

# Rehabiliteringsmedicinskt öppenvårdsprogram Smärta

## Kompetenscentrum Rehabilitering

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

## Målgrupp

Målgruppen är vuxna personer med sammansatta funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar på grund av långvarig godartad smärta från rörelse- och stödjeorganen.

## Programmets plats i vårdkedjan

### Primärvårdens ansvarsområden

- Tidig identifiering och omhändertagande av patienter som riskerar att utveckla långvarig smärta.
- Behandlingen kan vara unimodal eller multimodal (MMR1).
- Planering och uppföljning.

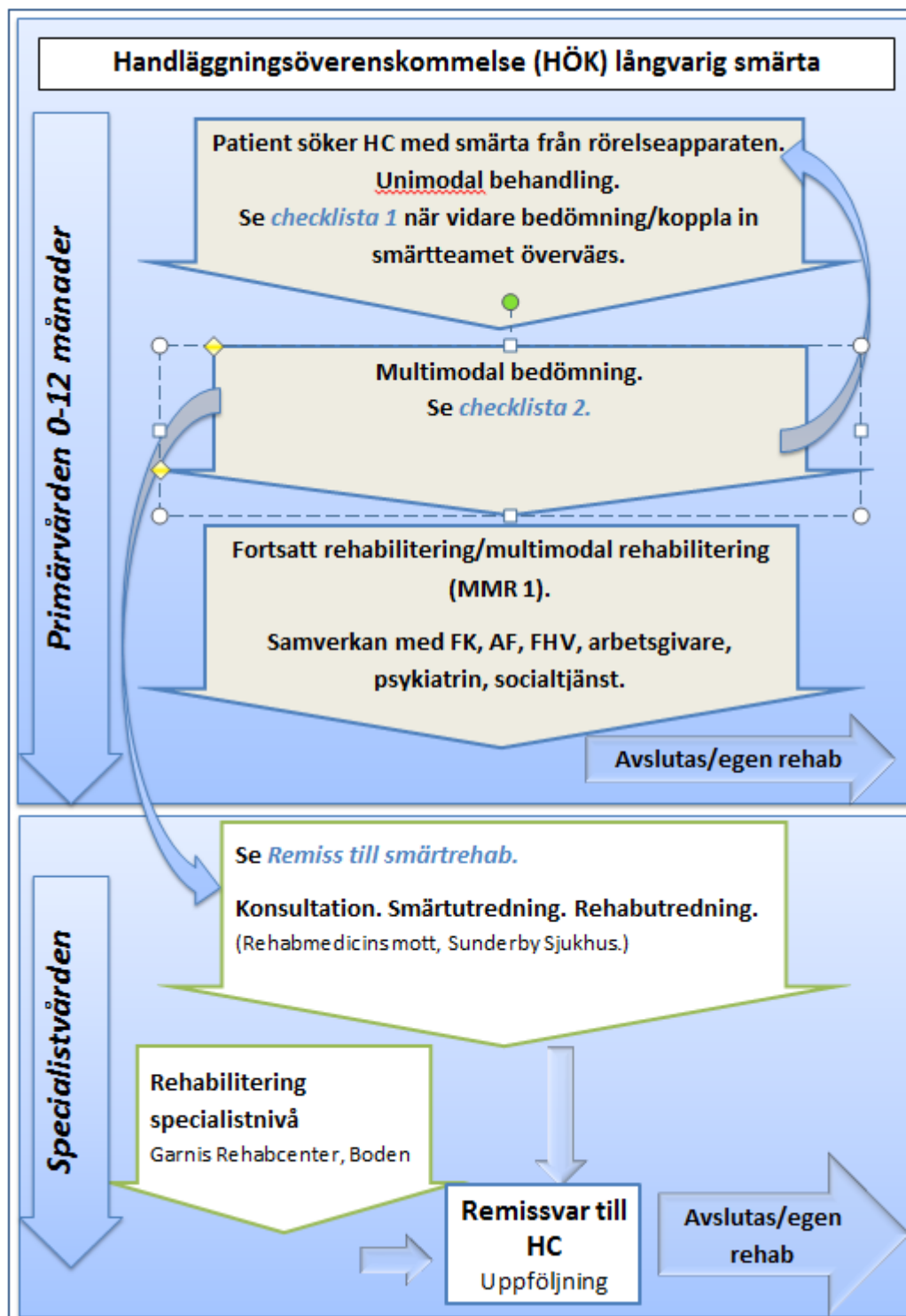
### Specialistvårdens ansvarsområden

#### Rehabiliteringsmedicin, Sunderby Sjukhus

- **Konsultation**
- Utredning av smärtans genes (sker på smärtmottagningen).
- Utredning inför rehabilitering.

#### Garnis Rehabcenter, Boden:

- Multimodal rehabilitering på specialistnivå (MMR2).



## Teamens mål och värderingar - Rehabiliteringsmedicin

Vi arbetar för att personen och dennes närstående ska få kunskap och insikt om sitt tillstånd eller sin sjukdom och dess konsekvenser. De ska bli medvetna om sina möjligheter och få stöd till beteendeförändringar. Målet är att personen ska ta ett eget ansvar, 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 vår målsättning 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. Vi har möjlighet att tillgodose personers olika behov med avseende på religionsutövning, kost och andra särskiljande intressen, och vi kan erbjuda samtal med tolk på ett stort antal olika språk.

## Remiss

Läkarremiss eller egen vårdbegäran krävs för utredning och rehabilitering. De flesta remisserna kommer från läkare inom Region Norrbotten på rehabiliteringsnivå 1, privatpraktiserande läkare och läkare inom företagshälsovården i Norrbotten. En egen vårdbegäran likställs med remiss.

