

# Rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess inkl rehabiliteringsplan, Hälso- och sjukvård

## Innehåll

1.	Syfte och omfattning .....	1
2.	Allmänt .....	1
3.	Rehabiliteringsplan .....	2
3.1.	ICF som grund i rehabiliteringsplanen .....	2
4.	Rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen i praktiken .....	4
4.1.	Rehabiliteringsplanen – dokumentation .....	7
4.2.	KVÅ-kodning .....	8
5.	Ansvar och roller .....	9
5.1.	Teamarbete .....	9
6.	Plan för kommunikation och implementering .....	9
7.	Dokumentinformation .....	10
8.	Referenser .....	10
	Bilaga 1. Formulera och fastställa mål .....	11
	Bilaga 2. Rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess med eller utan sjukskrivning .....	14
	Bilaga 3. Rehabiliteringsplan – mall för kommunal verksamhet .....	15

## 1. Syfte och omfattning

Rutinen syftar till att förtydliga och klargöra processen gällande rehabilitering och delar av sjukskrivningsprocessen i enlighet med den Generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicin. Rutinen gäller all hälso- och sjukvårdspersonal inom specialistvård och kommunal, regional och privat primärvård.

## 2. Allmänt

Utifrån att styrgruppen i Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) godkänt

[Generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicin](#), används denna för att övergripande tydliggöra rehabiliteringsarbetet sedan 2021. Modellen utgår från delar av försäkringsmedicinskt arbete och vägs in i alla vårdförlopp. I enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen beskrivs det i den generiska modellen att patienter i behov av rehabilitering/rehabiliteringsåtgärd har rätt att få en rehabiliteringsplan upprättad.

I de fall en patient har ett sjukdoms- eller skadeförlopp som bedöms som övergående utan behov av extern process är inte alltid en rehabiliteringsplan nödvändig. Detta kan gälla sjukskrivningar gällande lättare infektioner, tillfällig smärta eller övergående värk i rörelseorganen som oftast läker ut utan stöd. Rehabiliterings- och eventuellt sjukskrivningsprocessen startar efter att en skada, sjukdom eller funktionsnedsättning uppstått eller identifierats som antingen

komplexerad eller mer långvarig. Rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen är ett systematiskt arbetssätt för att utreda, bedöma behov, planera, genomföra insatser och för att följa upp resultat. Processen utgår från patientens upplevda aktivitetsbegränsning, behov och intressen. En rehabiliteringsprocess har en början och ett slut, och pågår ofta under en bestämd tidsperiod.

Rehabiliteringsprocessen kan sträcka sig mellan olika vårdnivåer och huvudmän. Rehabilitering i hälso- och sjukvård kan bedrivas på vårdavdelningar, mottagningar, hälsocentraler likväl som i patientens hem och utförs såväl inom regionala som kommunala verksamheter.

Rehabiliteringsplanen är grunden för den målinriktade och samordnade rehabiliteringen.

