Rehabiliteringsmedicinskt öppenvårdsprogram neurorehab

Kompetenscentrum Rehabiliteringsmedicin

Bakgrund

Neurologisk rehabilitering inom öppenvård på rehabnivå 3 vänder sig till personer som har neurologisk sjukdom/skada och har behov av insatser från flera yrkesprofessioner med fördjupad kompetens inom det specifika kunskapsområdet. Det gäller personer som har sammansatta funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Det innefattar även nydiagnostiserade neurologiska kroniska sjukdomar, ovanliga neurologiska diagnoser, kognitiv nedsättning efter förvärvad hjärnskada.

Rehabiliteringsprocessen skiljer sig åt vid en plötslig skada eller sjukdom som ryggmärgsskada, hjärnskada, eller vid kroniska neurologiska sjukdomar som MS, muskeldystrofi, Parkinson sjukdom, ALS. Vid kronisk sjukdom sker rehabilitering återkommande pga. sjukdomens progress, med kontinuerlig revidering av mål och insatser. Det handlar om att minimera medicinska problem, kompensera en funktionsnedsättning eller en aktivitetsbegränsning genom t ex hjälpmedel, kompensatoriska strategier eller förbättra funktion genom träning.

Målgrupp

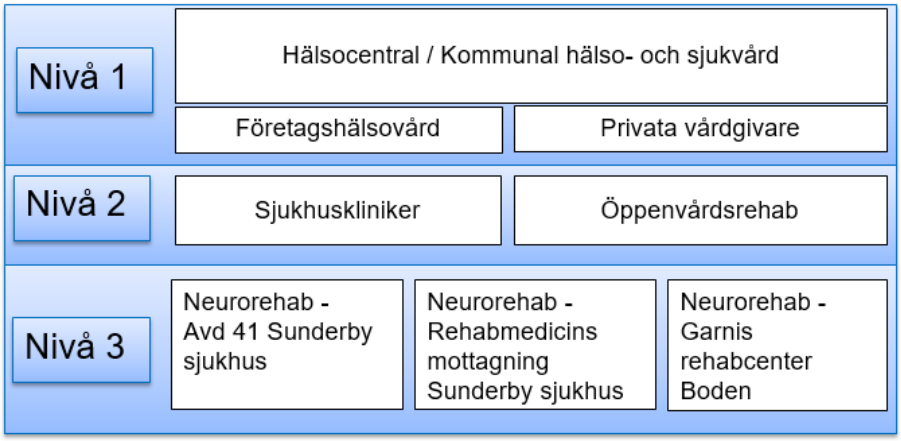
Rehabiliteringsmedicins mottagning vid Sunderby sjukhus och Garnis Rehabiliteringscenter erbjuder teambaserade utrednings- och rehabiliteringsinsatser inom öppenvård.
Målgruppen är vuxna personer med sammansatta aktivitets- och delaktighetsbegränsningar på grund av neurologisk sjukdom/skada samt personer med ovanliga neurologiska diagnoser. Programmet bedrivs på Sunderby sjukhus, Luleå och i internatform på Garnis Rehabcenter i Boden. Insatserna ges dagtid måndag till fredag.
Verksamheten har även ett specifikt ryggmärgsskadeprogram som beskriver rehabiliteringsprocessen med dess insatser både inom sluten- och öppenvård.

Teamens mål och värderingar

Vi 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 vår målsättning ingår också att förhindra återinsjuknande genom hälsofrämjande utbildning och information. Vi arbetar utifrån en helhetssyn och med respekt för personers integritet. Vi eftersträvar att se personen i sitt sociala, etniska och kulturella sammanhang. Vi har möjlighet att tillgodose personers olika behov avseende relig-

ionsutövning, kost och andra särskiljande intressen, och vi kan erbjuda samtal med tolk på ett stort antal olika språk.

Programmets plats i vårdkedjan



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.

Kommunal hälso- och sjukvård Kommunerna har ansvaret för alla hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet för personer som är 18 år och äldre och som utförs av arbetsterapeut, distriktssköterska, fysioterapeut och sjuksköterska. Patientens läkarkontakt sker med läkare inom primärvård eller privatläkare. På särskilt boende har kommunen också ansvar för alla hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av arbetsterapeut, distriktssköterska, fysioterapeut och sjuksköterska.