Remisserna bedöms initialt av läkare på kliniken som utifrån frågeställning och patientens behov fördelar remissen till smärtmottagningen eller smärtehabiliteringsmottagningen. Patienten får en remissbekräftelse och skriftlig information. Remissbekräftelse skickas också till inremitterande. I de fall remissen avslås/returneras informeras patienten per brev med hänvisning till inremitterande läkare. Inremitterande ansvarar för att meddela patienten retursak och vidarebefordra eventuella rekommendationer som finns i remissreturen.

Vid behov ringer någon i teamet patienten innan kallelse skickas ut. Syftet är att ge information om rehabiliteringsupplägget, svara på eventuella frågor och fånga upp förväntningar gällande smärtehabilitering.

Om patienten uteblir från bokad besök tar teamet kontakt per telefon för att ta reda på orsak och eventuellt nytt besök planeras utifrån förutsättningarna. Alla patienter kallas två gånger, därefter går remissen i retur med information om orsak. Efter två avbokningar meddelas patienten brevledes att de har möjlighet att höra av sig för att boka ett nytt besök inom en månad om behov och intresse finns.

## Intagningskriterier/Remisskriterier

- Tillhöra målgruppen
- Ålder från 16 år
- Behov av bedömning/rehabilitering i multiprofessionellt team med fördjupad och bredare kompetens än rehabnivå 1.
- Patienten ska vara medicinskt färdigutredd.

- Patienten måste kunna klara sig själv under utrednings- eller rehabiliteringsperioden alternativt ha med sig personlig assistent eller annan person som hjälp.

## Överföringskriterier utredning till rehabilitering

- Genomgått rehabutredning och bedöms ha behov av vidare temabase-rad rehabilitering.
- Patienten ska kunna tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatser för re-habnivå 3.
- Patienten ska vara redo och motiverad för beteendeförändringar.
- Patienten ska ha ekonomiska och sociala möjligheter att delta i reha-biliteringen.

## Exklusionskriterier

- Pågående beroende av läkemedel eller drogmissbruk.
- Akut psykiatrisk eller somatiskt tillstånd eller dominerande psykisk sjukdom.
- Enbart önskemål om utlåtande till Försäkringskassan eller till försäk-ringsbolag.
- Patienten väntar på annan viktig relevant medicinsk åtgärd (t ex psy-kiatrikerkonsult, kontakt med ortoped, operation).