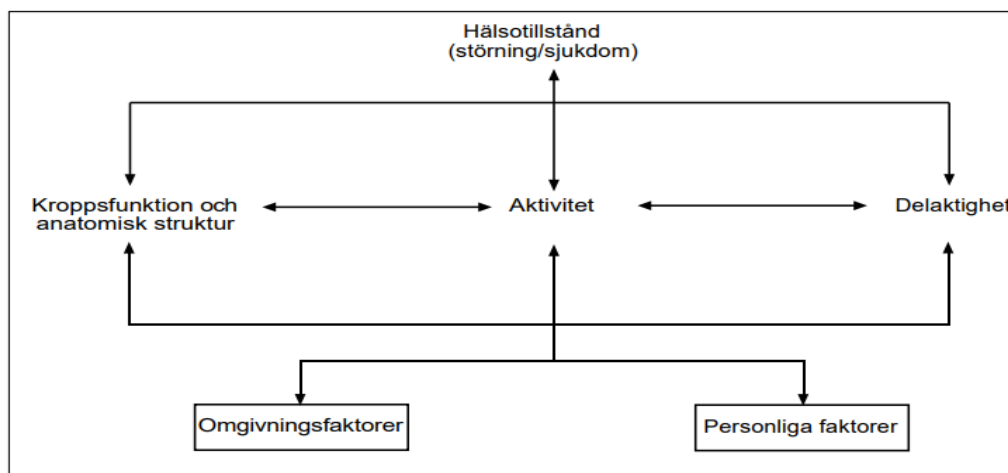
### 3. Rehabiliteringsplan

Rehabiliteringsplanen har en central roll i den generiska modellen. Oavsett om det är ett team eller en enskild medarbetare som rehabiliterar patienten är det av stor vikt, särskilt i de fall då patienten också är sjukskriven, att samverka med läkare, rehabiliteringskoordinator och andra berörda professioner. Vid behov av sjukskrivning ska detta planeras och ingå i patientens rehabiliteringsplan, likväl som planen för återgång i arbete. Rehabiliteringsplanen omfattar dels åtgärder som hälso- och sjukvården ska utföra, dels egenvård som patienten själv eller med stöd av närstående med flera ska utföra. Egenvården innehåller även åtgärder för att främja hälsa och goda levnadsvanor. Patienten kan vid sidan av rehabiliteringsplanen samtidigt ha en samordnad individuell plan (SIP).

I de fall den rehabiliterande verksamhetens journaler kan läsas via 1177 har patienten en möjlighet att läsa sin rehabiliteringsplan där. Information bör ges till patienten då rehabiliteringsplanen påbörjas om var patienten kan hitta sin rehabiliteringsplan.

#### 3.1. ICF som grund i rehabiliteringsplanen

En ICF-baserad rehabiliteringsplan underlättar en bred kartläggning av patientens behov utifrån ett helhetsperspektiv samt målformulering och rätt insatser i rätt tid. ICF kan tillämpas på alla patienter och av olika professioner eftersom ICF omfattar aspekter av hälsa i en mycket vid bemärkelse. Att använda ICF som struktur och gemensamt språk motsäger inte att professionsspecifika evidensbaserade bedömnings- och utvärderingsinstrument används.



Figur 1: Aktuell tolkning av interaktioner mellan komponenterna i ICF

### 3.1.1. Kroppsfunction och kroppsstruktur

**Kroppsfunction** innebär både psykologiska och fysiologiska funktioner. I rehabiliteringsplanen beskrivs de nedsättningar patienten har som är relevanta för den aktuella planeringen. Det kan handla om nedstämdhet, oro, stress, ofrivillig viktnedgång, förmåga att tala/svälja, rörlighet, smärta etc.

**Kroppsstruktur** innefattar kroppens anatomiska delar såsom hjärnan, organ, extremiteter och deras komponenter. Strukturavvikelse kan t.ex. vara avsaknad, missbildning eller nedbrytning av organ, kroppsdelar eller muskelmassa. Det kan också innebära sen eller långsam utveckling av kroppsstrukturer. Det är inte så vanligt att kroppsstruktur anges i rehabiliteringsplanen.

### 3.1.2. Aktivitet och delaktighet

**Aktiviteter** innebär de uppgifter och handlingar som patienten kan göra och faktiskt gör.

**Delaktighet** innebär engagemang i sin livssituation och sociala konsekvenser inom viktiga livsområden som familjeliv, arbete och fritid. Vad patienten gör tillsammans med andra, hur involverad patienten är och vad patienten upplever som meningsfullt att göra. Beskriv nedsättningar som patienten vill åtgärda och som är relevanta för den aktuella rehabiliteringsplaneringen.

### 3.1.3. Omgivningsfaktorer

Innebär den fysiska, sociala och attitydmässiga miljö där patienten befinner sig som inte är en konsekvens av skada/sjukdom, samt hur det påverkar patientens fungerande. Hit räknas t.ex. hjälpmedel, personligt stöd och relationer samt samhällets service och regelverk. Beskriv både vad som underlättar och vad som hindrar.

### 3.1.4. Personfaktorer

Patientens fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning som inte är en konsekvens av skada/sjukdom. Det innefattar faktorer i patientens bakgrund och livshistoria som underlättar eller hindrar aktivitet och delaktighet. Hit räknas bl.a. ålder, diagnos, kulturell och språklig bakgrund. Även vad patienten har för arbete eller går i för skola räknas hit. Beskriv det som underlättar och hindrar och som är relevant för den aktuella rehabiliteringsplaneringen.

