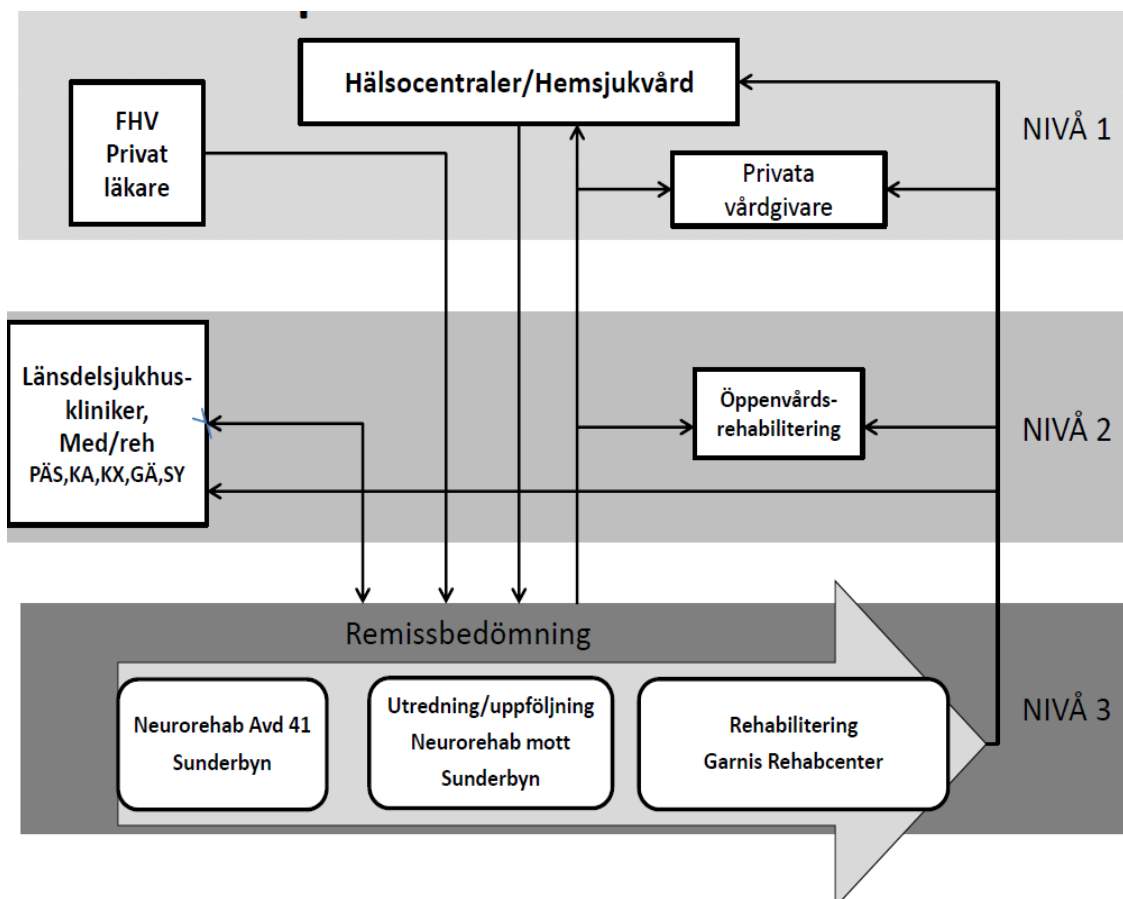


Rehabiliteringsmedicin

Rehabiliteringsmedicin är en medicinsk specialitet med länsuppdrag för högspecialiserad rehabilitering av personer med hjärnskador, ryggmärgsskador, olika neurologiska sjukdomar och godartad långvarig smärta. Patienter som uppfyller kriterier för rehabilitering på specialistnivå kan remitteras till verksamheten av läkare inom region Norrbotten, privatpraktiserande läkare och läkare inom företagshälsovård i Norrbotten. I kompetenscentrum Rehabilitering ingår enheterna avdelning 41 Neurorehab, Rehabiliteringsmedicin mottagning (uppdelat på Neurorehab och Smärtrehab), Garnis Rehabcenter och Trafikmedicinsk enhet.

