

Praktiska anvisningar

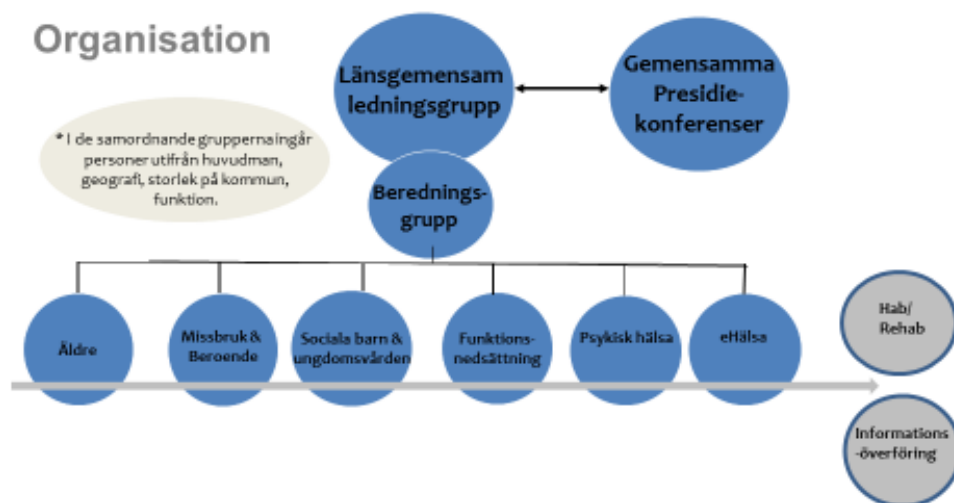
– Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

2016



Inledning

Kommunaliserad hemsjukvård har bedrivits i Kalmar län sedan 2008. Länet har sedan dess gemensamt arbetat fram arbetsmodeller som syftar till att förstärka samverkan mellan länets vårdgivare. I september 2013 antogs en ny struktur och modell för samverkan och gemensam ledning och styrning i Kalmar län. Samverkansmodellen bygger på ett antal årligt återkommande forum. Varje år hålls två presidiekonferenser med landstingspresidiet, Primärkommunala nämndens presidium och samtliga socialnämndspresidier i länets 12 kommuner. Konferenserna fokuserar på innehåll och resultat av arbetet samt fastställer riktning för nästkommande samarbetsperiod. Den Länsgemensamma ledningsgruppen leder arbetet i länet med utgångspunkt i presidiekonferensernas uppdrag och årliga aktivitetsplaner. I juni 2015 gjordes ett förtydligande av *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län* samt *Ramavtal om läkarmedverkan*.



Länsgemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och angränsande område hälso- och sjukvård i Kalmar län

Länsgrupp hab/ rehab är en av länets samverkansgrupper som arbetar på uppdrag av *Länsgemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård*. Länsgrupp hab/ rehab har arbetat fram de praktiska anvisningarna inom habilitering och rehabilitering och dessa praktiska anvisningar syftar till att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan vårdgivarna för habilitering och rehabilitering i Kalmar län så att gråzoner minimeras och att patienten sätts i fokus.

I praktiska anvisningarna används benämningen fysioterapeuter och det inkluderar både fysioterapeuter och sjukgymnaster.

Praktiska anvisningar för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel utvärderas senast 2017-02-01.

Praktiska anvisningar rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Länsgemensam ledning i samverkan

Innehåll

Inledning	2
Rehabilitering	5
1. Gemensam ledstjärna och målbild rehabilitering och hjälpmedel.....	5
1.1. Mötesplatser rehabilitering	5
1.1.1. Länsgrupp habilitering/rehabilitering.....	5
1.1.2. Lokala mötesplatser	5
2. Definitioner rehabilitering	6
2.1. Rehabilitering.....	6
2.2. Funktionsnedsättning.....	6
2.3. Specifik rehabilitering.....	6
2.4. Vardagsrehabilitering	6
2.5. Rehabiliterande förhållningssätt	6
2.6. Hemrehabilitering	6
2.7. Dagrehabilitering, Rehabilitering vid korttidsvistelse, intensiv rehabilitering etc.	7
3. Vårdnivåer	7
3.1. Egenvårdsnivå.....	7
3.2. Primärvårdsnivå.....	7
3.2.1. Kommunrehabilitering	7
3.2.2. Distriktsrehabilitering.....	8
3.3. Specialistvårdsnivå	8
3.3.1. Slutenvård.....	8
3.3.2. Öppenvård	8
4. Samverkan rehabilitering och hjälpmedel.....	8
4.1. Planering av patientens rehabilitering	8
4.2. In- och utskrivning av patienter i slutenvård.....	9
4.2.1. Ärendegång vid kallelse till samordnad vårdplanering	9
4.2.2. Överrapportering/Information	10
4.2.3. Justering av vårdplanen	10
5. Ansvar för hjälpmedel och hjälpmedels-förskrivning	10
5.1. Kognitions- och sinnesstimulerande hjälpmedel	11
5.2. Kommunikationshjälpmedel	11
5.3. Hjälpmedel vid planerad eller längre rehabprocess på sjukhus.....	11

Praktiska anvisningar rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

 Lansgemensam ledning i samverkan

5.3.1. Hjälpmedel vid planerade ärenden	11
5.3.2. Hjälpmedel i samband med sjukhusvistelse	11
5.4. Undantag	11
5.4.1. Vid högrisksmitta	12
5.4.2. Specialanpassade hjälpmedel under vårdtiden	12
5.4.3. När patienten väljer att själv skriva ut sig från sjukhuset.....	12
5.4.4. Planerat hjälpmedelsbehov till utomlänspatienter	12
5.4.5. Hantering vid snabbt ärende - enstaka enklare hjälpmedel	12
6. Vägledande patientfall	13
6.1. Kognitions- och sinnesstimulerande hjälpmedel	13
7. Referenser	14
Bas- och specialisthabilitering	15
8. Styrande och stödjande definitioner samt ansvarsfördelning	15
8.1 Habilitering	15
8.2 Bashabilitering	15
8.3 Specialisthabilitering	15
9. Hjälpmedel	16
9.1 Kommunen	16
9.2 Landstinget.....	16
10. Samverkan	17
11. Vägledande patientfall	17
Bilagor	21
1. Rehabiliteringsplan baserad på ICF – riktlinjer för användning.....	22
2. Rutin för överrapportering mellan huvudmännen.....	25
3 A. Förskrivning av kommunikationshjälpmedel, kommunen initierar	26
3 B. Förskrivning av kommunikationshjälpmedel, landstinget initierar	27

Rehabilitering

1. Gemensam ledstjärna och målbild rehabilitering och hjälpmedel

”Var rehabiliteringen skall ges och vem som skall utföra rehabiliteringen är ett gemensamt ansvar och beslutas i samråd mellan patienten och sjukvårdshuvudmännen. Patienten skall erbjudas rehabilitering i den miljö som är den mest gynnsamma för denne.” (1)

Ledstjärnan är att skapa förutsättningar för att patientens rehabilitering sätts i fokus och inte ansvarsgränserna mellan huvudmännen. Patientens delaktighet är en förutsättning för hela habiliterings- och rehabiliteringsprocessen. (2)

Med landstings- och kommungemensamt fokus på hälsa och livskvalitet skall invånarna i Kalmar län; (3)

- inte märka våra organisatoriska gränser.
- möta kompetens, säkerhet, hög kvalitet och gott bemötande.
- erbjudas stöd utifrån varje individs behov och förutsättningar med syfte att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga samt skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

1.1. Mötesplatser rehabilitering

1.1.1. Länsgrupp habilitering/rehabilitering

Länsgrupp habilitering/rehabilitering består av verksamhetsansvariga från samtliga kommuner och landstinget. Gruppen träffas fyra gånger/år för att övergripande bidra till utveckling och samordning av habilitering och rehabilitering, med fokus på arbetsterapi och fysioterapi/sjukgymnastik.