## Teamarbete

Utrednings- och rehabiliteringsinsatserna sker i multiprofessionella team utifrån patientens behov. Teamens arbetssätt är interdisciplinärt d v s flera yrkeskategorier arbetar i samverkan med patienten, eventuellt dennes anhöriga och med varandra för att uppnå rehabiliteringsmål.

Teamet kan bestå av specialistläkare, psykolog, fysioterapeut, sjuksköterska och arbetsterapeut. Stödfunktion utgörs av läkarsekreterare samt kök/städ/receptionspersonal. Vid behov konsulteras kurator, ortopedingen-jör, dietist eller andra sjukhusspecialister. Kommunikationen inom och mel-lan teamen sker vid gemensamma sittronder, gemensam utvecklingstid och direkt mellan teammedlemmar muntligt eller via meddelandefunktion i dato-riserat journalsystem.

Utrednings- och rehabiliteringsinsatserna grundar sig på Acceptance and Commitment Therapy (ACT) där fokus ligger på att öka funktionsförmåga och livskvalitet i närvaro av symtom. Alla professioner arbetar med att öka patientens förutsättningar att kunna leva ett så aktivt, meningsfullt och vitalt liv som möjligt.

## Patientens medverkan

Patienten räknas som en teammedlem och är delaktig i planering och beslut som rör rehabiliteringen, samt erhåller adekvat information och kunskap. Pati-enten uppmuntras att ge synpunkter av värde för klinikens förbättringsarbete.

## Närståendes medverkan

Närstående ses som en resurs i den långsiktiga och vardagsnära rehabiliteringen. Närstående kan med patientens godkännande delta vid utrednings- och rehabiliteringsinsatser.

## Rehabiliteringsplan

Rehabiliteringsplan upprättas i samband med teambaserade utrednings- och rehabiliteringsinsatser och utgår ifrån [International Classification of Functioning, Disability and Health](#). Patientens resurser och hinder kopplat till kroppsfunction, aktivitet/delaktighet, personliga faktorer och omgivningsfaktorer beskrivs. Rehabiliteringsplanen utmynnar i patientens huvudmål, delmål och åtgärder.

## Kvalitetssäkring

Enheterna är anslutna till det Nationella Registret över Smärtrehabilitering ([NRS](#)). Med hjälp av uppgifterna från registren kan verksamheten kontinuerligt utvärderas och förbättras. Uppgifterna från formulären ger också ett underlag i patientens utrednings- och rehabiliteringsprocess. Registreringar sker vid start av utredningen, avslut av rehabiliteringen samt ett år efter avslutad rehabilitering.

## Bakgrund

International Association for the Study of Pain (IASP), definierar smärta på följande sätt: "Smärta är en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse, förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada, eller beskriven som sådan skada". Smärta är alltid en personlig upplevelse. Utifrån denna förståelse skall patienternas upplevelser tas på största allvar även om det i de flesta fall inte finns någon farlig bakomliggande sjukdom. Smärtan ska inte betraktas som en tidsmässigt förlängd akut smärta utan som ett specifikt sjukdomstillstånd.

Ett vanligt problem för personer med långvariga smärttillstånd är att man sällan hittar fynd vid undersökningar som rimligt skulle kunna förklara smärtan. Detta riskerar att skapa ett trovärdighetsproblem för den drabbade, vilket ofta leder till brist på förståelse från omgivningen (både från vården och från det personliga nätverket). Den moderna smärtforskningen har gett ökade kunskaper om mekanismerna bakom långvariga smärttillstånd. Det är viktigt att berätta för patienterna om hur långvarig smärta fungerar och vilka förändrade beteenden som är vanliga hos personer med långvarig smärta. Patienterna skall bemötas med ett respektfullt lyssnade till deras berättelser och deras lidande.