Det ingår flera aktörer i vårdprocessen ”förvärvade hjärnskador” i Region Norrbotten och hjärnskaderehabiliteringen består av flera delar sett utifrån ett vårdkedjeperspektiv. Förenklat kan den tidiga rehabiliteringsfasen ses som centraliserad och den senare decentraliserad. Vid specialiserade rehabiliteringsenheter för vuxna personer med besvär efter förvärvad hjärnskada inleds kontakten med bedömning och därefter kan multidisciplinär teambaserad rehabilitering erbjudas genom enskilda kontakter eller särskilda rehabiliteringsprogram som har en förmåge- och aktivitetshöjande pedagogisk ansats med inriktning hjärnskaderelaterade funktionsnedsättningar. Syftet är att förbättra funktions- och aktivitetsnivå för personer med förvärvad hjärnskada för en ökad självständighet, delaktighet och ett ökat självförtroende. Schematisk översiktsskild för vårdprocessen inom rehabiliteringen i Region Norrbotten:

Vårdprocessen Rehabiliteringsmedicin i Region Norrbotten



Rehabnivå 1

Rehabilitering på rehabnivå 1 har ett generalistperspektiv och bedrivs i primärvård vid de hälsocentraler som ingår i vårdvalet. Primärvården ansvarar för befolkningens behov av första linjens hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering. Ansvaret gäller alla patientgrupper som av primär- och specialistvård i samråd inte bedöms kräva specialistsjukvårdens resurser och/eller särskilda kompetens. Arbetssättet präglas av helhetssyn och tvärprofessionell samverkan. Det finns variationer hur verksamheten genomförs, bl.a. omfattning och krav på personalens kompetens. I en del regioner i landet finns s.k. neuroteam inom primärvård, vanligen ingår fysio- och arbetsterapeut och ibland även kurator, logoped och psykolog. Teamen är ofta knutna till sjukdomar som MS, Parkinson och Stroke, däremot mer ovanligt med inriktning mot traumatisk hjärnskada (THS). I likhet med övriga vård-/rehabiliteringsnivåer beskrivs variationer som bidrar till ojämlik vård. Det breda ansvarsområdet för neuroteamen riskerar också att medföra brister i rehabiliteringsinsatserna för den komplexa problematik som personer med skilda grader av konsekvenser efter förvärvad hjärnskada uppvisar.

Rehabnivå 2

Denna nivå har tillgång till teamrehabilitering med fler yrkeskompetenser, mer resurser och fördjupad kompetens inom berörda diagnosområden jämfört med nivå 1. Vid sjukhusen finns inom slutenvården vårdavdelningar för rehabilitering av patienter med akut insjuknande i exempelvis stroke. Sjukhusen har även vårdplatser för att kunna ta emot patienter med stora omvårdnadsbehov för planerad rehabilitering. Rehabilitering i öppenvård sker på denna rehabnivå vid enheter för öppenvårdsrehabilitering som finns knutna till respektive sjukhus.