1.1.2. Lokala mötesplatser

Chefer och medarbetare hos båda huvudmännen har ett gemensamt ansvar för att skapa lämpliga mötesplatser för den lokala samverkan.

2. Definitioner rehabilitering

2.1. 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. (4)

2.2. Funktionsnedsättning

Med funktionsnedsättning avses ”nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga”. (4)

2.3 Specifik rehabilitering

Specifik rehabilitering är relaterad till och kräver kunskap inte bara om människans normala funktioner utan också om den aktuella sjukdomen, skadan och den behandling och träning som utvecklar, återvinner och bibehåller funktionsförmåga. Specifik rehabilitering utförs av arbetsterapeut och/ eller fysioterapeut. Vid överlåtelse av arbetsuppgifter till annan personal sker det genom delegering och/eller ordination. Specifik rehabilitering är arbetsuppgifter och insatser som utförs och ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen. (5)

2.4. Vardagsrehabilitering

Då en person ges möjlighet att, i vardagsnära miljö, bibehålla, utveckla och förbättra sina förmågor och färdigheter genom att personal och närstående använder ett rehabiliterande förhållningssätt. (6)

2.5. Rehabiliterande förhållningssätt

Insatser och bemötande ska vara aktivt stödjande istället för hjälpande och inte ta över de förmågor en person har. (6)

2.6. Hemrehabilitering

Hemrehabilitering innebär en samlad rehabilitering i eget boende. Detta betyder att rehabiliteringen startas upp så snart som möjligt efter hemkomsten från sjukhus eller korttidsboende och att det sker i samverkan med olika yrkesgrupper. Det är också viktigt att fånga upp tidiga försämringar i hemmet. (7)

2.7. Dagrehabilitering, Rehabilitering vid korttidsvistelse, intensiv rehabilitering etc.

Inga enhetliga definitioner finns. Rehabilitering kan bedrivas i många olika former exempelvis dagrehabilitering, rehabilitering vid korttidsvistelse, intensiv rehabilitering.

3. Vårdsnivåer

Hälso- och sjukvård, inklusive rehabilitering, utförs på olika vårdnivå oavsett huvudman;

- Egenvårdsnivå
- Primärvårdsnivå - kommun/landsting
- Specialistvårdsnivå - landsting
- Regionvårdsnivå - landsting
- Nationell nivå - vissa nationella centra finns och håller på att utvecklas, t ex. för vissa cancersjukdomar, hjärttransplantationer.

Vårdsnivåerna ska inte blandas ihop med specialistkompetens för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Specialistkompetens kan finnas på alla vårdnivåer.

Patienten kan få sin rehabilitering parallellt på olika vårdnivåer/ansvarsområden. Exempelvis kan patienten erhålla rehabilitering både på landstingets distriktsrehabilitering och inom kommunens rehabilitering i hemmet.

Patienten kan söka till arbetsterapeut och fysioterapeut via egen anmälan eller via remiss/överrapportering.

3.1. Egenvårdsnivå

Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen. (8,9)

3.2. Primärvårdsnivå

Primärvårdsnivån utgörs av kommunal hälso- och sjukvård samt landstingets primärvårdsverksamhet

Nivån innefattar 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. (4)

3.2.1. Kommunrehabilitering

Kommunen som vårdgivare ansvarar för rehabiliteringsinsatser som utförs av arbetsterapeuter och fysioterapeuter i hemmet, oavsett boendeform, samt i förekommande dagverksamheter.

3.2.2. Distriktsrehabilitering

Landstinget som vårdgivare ansvarar för rehabiliteringsinsatser som utförs av arbetsterapeuter och fysioterapeuter vid landstingets distriktsrehabilitering och privata fysioterapeutmottagningar.

3.3. Specialistvårdsnivå

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård. (4)

3.3.1. Slutenvård

Landstinget som vårdgivare ansvarar för rehabiliteringsinsatser för inneliggande patienter på länets tre sjukhus inklusive psykiatrin.

3.3.2. Öppenvård

Landstinget som vårdgivare ansvarar för rehabiliteringen vid öppenvårdsmottagningarna på länets tre sjukhus samt psykiatrins öppenvård.

4. Samverkan rehabilitering och hjälpmedel

Samverkan ska underlätta för patienten att hitta rätt vårdgivare och förhindra att patienten "faller mellan stolarna".

Den arbetsterapeut eller fysioterapeut som uppmärksammar behov av samverkan ansvarar för att initiera detta. Väl fungerande samverkan bygger på god kännedom om varandras verksamheter. Utgångspunkten är;

- att se varje individ som en unik person med individuella förutsättningar, vilket kräver flexibel planering och mångfald i insatserna.
- att det finns en kontinuitet när det gäller personer och metod, struktur och information.
- att olika insatser kan ges samtidigt och integrerat istället för efter varandra. Det kräver gränsöverskridande samverkan (10)

4.1. Planering av patientens rehabilitering

Vårdgivarna skall erbjuda och planera rehabilitering i samverkan med patienten. (2,9,10). Planeringen av rehabiliteringen kan se ut på olika sätt;

- Rehabilitering som kräver avgränsade insatser inom en vårdnivå/arbetsplats. Planering av patientens rehabilitering görs mellan patient och rehabiliteringspersonal. Flertalet patienter finns här.

- Rehabilitering med omfattande insatser där rehabiliteringskontakten förväntas bestå över tid med flera rehabiliteringsaktörer inblandade ofta spridda över flera vårdnivåer/arbetsplatser. **Rehabiliteringsplan** (se bilaga) ska upprättas i dialog med patienten och patienten erhåller planen.
- Rehabilitering som kräver insatser från Hälso- och sjukvården, Socialtjänsten eller annan verksamhet och som har behov av samordning. Patienten skall erbjudas en [Samordnad individuell plan, SIP](#). Samordning skall erbjudas då den ger ett mervärde för patienten utöver de insatser och den samverkan som redan sker mellan verksamheternas personal. Behovet av samordning kan vara särskilt stort för patienter med omfattande och långvariga insatser.
- Vid utskrivning från psykiatrisk slutenvård ska alltid en SIP göras. (12)
- Den planering av rehabiliteringen som sker inom slutenvård på sjukhus ska överrapporteras inför utskrivning. Det sker via Cosmic Link och vid behov tas en telefonkontakt. (se kapitel In och utskrivning av patienter i slutenvård).