Rehabnivå 2

Denna nivå har tillgång till teamrehabilitering med fler yrkeskompetenser, mer resurser och fördjupad kompetens inom berörda diagnosområden jämfört med nivå 1. Vid länsdelssjukhusen finns inom slutenvården vårdavdelningar för rehabilitering av patienter med akut insjuknande i exempelvis stroke. Rehabilitering i öppenvård sker på denna rehabnivå vid enheter för öppenvårdsrehabilitering som finns knutna till respektive länsdelssjukhus.

Rehabnivå 3

Verksamheterna erbjuder mer resurser och fördjupad kompetens inom sitt specifika område, jämfört med rehabnivå 2 och 1. 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 hemmet, till korttidsboende eller till särskilt boende. Fortsatta rehabiliteringsbehov sköts i det fallet av rehabnivå 1 eller 2. Majoriteten av patienterna följs upp vid Rehabiliteringsmedicin mottagning tre månader efter utskrivning.

Remiss

Remiss kan skrivas av läkare men patienter kan även skicka in en egen vårdbegäran. De flesta remisser kommer från neurologmottagningen på Sunderby sjukhus, internremiss inom kliniken, från läkare på Rehabnivå 1 och Rehabnivå 2 samt privatpraktiserande läkare eller företagshälsovård.
För Kognitiv rehabilitering sker intern remittering från rehabiliteringsmedicins mottagning till Garnis Rehabcenter samt från länets neuropsykologer. Till rullstolsskolan kan även arbetsterapeut och fysioterapeut inom primärvård och kommun remittera. Om det inte finns någon remiss från vården behöver patienten skicka in en egen vårdbegäran med önskemål om rehabilitering.

Remissuppgifter

- Konkret frågeställning
- Sammanfattning av sjukhistoria
- Information om tidigare och pågående utredning, behandling samt rehabilitering
- Social situation
- Information om arbete och arbetets art samt fortsatt planering av arbete/studier
- Personens förväntningar och rehabiliteringspotential

Inklusionskriterier

- Tillhöra målgruppen
- Ålder från 16 år
- Behov av bedömning/rehabilitering av ett multiprofessionellt team med fördjupad och bredare kompetens än Rehabnivå 1 och 2
- Patienten ska 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

Överföringskriterier bedömning till rehabilitering

- Genomgått fördjupad rehabiliteringsbedömning och bedömts ha behov av vidare teambaserad rehabilitering
- Personen ska kunna tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatser för rehabnivå 3
- Personen ska vara redo och motiverad för beteendeförändringar
- Personen ska ha ekonomiska och sociala möjligheter att delta i rehabiliteringen

Exklusionskriterier

- Pågående medicinsk behandling/utredning och/eller ett hälsotillstånd som negativt påverkar förutsättningar för rehabiliteringsinsats
- Obehandlad allvarlig psykisk störning
- Enbart önskemål om utlåtande till Försäkringskassan eller till försäkringsbolag
- Pågående drogmissbruk
- Behovet kan bättre tillgodoses på annan vårdnivå eller vårdinstans
- Patienten väljer själv utskrivning

Rehabiliteringsteam

För att nå bästa möjliga resultat i utrednings- och rehabiliteringsinsatserna arbetar vi i multiprofessionella team. Teamens arbetssätt är interdisciplinärt d v s flera yrkeskategorier arbetar tillsammans i samverkan med patienten och eventuellt även dennes närstående, utifrån patientens behov och remittentens frågeställning

Utredningsteamet på mottagningen kan bestå av arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, neuropsykolog och specialistläkare. Stödfunktion utgörs av läkarsekreterare och sjuksköterska/koordinator. Vid behov konsulteras dietist, logoped, ortopedingenjör och olika sjukhusspecialister inom smärta, neurologi och geriatrik.

Rehabiliteringsteamet på Garnis Rehabcenter består av arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och sjuksköterska med tillgång till medicinskt ansvarig specialistläkare från Rehabiliteringsmedicins mottagning, Sunderby sjukhus. Stödfunktioner är kök/städ/receptionspersonal.

Kommunikationen inom och mellan teamen sker vid gemensamma sittronder, gemensam utvecklingstid och direkt mellan teammedlemmar muntligt eller via meddelandefunktion i datoriserat journalsystem.