Rehabnivå 3

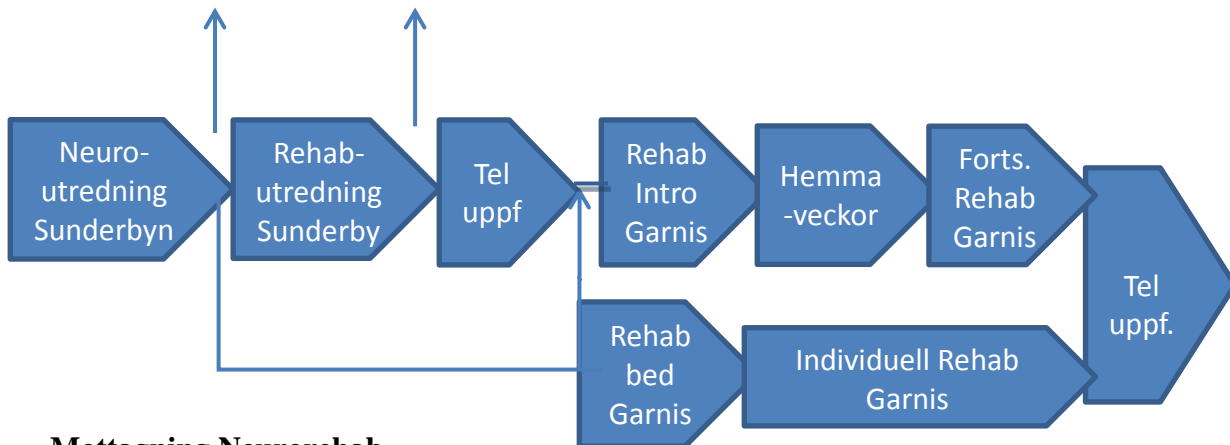
Verksamheterna erbjuder mer resurser och fördjupad kompetens inom sitt specifika område, jämfört med rehabnivå 2 och 1, och idag till stora delar knutet till KC Rehabilitering, Sunderby sjukhus. Rehabiliteringen kan ske i sluten- eller öppenvård. Hit remitteras patienter för utredningar och rehabiliteringsåtgärder. Rehabnivån kan också vara första instans för patienter med sjukdomar eller skador som kräver specialistvård initialt. Rehabnivå 3 ansvarar för rehabiliteringen till dess läkare med specialistkompetens tillsammans med teamet bedömer att patienten kan tillgodogöra sig rehabilitering på annan nivå. Vid utskrivning från slutenvård kan patienten överföras till hemsjukvård alternativt återgå till hemmet. Fortsatta rehabiliteringsbehov sköts i det fallet av rehabnivå 1 eller 2.

Hemsjukvård

Kommunerna har ansvaret för alla hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet för personer som är 18 år och äldre och som utförs av sjuksköterska, distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Patientens läkarkontakt sker med läkare inom primärvård eller privatläkare.

Schematisk bild av verksamheten vid KC Rehabilitering/Rehabiliteringsmedicin Sunderby Sjukhus:

Tillbaka till inremitterande med rekommendationer



Mottagning Neurorehab

Målgruppen är personer i arbetsför ålder (16-65 år) med sammansatta neurologiska funktionsnedsättningar. Personer som inte omfattas av ålderskriterierna hänvisas till barnmedicin eller geriatrikmottagningen, ett undantag är ryggmärgsskadade personer där uppföljningen är livslång. Remiss krävs och bedöms varje vecka vid gemensam genomgång med team från Garnis Rehabcenter.

Målet med insatserna är att patienten uppnår optimal självständighet, att aktivitetsförmåga, arbetsförmåga och delaktighet i samhället blir så stor som möjligt. Utredningen är förlagd till dagtid, vardagar och kan vara utspridd över 1-2 veckor. Rehabiliteringsplan upprättas med patientens målsättning som grund för fortsatt rehabilitering på hemmaplan. Vård/rehabiliteringsprogram är utvecklad för områdena Neurorehab, Ryggmärgsskadade, Spasticitet, Smärta.