Långvariga smärttillstånd orsakar stort individuellt lidande och omfattande sociala kostnader. Smärta som pågått länge innebär ofta även ökad förekomst av andra symtom, begränsningar och problem i det dagliga livet. Smärtupplevelsen är komplex och innefattar individuella känslomässiga och tankemässiga komponenter, utöver den fysiska förmimmelsen av att ha ont, där exempelvis ofta nedstämdhet och ångest förekommer samtidigt med smärttillståndet.

Insatser som kombinerar psykologisk behandling med åtgärder som syftar till ökad fysisk funktionsförmåga ger långsiktigt bättre resultat vid generell långvarig smärta än mindre omfattande insatser vad gäller aspekter såsom upplevd livskvalitet, ökad funktionsförmåga och arbetsåtergång (SBU 2006). Det bästa omhändertagandet av dessa patienter sker därför i smärteam bestående av flera olika yrkesprofessioner. Smärtherehabilitering vilar på tre ben: egna beteendeförändringar (hur man förhåller sig till smärta och obehag och att välja att göra andra beteenden); fysisk aktivitet på en hållbar nivå; balans och hållbar struktur i aktiviteter (både på arbetet och på fritiden).

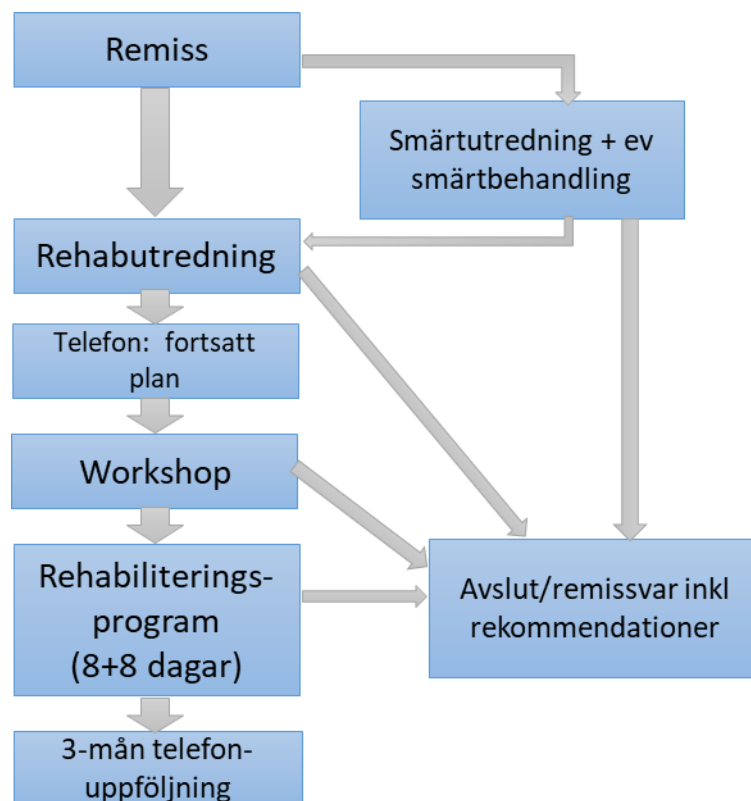
## Tjänsteutbud

### Rehabiliteringsmedicin

- Smärtutredning och smärtbehandling (ingår ej i smärtherehabiliteringsprogrammet)
- Second opinion (ingår ej i smärtherehabiliteringsprogrammet)
- Smärtherehabiliteringsutredning
- Smärtherehabiliteringsprogram

## Upplägg och omfattning

### Rehabiliteringsutredning och rehabiliteringsprogram



## Målsättning

### **Rehabutredning:**

Målet är att

- starta upp rehabiliteringsprocessen genom att bedöma patientens behov av rehabilitering
- Initiera förändringsarbete hos patienten genom att patienten under utredningen får börja jobba med små förändringsuppgifter
- ge individuella rekommendationer och åtgärder
- starta upp motivationsarbete för beteendeförändring