Rehabiliteringsresurser
Personal

Arbetsterapeuten
Arbetsterapeuten fokuserar i utredning och rehabilitering på hur patienten klarar vardagliga aktiviteter utifrån sina förmågor. Patienten vägleds att se samband mellan aktivitetsutförande och aktivitetsbalans samt får kunskap för att planera, anpassa och optimera utförandet. Hälsosamma aktivitetsmönster tydliggörs i syfte att kunna påverka sin förmåga att utföra värdefulla aktiviteter. Arbetsterapeutens arbetsområde innefattar även sömnhygien, strategier vid hjärntrötthet och nedsatt arbetsminne, stöd vid rehabsamtal med FK/AG gällande arbetssituationen, motiverande samtal, gruppsamtal i syfte att öka kunskaper i olika områden, utprovning/träning i att använda hjälpmedel, utrustning och ortoser. Anpassar och provar ut aktiva rullstolar.

Fysioterapeuten kartlägger tidigare och nuvarande kroppsliga funktioner och aktivitetsförmåga/vanor/livsstil kopplat till rörelse. Undersöker muskelstyrka, tonus, balans, kondition, koordination, rörlighet, gång- och förflyttningsförmåga. Fysioterapeutens arbetsområde innefattar träning, behandling, samtal och information; träning av förflyttningsförmåga, balans, styrka, hållnings- och kroppskännedomsövningar, motiverande samtal, stresshanteringstekniker, t ex Mindfulness, patientundervisning, råd om egen behandling, utprovning av kompenserande hjälpmedel samt utprovning av kylbehandling vid värmekänslighet, råd och behandling kring spasticitet. 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).

Hjärnskadekoordinatorn erbjuder råd och stöd till patienter från 18 år som drabbats av traumatisk hjärnskada efter 16 år eller äldre och deras närstående. Samordning sker av både nya och etablerade kontakter tillsammans med patienten utifrån önskemål och behov. Frågor kan handla om stöd till närstående, familjeliv, sysselsättning eller fritid. Hjärnskadekoordinatorn kan ge stöd i kontakt med myndigheter ex vid ansökningar och kontakt med försäkringskassa och arbetsförmedling. Hjärnskadekoordinatorn informerar om vård- och rehabiliteringsmöjligheter som finns eller hur man kommer i kontakt med andra i samma situation ex vis genom patientföreningar. Aktörer inom vård- och rehabilitering kan också vända sig till Hjärnskadekoordinatorn för frågor om övriga rehabiliteringsinsatser och stödfunktioner som finns i samhället.

Kuratorn kartlägger patientens sociala situation och ansvarar för att psykosociala aspekter kring patienten beaktas och integreras i utrednings- och rehabiliteringsarbetet. Stöttar i att hantera det patienten upplever som problematiskt i sin livssituation, t ex sitt sociala liv, relationer, stress och sömn. Patienten kan också få övergripande socialjuridisk information och rådgivning, t.ex. om ekonomi. Andra arbetsuppgifter är motivationsarbete, stödsamtal och bearbetande samtal. Kuratorn informerar om aktuell lagstiftning och kan guida patienten vidare till den myndighet/enhet som ärendet gäller.

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

Neuropsykologen är specialist i neuropsykologi, sambandet mellan hjärnan, funktioner och beteendet. Neuropsykologen bedömer kognitiva och emotionella funktioner, undersöker kopplingar mellan hjärnans funktion och förändringar i beteende, utifrån påverkan på hjärnan av skada eller sjukdom. Frågeställningar kan gälla uppmärksamhet, minne och exekutiva funktionsnedsättningar, mental trötthet, kris- och stressrelaterade besvär efter skada, samt frågeställningar om konsekvenser av skada för bilkörning och arbete. En neuropsykologisk utredning kan se lite olika ut, ofta ingår undersökning med neuropsykologiska test och klinisk intervju med patienten, samt skattningar av beteende.
Neuropsykologen arbetar med neuropsykologisk rehabilitering som innefattar kognitiv träning av sviktande funktioner, insikt och förståelse för styrkor och svårigheter, utveckling av mentala och reglerande strategier efter neurologisk skada eller sjukdom. Utifrån helheten ges rekommendationer om rehabiliteringsplanering och uppföljning. Frågeställningar gällande psykiatrisk diagnostik och psykologisk behandling kan överrapporteras eller remitteras.