Rehabiliteringsmedicinskt öppenvårdsprogram - Inriktning Neurorehab

Intagningskriterier

- Tillhöra målgruppen
- 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.
- För Inriktning Neuro ska patienten ha en fastställd neurologisk diagnos
- 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

Teamarbete

För att nå bästa möjliga resultat i utrednings- och rehabiliteringsinsatserna arbetar man i multiprofessionella team. Teamens arbetssätt är interdisciplinärt, d v s flera yrkeskategorier

arbetar i samverkan med patienten, eventuellt dennes anhöriga och med varandra för att uppnå rehabiliteringsmålen. Teamet kan bestå av arbetsterapeut, kurator, specialistläkare, neuropsykolog/psykolog och fysioterapeut. Vid behov konsulteras logoped, ortopedingenjör, dietist och olika sjukhusspecialister inom smärta, neurologi, psykiatri och geriatrik. Man arbetar för att personen och dennes närstående ska få kunskap och insikt om sitt tillstånd eller sin sjukdom och dess konsekvenser för att bli medveten om sina möjligheter utifrån sitt funktionshinder. Målet är att personen ska kunna ta ett eget ansvar, kunna hantera olika dagliga aktiviteter, långsiktigt uppfylla mål inom familjeliv, på arbetet och på fritiden och på så vis uppnå en god delaktighet och livstillfredsställelse. I målsättningen ingår också att förhindra återinsjuknande genom hälsofrämjande utbildning och information. Vi arbetar utifrån en helhetssyn och med respekt för personers integritet, där vi eftersträvar att se dem i sitt sociala, etniska och kulturella sammanhang. Möjlighet finns att tillgodose personers olika behov med avseende på religionsutövning, kost och andra särskiljande intressen, och man kan erbjuda samtal med tolk på ett stort antal olika språk.

Patientens medverkan

Patienten räknas som en teammedlem och har rätt att vara delaktig i planering och beslut som rör rehabiliteringen, samt erhålla adekvat information och kunskap. Patienten uppmanas att ge synpunkter av värde för klinikens förbättringsarbete. För de patienter som har begränsad förmåga, helt eller delvis, att vara aktivt delaktig i att fatta beslut kring vård och behandling kan en utsedd företrädare göra detta i patientens ställe. Närstående ses som en resurs i den långsiktiga och vardagsnära rehabiliteringen. De erbjuds därför med patientens godkännande att delta vid utredning- och rehabiliteringsinsatser.

Rehabiliteringsplan upprättas i samband med teambaserade utrednings- och rehabiliteringsinsatser och utgår ifrån International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Begreppsmodellen enligt ICF kan användas i ett rehabiliteringsperspektiv för personer med förvärvad hjärnskada och ger beskrivning av behov över tid. ICF medger ett gemensamt perspektiv och kan utveckla samverkan mellan olika rehabiliteringsaktörer. Med ICF kartläggs patientens funktionsförmåga, funktionshinder och hälsa vad gäller sjukdom/skada, resurser och konsekvenserna avseende kroppsfunction, aktivitet/delaktighet, personliga faktorer och omgivningsfaktorer beskrivs. Rehabiliteringsplanen utmynnar i patientens huvudmål, delmål och åtgärder. Den skrivs i en samlad datoriserad patientjournal och följs regelbundet upp och revideras tillsammans med patienten. Patienterna får alltid en kopia av sin rehabiliteringsplan.

Kvalitetssäkring och ackreditering

Enheterna är anslutna till det Nationella kvalitetsregistret, WebRehab. Med hjälp av uppgifterna från registren kan verksamheten kontinuerligt utvärderas. Uppgifterna från formulären ger också ett underlag i patientens utredning- och rehabiliteringsprocess. Verksamheten är också internationellt ackrediterad genom CARF (Commission for the Accreditation of Rehabilitation Facilities), som vart tredje år genomför en granskning på plats av verksamheten. Nästa granskning planeras ske i december 2019.

Utredning

Patienten träffar minst två professioner i teamet som gör en bedömning av aktuellt tillstånd och fortsatt behov av rehabilitering. Besöken är förlagda till dagtid på vardagar. Detta kan ibland räcka och bedömningen kan innebära att den vidare rehabiliteringen sker på egen hand och/eller på hälsocentralen, eller inom kommunens verksamhet.