[ICF - Socialstyrelsen](#)

## 4. Rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen i praktiken

### Ingång/start av rehabiliteringsprocessen

Symtom eller aktivitetsbegränsning kan komma smygande eller uppstå akut och ett behov av rehabilitering uppstår. Kontakt med vården kan initieras av patienten själv, eller via remiss eller rapportering från vårdpersonal. Patienten kan också ha en sjukskrivning som föranleder ett rehabiliteringsbehov och en fortsatt rehabiliteringsprocess. I den kommunala sjukvården kan behovet upptäckas i samband med inskrivning i hemsjukvård eller inflyttning till SÄBO/VÅBO.

*Vårdförlopp/riktlinje beskriver i vissa fall behov av rehabilitering och start av rehabiliteringsplan*


### Utredning/bedömning

Utredning/bedömning är grunden till rehabiliteringsplanen och beskriver hur det är nu (aktuell situation) och vad det beror på (förklaring/analys).

Utredning/bedömning bör genomföras på såväl kroppsfunktions-, aktivitets- och delaktighetsnivå med hänsyn till omgivningsfaktorer, personliga faktorer och med inriktning mot hälsa och vardagsaktiviteter. Respektive profession utför bedömning med aktuella bedömningsinstrument.

Utgå gärna från domänerna i komponenten Aktivitet och delaktighet enligt ICF:

- Lärande och att tillämpa kunskap - att lära sig saker och använda den inlärd kunskap
- Allmänna uppgifter och krav – att genomföra uppgifter, följa dagliga rutiner, behärska sitt beteende, ta ansvar och reagera på krav.
- Kommunikation – att kommunicera med andra
- Förflyttning – att använda sina händer, att röra och förflytta sig
- Personlig vård – att sköta om sin kropp och sin hälsa

- 
- Hemliv – att sköta hushåll och vardagssysslor
  - Mellanmänskliga interaktioner och relationer – att samspela med andra och engagera sig i andra
  - Viktiga livsområden – att leka, utbilda sig, att vara sysselsatt och att använda pengar, arbete?
  - Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv – att umgås och att ha en meningsfull fritid

**Viktiga områden som också bör eller kan ingå i utredning:**


- Riskbedömning av fall och undernäring
- Levnadsvanor
- Bedömningen/utredningen av förmåga till arbete

**Rehabiliteringsplan påbörjas**

Det som är viktigt för patienten behöver framkomma i planen.

Rehabiliteringsplanen sammanfattar bedömning av patientens samlade funktionstillstånd, behov och förutsättningar tillsammans med patientens egen uppfattning om behov, mål och rehabiliteringsåtgärder, för fördjupning se [Bilaga 1. Formulera och fastställa mål.](#)

Utifrån vad som framkommit i utredningen förs en dialog med patient om behovet av rehabilitering vilket leder fram till ett beslut. Utredningen/bedömningen kan resultera i att den direkt följs av planering och behandling.



Om patient är inlagd på slutenvårdsavdelning och ett rehabiliteringsbehov är bedömt kan en rehabiliteringsplan påbörjas om vårdtiden möjliggör att mål kan sättas och åtgärder genomföras. Om rehabiliteringsbehov finns men vårdtiden är mycket kort görs informationsöverföring med rekommendation till nästa vårdnivå.

Om patienten efter utskrivning behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras.

Patientens plan för återgång i arbete, dvs. sjukskrivningsplaner bör vara en del av rehabiliteringsplanen.

**I förekommande fall görs en sjukskrivningsbedömning och vid behov utfärdas intyg.**

**Rehabiliteringssamverkan med andra verksamheter**

Det är viktigt att ha samsyn kring patientens rehabilitering, då denne vid sidan av rehabiliteringsplanen även samtidigt ha en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan alternativt en samordnad individuell plan.

Det kan förekomma parallella planer från både region och kommun för den enskilde patienten vilket föranleder samverkan för att säkerställa att rätt bedömning och insats ges vid rätt vårdnivå.

**Uppföljning/utvärdering**

Uppföljning av rehabiliteringsplanen görs kontinuerligt under rehabiliteringsprocessen. Kontrollera att målsättningen fortsatt gäller och om planerade åtgärder genomförs. Stäm av tidigare satta mål, åtgärder och tidsplan.