4.2. In- och utskrivning av patienter i slutenvård

Vårdplanering regleras i betalningsansvarslagen(BAL) samt SOSFS 2005:27, Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. (13,11)

En vårdplanering/överrapportering i enlighet med BAL till mottagande part inom kommunen blir avgörande för en god samverkan och kräver att noggranna gemensamma rutiner utarbetas gemensamt av parterna. (1)

Överenskomna rutiner avseende BAL är utarbetade av landstinget i Kalmar län och länets kommuner i samverkan. En förutsättning för att information får överföras är att patienten lämnat sitt medgivande.(14)

En vårdplan skall upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren bedöms behöva

- kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller
- landstingets primärvård, öppna psykiatrisk vård eller annan öppenvård. (14)

4.2.1. Ärendegång vid kallelse till samordnad vårdplanering

Idag används Cosmic Link för kommunikation mellan slutenvård och kommunens primärvård och vid behov tas en personlig kontakt.

Vid kallelse till vårdplanering från Västerviks sjukhus och Oskarshamns sjukhus ska kommunen i första hand kontakta kollegor på sjukhusen.

Vid kallelse till vårdplanering från Länssjukhuset i Kalmar ska kommunen kontakta kollegor för avd. 15 stroke, avd. 16 ortoped och avd. 32 geriatrik. För övriga avdelningar gäller att

kommunen kontaktar avdelningen som ger aktuell information. Vid behov av ytterligare information kan kollega kontaktas.

4.2.2. Överrapportering/Information

Adekvat information skall framkomma vid vårdplanering och kollegial överrapportering utifrån professionens bedömning.

I de fall arbetsterapeut/fysioterapeut på sjukhuset är involverad i patientens vård och behov av dialog/överrapportering finns utöver den information som framkommer vid vårdplaneringen, ansvarar man för att överrapportera till kommunens arbetsterapeut/fysioterapeut.

Ett behov av dialog för tidig information kan finnas innan vårdplaneringen har påbörjats, lokala rutiner kan förekomma.

4.2.3. Justering av vårdplanen

När kommunen är klar över sina åtaganden inför patientens hemgång ska kommunens arbetsterapeut och/eller fysioterapeut justera den del av vårdplanen som den är ansvarig för.

5. Ansvar för hjälpmedel och hjälpmedelsföreskrivning

Landstinget ansvarar för:

- Hjälpmedel inklusive kommunikationshjälpmedel som föreskrivs enligt landstingets föreskrivningsanvisningar (13).
- Bedömning och tillhandahållande av hjälpmedel för inneliggande patienter på sjukhus. Sjukhusens rehabiliteringsenheter ansvarar för de hjälpmedel som krävs i processen kring rehabilitering utöver den basutrustning (t ex rullstol, rollator) som klinikerna tillhandahåller.
- Hjälpmedelsbehov i samband med akut sjukvård till asylsökande. Vad gäller barn så har de samma rättigheter till hälso- och sjukvård som svenska medborgare.
- Hjälpmedelsbehov i samband med akut sjukvård till utländska medborgare och utomlänspatienter, se landstingets patienthandbok.

Kommunen ansvarar för

- Hjälpmedel som föreskrivs enligt KHS´ s (Kommunal Hjälpmedelssamverkan) föreskrivningsanvisningar inkluderar kognitions- och sinnesstimulerande hjälpmedel. Lokala riktlinjer kan förekomma. (13)
- Bedömning och föreskrivning av hjälpmedel som utförs av arbetsterapeut och fysioterapeut i hemmet, oavsett boendeform, samt i förekommande dagverksamheter.

5.1. Kognitions- och sinnesstimulerande hjälpmedel

Uppmärksammas behov i landstinget så tas kontakt med ansvarig kommun precis som för alla andra hjälpmedel. (13) Vägledning för kommunens förskrivare finns i KHS´ s handbok.

5.2. Kommunikationshjälpmedel

Landstinget har under ett år (from 160101) det fulla ansvaret för förskrivning av kommunikationshjälpmedel. Utvärdering sker efter ett år. Kommunikationshjälpmedel förskrivs efter gällande riktlinjer för landstinget och kommun.

5.3. Hjälpmedel vid planerad eller längre rehabprocess på sjukhus

Gäller de patienter som har behov av hjälpmedel under och efter sin vistelse på sjukhuset och där rehabpersonalen gör en insats.

5.3.1. Hjälpmedel vid planerade ärenden

Vid preoperativa behov, ex. vid höftplastik, informeras patienten preoperativt via mottagning på sjukhus. Patienten ansvarar sedan för kontakt med kommunen som förskriver och patienten ser till att hjälpmedel är med in till sjukhuset. Är behovet endast kryckkäppar kan patienten köpa dem på behandlande klinik.

5.3.2. Hjälpmedel i samband med sjukhusvistelse

En patient som läggs in på sjukhus med ett känt funktionshinder, lånar bassortimentet under vårdtiden och återvänder hem utan hjälpmedel (oförändrat hjälpmedelsbehov).

För en patient som läggs in på sjukhus med förändrat funktionsstatus ansvarar landstinget för hjälpmedel i rehabiliteringen under sjukhusvistelsen.

Kollegial dialog förs via Cosmic Link och/eller per telefon kring kommande hjälpmedelsbehov efter sjukhusvistelsen. Kommunen gör valet av de hjälpmedel som behövs efter utskrivning. Kommunerna skall möta upp med hjälpmedel i hemmet.

5.4. Undantag

Förskrivning och utlämning under pågående vårdtid

I undantagsfall kan kommunens förskrivare efter dialog med sjukhuspersonal välja att prova ut hjälpmedel på vårdavdelning och äger då det totala förskrivningsansvaret.

5.4.1. Vid högrisksmitta

När patient med högrisksmitta är på sjukhus och har ett förväntat behov av hjälpmedel vid utskrivning ska kommunen kontaktas för en dialog.

Vid eventuellt övertagande av hjälpmedel följs samma rutin som gäller som vid flytt mellan huvudmän.

5.4.2. Specialanpassade hjälpmedel under vårdtiden

Om det finns behov av att ta in redan förskrivna specialanpassade hjälpmedel under vårdtiden (t ex elrullstol, anpassad komfortstol), då bassortimentet på sjukhuset inte täcker behoven tas kollegial kontakt för att diskutera ärendet. Kan man klara sig med enklare lösningar? Annars behöver man gemensamt ta ställning till:

- Hygien. Vid behov kontakta hygiensköterska.
- Behov av transport av hjälpmedel till sjukhuset. Enligt förskrivningsanvisningarna svarar patient/anhörig för transporten utom för de hjälpmedel som kräver varsam hantering. Förskrivande enhet bekostar då transporten.

5.4.3. När patienten väljer att själv skriva ut sig från sjukhuset

Det är patientens ansvar att kontakta kommunens arbetsterapeut/fysioterapeut för bedömning av eventuellt hjälpmedelsbehov.

5.4.4. Planerat hjälpmedelsbehov till utomlänspatienter

Funktionshindrad utomlänspatient som tillfälligt vistas i länet, och har behov av hjälpmedel, kan i mån av tillgång hyra hjälpmedel från Kommunal Hjälpmedelssamverkan(KHS) och/eller kommunerna, beroende på varje enskild kommuns riktlinjer.

5.4.5. Hantering vid snabbt ärende - enstaka enklare hjälpmedel

Rutinerna vid ”snabbt ärende” kan användas då personal på sjukhuset bedömer att patienten är i behov av enstaka enklare hjälpmedel, ej avgörande för hemgång. Behovet för övrigt skall vara oförändrat gällande insatser från kommunen.

