Fritt efter Västra Götalandsregionens vägledning för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Kompletterande vägledning till överenskommelse Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i

Dalarnas län.

[Inledning 2](#_Toc2082111)

[Definitioner 3](#_Toc2082112)

[Grundläggande principer och värderingar 4](#_Toc2082113)

[Arbetsterapeuters och fysioterapeuters yrkesansvar, kompetens och arbetsuppgifter 4](#_Toc2082114)

[Primärvårds- och kommunnivå 4](#_Toc2082115)

[Specialiserad nivå 5](#_Toc2082116)

[Samverkan 6](#_Toc2082117)

[Samordning 6](#_Toc2082118)

[Hjälpmedel 6](#_Toc2082119)

[Styrdokument 7](#_Toc2082120)

[Vägledande patientfall 7](#_Toc2082121)

# Inledning

Vägledningen beskriver samverkan och ansvarsfördelning mellan olika vårdnivåer gällande

rehabilitering och habilitering för vuxna personer och som utförs av arbetsterapeuter och

fysioterapeuter/sjukgymnaster. Vårdnivåerna som ingår är primärvårds- och kommunnivå samt specialiserad nivå.

Som grund för det kommunala ansvaret i grundöverenskommelsen mellan parterna, gäller

tröskelprincipen. Denna innebär att om patienten själv eller med hjälp av

assistans/ledsagare kan ta sig till av Region Dalarna finansierad öppenvård har Region Dalarna

vårdansvaret. Det är denna grundprincip som reglerar den ekonomiska och administrativa

ansvarsfördelningen mellan parterna.

Undantaget från tröskelprincipen är hjälpmedels- och habiliteringsområdet liksom kostnadsansvar för sjukvårdsartiklar och förbrukningsmaterial, där särskilda överenskommelser träffats.

# Definitioner

**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.

**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.

**Primärvård**

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller

patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling,

omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens

medicinska och tekniska resurser.

Primärvårds- och kommunnivå innefattar primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

**Specialiserad vård**

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

Primärvård. Specialiserad nivå innefattar sjukhusens kliniker, öppenvårdsverksamhet, specialistpsykiatrisk öppenvård. habilitering, hemrehabiliteringsteam och specialiserad palliativ vård eller annan sjukhusansluten hemsjukvård.

**Egenvård**

Med egenvård menas när någon inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

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, t.ex. skolan
* säkerställer att ledningssystemet innehåller rutiner för egenvård.

Läs [meddelandebladet om egenvårdsföreskriften](https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-4-17)

Egenvård är inte hälso-och sjukvård (2 kap 1 §SOSFS 2009:6), det är däremot hälso-och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning av egenvården.

**Samverkan**

Övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte.

# Grundläggande principer och värderingar

All kommunal sjukvård är en del av primärvården. Den kommunala vården är begränsad till att gälla ett ansvar för de i det löpande arbetet vanligt förekommande arbetsuppgifterna. Samtidigt så stora resurser att boende i särskilda boendeformer inte ska behöva vara på sjukhus när vårdbehov tilltar.

Rehabilitering och habilitering är målinriktade insatser där patientens möjligheter till

inflytande ska beaktas och säkras. Detta gäller hela processen; utredning, bedömning,

målsättning, planering samt genomförande, uppföljning och utvärdering.

I det fall det krävs en fördjupad kompetens och erfarenhet utifrån komplexa funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar har den specialiserade nivån ansvaret för det aktuella problemet.

Varje vårdnivå ansvarar för att tillräcklig kompetens och resurser finns för uppdraget.

Patienten ska erhålla den rehabiliteringsinsats som bedöms vara nödvändig.

Insatser kan ges samtidigt och integrerat på båda vårdnivåerna vilket kräver samverkan med

patientens behov i fokus. Samverkan mellan verksamheter är en förutsättning för ett gott

samarbete vilket innebär regelbundna kontakter och kunskap om, samt respekt för, varandras

organisationer och arbetsområden. Vid behov av fortsatta insatser av annan vårdnivå ska

planering och informationsöverföring ske. Detta ska ske i samråd med patienten. Det är inte

de konkreta arbetsuppgifterna som är viktiga att nivåbestämma utan hur samarbetet mellan

vårdnivåerna bäst ska gynna patienten.