Uppföljningen av förmåga till arbete eller annan sysselsättning omfattar även en prognos om eventuellt behov av omställning till annat arbete där samverkan mellan hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samt även kommunens socialtjänst kan vara aktuellt.

**Hur utvärderas målen?**

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

- ja/nej, uppfyllt/ej uppfyllt
- mera beskrivande

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

**Rehabiliteringsplan avslutas**

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

- Utvärdering görs utifrån tidigare bedömningsinstrument och avstämning sker mot tidigare bedömning.
- Uppsatta mål följs upp och utvärderas. Patienten uppmärksammas på uppnådda förbättringar.
- Stäm av sjukskrivning om det varit aktuellt. Finns behov av fortsatt sjukskrivning?
- Eventuellt fortsatta rehabiliteringsbehov diskuteras med patienten och beskrivs under rubriken Fortsatt rehabilitering i Rehabiliteringsplanen. Ange var patienten skall fortsätta sin rehabilitering och vem som ansvarar för att ta emot planen. Det skall tydliggöras vilka andra kompetenser som patienten fortsättningsvis kan komma att behöva.
- Om patienten har behov av fortsatt rehabilitering inom annan rehabiliteringsverksamhet krävs ett samtycke för överlämning.
- Tidig kontakt tas med verksamhet där rehabilitering kommer att fortsätta. En sammanfattning görs av bedömning, åtgärder och mål uppfyllelse.
- Dokumentera i Lifecare att patienten har rehabiliteringsplan. Använd med fördel SBAR.



- Lämna en kopia på rehabiliteringsplanen till patienten om inte överenskommelse finns att patienten läser sin Rehabiliteringsplan i 1177. Lämna även en kopia till den verksamhet som tar över ansvaret.
- Om patienten är klar med sin rehabiliteringsperiod avslutas planen. Patienten slussas till friskträning, exempelvis patientförening. Viktigt att fånga upp patientens egna önskemål.
- Säkerställ att patienten uppfattat hur den ska agera om nya problem uppstår. Tydliggör kontaktperson, ev. fast vårdkontakt, rehabiliteringskoordinator och lämna kontaktuppgifter till den som är samordnare för patientens rehabiliteringsplan

Patienten informeras tidigt att de kan läsa sin rehabiliteringsplan på 1177 eller om annat sätt gäller för att kunna ta del av rehabiliteringsplanen.

### **Fortsatt rehabilitering vid annan vårdnivå/verksamhet**

Rehabiliteringsplan från avslutad vårdnivå överförs via journal eller i pappersform.

- Tidigare rehabiliteringsplan och rekommendationer går igenom med patienten.
- Berörda kompetenser som patienten kan ha behov av sammankallas.
- Vid fortsatt behov görs ny bedömning.
- En ny rehabiliteringsplan upprättas med mål och rehabiliteringsåtgärder. Har patienten formulerat ett långsiktigt mål stäm av detta.
- Rehabiliteringsprocessen börjar om.
- Sjukskrivning som ska fortsatta, ta ställning till omfattning. Föreligger nytt behov av sjukskrivning?

## **4.1. Rehabiliteringsplanen – dokumentation**

### **4.1.1. Generellt om att använda sökord**

Dokumentation sker i respektive verksamhets journalsystem. I Generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicin finns rehabiliteringsprocessen även beskriven i form av förtydligande av sökord i en rehabiliteringsplan.

De verksamheter vars journaler kan sökas i 1177 kan med fördel använda sökordsmall för rehabiliteringsplan men det går också att skriva rehabiliteringsplanen i en professionsanteckning/mall. Det är enklast för patienten att hitta planen om sökordsmall har använts, i annat fall behöver patienten söka igenom alla anteckningar för att hitta rätt text.

### **4.1.2. Generella sökord**

#### **Utredning/bedömning:**

Gör en sammanfattning med utgångspunkt från ICF (kroppsfunktion, aktivitet/delaktighet samt omgivnings och personfaktorer) som bedömningen visat. Dokumentera även om patienten är sjukskriven och på vilken nivå, samt om patienten har en parallell rehabiliteringsplan från annan vårdgivare.



**Patientens förväntningar:**

Dokumentera patientens önskan och egna förväntningar på sin rehabilitering. Vad är av värde, utvecklande och motiverande för patienten att fokusera på? Prioriteringsordning?