Sjukhusets personal ska tydliggöra via Cosmic Link/telefon att de vill ha kontakt med arbetsterapeut/fysioterapeut i kommun omgående för att diskutera ett ”snabbt ärende”. Mottagande arbetsterapeut/fysioterapeut tar sedan kontakt med sjukhuset. För att kunna tillämpa snabbt ärende måste kommunens representant och sjukhuspersonalen vara överens om detta tillvägagångssätt. Om man inte är överens blir det den ursprungliga processen med kallelse till vårdplanering etc. som gäller.

Om arbetsterapeut/fysioterapeut på sjukhuset har haft direkt kontakt med patienten så tar man ansvar för att kollegialt överrapportera till kommunens arbetsterapeut/fysioterapeut.

6. Vägledande patientfall

”Var rehabiliteringen skall ges och vem som skall utföra rehabiliteringen är ett gemensamt ansvar och beslutas i samråd mellan patienten och sjukvårdshuvudmännen. Patienten skall erbjudas rehabilitering i den miljö som är den mest gynnsamma för denne.”

Nedanstående patientfall är utvalda som stöd i den praktiska anvisningen gällande områden som förändrats i ”Förtydligande tillägg till hemsjukvårdsavtalet”.

6.1. Kognitions- och sinnesstimulerande hjälpmedel

23-årig kvinna bor ensam i egen lägenhet och har ADHD-diagnos. Hon kommer inte igång med sysslor och har även svårt att avgöra när sysslan är klar. Kvinnan har ibland svårt att begränsa sig vilket leder till att hon till slut blir utmattad och isolerar sig. Även svårt att bedöma tidsåtgång vilket ofta påverkar arbete och sociala kontakter. Kvinnan behöver råd för struktur och rutiner i vardagen. Remiss kommer från psykiatrins öppenvård till arbetsterapeut inom landstingets psykiatri.

Vägledning; Specialistvårdsnivå - arbetsterapeuten i landstinget gör utredning/bedömning och ser att det finns behov av insatser i hemmet. Kontakt tas med arbetsterapeut inom kommunen och överrapportering(muntligt och skriftligt) sker.

Samma patientfall som ovan men med annan kontaktväg.

Biståndshandläggare får signaler från daglig verksamhet om att kvinnan inte kommer dit. Biståndshandläggare kontaktar kommunens arbetsterapeut för utredning/bedömning.

Vägledning; Arbetsterapeuten i kommunen gör utredning/bedömning och ser att det finns behov av insatser i hemmet.

Man 25 år, med ångest sedan några år tillbaka. Han har problem med sömnen, vaknar ofta och är motoriskt orolig i sömnen. Patienten har kontakt med öppenvårdspsykiatri och en sömndagbok är gjord. Trots olika åtgärder har patienten fortfarande sömnsvårigheter. Nästa åtgärd som eventuellt kan hjälpa patienten är tyngdtäcke.

Vägledning; Specialistvårdsnivå – arbetsterapeut i öppenvårdspsykiatri tar kontakt med kommunens arbetsterapeut för diskussion om tyngdtäcke kan vara en möjlig åtgärd och hur en eventuell utprovning ska gå till. Kommunens arbetsterapeut har forskrivnings- och uppföljningsansvaret.

Patienten (barn i förskoleåldern) har koncentrationssvårigheter och är utåtagerande sedan ungefär två år tillbaka. Patientens mamma kontaktar kommunens rehabilitering med önskan om att barnet skall få prova ett tyngdtäcke. Patienten har ingen kontakt med BUP.

Praktiska anvisningar rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Länsgemensam ledning i samverkan

Vägledning: Primärvårdsnivå – kommunrehabilitering. Kommunens arbetsterapeut gör en behovsbedömning. Alternativ 1; Utprovning av tyngdtäcke Alternativ 2; Bedömningen visar ett mer komplext behov och familjen rekommenderas att ta kontakt med sin hälsocentral.

Samma fall som ovan men patienten har kontakt med BUP

Vägledning: Primärvårdsnivå - kommunrehabilitering. Kommunens arbetsterapeut efterfrågar samtycke för kontakt med BUP för att se vad som är gjort och en SIP genomförs.

Remiss från läkare inom psykiatri skickas till arbetsterapin inom psykiatri. På remissen står bara "Tacksam för utprovning av tyngdtäcke".

Vägledning: Remissen skickas tillbaka till remittenten med information om att det är kommunens arbetsterapeuter som har förskrivningsansvaret för ett eventuellt tyngdtäcke.

7. Referenser

1. Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län 2007-10-24 gäller från och med 2008-01-01
2. Patientlagen (2014:821)
3. Gemensam målbild 2014-2016 för "Länsgrupp Habilitering och Rehabilitering".
4. Socialstyrelsen, Termbank. <http://socialstyrelsen.iterm.se>
5. Månsson, M (2007). Hemrehabilitering: vad, hur och för vem. Fortbildning AB/Tidningen Äldreomsorg
6. En sammanhållen rehaborganisation, Landstinget i Kalmar län och Oskarshamn kommun
7. Västerviks kommun
8. Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)
9. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)
10. SOSFS 2008:20. Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.
11. Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20)
12. Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27)
13. Förtydligande tillägg till Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län 2015-01-19 gäller från och med 2015-07-01
14. Överenskomna rutiner avseende betalningsansvarslagen och samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård, reviderad av Mallgruppen och fastställd av styrgruppen Cosmic Link 2011-12-31, gäller från och med 2012-01-01

Bas- och specialisthabilitering

Syftet med dessa anvisningar är att beskriva vilka insatser som ska ges på bas- respektive specialistnivå för personer över 18 år (Landstingets barnhabilitering ansvarar för habiliterande insatser till personer under 18 år). Anvisningarna utgör ett stöd för lokal samverkan mellan kommunerna och Landstinget. De utgår från avtalet om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser oavsett boendeform mellan Landstinget och kommunerna i Kalmar län, avtalet gäller fr.o.m. 2008-01-01 samt förtydligande tillägg till avtalet 2015-07-01.

8. Styrande och stödjande definitioner samt ansvarsfördelning

8.1 Habilitering

Habiliteringsinsatser 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. (Socialstyrelsens termbank).

8.2 Bashabilitering

Med bashabilitering avses habiliterande insatser som utförs i den dagliga omvårdnaden och omsorgen. Detta är kommunernas ansvar. Uppdraget är att utifrån diagnos och funktionsnedsättning samordna och ge insatser som syftar till att bevara och utveckla hälsa för ett fungerande vardagsliv i boende, arbetsliv och i relationer med andra människor. Habiliteringsinsatser på basnivå utförs förutom av omvårdnadspersonal även av arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska.

Insatserna omfattar bedömning, behandling och träning såväl i hemmet som på annan plats. Insatserna kan även vara förebyggande och rådgivande avseende exempelvis kost, hygien, sex och samlevnad. Bashabiliteringens hjälpmedelsansvar, se rubrik hjälpmedel.

8.3 Specialisthabilitering

Med specialisthabilitering avses att utreda och/eller kartlägga diagnos och funktionsnivå utifrån ett tvärvetenskapligt perspektiv. Detta är Landstingets ansvar. Habiliteringsinsatser på specialistnivå utförs av arbetsterapeut, kurator, logoped, läkare, psykolog, fysioterapeut, It-tekniker och sjuksköterska. Landstinget avgör vilka insatser som ska utföras som specialisthabilitering. Insatserna omfattar teambedömningar/ utredningar, individuell behandling eller behandling i grupp.

