller skadan och den behandling och de insatser som utvecklar, återvinner och bibehåller funktions- och aktivitetsförmågan

I specifik rehabilitering ingår områdena förebyggande, återställande, stödjande och palliativa insatser.

Specifika rehabiliteringsinsatser av rehabiliteringsprofessioner kan inte ersättas av ett generellt och ständigt pågående aktiverande och funktionsbevarande arbetssätt.

7.1.2 Överlåtten specifik rehabilitering

Överlåtten specifik rehabilitering är insatser inom specifik rehabilitering som legitimerad rehabiliteringsprofession bedömt kan utföras av annan vård- och omsorgspersonal med säkerställd kompetens för uppgiften. Insatsen utförs inom hälso- och sjukvårdslagen. Överlåtten specifik rehabilitering kräver viss kunskap om människans normala funktioner, den aktuella sjukdomen eller skadan och den behandling och de insatser som utvecklar, återvinner och bibehåller funktions- och aktivitetsförmågan. Riskbedömning sker alltid innan insats överläts till annan utförare, detta gäller även om insatsen bedöms som egenvård. Bedömning och uppföljning får inte överlåtas till annan profession.

7.1.3 Vardagsrehabilitering

Är ett aktiverande och funktionsbevarande arbetssätt, som syftar till att utföra arbetet på ett sådant sätt att vård- och omsorgspersonalen inte tar över de förmågor som individen har, utan tillvaratar personens egna resurser och aktivt stödjer i vardagssituationer. Vardagsrehabilitering är ett arbetssätt där personalen har kunskap i ett rehabiliterande förhållningssätt och uppmuntrar personen till eget handlande. Att ta tillvara individens egna resurser och möjligheter till att vara aktiv i vardagen ska ingå som en del i de dagliga insatserna.

7.1.4 Hälsofrämjande insatser

Hälsofrämjande åtgärder fokuserar på människors självskattade bedömning av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Avsikten är att stärka människors möjlighet till delaktighet och tilltro till egen förmåga. De syftar till att individen ska ha så goda förutsättningar som möjligt till att leva ett gott liv och vara delaktig utifrån sina förutsättningar. Hälsofrämjande insatser utgår från hur hälsan bevaras eller utvecklas oberoende av sjukdom, medicinsk behandling, ålder eller funktionsnedsättning.

Enligt Socialtjänstlagen ska insatser utgå från att stärka individens resurser. Därför ska biståndshandläggare och vård- och omsorgspersonal tillämpa ett hälsofrämjande förhållningssätt vid myndighetsutövning och verkställande av biståndsinsatser. Hälsofrämjande insatser sker även i stor utsträckning i det civila samhället och under egenansvar. Inom ramen för hälsofrämjande insatser kan även universella förebyggande insatser utföras, för alla invånare eller till riktade grupper, tillsammans med civilsamhället. Exempelvis: fallprevention, informationskampanjer, seniorfestivaler.

7.2 Rehabiliteringsprofessionernas roll

När legitimerad rehabiliteringsprofession gör bedömning om behov av insatser, görs samtidigt en bedömning och riskanalys om behovet av stöd och hjälp med utförande av insatsen eller om insatsen kan utföras som egenvård.

Bedömning av behov och eventuella risker dokumenteras i journal. En insats kan bedömas som hälsofrämjande, vardagsrehabilitering eller specifik rehabilitering. När legitimerad rehabiliteringsprofession bedömt behov av specifik rehabilitering upprättas alltid en rehabiliteringsplan och behandlingen är målinriktad och tidsbegränsad. Det gäller även om insatsen överlåts till annan utförare. Nedan beskrivs den legitimerades roll inom de olika domänerna för rehabilitering.

Domän	Ansvar
Specifik rehabilitering	Den legitimerades roll innefattar bedömning, planering och genomförande av insatser samt uppföljning. Den legitimerade gör riskbedömning och beslutar om vilken kompetensnivå som krävs för utförande av rehabiliteringsinsatsen (figur 4). All bedömning och uppföljning är legitimationsansvar som inte får överlåtas till annan part. Ansvariet innefattar även utbildande och handledande insatser.
Överlåten specifik rehabilitering	Den legitimerades roll innefattar bedömning, planering och uppföljning av insatsen, samt handledning och utbildning till utföraren. All bedömning och uppföljning är legitimationsansvar som inte får överlåtas till annan part.
Vardagsrehabilitering	Den legitimerades roll i vardagsrehabilitering är att, vid behov, bedöma lämplig nivå på insatsen samt finnas som stöd för planering och genomförande av insatser, handleda och tillhandahålla kompetenshöjande utbildningsinsatser för utförare.
Hälsofrämjande insatser	Den legitimerades roll i hälsofrämjande insatser innefattar stöd, information och utbildning om till exempel fallprevention och hälsosamma levnadsvanor.

