Dokumentansvarig: Josefin E Damberg

Dokumentägare: Monica Hofvenstam

Dagrehabilitering i Region Gävleborg - Rutin - Dagrehabilitering

Titel: Dagrehabilitering – Rutin - Dagrehabilitering	**Dokumentkategori:** Rutin	**Omfattning:** Dagrehabilitering och psykoterapi
Dokumentägare: VEC Dagrehabilitering och psykoterapi	**Dokumentansvarig:** Kvalitetssamordnare VO Primärvård	**Beslutsinstans:** VEC Dagrehabilitering och psykoterapi
Diarienummer:		**Datum för översyn:** Se giltigt t.o.m.

Innehåll

1. Syfte och omfattning 2
2. Innehåll 2
2.1. Uppdrag....3
2.2. Övergripande arbetssätt....3
3. Beskrivning 3
3.1. Målgrupp 3
3.2. Prioriteringar....3
3.3. Skriftlig informationsöverföring....4
4. Vårdförlopp 4
4.1. Bedömning 4
4.2. Rehabiliteringsplan och Målformulering 4
4.3. Behandling 5
4.4. Omfattning....5
4.5. Uppföljande teambedömningar 6
5. Förutsättningar....6
5.1. Bemanning 6
5.2. Lokaler & utrustning 6
5.3. Samverkan 6
5.4. Planeringsmöten 7
6. Kommunikation och implementering....7
7. Medverkande och granskare 7
8. Referenser 7
Bilaga 1....8
Inkluderings – och exkluderingskriterier för Dagrehabilitering 8
Inkluderingskriterier....8

1. Syfte och omfattning

Rutinen beskriver ansvar, uppdrag och arbetssätt för Dagrehabilitering i Gävle, Västra Gästrikland, Hudiksvall/Nordanstig, Bollnäs/Ovanåker, Söderhamn och Ljusdal i Region Gävleborg. Samtlig personal på dagrehabilitering i regionen ansvarar för att följa denna rutin.

2. Innehåll

Dagrehabilitering erbjuds inom verksamhetsområdet Primärvård i Region Gävleborg oavsett vilken hälsocentral i Region Gävleborg som patienten är listad på.

Dagrehabilitering ska vara ett komplement till övrig rehabilitering i primärvården och bidra till att förbättra och främja bibehållandet av patientens funktions-, aktivitets- och delaktighetsnivå i sin närmijö.
Dagrehabilitering ska kunna erbjuda intensivare insatser, och ibland kan detta kombineras med insatser från hälsocentral och/eller kommun.

2.1. Uppdrag

Dagrehabiliteringens uppdrag är att:

- Erbjuda individuellt anpassad rehabilitering i öppenvård till patienter efter sjukdom, skada eller funktionsnedsättning.
- Arbeta utifrån ett personcentrerat och teambaserat arbetssätt.
- Erbjuda träning som leder till en förbättrad fungerande vardag.
- Stödja patient och närstående med kunskap, strategier och egenvård.

2.2. Övergripande arbetssätt

Dagrehabiliteringen erbjuder

- Personcentrerade, målinriktade och tvärprofessionella rehabiliterande insatser med kompetens, utrustning och lokaler som i största möjliga mån är anpassade till nedanstående målgrupp.
- Stöd och information till närstående.

3. Beskrivning

3.1. Målgrupp

- Vuxen patient, 18 år eller äldre, oftast med neurologisk sjukdom/skada, som utifrån sin funktionsnedsätting har ett stort rehabiliteringsbehov.
- Patient som bor i ordinärt boende, och som orkar med både resor och träning.
- Patienten ska utifrån sin förmåga vara motiverad och kunna delta aktivt i rehabiliteringen.
- Patienten behöver teamets samlade kompetens under samma behandlingsperiod.
- Patienten ska ha ett, av dagrehabiliteringsteamet, klart definierat funktions/aktivitetsstimulerande rehabiliteringsbehov och ha förutsättningar att tillgodogöra sig insatserna.
- Patienten ska ha behov av dagrehabiliteringens lokaler/utrustning.
- Se vidare inkluderings- och exkluderings kriterier under bilagor, *bilaga 1 sidan 8*.

3.2. Prioriteringar

Prioriteringsgrad 1

- Personer med neurologisk sjukdom/skada eller förvärvad hjärnskada i ett tidigt skede där det finns stora möjligheter för inlärning och rehabilitering.

Prioriteringsgrad 2

- Progredierande neurologiska sjukdomar med risk för sänkt funktions- och aktivitetsnivå.

- Resttillstånd efter neurologisk sjukdom/ skada eller förvärvad hjärnskada med förutsättning till förbättrad funktions och aktivitetsnivå.

Prioriteringsgrad 3

- Patienter som behöver tillfälliga, uppföljande insatser i syfte att uppmuntra förändrat beteende i sin närmiljö.

