

# Riktlinjer för rehabiliteringsansvar i Norrbotten

## Inledning

Region Norrbotten ska erbjuda länets medborgare rätt vård på rätt vårdnivå i en struktur där tillgången till rehabilitering är densamma, oavsett var i länet patienten bor. För att denna målsättning ska uppnås måste det vara tydligt vilken rehabilitering som erbjuds inom de olika vårdnivåerna. Alla aktörer ska veta vilka rehabiliteringsresurser som finns att tillgå utifrån patientens specifika behov. Genom samverkan och konsultativt stöd ska patienten få optimal rehabilitering oberoende av var i vårdkedjan rehabiliteringen tillhandahålls. Detta dokument redovisar ansvarsfördelningen mellan de olika rehabiliteringsnivåerna. Riktlinjerna avser rehabiliteringsbehov i ett generellt perspektiv, inte per diagnosgrupp.

2011 antog dåvarande Norrbottens läns landsting en överenskommelse som innehöll en nivåstrukturering av rehabiliteringen i länet. Därefter har det skett flera strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården såsom kommunalisering av hemsjukvården och förändrad organisation inom Region Norrbotten. Dessa förändringar har skapat ett behov av uppdaterade riktlinjer för rehabilitering.

## Målgrupp

Riktlinjen gäller rehabilitering av vuxna patienter som har förvärvade sammansatta, långvariga och ibland återkommande behov av rehabilitering. Exempelvis geriatriska patienter och patienter med stroke eller neurologiska sjukdomar. De neurologiska sjukdomar som initialt inte ger svåra symtom men som på längre sikt kan medföra stora rehabiliteringsbehov hos patienten omfattas också av denna riktlinje.

Patienter med smärta som har komplexa rehabiliterings-behov handläggs enligt handläggningsöverenskommelser som finns i Region Norrbotten och omfattas inte av denna riktlinje. Översynen från 2011 omfattade även personer med reumatiska sjukdomar men inom den gruppen finns idag inte lika stort behov av rehabilitering. De personer som har behov av rehabilitering får det via reumatologens öppenvård.

## Förklaring av begrepp

*Rehabilitering:* Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller behåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (Socialstyrelsen, 2017)

*Vardagsrehabilitering:* Omsorgs- och vårdpersonal har kunskap i ett rehabiliterande förhållningsätt som innebär att man i vård- och omsorgsarbetet

tillvaratar personens egna resurser och möjligheter till att vara aktiv i vardagen och uppmuntrar personens eget handlande. Vardagsrehabilitering är ett arbetssätt som används i de dagliga insatserna (Sveriges arbetsterapeuter, 2014).

*Specifik rehabilitering:* Rehabilitering är en planerad, målinriktad och tidsavgränsad insats som utgår ifrån personens resurser i sin egen miljö och avser de problem och hinder som personen själv identifierar i sin vardag. Kvalificerad rehabilitering syftar till att nå optimal funktionsförmåga i vardagslivet för att kunna leva ett så aktivt liv som möjligt trots begränsningar och sjukdom. Teamet ska bestå av olika professioner med särskild kunskap i rehabilitering (Sveriges arbetsterapeuter, 2014).

*Verktyg för samordnad individuell planering:* Life Care används för samordnad vårdplanering i såväl slutenvård som öppenvård.

## Rehabiliteringsnivåer

Den rehabiliteringsverksamhet som bedrivs i Region Norrbotten indelas översiktligt i tre nivåer:

**Nivå 1:** Rehabilitering på nivå 1 är ett ansvar för primärvården och kommunal hälso- och sjukvård vilka har ett generalistperspektiv och utgör basen i länets rehabiliteringsverksamhet. Rehabiliteringen kan ske i hemmet, på hälsocentral eller i samhällsmiljön.

**Nivå 2:** Rehabiliteringsverksamheterna vid nivå 2 är samlade i enheter knutna till specialistsjukvården vid sjukhusen. De ansvarar för rehabiliteringen inom respektive upptagningsområde. Verksamheterna har ett specialiserat perspektiv och erbjuder en fördjupad kompetens och mer resurser än vad som finns tillgängligt på nivå 1. Rehabiliteringen bedrivs på vårdavdelning i slutenvård, exempelvis efter en akut stroke eller ett trauma. Planerad rehabilitering bedrivs vid enheter för öppenvårdsrehabilitering.