**Mål:**

Målsättning utifrån bedömningar och patientens förväntningar. Ange huvudmål och delmål för rehabiliteringsperioden. Försök formulera målen så att de är utvärderingsbara.

**Åtgärder:**

Specificera åtgärder som respektive profession samt vad patienten ansvarar för.

**Uppföljning:**

Sökordet används under pågående eller avslutad rehabiliteringsperiod. Här beskrivs uppföljning/utvärdering av måluppfyllelse. Dokumentera även patientens upplevda tillfredsställelse med sina och teamets insatser.

**Fortsatt rehabilitering:**

Dokumentera överenskommelse om vad patienten själv ska göra/fortsätta med. Notera rekommendationer gällande fortsatt rehabiliteringsbehov, planering och uppföljning, hänvisa till måluppfyllelse. Sökordet kan också användas för rekommendation till patienten angående levnadsvanor och egenvård.

## 4.2. KVÅ-kodning

Enligt rekommendationer från Socialstyrelsen och Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicin ska följande klassifikationer användas:

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

**AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan:** Uppföljning av plan som upprättats för rehabilitering.

**DV077 Medverkan i upprättande av plan för återgång i arbete:** Planering och framtagande av plan för rehabiliterande insatser under sjukskrivningsperioden med fokus på återgång i arbete eller annan sysselsättning, innefattande även nedtrappning av sjukskrivning, samt eventuella behov av samverkan med externa parter. *Anmärkning:* Om rehabiliteringsplan upprättas eller redan finns kan sjukskrivningsplan ingå i denna. Kodning sker då även med DV077.



Utöver dessa KVÅ-koder kan det lokalt användas även andra KVÅ-koder för att följa upp verksamhet. Vid teamsamverkan ska varje profession i teamet som deltar i den samordnade planen eller upprättar en individuell plan, åtgärdskode enligt ovan.

## 5. Ansvar och roller

För att rehabiliteringsprocessen ska fungera krävs olika yrkeskategorier som kommer in med sin expertis och yrkesspecifik kunskap i olika faser av patientens rehabilitering. Arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped, läkare, psykolog, rehabassistent, rehabiliteringskoordinator och sjuksköterska är alla involverade i processen. Det är ofta fördelaktigt att arbeta teambaserat.

### 5.1. Teamarbete

Ett interdisciplinärt [teambaserat arbetssätt](#) bidrar till ett helhetsperspektiv i vården och att personer med sammansatta behov i större utsträckning får sina insatser individanpassade, personcentrerade och samordnade. Teamdeltagarnas kännedom om varandras specifika kompetenser ökar förutsättningarna för rätt insatser från respektive profession i rätt tid.



#### Teambaserad rehabiliteringsprocess

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

#### Förslag på innehåll i teammöten

- Sjukhistoria
- Sjukskrivningsbehov eller utvärdering av omfattning?
- Nuläge, vilket innefattar funktionsnedsättningar, aktivitets- och delaktighetsinskränkningar samt omgivnings- och personfaktorer.
- Huvudmål och eventuellt delmål för rehabiliteringsperioden.
- Planerade åtgärder utifrån varje profession och eventuell samordning av insatser.

## 6. Plan för kommunikation och implementering

Dokumentet läggs sökbart i regionens dokumentsystem Platina samt på Region Gävleborgs samverkanswebb. Kvalitetssamordnare i regionen läggs som extra uppföljare. Varje vårdenhet/avdelning/enhet ansvarar för att sprida och implementera rutinen där så lämpligt.

## 7. Dokumentinformation

Dokumentet är upprättat i samverkan i LAG Rehabilitering och Länsdelssamverkan.