3.3. Skriftlig informationsöverföring

Patienter remitteras med fördel digitalt, vårdbegäran i Cosmic inom Regionens verksamhet.
För verksamheter som inte använder Cosmic föredras skriftligt underlag/vårdbegäran/rehabiliteringsplan (t ex från kommunerna).
Patienter kan söka rehabilitering via egenvårdbegäran eller via direktkontakt per telefon.
Om ingen skriftlig remiss finns görs en anteckning i journalen med nödvändigt underlag för att ta emot patienten för en första bedömning.
Rekommendationen är att man accepterar remissen innan bedömning och sedan avslutar remissen efter bedömning oavsett om det blir någon fortsatt behandling eller inte. Ett delsvar kan i vissa fall skrivas om det tar tid innan första bedömning sker.

4. Vårdförlopp

4.1. Bedömning

Rehabilitering inom dagrehabilitering inleds med en teamgemensam första bedömning. Visar den bedömningen att patienten inte är aktuell för dagrehabilitering, återremitteras patienten.
Den första bedömningen sker i första hand i dagrehabiliterings lokaler.
I de fall rehabiliteringsinsatser är aktuell kartläggs patientens aktivitets- funktions- och delaktighetsnivå, patientens förväntningar och motivation.
Dokumentationen av den gemensamma första bedömningen skrivs tillsammans av arbetsterapeut och fysioterapeut samt vid behov logoped. Rehabiliteringsplanen följs upp efter avslutad behandlingsperiod.
Vid svårbedömd aktivitets/funktionstillstånd finns möjlighet till provbehandling på dagrehabilitering, som antingen leder till insatser utifrån tydlig målsättning eller rekommendationer om annan insats.

4.2. Rehabiliteringsplan och Målformulering

Rehabiliteringsplan upprättas, gärna med tidigare rehabiliteringsplaner som grund.
Dokumentation av rehabiliteringsplan sker enligt länsövergripande rutin för aktuellt journalsystem.
Mål formuleras tillsammans med patient och eventuellt närstående eller annan. Det är önskvärt att målen är SMARTA (d v s specifika, mätbara, accepterade, realistiska tidsbestämda och attraktiva). Detta kan i förekommande fall ske i samråd med hemsjukvården, då patienten har flera pågående rehabiliterande insatser.

Målen följs upp och utvärderas kontinuerligt under behandlingsperioden, utifrån patientens individuella rehabiliteringsplan.

4.3. Behandling

Då patienten startar på dagrehabilitering görs yrkesspecifika bedömningar med hjälp av valida/reliabla utvärderingsinstrument utifrån nationella rekommendationer.

Patienten erbjuds olika insatser utifrån var patienten befinner sig i rehabiliteringsprocessen. Patienten kan vara i behov av olika behandlingsalternativ under samma rehabiliteringsperiod. Dagrehabverksamheten kan erbjuda följande behandlingsalternativ;

- individuella insatser med respektive profession
- individuella insatser flera professioner tillsammans
- träning i grupp
- I slutet av en behandlingsperiod försöker teamet uppmuntra patienten till fortsatt träning, t ex i hemmet eller på offentliga gym, på egen hand eller med stöd av hemtjänst, assistenter eller annan. Vi kan vid behov skriva ett utlåtande som patienten kan bifoga i de fall den söker om utökat bistånd.

Behandlingsinsatserna utgår från de yrkesspecifika riktlinjer som finns inom Nationella riktlinjer eller inom Region Gävleborg för aktuell diagnosgrupp.

4.4. Omfattning

Patienten erbjuds avgränsade insatser utifrån uppsatta mål och utvärdering av behandlingsresultat. En första utvärdering görs av målen efter ca sex veckor och nytt ställningstagande tas angående vidare behandling. Denna utvärdering sker först i teamet och förankras sedan med patienten. Kontinuerliga utvärderingar av mål och resultat är grund för fortsatta insatser.

Mer intensiv träning kan uppnås genom att patienten går både individuellt, i grupp och genomför egenträning samt eventuella insatser från kommunernas hemsjukvård.
Om patientens status förändras (t ex nytillkommen sjukdom eller skada) under pågående rehabilitering görs en ny bedömning om dagrehabilitering fortfarande är aktuellt.

Möjlighet finns till nya träningsperioder utifrån individuell bedömning, ex nyinsjuknade strokepatienter, om det finns nya mål som bedöms kunna uppnås.
Patienter som behöver tillfälliga, uppföljande insatser i syfte att uppmuntra förändrat beteende i sin närmiljö, utifrån definierade mål kan erbjudas kortare behandlingsperiod eller några tillfällen under en längre period.

Om patienten uteblir (oanmäld frånvaro) kontaktas patienten via telefon för dialog om orsak och motivation samt ny tidsbokning. Faktura skickas vid upprepade uteblivna besök.
Efter tre uteblivna besök avslutas rehabiliteringen i dialog med patienten. Detta är patienten informerad om redan vid behandlingsperiodens start.