Specialisthabiliteringen kan vid behov bistå med konsultation/handledning till kommunens personal i individärenden. Detta förutsätter att patienten samtycker. För anonym konsultation

Praktiska anvisningar rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Länsgemensam ledning i samverkan

krävs inte samtycke. Konsultation/handledning är kostnadsfri. Specialisthabiliteringen ger vid behov utbildning inom de områden där landstinget har specialistkompetens. Kurskostnad tas ut.

9. Hjälpmedel

Under överföringsperioden förbinder sig respektive kommun och landsting att överta befintliga hjälpmedel som förskrivits det senaste 1,5 året. Överföring av hjälpmedel görs under ett år, 2016-01-01 – 2016-12-31. När överföringsperioden är över gäller följande: Vid överföring vid 18 års ålder kommer kommunerna inte att överta de hjälpmedel som inte finns i kommunernas förskrivningsanvisningar. Om det uppmärksammas ett behov av hjälpmedel inom landstinget eller kommunen kontaktas ansvarig huvudman. Om den förskrivningsansvarige huvudmannens bedömning innebär ett avslag sker ingen vidare aktualisering av hjälpmedel från den andra huvudmannens sida. Vid förändrad status kan frågan aktualiseras på nytt. Vid överföring från Barnhabilitering till respektive kommun gäller flyttruiner enligt riksavtalet.

9.1 Kommunen

Kommunen ansvarar för hjälpmedel som förskrivs enligt KHS (Kommunal Hjälpmedelssamverkan) förskrivningsanvisningar och respektive kommuns anvisningar. Bedömning och förskrivning av hjälpmedel utförs av arbetsterapeut och fysioterapeut i hemmet, oavsett boendeform, samt i förekommande dagliga verksamheter.

Kommunen ansvarar för förskrivningsbara kognitionshjälpmedel samt sinnesstimulerande hjälpmedel. Det innebär att kommunen har det fulla förskrivnings- och kostnadsansvaret. Styrsett till kommunikationshjälpmedlen inkl. montering av dessa på kommunförskrivna hjälpmedel förskrivs av kommunen.

Formgjutna sitsar som ska monteras på av kommunen förskrivet hjälpmedel (ex manuellt underrede, vårdarmanövrerad elrullstol), förskrivs av kommunens förskrivare.

9.2 Landstinget

Landstinget ansvarar för egenmanövrerade elrullstolar inom personkrets 1, samt för övriga personer som överförs från landstingets barnhabilitering och som är födda med/ eller har förvärvade funktionsnedsättningar som uppstått före 18 års ålder. Det innebär att Landstinget har det fulla förskrivnings- och kostnadsansvaret.

Landstinget ansvarar för ortopedtekniska hjälpmedel såsom: ståskal, korsetter, fotledshylsor, handskenor, proteser, knäortoser, handortoser som är individuellt anpassade och utprovade där kompetens av ortopedingenjör i samverkan med fysioterapeut och arbetsterapeut krävs.

Formgjutna sitsar som ska monteras på av landstinget förskrivet hjälpmedel (egenmanövrerad eller dubbelmanövrerad elrullstol, förskrivs av landstingets förskrivare.)

Landstinget har under ett år (from 160101) det fulla ansvaret för förskrivning av kommunikationshjälpmedel. Utvärdering av detta frånsteg från avtalet sker efter ett år, dvs

170101. Kommunikationshjälpmedel förskrivs efter gällande riktlinjer för landstinget och kommun. Se även bilaga 3 A och B.

Den huvudman som står för förskrivning av rullstolen står även för monteringen av kommunikationshjälpmedel samt styrsätt.

10. Samverkan

Landstinget och Kommunernas gemensamma mål är att samverka för att patienten ska få sina behov tillgodosedda på smidigast möjliga sätt. Insatserna kan erhållas från den ena, den andra eller båda huvudmännen. Huvudmännen ansvarar för att kommunikationen dem emellan fungerar väl. Insatserna planeras tillsammans med patienten vid en [Samordnad individuell plan, SIP](#) då man också kommer överens om vem som är utförare av de olika insatserna.

11. Vägledande patientfall

Agnes, 18 år, lindrig utvecklingsstörning. Hon går med rollator inomhus, använder sig av transportrullstol vid längre sträckor utomhus. Agnes har medicin och kontakt med barnhabiliteringens läkare. Hon har också fått bl. a sjukgymnastiska insatser via barnhabiliteringen i form av rörlighetsträning och styrketräning för fortsatt självständig gång. Agnes använder sig även av en Handi. Det planeras för flytt hemifrån och föräldrarna har många frågor kring möjligheter att söka samhällsstöd som exempelvis sysselsättning. Agnes känner en oro inför framtiden. Mamma Linda är god man.

Vägledning: Eftersom Agnes fyller 18 år övergår ansvaret för Agnes bashabilitering till kommunen. (se stycke 8.2) Barnhabiliteringen förbereder enl. rutin, se bilaga 2. Barnhabiliteringen kallar till SIP via kommunens kontaktperson samt kallar också LSS-handläggare och ansvarig för daglig verksamhet efter att ha inhämtat samtycke. Vid SIP tydliggörs vilka insatser som Agnes behöver från olika professioner inom landsting respektive kommun.

Patientens habiliteringsläkare lämnar över patientansvar till primärvården som bedömer att Agnes behöver bli hemsjukvårdspatient. Kommunens sjuksköterska kontaktas för detta.

Habiliteringen ser över att Agnes hjälpmedel är väl fungerande för henne utifrån hennes aktuella behov.

Kommunens arbetsterapeut gör en behovsbedömning utifrån Agnes eventuella nya livssituation och miljö och tar därefter tillsammans med fysioterapeut/sjukgymnast över förskrivningsansvar samt kostnaden för aktuella hjälpmedel.

Vid SIP görs en bedömning av var Agnes bäst kan utföra sin träning.

Agnes har fortsatt behov av kuratorkontakt och fortsätter därför få dessa insatser från landstinget.

Anna, 31 år, CP-skada, spastisk tetraplegi och svåra sväljsvårigheter. Bor på särskilt boende. Personal på boendet kontaktar arbetsterapeut i kommunen med önskemål om en tiltbar rullstol som går att fälla bakåt i matsituationen. Arbetsterapeuten ser behov av sväljbedömning av logoped för att få en samlad bedömning av matsituationen.

Vägledning: Kommunen är ansvarig för Annas bashabilitering. (se stycke 8.2)
Arbetsterapeuten tar efter samtycke från Anna kontakt med Landstingets vuxenhabilitering som anser att en utredning av matsituationen behöver göras. Logoped tar ansvar för att en utredning görs samt återkopplar vad utredningen visat till Anna och berörd personal inom kommunen.

Arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast i kommunen gör tillsammans med logoped en gemensam utprovning av lämplig stol för matsituationerna.

Vid behov tas kontakt med hjälpmedelskonsulent på KHS.

Pelle 47 år, förvärvad hjärnskada sedan 5 år tillbaka. Pelle bor i egen lägenhet och har beviljad personlig assistans. Han har haft en kontakt med kommunen tidigare angående bland annat intyg för behov av bostadsanpassning. God man kontaktar Landstingets vuxenhabilitering för att Pelle behöver hjälp med att kommunicera samt att duschstolen inte fungerar optimalt.