# Arbetsterapeuters och fysioterapeuters yrkesansvar, kompetens och arbetsuppgifter

Hälso- och sjukvårdslagen och Patientsäkerhetslagen är grundläggande lagstiftningar inom

hälso- och sjukvård. Med utgångspunkt från etiska principer samt vetenskap och beprövad

erfarenhet inom sitt yrkesområde ska arbetsterapeut och fysioterapeut genomföra

yrkesspecifika åtgärder.

Yrkesansvaret innebär att i samråd med patient:

• utreda, bedöma behov, planera och genomföra åtgärd samt följa upp och

utvärdera.

• utföra specifik rehabilitering och habilitering, som i vissa fall kan överlåtas enligt

ordination och/eller delegering till annan personal.

• bedöma om egenvård och instruera i egenvård

• handleda andra personalgrupper/närstående utifrån individnivå

Yrkesansvaret innebär även att:

• utveckla kompetens och metoder

• medverka till att utarbeta rutiner för kvalitet och patientsäkerhet

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter med specialistkompetens enligt Föreningen Sveriges

Arbetsterapeuters och Fysioterapeuternas specialistordningar kan

vara verksamma på både primärvårds- och kommunnivå och specialiserad nivå

## Primärvårds- och kommunnivå

Det som kännetecknar primärvårds- och kommunnivå är bred kompetens utifrån vanligt

förekommande funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar hos befolkningen.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska ha kunskap om och erfarenhet av

funktionsnedsättningars och aktivitetsbegränsningars påverkan i ett helhetsperspektiv.

Förhållande till närstående och sociala nätverk samt den omgivande fysiska miljön ska vägas

in.

Följande patientgrupper ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar

* personer som erhåller hemsjukvård i ordinärt boende
* personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service
* personer i samband med vistelsen vid biståndsbedömd dagverksamhet
* hemsjukvårdsinsatser upp till och med sjuksköterskans kompetensområde
* rehabilitering och habilitering upp till och med arbetsterapeut och fysioterapeuts

kompetensområde

* Vidare ska kommunerna enligt socialtjänstlagen 5 kap 10 § SoL erbjuda stöd för att

underlätta för de personer som vårdar en anhörig/närstående.

* Kommunens ansvar för elevhälsa regleras i särskild ordning och omfattas inte av detta

avtal.

Ska tillgodose basala behov av hälso-och sjukvård

* Insatser som utförs av personalkategorier med medicinsk specialkunskap, utöver den kompetens som finns inom kommunens verksamhet, t.ex. insatser av personal som ingår i psykiatriska team, ingår inte.
* Hemsjukvården är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från socialtjänsten och hälso-och sjukvården. T.ex. hembesök vid akut sjukdom faller utanför.
* Sjukhusanknuten sjukvård i hemmet ingår inte i kommunens ansvarsområde

Kommentar:

Var exakt gränsen går för vilken typ av hälso-och sjukvård som kommunen kan bedriva är inte möjlig att exakt precisera och den förändras över tid bl.a. med anledning av den medicinska och medicintekniska utvecklingen.

I vilka sammanhang kommunen har ett hälso-och sjukvårdsansvar är dock tydligt (vissa boenden, dagverksamhet och viss hemsjukvård i ordinärt boende). I övriga sammanhang har landstinget ansvar för hälso-och sjukvården (skolhälsovården tas inte upp här).

I Dalarna har Vårdcentralerna ett speciellt ansvar kring rehabilitering vid sjukskrivning, multimodalrehabilitering, poliklinisk utredning och behandling inom rörelse-stödje inklusive handskador samt basal utredning och behandling av minnesproblematik, undomshälsa? Fler?

## Specialiserad nivå

Det som kännetecknar den specialiserade nivån är fördjupad kompetens och erfarenhet av

\*komplexa funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Arbetsterapeut och

fysioterapeut har möjlighet till tät samverkan och närhet till övriga yrkeskompetenser som

finns på sjukhus, specialistpsykiatrisk öppenvård, hemrehabteam, palliativvård, habilitering.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska ha fördjupad kunskap om och erfarenhet av specifika

diagnoser och dess konsekvenser avseende funktionsnedsättningar och

aktivitetsbegränsningar. Specialiserad nivå ansvarar för att ge patientanknuten handledning och kunskapsöverföring till yrkeskollegor på primärvårds- och kommunnivå.