### **Rehabiliteringsprogram:**

Målet är att

- patienten ska få en ökad medvetenhet kring sina icke funktionella strategier samt utveckla långsiktigt hållbara strategier genom beteendeförändring
- öka delaktigheten i vardagliga aktiviteter samt öka livstillfredsställelse
- patienten ska komma vidare i sin process, med inriktning på återgång i arbete, bibehållen arbetsförmåga och ökad funktionsförmåga

### **Förberedelser inför utredning**

Inför en rehabiliteringsutredning får patienten en remissbekräftelse och information om rehabiliteringsupplägget. Det kan ibland föregås av ett telefonsamtal om det finns otydligheter kring patientens motivation till smärtehabilitering. Vid telefonsamtalet eller på sittronden beslutas om patienten ska vidare till rehabteamet och även vilka teammedlemmar som patienten har behov att träffa. När beslutet är taget får patienten en kallelse med tider till de planerade besöken. Inför första besöket ska patienten ha fyllt i enkäter till NRS som har medföljt kallelsen.

### **Rehabiliteringsutredning**

Bedömningens fokus är att kartlägga och bedöma patientens behov av rehabiliteringsinsatser, patientens resurser och hinder för förändringsarbete och starta upp förändringsprocessen. Rehabutredningen sker stegvis med enskilda besök hos de olika professionerna som en samlad bedömning inom 2-3 dagar. Besöken är dagtid på vardagar på Rehabiliteringsmedicins mottagning Sunderby sjukhus eller vid enstaka tillfällen på Garnis rehabcenter i Boden.

Läkaren gör en översiktlig medicinsk bedömning, screening av så kallade röda/gula flaggor som kan utgöra hinder för rehabilitering, samt pratar med patienten om hur de hanterar sin smärta idag. Remissvar utfärdas till inremitterande. Patienter har tillgång till remissvaret via 1177-e-tjänster.

Sjuksköterskan går igenom livsstilsfrågor som alkohol, droger, rökning, snusning, kost och motion. Det görs även en genomgång av läkemedel.

Patienten får skriva på ett kontrakt där man signerar överenskommelsen att delta i rehabiliteringens aktiviteter, anstränga sig för hög närvaro, aktivt engagera sig och ta ansvar för sin rehabplan. En rehabplan startas upp. Den kommer sedan att följa patienten genom rehabiliteringen och uppdateras löpande.

Vid besök hos psykolog genomförs en psykologisk kartläggning. Psykologen kommer överens med patienten om minst ett beteendexperiment som genomförs under tiden fram till besök med nästa vårdgivare.

Vid besök hos fysioterapeut förs ett fördjupat samtal med patienten kring hälsa och fysisk aktivitet. Ett enklare funktionstest utförs och används som vidare diskussionsunderlag.

Patienter som bedöms ha en arbetssituation som kan påverkas/förbättras av rehabilitering bokas till arbetsterapeut. Arbetsterapeutens fokus är att bidra till att öka eller bibehålla arbetsförmågan genom bland annat intervjuer med patienten och dialogsamtal med arbetsgivaren.

Aktuella patientfall diskuteras teammedlemmarna emellan vid daglig rond alternativt vid sittrond en gång/vecka. När samtliga planerade besök genomförts och teamet träffats kontaktas patienten per telefon där beslut om fortsatt rehabilitering meddelas.

## Rehabiliteringsupplägg

Beroende på patientens fortsatta rehabiliteringsbehov kan vidare rehabiliteringsinsatser på kliniken erbjudas i form av en workshop och rehabiliteringsprogram vid Garnis Rehabcenter för de patienter som har en koppling till arbete. Fortsatta åtgärder kan i enstaka fall ske i form av remiss för second opinion till annan specialistklinik.

### **Workshop**

Patienten kallas till en workshop, vilket är en föreläsningsserie under en eller flera dagar. I den ingår en föreläsning vardera av arbetsterapeut, fysioterapeut och psykolog gällande aktivitetsbalans, smärtfysiologi och fysisk aktivitet samt beteendeförändring. Teori och upplevelsebaserade övningar varvas för att uppmärksamma egna mönster i beteendet, reflektera över hur man har gjort sina val och planera för förändring utifrån vad som är viktigt i ens liv.