Vägledning: Kommunen har ansvar för Pelles bashabilitering (se stycke 8.2)
Vuxenhabiliteringen informerar Pelles gode man om att Pelle inte tillhör målgruppen som beviljas insatser från Landstingets vuxenhabilitering.

När det gäller Pelle kommunikationssvårigheter hänvisas han till logopedmottagningen på sjukhuset.

När det gäller duschstolen hänvisas han till kommunens arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast.

Karl 27 år, hemiplegi, utvecklingsstörning, epilepsi, benskörhet, skolios, benlängdsskillnad. Patientens mamma har uppmärksammat att rullstolen behöver bytas ut och pratar med sjukgymnasten i kommunen. Troligen behöver rullstolen bytas ut till en med bättre sittkomfort. Kommunens fysioterapeut/sjukgymnast tror att det kommer att krävas specialanpassningar. (t.ex. förlängd fotplatta bakåt med stöd för utsida fot på höger sida samt ett förlängt och förstärkt sidoskydd på samma sida).

Det finns också frågor om huruvida Karl skulle kunna köra en elrullstol självständigt.

Vägledning: Kommunen har ansvar för Karls bashabilitering (se stycke 8.2) Kommunens fysioterapeut/sjukgymnast kontaktar Landstingets vuxenhabilitering för frågeställningen om Karl kan köra elrullstol själv.

Vuxenhabiliteringen utreder och bedömer huruvida Karl har kapacitet att själv framföra elrullstolen.

Kommunens och landstingets fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter samverkar kring sittanalysen.

Scenario 1: *Om Karl kan framföra elrullstol självständigt görs en gemensam bedömning huruvida Karl kan klara sig med egenmanövrerad elrullstol både för inomhus- som utomhusbruk. Kan elrullstolen uppfylla rullstolsbehovet både ute och inne, eller enbart ute, förskrivs elrullstolen av landstingets fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut.*

Scenario 2: *Om det inte är aktuellt för Karl att självständigt köra elrullstolen eller elrullstolen inte bedöms kunna användas inomhus fortsätter kommunens fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut att utifrån sittanalysen prova ut ny fungerande manuell rullstol.*

Både landstingets och kommunens arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster använder sig av respektive huvudmans hjälpmedelskonsulenter och tekniker för utprovning och bedömning av lämpliga specialanpassningar som krävs på Karls rullstol/rullstolar; elrullstol såväl som manuell rullstol.

I särskilda fall kan både kommunens och landstingets hjälpmedelskonsulenter behöva samverka vid gemensamma utprovningar.

Nils 58 år, med grav utvecklingsstörning har nyligen börjat skrika och slåss. Han bor på ett särskilt boende. Arbetsterapeuten i kommunen misstänker att patienten har ökad smärta. Patienten sitter inte bra i sin rullstol.

Vägledning: *Kommunen har ansvar för Nils bashabilitering (se stycke 8.2) Arbetsterapeuten och fysioterapeut/sjukgymnasten i kommunen ser över Nils sittande och gör en ledundersökning. Tillsammans med kommunens sjuksköterska görs en smärtkartläggning.*

Om åtgärderna med ändringar av rullstol och förändrad smärtlindrande behandling inte har effekt som minskar Nils smärta och förändrar Nils beteende inhämtas samtycke från god man för kontakt med Landstingets vuxenhabilitering.

Vuxenhabiliteringen gör en utredning med anledning av den komplicerade bilden med kombinerad smärta och utåtagerande beteende

Vuxenhabiliteringen återkopplar utredningsresultat till Nils god man, och berörda inom kommunen.

Det finns behov av handledning i bemötande och det ges av Landstingets vuxenhabilitering.

Stina, 40 år med CP-skada. Har kommunikationshjälpmedlet talsyntes som nu inte fungerar. Patienten har haft mycket insatser från vuxenhabiliteringen tidigare. Stinas personal tar kontakt med kommunens arbetsterapeut som efter samtycke från god man kontaktar Landstingets vuxenhabilitering.

Vägledning: Kommunen har ansvar för Stinas bashabilitering (se stycke 8.2)
Vuxenhabiliteringens logoped gör ny bedömning. Nytt kommunikationshjälpmedel provas ut.

Signe, 41 år, lindrig utvecklingsstörning och rörelsehinder. Signe har länge fått insatser från kommunen. Sjuksköterska inom kommunen uppmärksammade Signes behov av utredning, informerade henne och hennes god man och fick samtycke till att en SIP upprättades. Signe utreds av Landstingets vuxenhabilitering. I utredningen framkom nedsatt arbetsminne, svårigheter med igångsättning och struktur, nedsatt balans. Signe känner sig ofta missförstådd i olika sammanhang.

Vägledning: Kommunen har ansvar för Signes bashabilitering (se stycke 8.2) Landstinget har ansvar för Signes specialisthabilitering. (se stycke 8.3)

Under utredningstiden får Signe behandlande insatser från psykolog och kurator från Vuxenhabiliteringen för det psykiska välbefinnandet, individuell träning hos sjukgymnast som syftar till att träna upp balansen. Kontakt med arbetsterapeut för att hitta strategier i vardagen.

Efter behandlande insatser från psykolog och kurator och fysioterapeut/sjukgymnast görs en uppföljning av SIP och man kommer fram till att kommunens fysioterapeut/sjukgymnast arbetar vidare med balansträningen. I den här vägledningen är Vuxenhabiliteringens insatser är exempel på vilka professioner och insatser som kan vara aktuella. Det är utredningen som styr vilka insatserna blir.

Landstingets och kommunens arbetsterapeuter har under behandlingsperioden inom vuxenhabiliteringen samverkat när det gäller strategier kring de kognitiva svårigheterna. Ev. har kartläggningen att hitta lämpliga strategier lett fram till förskrivning av ett kognitionshjälpmedel.

Lars-Torbjörn, 23 år, lindrig utvecklingsstörning, CP-skada, spastisk dystoni. Använder dorsalskenor vid ståträning och vilootoser på händerna vid sittande i rullstol dagtid. Kommunen är habiliteringsansvarig. Lars-Torbjörn uttrycker missnöje när han sitter i sin rullstol och hygienstol. Förutom sin manuella rullstol har han även en egenmanövrerad elrullstol.

Vägledning: Kommunen har ansvar för Lars-Torbjörns bashabilitering (se stycke 8.2)

Arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast har i sin sittanalys kommit fram till att de hjälpmedel han har idag inte ger tillräckligt stöd för optimalt sittande

Kommunens och landstingets fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter samverkar kring översynen av hjälpmedlen eftersom patienten har både manuell rullstol och egenmanövrerad elrullstol.

Bilagor

Bilaga 1 Rehabiliteringsplan baserad på ICF – riktlinjer för användning

Bilaga 2: Rutin för överrapportering mellan huvudmännen

Bilaga 3 A: Förskrivning av kommunikationshjälpmedel, kommunen initierar

Bilaga 3 B: Förskrivning av kommunikationshjälpmedel, landstinget initierar



Rehabiliteringsplan baserad på ICF – riktlinjer för användning

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) skall landstinget erbjuda habilitering och rehabilitering i samverkan med den enskilde, upprätta rehabiliteringsplan för detta, samt tillse att samordning sker mellan kommun och socialtjänst ([HSL 1982:763](#); [SOSFS 2008:20](#)). Utifrån gällande regelverk har en rehabiliteringsplan utformats som skall kunna användas som stöd vid målformulering och planering vid all typ av rehabilitering. Rehabiliteringsplanen är tänkt att användas generellt, oavsett **diagnos, profession, vårdform eller huvudman**. Den kan användas då en eller flera vårdgivare är involverade men också när insatser inom rehabilitering och habilitering samordnas med andra vårdgivare och aktörer inom exempelvis primärvård, kommunala boenden, hemtjänst och myndigheter. Rehabiliteringsplanen är baserad på WHO:s ”Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa” ([ICF 2001](#)).