Arbetsgruppen för framställan har bestått av:

Marie Bergsten, VO Paramedicin

Johanna Storing, Gävle kommun

Linnéa Bastrup, Hudiksvalls, Ljusdals och Nordanstigs kommun

Anna Jonsson, Rehabilitering Specialistvård Bollnäs

Anna Grundvig Nylund, VO Paramedicin

Anette Kjellin, Försäkringsmedicin

Kristin Vandér, VO Paramedicin

Inger Léstrade, Söderhamn kommun

Marianne Skoglund, VO Paramedicin

Madeleine Karlsson, VO Paramedicin

Granskat av HVK, kommunernas MAS/MAR-nätverk, VC Paramedicin, VC Bollnäs sjukhus, VC Specialmedicin

## 8. Referenser

Dokumentnamn
<a href="#">Generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicin</a>
<a href="#">Sjukskrivnings och rehabiliteringsprocessen. Hälso- och sjukvård Region Gävleborg</a>
<a href="#">ICF - Socialstyrelsen</a>
<a href="#">Teambaserat arbetssätt - Socialstyrelsen</a>

## Bilaga 1. Formulera och fastställa mål

Att [guida patienten till att formulera sina mål](#) i rehabiliteringsplanen utgör en delprocess i rehabiliteringsprocessen. Det är viktigt att alltid utgå från patientens perspektiv och vad han/hon vill uppnå. Utifrån individuella behov, förmågor och förutsättningar formuleras huvudmål och delmål. Medverkan av närstående sker om patienten så önskar. Målen behöver inte vara perfekta. Det allra viktigaste är att patienten har mål.

**Långsiktigt mål:** Är inriktningsmål sett över ett längre tidsperspektiv än rehabiliteringsperioden. De överensstämmer ofta med patientens förväntningar.

**Huvudmål:** Huvudmålet är det kortsiktiga övergripande målet för den aktuella rehabiliteringsperioden. Det formuleras tillsammans med patienten utifrån dennes perspektiv och förväntningar. Det är första steget mot långsiktiga mål utanför den aktuella rehabiliteringsperioden.

**Delmål:** Patientens mål. *Ska uppnås inom de närmaste dagarna eller veckorna. Tidsbegränsat.* Vanligt är 1-2 veckor. Inom öppenvård kan det vara längre tidsperspektiv. Att bryta ner huvudmål i delmål är bra om målet är stort, ligger långt fram i tiden inom rehabiliteringsperioden eller innefattar flera olika professioners insatser. Eftersträva att delmålen är utvärderingsbara och [SMARTA](#) samt utgår från aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar som upptäckts vid bedömningen.

SMARTA- mål:

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

Målen utgår från kartläggningen av behovs-/utvecklingsområden i nuläget. Det ska finnas en tydlig koppling mellan problem som beskrivs i nuläget och mål som anger det personen vill åstadkomma.

Exempel på huvudmål kan som i vissa fall kan vara långsiktiga mål:

- Åter till tidigare boende (tidsplan en vecka)
- Självständig i aktiviteter i hemmet (tidsplan 5 veckor).
- Självständig i aktiviteter utanför hemmet (tidsplan 3 månader)
- Komma tillbaka till arbetet på 50% och ha god ork att umgås med nära och kära. (tidsplan 3 månader)
- Återgå till studier på 25 % (tidsplan 3 månader)

- Besöka biblioteket och låna böcker varannan vecka (8 veckor)

Exempel på delmål:

- Klä på sig självständigt
- Klara att göra ett ärende på apoteket
- Självständigt kunna ta bussen från hemmet till biblioteket
- Klara arbetsmoment på jobbet (specificeras)
- Göra sig förstådd i telefon
- Viktstabil
- Klara att hantera stress på jobbet

**Målen bör vara:**

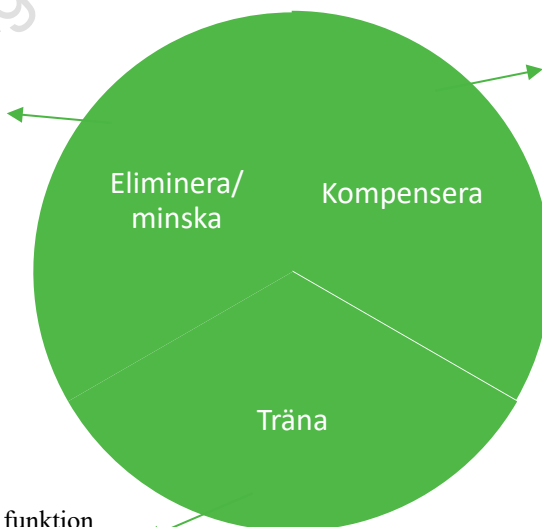
- Värdefulla/meningsfulla för patienten
- Utmanande men realistiska
- Avgränsade och prioriterade
- Tidsbestämda
- Relevanta och motiverade
- Möjliga att mäta och utvärdera

Prioritering av målen ska anges. Patienten/anhörig ska i samråd med personalen välja vilka behovsområden som för närvarande är mest angelägna. Om nya mål framkommer under planens giltighet kan planen revideras. Kontrollera att personalen och patienten har samma målbild.