4.5. Uppföljande teambedömningar

Uppföljande teambedömning kan ske tillsammans med patient och kan innehålla:

- Upprättande av rehabiliteringsplan samt målformulering utifrån patientens egen målsättning.
- Planering av behandlingsinsatser.
- Avstämning under pågående rehabiliteringsperiod.
- Utvärdering rehabiliteringsplan, i samband med avslut av perioden på dagrehabilitering
- Planering av eventuella fortsatta insatser.
- Möjlighet finns att inbjuda andra vårdgivande aktörer till dialog och planering.

5. Förutsättningar

5.1. Bemanning

Dagrehabilitering bemannas av legitimerad arbetsterapeut, legitimerad fysioterapeut, legitimerad logoped samt ofta av rehabiliteringsassistent/undersköterska. Vid medicinska frågeställningar kontaktas läkare på den hälsocentral där patienten är listad. Även kontakt med psykosocialt team ombesörjs av patientens hälsocentral.

Kompetensenskrav beskrivs i enhetens kompetenskort, d v s strategisk utbildningsplan.

5.2. Lokaler & utrustning

Lokaler och utrustning ska erbjuda möjlighet att träna funktioner i *olika* aktiviteter, som sen kan tillämpas i dagliga aktiviteter. I lokalerna bör tillgång finnas till utrustning som möjliggör ståträning, belastning, gåträning, aktiv förflyttningsträning, konditionsträning samt styrketräningsutrustning anpassad för neurologisk rehabilitering. Det bör också finnas utrustning som möjliggör handträning, träning i köksaktivitet och ADL (Aktiviteter i Dagligt Liv).
Dagrehabiliteringen ska också ha utrustning för träning av tal, språk, kommunikation och sväljförmåga.

Utifrån patientens rehabiliteringsbehov bör även möjlighet till hyra av utrustning finnas, t.ex. hos Hjälpmedel SAM.

5.3. Samverkan

Dagrehabilitering har inget ansvar för hjälpmedel, Det är patientens hälsocentral/kommunens hemsjukvård som ansvarar för förskrivning, utprovning samt uppföljning av hjälpmedel.
Om förändrat behov av hjälpmedel uppstår under träningsperioden samverkar teamet med patientens hälsocentral eller hemsjukvården rehabiliteringspersonal

Kommunikationshjälpmedel förskrivs av logoped på Kom-X och implementering kan ske i samverkan med logoped på dagrehabilitering.

5.4. Planeringsmöten

Teamet träffas varje vecka för genomgång av nya patientremisser, logistik, allmän planering samt kollegial handledning.

6. Kommunikation och implementering

Rutinen ska ligga på samverkanswebben. Den presenteras internt på arbetsplatsträff eller andra möten, samt vid introduktion av ny personal.
Kommuniceras till berörda samverkanspartners via lässkyldighet i Platina eller vid informationsträffar. Information via HVK med externa parter som inte har tillgång till regionens nätverk.

7. Medverkande och granskare

Dokumentet har tagits fram av VEC och medarbetare inom Dagrehabilitering och psykoterapi.

Granskat av kvalitetssamordnare och medarbetare.

8. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Socialstyrelsen - Nationella riktlinjer för vård vid stroke	Socialstyrelsen.se

Bilaga 1

Inkluderings – och exkluderingskriterier för Dagrehabilitering

Inkluderingskriterier

- I huvudsak patienter med funktionsnedsättning utifrån neurologisk skada/sjukdom
- Över 18 år
- Ordinärt boende
- Multimodala behov minst två professioner
- Som regel ska patienten ansvara för att själv eller med hjälp boka resor
- Patienten ska orka med resor
- Patienten ska orka intensiv träning
- Patienten har motivation till **aktiv** rehabilitering i syfte att nå förbättrad funktions-, aktivitets – och delaktighetsnivå.
- Det ska finnas förutsättningar för minst ett SMART mål
- Träningen ska kunna implementeras i patientens närmiljö
- Rätt timing: Patienten har ”landat” hemma och rehabiliteringsinsatser är påbörjade i hemmet (t ex förflyttningar) och praktiska förutsättningar för vardagsfungerande är ordnat.

Exkluderingskriterier

- Så stor kognitiv påverkan, att det försvårar möjlighet att tillgodogöra sig träning.
- Diagnoser som svår psykisk ohälsa, beroendeproblematik, malignitet med dålig prognos, som försvårar möjlighet att tillgodogöra sig träning.
- Pågående utredning, prognos ej fastställd samt patienter med svåra symtom som behöver utredas före träningsperiod
- Behovet är enbart passiva insatser
- Patienter som behöver insatser av enbart en yrkesprofession.
- Där insatser från andra professioner än vad som finns inom dagrehabilitering, har företräde.
- Inneliggande på någon klinik eller avdelning.
- Enbart önskemål om/behov av social stimulans
- Önskemål från remittent att som en unik insats, följa upp en tidigare vårdgivares behandlingar, utan föregående eller planerad dagrehabiliteringsperiod.
- Patienter som varken själv, eller t ex tillsammans med assistenter, klarar de hygieniska momenten vid toalettbesök.