Sjuksköterskan på Rehabiliteringsmedicins mottagning har rollen som koordinator, vilket innebär huvudansvar för planering och bokning av verksamheten samt utskick av kallelse och information till patienten och/eller anhöriga. Sjuksköterskan har telefonrådgivning samt uppföljning av insatta läkemedel. Sjuksköterskan ansvarar även för klinikens provtagning. Sjuksköterskan på Garnis Rehabcenter har ett organisatoriskt huvudansvar för planering inför rehabilitering och fungerar som den samordnande länken i teamet. Sjuksköterskan förbereder patienten inför rehabiliteringsperiod genom utskick av kallelse och information samt inhämtar vid behov fördjupad information från patienten. Hen utför medicinsk kartläggning samt fallriskbedömning i samband med inskrivning samt har övergripande medicinskt ansvar inom sjuksköterskans kompetensområde. Sjuksköterskans mål är att genom motiverande samtal och utifrån patientens önskemål vägleda, informera och ge kunskap när det gäller levnadsvanor samt medicinska aspekter, i syfte att öka patientens tilltro till egenvård.

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 andra stöduppgifter. De är delaktiga i att ge service till patienterna.

Läkarsekreterarna arbetar för en samordnad och effektiv administration gällande patientdokumentation.

Patientens medverkan

Patienten är den viktigaste team-medlemmen och förutsätts vara delaktig i planering och beslut som rör rehabiliteringen, samt erhålla adekvat information och kunskap. Patienten uppmuntras att ge synpunkter av värde för klinikens förbättringsarbete. För de patienter som har begränsad förmåga, helt eller delvis, att aktivt vara delaktig i att fatta beslut kring utredning och rehabilitering kan en utsedd företrädare göra detta i patientens ställe.

Närståendes medverkan

Närstående ses som en resurs i den långsiktiga och vardagsnära rehabiliteringen. De erbjuds därför med patientens godkännande att delta vid utredning- och rehabiliteringsinsatser. Närståendeträff erbjuds under rehabiliteringen på Garnis Rehabcenter.

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. I det fall personen avbryter pågående insatser tar någon från teamet kontakt med patienten för att kartlägga orsaken och eventuell planering av senare kontakter.

Avbrytande av pågående utredning och rehabilitering på teamets begäran:

Teamet kan avsluta mot personens vilja vid följande omständigheter:

a) uppenbart missbruk av läkemedel, narkotika eller alkohol

b) ingen aktiv medverkan i utformningen eller genomförandet av rehabiliteringen (undantaget personer som har begränsningar p.g.a. 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.

e) om patientsäkerheten inte kan upprätthållas, t ex fallrisk.

Utskrivningskriterier/Överföringskriterier

- Uppnådd målsättning i rehabiliteringsplanen inom planerad vårdtid.
- Liten möjlighet för ytterligare utveckling/träningsvinst inom befintligt program.
- Låg närvaro i programmets aktiviteter på grund av nedsatt kapacitet.
- Planerade utredningen eller rehabiliteringen är genomförd.
- Patienten själv väljer utskrivning.
- Teamet bedömer att patientens behov bättre kan tillgodoses på annan vårdnivå eller vårdinstans.
- Om patientens fysiska eller psykiska tillstånd försämras och rehabilitering inte kan utföras överförs patienten till aktuell specialistklinik.

Lokaler/utrustning

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

Neurorehab 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 och Arbetsterapi.

Garnis Rehabcenter är beläget cirka en kilometer från centrala Boden. Det finns goda transportmöjligheter för resande med tåg, buss och bil. Tillgång finns till parkeringsplatser och motorvärmare. Möjligheter finns till uteaktiviteter i klinikens rehabiliteringsträdgård och i närliggande utemiljö. En bassäng och bastu finns att tillgå i byggnaden. Enheten har ett obemannat patienthotell med 19 enkelrum och ett dubbelrum som alla har toalett och dusch, varav tio rum är rymliga och lättframkomliga.