\*Komplex definieras som att två eller fler av nedanstående kriterier föreligger:

1. Tre eller flera samtidiga symptom/behov
2. Behov av två eller fler professioner från teamet samtidigt
3. Behov av akuta insatser
4. Behov av kontinuerlig, ofta dagliga läkarinsatser
5. Behov av ”sällankompetens”

Regionen ansvarar för specialiserad rehabilitering efter utskrivning från sjukhus samt då rehabilitering sker på sjukhus/ mottagning och då hembesök är en del i rehabiliteringsprocessen. Med specialiserad rehabilitering avses insatser som kräver hela rehabiliteringsteamets resurs och kompetens för att möta komplexa och/eller sällan förekommande behov. Bostadsadress eller boendeform styr inte ansvarsfördelning. Personer som bor i särskilt boende eller vistas på korttidsplats som har behov av specialiserad rehabilitering får den av regionen. Bostadsanpassningsutredning görs av den sjukvårdshuvudman som utför de aktuella rehabiliteringsinsatserna i patientens hem.

## Samverkan

Denna vägledning 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 sjukgymnast som uppmärksammar behov av samverkan 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. Respektive chef

ansvarar för att lokal samverkan etableras och fungerar. I den delregionala samverkan mellan

huvudmännen ska samverkansfrågor och eventuella oenigheter lyftas.

När personer med behov av omfattande och långvariga samtidiga rehabiliterings och

habiliteringsinsatser från olika huvudmän ex. hälso- och sjukvård, socialtjänst, LSS, tandvård

som behöver samordnas ska rutiner för tillämpning av SIP följas.

## Samordning

Ett övertagande av hälso- och sjukvårdsansvaret ska alltid föregås av en samordnad

Vårdplanering/SIP där man är överens om att patienten ska vårdas av annan huvudman. Initiativ

till vårdplanering 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.

## Hjälpmedel

Ansvar för förskrivning av hjälpmedel följer huvudmannens ansvar se flöden i överenskommelse rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i Dalarnas län.

# Styrdokument

\_ Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)

\_ Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)

\_ 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

# Vägledande patientfall

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

Ansvarsfördelning i det enskilda patientfallet kan variera mellan primärvårds- och

kommunnivå och specialiserad nivå.

För vissa patienter sker hela processen inom primärvårds- och kommunnivå. 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 ”primärvårds- och kommunnivån” med ”primärvårdsnivå”.

**Tvärprofessionell utredning**

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 tiltbar rullstol som går att fälla bakåt i matsituationen. Arbetsterapeuten är

tveksam till om det är en lämplig åtgärd.

***Vägledning:*** *Arbetsterapeuten tar kontakt med vuxenhabiliteringen (specialiserad nivå) som*

*anser att en tvärprofessionell utredning av matsituationen behöver göras och tar ansvar för*

*utredningen samt återkopplar med en rekommendation till primärvårdsnivån.*

2. Man 52 år, med förvärvad hjärnskada sedan fem år. Mannen bor i egen lägenhet och har

beviljad personlig assistans. Han har haft kontakt med primärvårdsnivån tidigare angående

bland annat intyg för behov av bostadsanpassning. God man kontaktar vuxenhabiliteringen

(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 vuxenhabiliteringens målgrupp.

***Vägledning****: Vuxenhabiliteringens arbetsterapeut och logoped (specialiserad nivå) gör en*

*tvärprofessionell utredning av kommunikation och förskriver kommunikationshjälpmedel som*

*prövas och utvärderas. Efter samtycke med patienten kontaktar vuxenhabiliteringen*

*primärvården angående patientens hygiensituation. Eftersom hygiensituationen inte kräver*

*specialistkompetens görs åtgärderna på såväl specialiserad nivå som primärvårdsnivå.*

3. Kvinna 45 år, med svår utvecklingsstörning har nyligen börjat skrika och slåss. Hon bor på

särskilt boende. Arbetsterapeuten i kommunen (primärvårdsnivå) misstänker att patienten har

ökad smärta. Patienten sitter inte bra i sin rullstol.

***Vägledning****: Efter gemensam bedömning av arbetsterapeut, sjukgymnast och läkare i*

*primärvården (primärvårdsnivå) framkommer att problematiken är så komplicerad att kontakt*

*tas med vuxenhabilitering (specialiserad nivå). Då åtgärder kring smärta och sittande*

*troligen hänger samman görs såväl utredning som behandling på specialiserad nivå.*

**Behandlingsansvar**

4. Man 27 år, med CP-skada, spastisk tetraplegi, utvecklingsstörning, epilepsi, benskörhet,

skolios, och benlängdsskillnad. Han har regelbunden kontakt med sjukgymnast inom

vuxenhabilitering (specialiserad nivå). Patientens mamma har uppmärksammat att rullstolen

behöver bytas ut och pratar med sjukgymnasten. Troligen behövs en rullstol som ger bättre

sittkomfort vilket eventuellt kräver specialanpassning.