Samordning

Verksamheterna ska, när de bedömer behovet av samordning, ta särskild hänsyn till, om den enskilde har ett långvarigt behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ([SOSFS 2008:20](#)). När den enskilde har behov av samordning t ex mellan sjukvårdens och kommunens aktörer, skall de verksamheter som svarar för insatser erbjuda detta. Samordning får endast göras, om den enskilde har lämnat samtycke. Planeringen skall genomföras tillsammans med patienten. Personal som skall vara ansvarig vid samordning skall utses, denna personal ansvarar för att en plan för samordningen upprättas.

Anvisning:

- Utformas vid start av rehabiliteringsperiod och där en eller flera vårdgivare är involverade.
- Utformas i samverkan med patient samt vid behov även med närstående. Patient skall ha tillgång till aktuell rehabiliteringsplan.
- Revideras fortlöpande under rehabiliteringsperioden och inför eventuell fortsatt rehabilitering hos annan vårdgivare/aktör.
- Följer patienten oavsett vårdform eller huvudman. Vårdgivare som har utformat rehabiliteringsplanen är tillsammans med patienten, ansvarig för att planen följs.
- Inom landstinget dokumenteras i Cosmic under mallen Rehabplan. Inom kommuner och andra aktörer sker dokumentationen enligt respektive gällande system.
- Övrig dokumentation sker på varje enhet enligt gängse rutiner och lagstiftning.
- Rehabiliteringsplanen finns som pdf, den går att skriva direkt i blanketten men ej att spara i datorn. Denna version är lämplig som patientens exemplar.

Rubriker	Innehåll
Problem	Definiera problem/hälsoupplevelse.
Mål	Ange konkreta mätbara mål.
Åtgärd	Definiera åtgärder som planeras för att nå målet/målen.
Tidsplan	Ange tidpunkt när mål skall utvärderas.
Ansvarig	Namnge person med ansvar för åtgärder och utvärdering.
Måluppfyllelse	Utvärdera på strukturerat sätt om mål har uppfyllts, t ex ja/nej/delvis.

Rehabiliteringsplanen revideras vid behov under processen och följer patienten mellan aktörer.

1. Processen påbörjad	2.	3. Vid överföring	4.
Plan utformas Revideras vid behov under perioden	Revideras inför fortsättning på annan enhet	Plan utformas för fortsatt period, i samråd med patient och ev annan rehabiliteringsaktör	Fortsatt rehabilitering på egen hand eller hos annan rehabiliteringsaktör

ICF

Kroppsfunktioner	Aktivitet/delaktighet	Omgivningfaktorer	Personliga faktorer
Psykiska Sinnen, smärta Röst- och tal Hjärt-kärl, andning Matsmältning/ämnesomsätt Köns- och urinorgan Neuromuskuloskeletal, rörelserelaterade Hud	Lärande, kunskap Allmänna uppgifter o krav Kommunikation Förflyttning Personlig vård Hemliv Mellanmänskliga interaktioner, relationer Viktiga livsområden Samhällsgemenskap, socialt- och medborgerligt liv	Produkter, teknik Naturmiljö, skapad miljö Personligt stöd, relationer Attityder Service och tjänster	

Detta dokument är upprättat i samverkan mellan företrädare för Landstinget i Kalmar Län och länets samtliga kommuner enligt modell från Östergötland.

Helen Lilja, leg sjukgymnast och Ulla Pettersson, leg sjukgymnast i referensgruppen för Förbättringsarbete Stroke i Kalmar län 2011



REHABILITERINGSPLAN

Namn:	Personnummer:	Datum:	Datum uppföljning:
Upprättad av:	Enhet:	Tel:	

ICF: Kroppsfunktioner / Aktivitet / Delaktighet / Omgivningsfaktorer / Personliga faktorer					
Problem	Mål	Åtgärder	Tidsplan	Ansvarig	Måluppfyllelse

Upprättad i samråd med.....
(underskrift av patient)

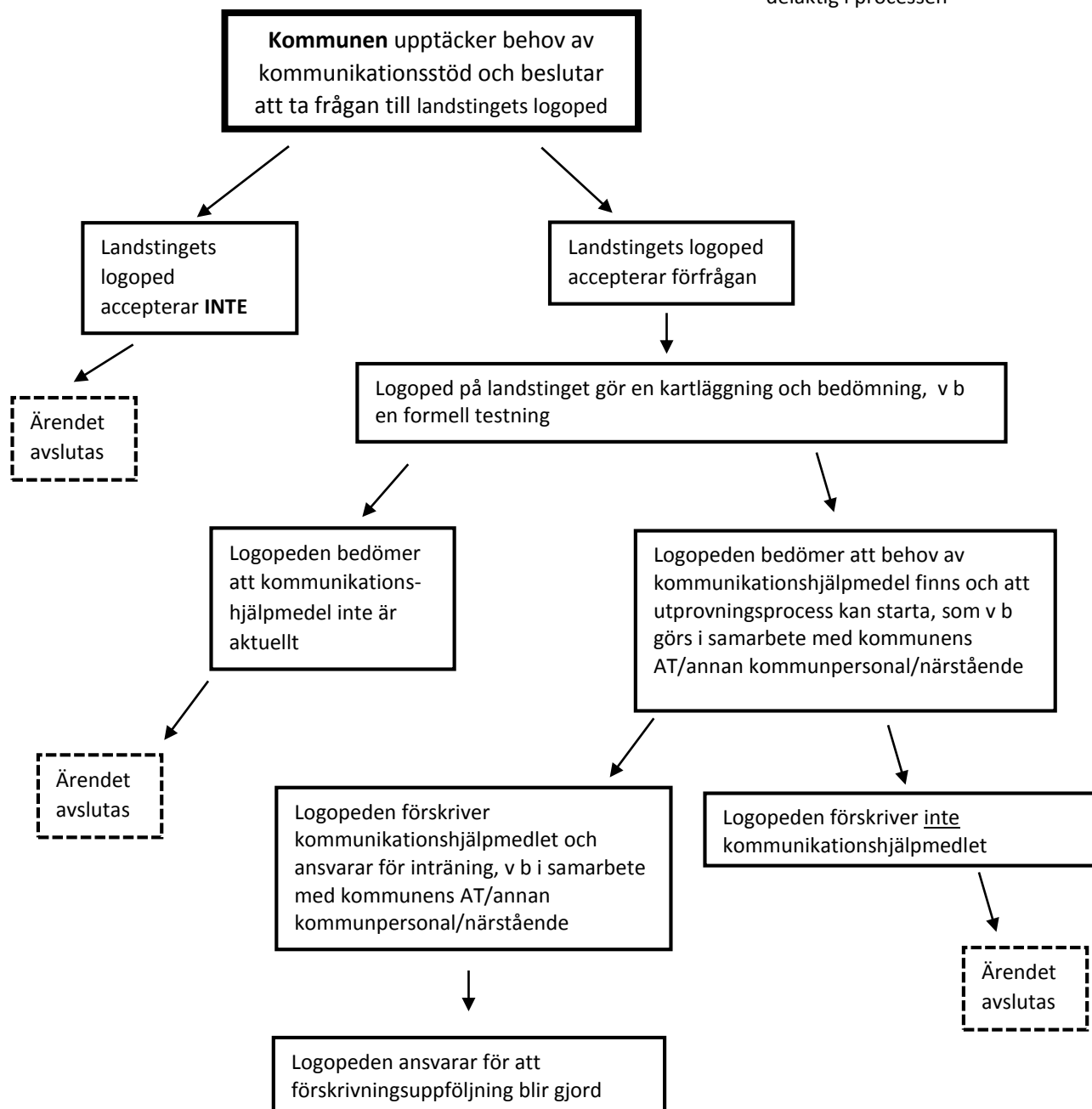
Rutin för överrapportering mellan huvudmännen