Tabell 1 Rehabiliteringsprofessionernas roll

7.3 Kompetensnivåer för utförande av specifika rehabiliteringsinsatser

Rehabiliteringsinsatser är som mest effektiva då person med rätt kompetens utför rätt uppgift. I Örebro län utförs rehabiliteringsinsatser på rätt kompetensnivå så att insatser utförs av rätt person och i rätt tid. Innan överlämnande av rehabiliteringsinsatser sker måste avväganden göras om insatsens svårighetsgrad, individens tillstånd och den kompetens som behövs för att stötta i utförandet. Rehabiliteringsinsatsens svårighetsgrad fastställs av den legitimerade som genomfört bedömningen. Kompetensnivå och planerade åtgärder dokumenteras i rehabiliteringsplanen. Alla insatser som utförs enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska dokumenteras i patientjournal.

Kompetensnivåer för utförande av specifika rehabiliteringsinsatser är avsedda som ett stöd, dels för att avgöra vilken nivå som är lämplig för en enskild insats och vilket ansvar som följer med insatsen men också som stöd för planering och kompetensförsörjning av verksamheter. Kompetensnivåerna är allmängiltiga i sin utformning och kan appliceras på såväl öppen som slutenvård.

Kompetensnivåer för utförande av specifika rehabiliteringsinsatser			
Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4
Vård- och omsorgspersonal	Vård- och omsorgspersonal med säkerställd kompetens	Legitimerad rehabiliteringsprofession	Legitimerad rehabiliteringsprofession
<p>Har kännedom om rehabilitering och vikten av rörelse och aktivitet</p> <p>Följer ordinationer från legitimerad vid utförande av enklare rehabiliteringsinsatser efter bedömning och handledning av legitimerad. Gör inga egna anpassningar</p> <p>Bidrar till genomförande av rehabiliteringsplan</p> <p>Deltar i ett aktiverande och funktionsbevarande arbetssätt</p>	<p>Har kunskap om rehabilitering och vikten av rörelse och aktivitet som kan omsättas i praktisk handling</p> <p>Följer ordinationer och utför självständigt delar av rehabiliteringsinsats efter bedömning och handledning av legitimerad. Kan göra små anpassningar vid behov</p> <p>Bidrar till genomförande och uppdatering av rehabiliteringsplan</p> <p>Stödjer och till viss del, med handledning, leder professionskollegor i ett aktiverande och funktionsbevarande arbetssätt</p>	<p>Har kvalificerad kompetens inom rehabilitering och dess effekter för hälsa och välmående</p> <p>Bedömer, planerar, genomför och följer upp rehabiliteringsinsatser</p> <p>Ordinerar rehabiliteringsinsatser och bedömer kompetensnivå för utförande</p> <p>Ansvarar för och upprättar rehabiliteringsplan</p> <p>Utbildar och handleder baspersonal. Stödjer professionskollegor och överser/leder teamarbete</p>	<p>Har ytterligare fördjupad rehabiliteringskompetens inom ett eller flera specifika områden</p> <p>Bedömer, planerar, genomför och följer upp rehabiliteringsinsatser på specialiserad nivå</p> <p>Ordinerar rehabiliteringsinsatser och bedömer kompetensnivå för utförande</p> <p>Ansvarar för och upprättar rehabiliteringsplan</p> <p>Utbildar och handleder baspersonal och professionskollegor, överser/leder teamarbete</p>

Figur 4 Inspirerad av WHO's "Competency framework for rehabilitation"

På nivå 1 finns rehabiliteringsinsatser som legitimerad bedömt kan utföras på en kompetensnivå som motsvaras av ordinarie vård- och omsorgspersonal närmast individen. Insatsen utförs efter och i enlighet med ordination.

På nivå 2 finns rehabiliteringsinsatser som legitimerad bedömt kräver mer kunskap om rehabilitering och individens hälsotillstånd och därför måste utföras som lägst på en kompetensnivå som motsvarar vård- och omsorgspersonal med för uppgiften säkerställd kompetens. Innan en rehabiliteringsinsats på denna nivå kan överlåtas krävs att legitimerad gör en riskbedömning och avvägande om utförarens kompetens.

Med säkerställd kompetens avses vård- och omsorgspersonal som erhållit kompetensutveckling inom rehabilitering och där legitimerad bedömt att kompetensen är erforderlig. En länsgemensam uppdragsutbildning är på sikt lämplig för utvecklingen mot en jämlik rehabilitering i länet.

På nivå 3 återfinns rehabiliteringsinsatser som kräver en kompetensnivå motsvarande legitimerad rehabiliteringsprofession. Rehabiliteringsinsatsen fordrar kvalificerad kompetens inom rehabilitering och det finns behov av löpande justering, bedömning och uppföljning.

På nivå 4 återfinns rehabiliteringsinsatser som kräver ytterligare kompetens motsvarande legitimerad rehabiliteringsprofession med fördjupad kunskap och erfarenhet inom ett eller flera specifika områden. På denna nivå befinner sig exempelvis legitimerade rehabiliteringsprofessioner med fördjupning inom neurorehabilitering eller handrehabilitering.

arbetsmaterial

Bilaga 1 – Vägledande principer för rehabilitering

arbetsmaterial



Bilaga 2 – Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet

arbetsmaterial