***Vägledning:*** *Kombination av komplexitet och behov av kontinuitet gör att* ***s****jukgymnasten*

*(specialiserad nivå) tar kontakt med arbetsterapeut inom vuxenhabiliteringen (specialiserad*

*nivå) för utprovning av rullstol och eventuell anpassning som behövs.*

5. 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 primärvården (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.*

6. Man 40 år, med CP-skada. 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.*

7. Kvinna 62 år, med personlighetsstörning, social fobi och artros. Hon har pågående insatser

från team inom öppenpsykiatrin (specialiserad nivå). Remiss inkommer till sjukgymnast på

rehabmottagningen (primärvårdsnivå) om behov av rehabilitering för artros.

***Vägledning****: Primärvårdsnivån och den specialiserade nivån har ett delat ansvar för*

*patienten. Sjukgymnast på rehabmottagningen (primärvårdsnivå) ansvarar för*

*rehabiliteringsinsatser för artrosen. Samverkan mellan vårdnivåerna behövs.*

8. Kvinna 53 år, som ådragit sig stabil bäckenfraktur, distal lårbensfraktur med engagemang av

höger knäled samt vänster fotledsfraktur. Opererad distal lårbensfraktur med märgspik och

efterföljande knäortosbehandling samt opererad fotledsfraktur med efterföljande

gipsbehandling i 6 veckor. Får initialt inte belasta höger ben. Patienten är i behov av

kontinuerlig uppföljning hos ortoped tills påbörjad läkning är bekräftad på röntgen.

***Vägledning****: Initial rehabiliteringsfas kräver samarbete mellan ortoped och sjukgymnast på*

*specialiserad nivå. Sjukgymnast 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 överrapporteras patienten till sjukgymnast på*

*primärvårdsnivå. Vid behov konsulterar sjukgymnast på primärvårdsnivå sin kollega på*

*sjukhuset.*

9. Kvinna 23 år, med ryggmärgsbråck och som nyligen har opererats för skolios. Hon bor i egen

lägenhet och har beviljad personlig assistans. Arbetsterapeut på ortopedkliniken (specialiserad

nivå) kontaktar arbetsterapeut på vuxenhabiliteringen (specialiserad nivå) vid utskrivningen.

***Vägledning****: Diagnos i kombination med operationen kräver fördjupad kompetens.*

*Vuxenhabiliteringen (specialiserad nivå) ansvarar för postoperativa råd och förskrivning av*

*hjälpmedel. Vid behov kontaktar vuxenhabiliteringen sjukhuset.*

**Handledning**

10. 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:*** *Sjukgymnast på sjukhuset (specialiserad nivå) handleder kommunens*

*sjukgymnast (primärvårdsnivå) inför utskrivning och fortsättningsvis vid behov. Om behov av*

*ny bedömning uppstår kontaktas den specialiserade nivån.*

**Samverkan**

11. Kvinna 50 år, med långvarig ångestproblematik, depression, bipolär sjukdom, fibromyalgi och

whiplashskada. Förutom läkarkontakt på vårdcentral har hon läkarkontakt inom

öppenpsykiatrin. Hon har via biståndsbeslut daglig kontakt med kommunens boendestödjare.

Hon söker nu sjukgymnast på rehabmottagning (primärvårdsnivå) för smärta.

***Vägledning****: Sjukgymnasten träffar patienten och identifierar ett behov, kallar berörda*

*verksamheter till möte om samordning av insatser (enligt SOSFS 2008:20) där man utifrån*

*problematik och behov av insatser avgör vem som gör vad och i vilken ordning det görs.*

12. Man 37 år, med schizofreni och hållningsproblematik. Mannen bor på särskilt boende. Läkare

inom primärvården vill att kommunens sjukgymnast behandlar patienten med

kroppskännedom för att förbättra kroppshållningen.

***Vägledning:*** *Kommunens sjukgymnast (primärvårdsnivå) initierar vårdplanering mellan*

*kommun och öppenpsykiatrin gällande vem som ska göra insatserna. Behandling av patient*

*med schizofreni räknas till specialiserad nivå då det är av terapeutisk karaktär. I ”Avtalet*

*som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan kommunerna och Region Dalarna” står det att kommunen ansvarar för psykiatriska omvårdnadsinsatser*

*medan Region Dalarna ska ansvara för insatser som har en terapeutisk och*

*behandlande karaktär.*