1. Överlämnande huvudman förbereder:
 - - Information till patient samt anhöriga om övergång till annan huvudman. Information om SIP (se ”Riktlinjer för SIP” och ”Att leda SIP-möten”)
 - Samtycke från patient/ god man om att SIP upprättas
 - Innan SIP, gå igenom behov och önskemål om insatser med patienten/ god man.
 - Genomgång av patientens hjälpmedelsinnehav, rensa bort icke aktuella hjälpmedel. Kontrollera att alla aktuella hjälpmedel är väl fungerande.
2. En skriftlig sammanfattning färdigställs med innehåll: t.ex. diagnos, hälsohistoria aktuell ADL-status, information om aktuell träning och behandling (såsom träningsprogram och t ex hur, när och varför användning av fotskenor, ortoser, ståskal mm.)
3. Överlämnande huvudman tar kontakt med kontaktperson på mottagande huvudman för information om patient som ska gå över samt överlämnade av skriftlig/digital sammanfattning.
4. Överlämnande huvudman skickar kallelse till en SIP. Kallelsen skickas till kontaktperson hos mottagande huvudman som bekräftar kallelsen och meddelar vilka som kommer närvara från den mottagande huvudmannen.
5. En SIP upprättas.
6. Kostnadsöverföring av patientens hjälpmedel sker mellan landsting och kommun efter att mottagande huvudman gjort en bedömning avseende miljön de ska användas i och jämföra med eventuellt likvärdiga hjälpmedel som finns förskrivningsbart hos den mottagande huvudmannens hjälpmedelsverksamhet.

Om Patienten inte samtycker till SIP kräver det en individuell information kring vilka konsekvenser det får för patienten.

Förskrivning av kommunikationshjälpmedel, kommunen initierar

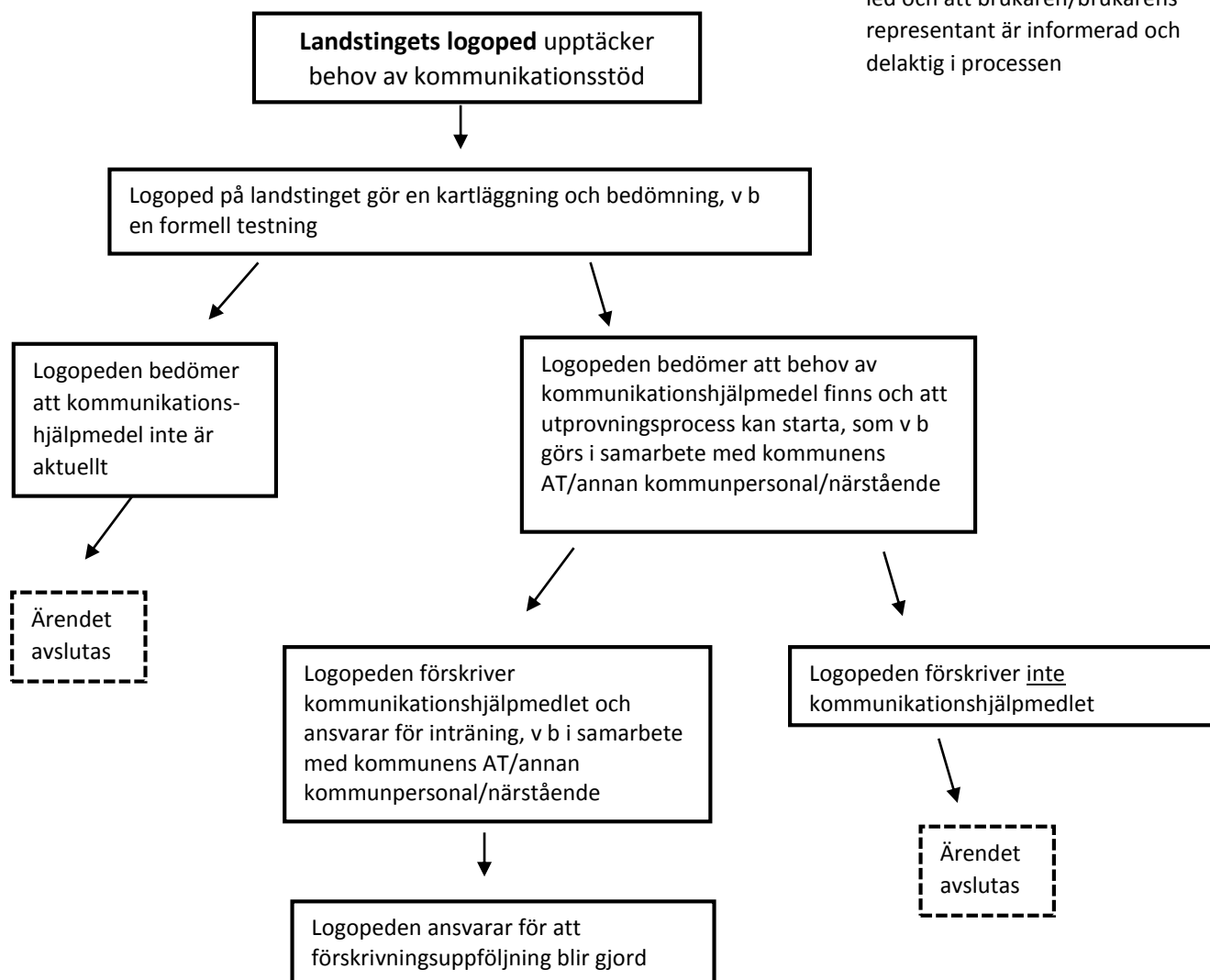
Stor vikt läggs vid att tydlig informationsöverföring sker i samtliga led och att brukaren/brukarens representant är informerad och delaktig i processen



Kommentar: Bildstöd i vardagen faller inte inom ramen för kommunikationshjälpmedel som beskrivs ovan. Arbetet kring Bildstöd i vardagen ansvarar kommunens AT för.

Förskrivning av kommunikationshjälpmedel, landstinget initierar

Stor vikt läggs vid att tydlig informationsöverföring sker i samtliga led och att brukaren/brukarens representant är informerad och delaktig i processen



Kommentar: Bildstöd i vardagen faller inte inom ramen för kommunikationshjälpmedel som beskrivs ovan. Arbetet kring Bildstöd i vardagen ansvarar kommunens AT för.