**Nivå 3:** Rehabiliteringsverksamheterna på nivå 3 bedrivs vid Rehabiliteringsmedicin Sunderby sjukhus och vid Garnis Rehabcenter, med hela länet som upptagningsområde. Verksamheterna erbjuder mer resurser och fördjupad kompetens inom sitt specifika område, jämfört med nivå 2. Hit remitteras patienter för utredningar och rehabiliteringsåtgärder. Nivån kan också vara första rehabiliteringsinstans för patienter med sjukdomar eller skador som kräver specialistvård initialt såsom patienter med ryggmärgsskada.

## Remisshantering

**Remiss till nivå 1:** Remissfrihet gäller men remiss kan vid behov skrivas av legitimerad rehabiliteringspersonal eller läkare inom regionen.

**Remiss till nivå 2:** Kan skrivas av legitimerad rehabiliteringspersonal eller läkare inom regionen eller den kommunala hälso- och sjukvården och skickas till respektive öppenvårdsrehabiliteringsmottagning.

**Remiss till nivå 3:** Kan skrivas av legitimerad läkare och skickas till Rehabiliteringsmedicins mottagning.

**Egen vårdbegäran:** Patienten har möjlighet att framföra egen vårdbegäran. Blankett för egen vårdbegäran bör tillhandahållas av den enhet där patienten söker rehabilitering. Den bedöms sedan enligt samma kriterier som en remiss.

## Dokumentation

Det finns inte längre något krav att GE 41 eller GE43 bör användas för dokumentation av rehabiliteringsplan eftersom det inte fungerar för utskrift till patient eller kan läsas via NPÖ.

Patientens plan för rehabilitering inom en enhet i slutenvård dokumenteras i VAS. Efter utredning och bedömning upprättas en plan för rehabilitering om patientens rehabiliteringsperiod beräknas överstiga en vecka.

Patientens mål och plan för rehabilitering formuleras tillsammans med patient utifrån ICF. När planen kan komma att beröra fler aktörer ska den dokumenteras som samordnad individuell plan i aktuellt webbaserat verktyg. Planen följer patienten så länge behov finns av samordnade rehabiliterings- eller hälso- och sjukvårdsinsatser och uppdateras när det sker förändringar. Därutöver är legitimerad personal skyldig att dokumentera i respektive journalsystem enligt Patientdatalagen (2008:355).

## Organisation och ansvarsområde

### Nivå 1

Rehabiliteringsverksamheten på nivå 1 är organiserad av primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Rehabiliteringen sker utifrån patientens behov och genom samverkan mellan arbetsterapeut, fysioterapeut, distriktssköterska, distriktsläkare och medarbetare med kompetens inom psykisk ohälsa. Arbetssättet präglas av personcentrering, helhetssyn och tvärprofessionell samverkan. Personcentrering innebär att personen som lever med sjukdom sätts i fokus och inte diagnosen. Verksamheterna måste därför vara lyhörda för vad patienten värdesätter och upplever. Att utgå från vad som är viktigt för patienten kan innebära att rehabiliterande insatser kan ske både i hemmet och vid hälsocentralen.

### Ansvarsområde

Primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården har ett generalistperspektiv och ansvarar för befolkningens behov av rehabilitering, hälso- och sjukvård som inte kräver rehabilitering på nivå 2 eller 3. Ansvarsfördelningen mellan primärvård och kommun regleras i *"Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Norrbottens län"*.

Patientens plan i samverkan mellan enheter skrivs som samordnad individuell plan i aktuellt webbaserat verktyg.

Patienter som har behov av fördjupad kompetens, specialistkompetens eller resurser som inte kan erhållas av primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården ska remitteras till nivå 2 eller nivå 3.

## Nivå 2

Rehabiliteringsverksamheten på nivå 2 omfattar sluten- och öppenvård med ansvar för rehabiliteringen i ett länsdelsperspektiv. Rehabilitering i slutenvård bedrivs vid länets fem sjukhus. Rehabilitering i öppenvård bedrivs vid Öppenvårdsrehabiliteringarna kopplade till länets sjukhus. Arbetssättet präglas av multimodalt teamarbete. Rehabiliteringsprocessens längd och intensitet kan variera beroende på patientens behov och resurser.