Vid en djupare rehabiliteringsutredning träffar patienten hela neuroteamet samt enskilda träffar med teammedlemmar 1-2 ggr under en period om 1-2 veckor. Besöken är förlagda till dagtid på vardagar. Resultatet av utredningen sammanställs i en individuell rehabiliteringsplan. Lämpliga åtgärder kan rekommenderas till patienten för egenvård. Vid behov av intensiv rehabiliteringsperiod inom specialistvård sker överföring inom kliniken till Garnis Rehabcenter eller avd. 41 Neurorehab. Vid behov av rehabiliteringsinsatser över tid sker överföring till hälsocentral/kommun. Vid behov av rehabnivå 2 överföring till Öppenvårdsrehab. Remissvar utfärdas till inremitterande och sammanfattande journalhandling skickas till patienten.

Rehabilitering vid Garnis Rehabcenter

I samband med kallelse skickas skriftlig information om vår verksamhet och den rehabilitering som erbjuds. Ett frågeformulär bifogas där vi inhämtar kunskap om patientens ADL-behov, hjälpmedel samt medicinsk information. När patienten tackat ja till rehabilitering skickas ett erbjudande om deltagande i kvalitetsregister WebRehab samt formulär (Li-Sat, EQ-5D, IPA-E, HAD) som patienten fyller i och returnerar.

Varje patient blir tilldelad en Rehasamordnare som fungerar som en länk till resten av teamet. Patienten får fylla i skattningsformuläret ASES-S. Patienten sätter tillsammans med sin Rehasamordnare upp mål för rehabiliteringsperioden. Utifrån patientens värderade målområden identifieras problem, hinder och resurser. En rehabiliteringsplan upprättas där målsättningen ska vara tydlig, realistisk, mätbar och tidsbegränsad för rehabperioden.

Rehabiliteringen är individuellt utformad antingen i grupp eller genom individuella träffar. Specifika rehabiliteringsinsatser individuellt eller i grupp anges i patientens veckoschema. Exempel på områden som det finns möjlighet att ta del av är teoretiska pass och praktiska pass om diagnosspecifik information, acceptans, minne och koncentration, trötthet och sömnens betydelse, avspänningsträning, stresshantering/mindfulness, aktivitetsbalans, fysisk aktivitet och vardagsergonomi.

Individanpassad grupprehabilitering är uppdelad i tre perioder under totalt ca nio veckor. Den startar med två introduktions- och upptaktsveckor följt av en period hemma på fyra till sex veckor med hemuppgifter. Patienten kommer sedan tillbaka för en uppföljande och fördjupad rehabiliteringsperiod under två veckor. Schemalagda aktiviteter är från kl 08.30 till ca 16.00 måndag till fredag. Under rehabveckorna erbjuds boende på vårt patienthotell. På helgerna åker patienterna hem. För långväga patienter finns möjlighet att på egen hand övernatta även under helgerna. Rehabiliteringen utförs både i grupp och genom individuell vägledning utifrån patientens målsättning, förutsättningar och frågor. Gruppen ger möjlighet att träffa och dela erfarenheter med andra i liknande situation. Stor vikt läggs vid att hitta långsiktigt hållbara strategier, ge grund för fortsatt förändringsarbete och höja den hälsorelaterade livskvaliteten.

Individuell rehabilitering varierar beroende på patientens behov, funktionsnedsättning och svårighet. Rehabiliteringsperiodens längd bestäms utifrån de mål

som sätts tillsammans med patienten och varierar från patient till patient med en avgränsning på ca 4 veckors rehabiliteringsperiod.

Avbrytandekriterier

Avbrytande av pågående utredning och rehabilitering på deltagarens egen begäran:

All rehabilitering är frivillig och varje person har rätt att avbryta kontakten med sitt team. Det är önskvärt att försöka klarlägga orsaken till personens önskan om sitt avbrytande så att eventuella missförstånd eller missförhållanden kan rättas till.