### **Förberedelse inför rehabilitering på Garnis Rehabcenter**

I samband med att patienten aktualiseras för smärtrehabiliteringsprogram ringer sjuksköterska upp och erbjuder plats på Garnis rehabcenter. Under samtalet ges muntlig information och i samråd med patienten bestäms datum för uppstart av rehabiliteringsperiod. Med kallelsen skickas skriftlig information om verksamheten och den rehabilitering som erbjuds. Ett frågeformulär bifogas för inhämtning av information om patientens ADL-behov, hjälpmedel samt medicinsk information.



### **Smärtrehabiliteringsprogram**

Varje patient blir tilldelad en rehabsamordnare som fungerar som en länk till resten av teamet. Patienten reviderar sin rehabplan tillsammans med rehabsamordnare. Utifrån de områden som patienten anser är viktigt i sitt liv identifieras problem, hinder och resurser. Målsättningarna i rehabplanen ska vara tydliga, realistiska, mätbara och tidsbegränsade för rehabperioden.

Rehabiliteringen är uppdelad i två perioder på kliniken. Den startar med en rehabperiod på åtta dagar, följt av en tillämpningsperiod hemma på två veckor med hemuppgifter. Patienten kommer sedan tillbaka för en uppföljande och fördjupad rehabiliteringsperiod åtta dagar. Schemalagda aktiviteter är vardagar från klockan 08.30 till cirka 16.00. Under rehabveckorna erbjuds boende på patienthotell. På helgerna åker patienterna i de flesta fall hem, men det finns möjlighet att på egen hand övernatta även under helgerna.

Rehabiliteringen utförs både i grupp och individuellt med vägledning utifrån patientens behov och målsättningar i rehabplanen. Gruppaktiviteterna ger möjlighet att träffa andra och dela erfarenheter med andra i liknande situation. Specifika rehabiliteringsinsatser individuellt eller i grupp anges i patientens veckoschema. Rehabiliteringsinsatserna bygger på både teori och praktisk tillämpning inom de olika kompetensernas arbetsområden. Exempel på pass är smärtfysiologi, aktivitetsbalans, stresshantering, mindfulness, fysisk aktivitet, ergonomi, värderingar, språk och kommunikation.

## **Avbrytandekriterier**

### ***På deltagarens egen begäran***

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

### ***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 enligt det kontrakt som har upprättats.
- 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 till externa**

- 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.
- Den planerade utredningen eller rehabiliteringen är avslutad.
- Patienten själv väljer utskrivning.

- Patientens behov kan bättre tillgodoses på annan vårdnivå eller vårdinstans.

## Överföring

Vid rehabutredning gör teamet en gemensam sammanfattning av bedömningen med förslag på rekommendationer och åtgärder.

Vid rehabiliteringsperiodens slut utvärderas rehabplanen och en ny rehabplan upprättas vid behov. Rehasamordnaren skickar ett kompletterande remissvar till inremitterande med sammanfattning av perioden. Patienten informeras om möjlighet att läsa sin journal via 1177.

Respektive yrkesgrupp överrapporterar till kollegor inom primärvård, kommun, företagshälsovård vid behov. Överrapportering sker för att ge underlag för fortsatt rehabilitering.

## Uppföljning/utvärdering

Efter genomförd rehabutredning fyller patienten i en nöjdhetsenkät. Beroende på beslut om vidare insatser kan uppföljning och utvärdering se olika ut. Teamet ringer upp de patienter som avslutas efter workshop. Rehabplanen utvärderad vid telefonsamtalet.

De patienter som går vidare till en rehabilitering på Garnis rehabcenter registreras i NRS som rehabpatienter. Om mer än åtta månader passerat sedan initial enkät görs en ny registrering. Vid avslutande samtal utvärderas rehabplanen och målen följs upp. Patienterna sätter även ihop en egen planering för tre månader framåt. Patienten fyller i avslutande enkäter i NRS.