## Ansvarsområde öppenvård

Rehabilitering vid nivå 2 innebär tillgång till fler yrkeskompetenser, mer resurser, och fördjupad kompetens inom berörda diagnosområden jämfört med nivå 1. Rehabilitering i öppenvård på nivå 2 bedrivs vid enheter för öppenvårdsrehabilitering. Öppenvårdsrehabilitering omfattar rehabilitering med multimodala team. Rehabiliteringsinsatserna syftar till att öka patientens delaktighet i sina vardagliga aktiviteter.

Verksamheten bedrivs dagtid, rehabiliteringen kan bedrivas vid enheten, i hemmet eller ute i samhället. Patienten bor hemma och dagpendlar till verksamheten alternativt bor på patienthotell.

Plan för rehabiliteringsperioden formuleras tillsammans med patient och dokumenteras enligt avsnitt dokumentation. Om patienten bedöms ha behov av fortsatt rehabilitering efter avslutad rehabiliteringsperiod vid Öppenvårdsrehabiliteringen så kallas aktuella rehabiliteringsaktörer på nivå 1 via aktuellt webbaserat verktyg till planeringsmöte för att upprätta eller uppdatera samordnad individuell plan.

## Kriterier för nivå 2, rehabilitering i öppenvård

### Inklusionskriterier

- Behov av samordnad rehabiliteringsinsats från team med fördjupad kompetens på nivå 2.
- Sammansatta, långvariga och ibland återkommande, fysiska eller kognitiva nedsättningar oavsett diagnos.
- Motiverad till träning/behandling med syfte att uppnå egna mål.
- Personen ska ha potential för att tillgodogöra sig rehabiliteringen som erbjuds där träning/behandling är av mer intensiv karaktär.

### Exklusionskriterier

- Endast behov av utredning inför hjälpmedelsförskrivning eller intygs-skrivning.
- Pågående missbruk.

- Obehandlad allvarlig psykisk störning

När patienten remitterats för rehabilitering vid öppenvårdsrehabilitering gör teamet en bedömning av patientens rehabiliteringsbehov. Om teamet bedömer att patienten inte har behov av öppenvårdsrehabilitering återkopplar teamet till remittenten med förslag om andra alternativ till rehabilitering.

### **Ansvarsområde slutenvård**

Vid sjukhusens slutenvård bedrivs rehabilitering med multimodala team bestående av arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, undersköterska, kurator, dietist, logoped och läkare. Rehabiliteringen och den medicinska vården sker parallellt. Patienterna kommer akut insjuknade eller överförs från annan vårdenhet på region-, läns-, eller länsdelsnivå.

Mål och plan för rehabiliteringsperioden formuleras tillsammans med patient utifrån ICF och dokumenteras enligt avsnitt dokumentation.

Vid kvarstående rehabiliteringsbehov vid utskrivning ska rehabiliteringen fortsätta vid öppenvårdsrehabilitering eller inom nivå 1 primärvård/kommun. Kartlagda behov av rehabilitering ska överföras till nästa aktör.

### **Nivå 3**

Kompetenscentrum Rehabiliteringsmedicin har länsuppdrag för specialiserad rehabilitering av personer med neurologisk sjukdom eller skada och personer med långvarig smärta. Vid Rehabiliteringsmedicin arbetar man i multimodala team som har mer resurser och fördjupad kompetens inom sitt specifika område. Verksamheten har läkare med specialistkompetens i rehabiliteringsmedicin. I den medicinska rehabiliteringen ingår ansvar för att optimera patientens förutsättningar för att behålla eller återgå till yrkesarbete eller studier.

Rehabilitering på nivå 3 sker vid kompetenscentrum för Rehabiliteringsmedicin Sunderby sjukhus och vid Garnis Rehabcenter. Verksamheterna fungerar som kompetenscentrum och har ett utbildningsansvar gentemot övriga nivåer.

Mål och plan för rehabiliteringsperioden formuleras tillsammans med patient och dokumenteras enligt avsnitt dokumentation.

Vid kvarstående rehabiliteringsbehov vid utskrivning ska rehabiliteringen fortsätta vid

### **Ansvarsområde öppenvård**

Rehabiliteringsmedicins mottagning vid Sunderby sjukhus och Garnis Rehabiliteringscenter erbjuder teambaserade utrednings- och rehabiliteringsinsatser inom öppenvård. Programmet bedrivs vid Rehabiliteringsmedicins mottagning på Sunderby sjukhus och i internatform på Garnis Rehabcenter i Boden.