Avbrytande av pågående utredning och rehabilitering på teamets begäran:

Teamet kan avsluta mot personens vilja vid följande omständigheter:

- a) uppenbart missbruk av tabletter, narkotika eller alkohol
- b) ingen aktiv medverkan i utformningen eller genomförandet av rehabiliteringen undantaget personer som har begränsningar på kognitiva eller kommunikativa funktionsnedsättningar.
- c) ett så avvikande beteende att rehabiliteringen för övriga patienter eller personalens arbetsmiljö påverkas.
- d) patienter som inte kan tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatserna för nivå 3.

Utskrivningskriterier/Överföringskriterier

- Uppnådd målsättning i rehabiliteringsplanen inom planerad vårdtid
- Liten möjlighet för ytterligare utveckling/träningsvinst inom befintligt program.
- Om patienten deltar i liten utsträckning i programmets aktiviteter på grund av nedsatt kapacitet. Patienten och teamet är överens om att annat program med lägre intensitet är lämpligt.
- Då den planerade utredningen eller rehabiliteringen är avslutad.
- Patienten själv väljer utskrivning.
- Om patientens behov bättre kan tillgodoses på annan vårdnivå eller vårdinstans.

Överföring

Vid utredning sammanfattar läkaren perioden i en medicinsk epikris vilken skickas till patient, inremitterande och efterföljande vårdgivare. Vid rehabiliteringsperiod sammanfattar Rehabsamordnaren perioden i ett remissvar som skickas till inremitterande och vid begäran eller behov till patient eller annan vårdgivare. Vid behov och efter överenskommelse med patienten överrapporterar arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och psykolog till mottagande kollegor inom primärvård, Öppenvårdsrehab, kommun, företagshälsovård. Överrapportering sker för att ge underlag för fortsatt rehabilitering.

Uppföljning

- Vid utredning är uppföljning av rehabplan mer utifrån individuella behov både tidsmässigt och hur uppföljning sker (återbesök, telefon). Tre månaders och ett års uppföljning med frågeformulär från nationella kvalitetsregister WebRehab/NRS.
- Vid utredning som utmynnar i vidareremittering och fortsatt vårdkontakt i primärvård eller öppenvårdsrehab sker ingen uppföljning. Återkoppling till enheten genom remissvar.

- Vid utredning som utmynnar i fortsatt rehabilitering på Garnis Rehabcenter görs uppföljning enligt följande: om dröjsmålet är kort från utredning till rehabiliteringsstart används WebRehab vid inskrivning på mottagning, annars genomförs de på nytt på Garnis Rehabcenter. Utvärdering av rehabplan sker i slutet av rehabperioden. Vid det avslutande samtalet utvärderas målen i rehabplanen samt resultaten från självskattningsformuläret (ASES-S) och jämförs med tidigare skattningar. Patienten fyller i WebRehab UT. I samband med det avslutande samtalet upprättas en framåtsyftande hälsoplan. Patienten erbjuds telefonuppföljning tre månader efter rehabiliteringsperiodens slut med rehabsamordnaren eller någon annan från teamet. I samband med utvärderingen får patienten fylla i formulär ASES-S samt ”Upplevelse 3 månader efter rehabperiod”. Vid uppföljningssamtalet utvärderas målen i hälsoplanen samt resultaten från självskattningsformulären och jämförs med tidigare skattningar. Ett år efter avslutad rehabilitering får patienten hemskickat frågeformulär som hör till nationella kvalitetsregister WebRehab.
- Vid rehabiliteringsperiod på Garnis Rehabcenter utan föregående utredning sker upprättande av rehabplan och frågeformulär WebRehab samt ASES-S vid inskrivning. Utvärdering av rehabplan sker i slutet av rehabperioden. Vid det avslutande samtalet utvärderas målen i rehabplanen samt resultaten från självskattningsformuläret (ASES-S) och jämförs med tidigare skattningar. Patienten får på nytt fylla i WebRehab UT. I samband med det avslutande samtalet upprättas en framåtsyftande hälsoplan. Patienten erbjuds telefonuppföljning tre månader efter rehabiliteringsperiodens slut med rehabsamordnaren eller någon annan från teamet. I samband med utvärderingen får patienten fylla i formulär ASES-S samt ”Upplevelse 3 månader efter rehabperiod”. Vid uppföljningssamtalet utvärderas målen i hälsoplanen samt resultaten från självskattningsformulären och jämförs med tidigare skattningar. Ett år efter avslutad rehabilitering får patienten hemskickat frågeformulär som hör till det nationella kvalitetsregistret för rehabilitering, WebRehab.