Patienten erbjuds telefonuppföljning tre månader efter rehabiliteringsperiodens slut. I samband med uppföljningen får patienten fylla i en patientnöjdhetsenkät. Vid uppföljningssamtalet utvärderas målen i den egna planeringen och patienten avslutas.

Ett år efter avslutad rehabilitering får patienten hemskickat frågeformulär som hör till det Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS).

## Samverkan

Samverkan gällande direkta hälso- och sjukvårdsinsatser sker framför allt med länets hälsocentraler, kommun/hemsjukvård eller andra vårdinstanser. För att på bästa sätt stödja patienten vad gäller arbete och sysselsättning, samverkar kliniken vid behov också med arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialförvaltning.

# Rehabiliteringsresurser

## Personal

**Sjuksköterskan** är koordinator vilket innebär huvudansvar för planering och bokning av besök, utskick av kallelse samt information till patienten och närstående. Sjuksköterskan är en del av bedömningen och på besöket går man igenom levnadsvanor och läkemedel. Sjuksköterskan har även telefonrådgivning, följer upp insatta läkemedel samt ansvarar för mottagningens provtagning.

På Garnis rehabcenter genomför sjuksköterskan medicinsk kartläggning samt riskbedömningar i samband med inskrivning och har övergripande medicinskt ansvar inom sitt kompetensområde. Sjuksköterskans mål är att utifrån patientens önskemål, vägleda, informera och ge kunskap när det gäller medicinska aspekter, i syfte att öka patientens tilltro till egenvård.

**Läkaren** är specialist inom området rehabiliteringsmedicin och den som är medicinskt och övergripande ansvarig för patientens rehabilitering. Läkaren undersöker patienten och förklarar hur undersökningsresultaten kan kopplas till aktuella symtom. Patienten har också möjlighet att ta upp frågor om medicinering och annan behandling. Läkaren ansvarar för bedömning av och ställningstagande till läkemedelsbehandling och gör bedömning av tidigare gjorda utredningar samt avgör om det föreligger behov av ytterligare undersökning eller kontakt med andra specialister.

**Psykologen** kartlägger patientens resurser och begränsningar utifrån det känslomässiga måendet, stress, eventuella sömnstörningar, förmågan att lösa problem i vardagen, förmågan att tillgodogöra sig nya kunskaper och hantera information. Kan ge patienten korttidsterapi och krisbearbetning för att finna strategier att kunna handskas med sin situation. Bedöma behov av fortsatt psykosocialt, psykologiskt stöd, vid behov överrapportering till andra rehabiliteringsaktörer.

**Fysioterapeuten** kartlägger tidigare och nuvarande fysiska funktioner, aktivitetsförmåga, vanor och livsstil. Fysioterapeutens arbetsområde innefattar test av fysisk förmåga, träning, samtal och information. Det kan vara träning av balans, styrka, hållnings- och kroppskännedomsövningar, motive-rande samtal, patientundervisning, råd om egen behandling eller utprovning av kompenserande hjälpmedel. Hälsofrämjande arbete genom öka tilltron till den egna förmågan att vara fysiskt aktiv utifrån sina förutsättningar, hitta lämpliga träningsformer och förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept (FaR).

### **Arbetsterapeuten**

Arbetsterapeuten fokuserar i utredning och rehabilitering på patientens arbetssituation. Patienten vägleds att se samband mellan aktivitetsutförande och aktivitetsbalans, får kunskap att planera, anpassa och optimera utförandet för att kunna bibehålla eller öka arbetsförmågan. Hälsosamma aktivi-

tetsmönster tydliggörs för att öka patientens tilltro att kunna påverka sin aktivitetsförmåga.

**Mindfulnessinstruktörer** guidar patienterna i mindfulnessövningar och anpassar individuellt upplägg vid behov.

**Läkarsekreterarna** arbetar för en samordnad och effektiv administration gällande patientdokumentation, möten, ekonomi, rapporter och statistik. De ansvarar även för registrering och uppföljning av klinikens kvalitetsregister och material/utrustning. Läkarsekreterarna på Rehabiliteringsmedicins mottagning ansvarar också för klinikens reception.