## Behandling/åtgärder samt rehabiliterande åtgärder

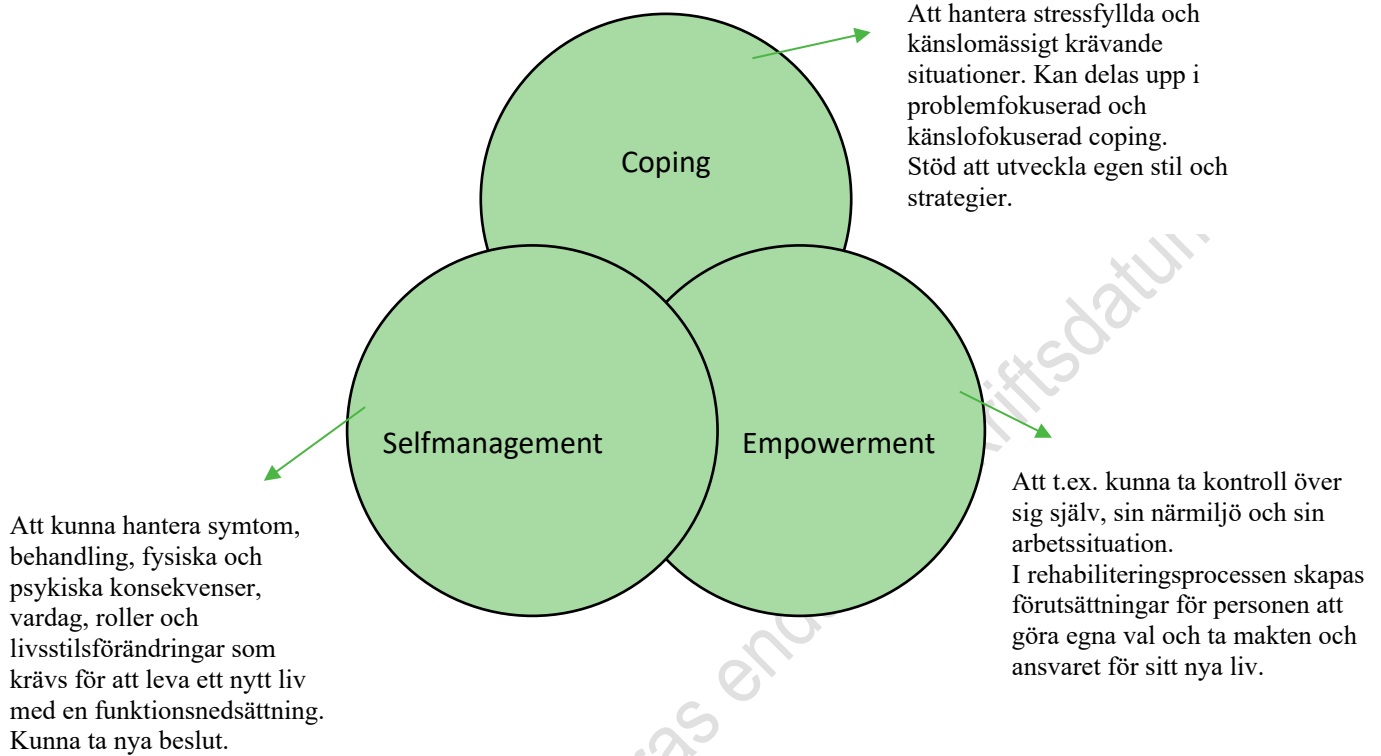
Utifrån vad som framkommer i utredning/bedömning/kartläggning beskrivs och planeras åtgärder i rehabiliteringsplanen utifrån delmålen. Nedan beskrivs sammanfattnings och förklaring av olika rehabiliteringsåtgärder.