Sammanfattning resultat 2017 –

Slutenvårdsprogram – neurorehab/strokeenhet Sunderby sjukhus

Avd 41 N

- 68 genomförda rehabiliteringar (WebRehab)
- 96 % beläggning på avdelningen.
- Vårdtiden (median) är totalt för året 35 dagar (2016:44). Median i riket är 24 dagar.(WebRehab)
- Den längsta vårdtiden under året var 99 dagar (2016: 113 dagar).
- Andelen som deltar i nationella kvalitetsregistret WebRehab är högt 90 % (2016: 94 %).
- Under rehabperioden ökar patienternas självständighet i hög utsträckning. Vi tar emot patienterna i tidigare skede och rehabiliterar dem i samma omfattning som övriga riket. (FIM)
- Förbättringen av nuvarande hälsotillstånd fortsätter från utskrivning till ett-årsuppföljning(EQ5D)
- 63 % av patienterna var nöjda/mycket nöjda med personalens bemötande (riket 70 %).

Avd 41 S

- Verksamheten har flyttat in på Avd 41 den 1 mars 2017.
- 183 patienter registrerats i RiksStroke i Sunderbyn under året.
- 102 % beläggning på avdelningen.
- Medelvårdtid 10 dagar (2016: 8 dagar)
- 79 % av patienterna skrivs ut till eget boende.
- 50 % av patienterna var nöjda eller mycketnöjda med den rehabilitering man fått på sjukhuset. (30 % var ej i behov av träning)

Öppenvårdsprogram – neurorehab

Utredning: 384 patienter (2016: 357) besökte någon profession och 106 (2016: 83) träffade neuroteamet. Totala antalet besök var 1135 (2016: 1192). Cirka 55 % är män. Olika typer av hjärnskador inklusive stroke är vanligaste diagnosgruppen vid utredning.

Rehabilitering: Under året genomförde 100 (2016: 85) patienter någon form av rehabilitering. 4 (2016: 5) patienter avbröt.

Vanligaste enskilda diagnosen är MS med stroke på andra plats.

Medelåldern vid inskrivning till rehabilitering varierar mellan de olika inriktningarna och ligger mellan 38 år (MS-KICK) och 57 år (neurogrupp).

Fördelningen över länet är god och nära nyckeltalen. De flesta patienterna remitteras till rehabiliteringen från neurologmottagningen.

89 % har närmat sig sina målsättningar under rehabiliteringen. 30 patienter har haft med en eller flera närstående till närståendeträff.

WebRehab: Väntetiden är lång till utredning och rehabilitering även om den har minskat från tidigare år, median 104 dagar (2016: 113).

Täckningsgraden är 100 % för rehabilitering.

Patienternas hälsa ökar under rehabperioden (EQ5D). Kroppslig hälsa och psykisk hälsa förbättras (Li-Sat). Resultaten har under 2017 närmat sig nivån för riket. Inskränkningar på arbete/studier ligger kvar på samma nivå medan inskränkningar på social förmåga minskar något (IPA).

1-årsuppföljningarna har låg svarsfrekvens (48 %) vilket behöver åtgärdas ytterligare även om den har stigit från 29 % 2016.

Patientnöjdhet: 9 av 10 patienter skulle rekommendera mottagningen och Garnis rehabcenter till andra.