Sektionen har ett specifikt ryggmärgsskadeprogram som beskriver rehabiliteringsprocessen med dess insatser både inom slutenvård och öppenvård.

Vid kvarstående rehabiliteringsbehov vid utskrivning ska rehabiliteringen fortsätta inom öppenvårdsrehabilitering eller inom nivå 1, primärvård/kommunal hälso- och sjukvård. Aktuella rehabiliteringsaktörer kallas, via aktuellt webbaserat verktyg, till planeringsmöte för att upprätta eller uppdatera samordnad individuell plan. Kartlagda behov av rehabilitering ska överföras till nästa aktör.

### **Kriterier för nivå 3, rehabilitering i öppenvård**

#### **Inklusionskriterier**

- Målgruppen är vuxna personer med sammansatta funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar på grund av neurologisk sjukdom/skada, personer med ovanliga neurologiska diagnoser.
- Patienten ha en fastställd neurologisk diagnos.
- Ålder från 16 år.
- Behov av samordnande insatser av ett multiprofessionellt team med fördjupad och bredare kompetens än Rehabnivå 1 och 2.
- Patienten ska kunna tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatser för Rehabnivå 3.
- Patienten måste kunna klara sig själv under utrednings- eller rehabiliteringsperioden alternativt ha med sig personlig assistent eller annan person som hjälp

#### **Exklusionskriterier**

- Pågående medicinsk behandling/utredning och/eller ett hälsotillstånd som negativt påverkar förutsättningar för rehabiliteringsinsats.
- Obehandlad allvarlig psykisk störning.
- Pågående drogmissbruk

#### **Ansvarsområde slutenvård**

- Rehabilitering på nivå 3 sker vid kompetenscentrum för Rehabiliteringsmedicin Sunderby sjukhus, avdelning 41N. Slutenvårdsprogrammet vänder sig till personer i yrkesverksam ålder med behov av rehabilitering och 24 timmars omvårdnad för svåra till totala aktivitetsbegränsningar inom området neurologi. Patienten skall uppfylla kriterierna för nivå 3.
- Personer med nyligen förvärvad ryggmärgsskada och behov av rehabilitering i slutenvård erbjuds vård på enheten från 16 år och uppåt. Rehabiliteringen individualiseras utifrån etiologi till skadan, skadenivå, grad av funktionsbortfall, samsjuklighet och rehabiliteringspotential. Sektionen har ett specifikt ryggmärgsskadeprogram som beskriver rehabiliteringsprocessen med insatser både inom slutenvård och öppenvård. Avdelningen har också ansvar för att bemanna baklofenmottagning för patienter med

spasticitet, där sjuksköterskor ger behandling och utför återkommande kontroller samt påfyllning av pumpar. Påfyllning av pumpar sker även i Gällivare.

- Mål och plan för rehabiliteringsperioden formuleras tillsammans med patient och dokumenteras enligt avsnitt dokumentation.
- Vid kvarstående rehabiliteringsbehov vid utskrivning ska rehabiliteringen fortsätta vid slutenvårdsavdelning vid länsdelssjukhus, öppenvård inom nivå 3, rehabiliteringsmedicin, nivå 2 öppenvårds rehab eller inom nivå 1, primärvård/kommunal hälso- och sjukvård. Kartlagda behov av rehabilitering ska överföras till nästa aktör.

### **Kriterier för nivå 3, rehabilitering i slutenvård**

#### **Inklusionskriterier**

- Personer med neurologisk diagnos med svår till total aktivitets- och delaktighetsinskränkning med behov av nivå 3 rehabilitering.
- Personer med sammansatta problem och med behov av samordnade teaminsatser och fördjupad kunskap och bredare kompetens inom det neurologisk rehabilitering.
- Personer med behov av spasticitetsutredning som kräver slutenvård. Gäller framförallt patienter för testning/utprovning av intratekal baklofenbehandling.

#### **Exklusionskriterier**

Pågående medicinsk behandling och/eller utredning som negativt påverkar förutsättningarna för rehabiliteringsinsats t.ex. akutsjuk-vård, livshotande tillstånd

- Pågående drogmissbruk.
- Obehandlad allvarlig psykisk störning.
- Aktivt motverkar rehabilitering