**Kök, städ och receptionspersonal** på Garnis Rehabcenter ansvarar för matservering och skötsel av kök och matsal, för städning och upprätthållande av trivsel i lokaler, receptionsuppgifter och tillsyn av lokaler. De är delaktiga i att ge service och socialt stöd till patienterna utifrån ett kognitivt förhållningssätt.

## Lokaler/utrustning

Verksamheterna är förlagda i välanpassade och lättillgängliga lokaler. I lokalerna finns också ändamålsenlig behandlingsutrustning som kontrolleras enligt checklista beträffande funktion och säkerhet.

Rehabiliteringsmedicins mottagning ligger på Sunderby sjukhus, 15 km från Luleå. Det finns goda transportmöjligheter för resande med tåg, buss och bil. Placeringen på sjukhuset ger en säker och trygg miljö för patienterna och möjliggör också direkt samverkan med andra kliniker. Enheten har möjlighet till hotellboende för de utifrån länet kommande patienterna och indirekt tillgång till träningslokaler, bassäng, träningskök via Enheten för Fysioterapi respektive Arbetsterapi.

Garnis Rehabcenter är beläget ca 1 km från centrala Boden. Det finns goda transportmöjligheter för resande med tåg, buss och bil och tillgång till parkeringsplatser med motorvärmare. Stora möjligheter till uteaktiviteter finns i klinikens rehabiliteringsträdgård och i närliggande utemiljö. En bassäng och bastu finns att tillgå i byggnaden. Enheten har en obemannad hotelldel med 19 enkelrum och ett dubbelrum som alla har toalett och dusch, varav 10 rum är rymliga och lättframkomliga.

## Resultat 2018

**Utredning:** 545 patienter (2017: 736) genomgick smärtutredning och 264 (2017: 273) rehabutredning. Totala antalet besök var 1767 (2017: 1646).

Rygg- och nackbesvär är de vanligaste diagnoserna.

Vi har vi uppnått att 90 % kommit till oss inom 90 dagar för samtliga månader (2017: 7 mån).

Smärtutredningen hade 35 % män, rehabutredningen 20 %, workshop 26 % och smärtprogram 11 %. Könsfördelningen har från 2016 ytterligare fortsatt att jämnats ut en aning det senaste året.

**Rehabilitering:** Under året flyttades workshop från mottagningen till Garnis. 92 patienter genomförde workshop under året (2017:62)

68 patienter påbörjade rehabiliteringsprogrammet och 53 slutförde insatsen (2017: 88 resp 85). 15 patienter avbröt programmet, vilket är ett större antal än tidigare år.

Länsfördelning visar något färre patienter från Kiruna och lite fler än nyckeltalet från Piteå, som tidigare år.

Samtliga patienter (100 %) har genomgått utredning på mottagningen innan rehabilitering.

Måluppfyllelsen är hög både vad gäller utförande och tillfredsställelse (COPM). 4 av 56 personer har valt att ha med närstående vid utsamtalet.

**NRS:** 95 % täckningsgrad i NRS för rehabilitering (smärtprogram). 7 av 10 skattar en ökad ökad acceptans (CPAQ), 5 av 10 en ökad hälsorelaterad livskvalitet (RAND-36) gällande smärta, social funktion samt vitalitet och 5 av 10 har ökat sin träningstid/vecka. Resultat gällande arbetsåtergång (WAI) ökar, men inte helt i önskad omfattning.

1-årsuppföljning visar att 36 % upplever en lägre smärta än vid start av rehab och de förbättringar som man hade vid avslut bibehålls för upplevd hälsa, depression och ångest.

**Patientutvärderingar:** Stor andel skattar bemötandet som mycket bra (94 %). 9 av 10 skulle rekommendera Garnis till andra både vid avslut av rehabilitering och vid uppföljning efter tre månader.