**Eliminera** konsekvenser som kommer av ett medicinskt problem.  
Ex. högt blodsocker, smärta, blås- tarmfunktion, sjukskrivning, trötthet, viktnedgång.



**Kompensera** en funktions/ aktivitetsbegränsning eller delaktighetsinskränkning med ex olika hjälpmedel och anpassningar.

**Träning:** förbättra funktion och aktivitet ex balans och styrketräning. Träna ett nytt sätt att utföra en aktivitet.

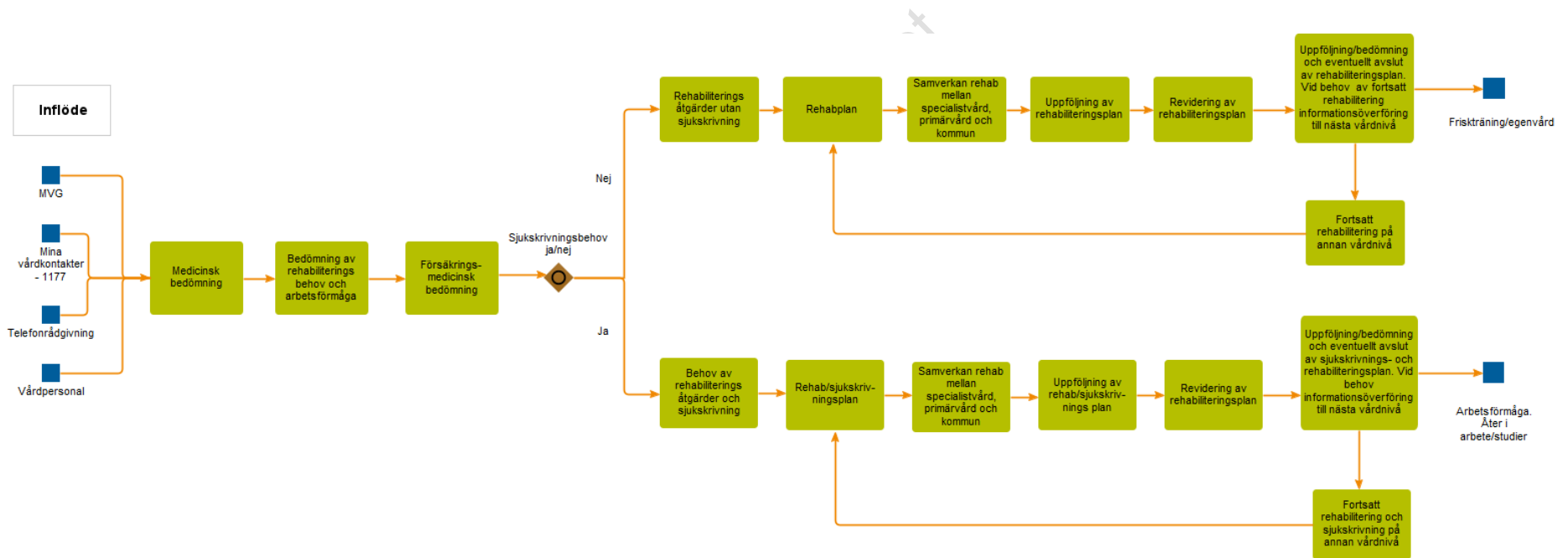


**Andra åtgärder:**

- Egenvård och åtgärder som förbättrar levnadsvanor
- Sjukskrivning som en del i vård och behandling.

*Tidplan:* Rehabiliteringsåtgärder är alltid tidsbegränsade och styrs av de uppsatta målen i rehabiliteringsplanen.

## Bilaga 2. Rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess med eller utan sjukskrivning



## REHABILITERINGSPLAN – mall för kommunal verksamhet

Namn	
Personnummer	

BEDÖMNING	
Funktionshinder	
Funktionsnedsättning och strukturavvikelser	Svårigheter i aktivitet och problem i delaktighet
Omgivnings- och personfaktorer	
Resurser	Hinder

PLANERING – ÅTGÄRDER – UTVÄRDERING				
Huvudmål				
<i>På kort sikt:</i>				
<i>På lång sikt:</i>				
Delmål	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan	Måluppfyllelse

FORTSATT PLANERING EFTER REHABILITERINGSPERIODEN

REHABILITERINGSTEAMET