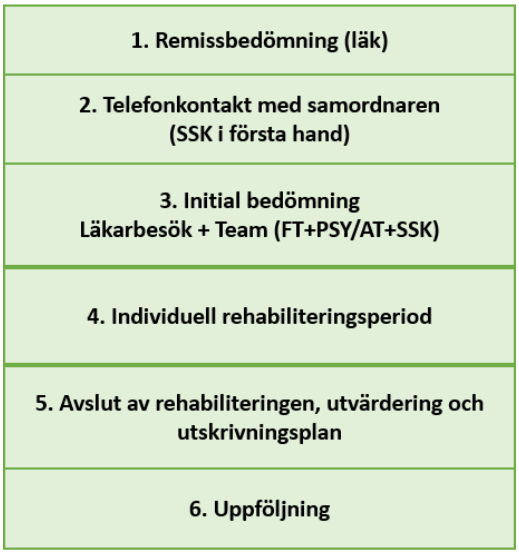
Rehabiliteringsplan

Rehabiliteringsplan upprättas i samband med teambaserade utrednings- och rehabiliteringsinsatser och utgår ifrån International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Patientens funktions- och hälsotillstånd vad gäller sjukdom/skada, resurser och hinder gällande kroppsstruktur, kroppsfunktion, aktivitet/delaktighet, personliga faktorer och omgivningsfaktorer beskrivs. Resurser och hinder dokumenteras kopplat till målen Rehabiliteringsplanen utmynnar i patientens huvudmål, delmål och åtgärder. Den dokumenteras i en samlad datoriserad patientjournal och följs regelbundet upp och revideras tillsammans med patienten. Patienterna får en kopia av sin rehabiliteringsplan.

Målsättning

Övergripande mål är att patienten uppnår så god hälsa och livstillfredsställelse som möjligt utifrån sina förutsättningar och att denne återvinner bästa möjliga aktivitetsförmåga för ökad delaktighet både socialt och i samhället. I det ingår också att öka patienten och dennes närståendes medvetenhet om möjligheter utifrån resurser och begränsningar.

Rehabiliteringens upplägg och innehåll på Rehabiliteringsmedicin mottagning



Inledande kontakt med teamet (steg 1)

Remisserna bedöms, prioriteras och fördelas av läkaren i programmet, vid behov med stöd av neuroteamen på mottagningen och Garnis Rehabcenter Utrednings- och rehabiliteringsinsatser bestäms utifrån patientens behov, intagningskriterier och remittentens frågeställning. Patienten får en remissbekräftelse. Remissbekräftelse skickas också till inremitterande efter accepterad remiss. Om remissen returneras ansvarar inremitterande för att meddela patienten returorsak och vidarebefordra remissgruppens rekommendationer. Informationsblad och kallelse med frågor skickas inför telefonsamtalet.

2. Telefonsamtal

Alla som remitteras till teamet blir uppringd av någon i teamet innan kallelse skickas ut. Syftet är att göra en första bedömning av personens behov av insatser utifrån frågor i kallelsen samt fånga upp patientens förväntningar på bedömningen och rehabiliteringen.

3 Inledande bedömning

Inför en rehabiliteringsbedömning får patienten information om rehabiliteringsupplägget samt en kallelse med tider till de planerade besöken. Inför den inledande bedömningen uppmanas patienten att i förväg skicka in olika formulär beroende på typ av utredning/uppföljning exempelvis aktivitetsschema, Li-Sat, EQ-5D, ISI, Post-stroke checklista och aktivitetsschema.

Målet med den inledande bedömningen är att bedöma personens behov av rehabilitering utifrån kartläggning av personens resurser och hinder för förändringsarbete.

Teambesöken till läkare, fysioterapeut och psykolog äger rum på Rehabiliteringsmedicins mottagning Sunderby sjukhus.
Läkaren gör en översiktlig medicinsk bedömning, screening av så kallade röda/gula flaggor som kan utgöra hinder för rehabilitering.
Under teambesök till arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och psykolog kartläggs behovet av rehabilitering från ett biopsykosocialt perspektiv. Aktuella områden är: aktiviteter, vardagsfunktion, socialt nätverk, arbete/studier, livsstilsfaktorer som alkohol, droger, rökning, snusning, kost och motion och erfarenheter av våld i nära relation.
Teambedömningen avslutas med ett samsynsmöte där hela teamet träffar patienten och återger bedömningen om rehabiliteringsbehov och på vilken nivå som rehabiliteringen lämpligast ges. Teamet dokumenterar en gemensam sammanfattning av bedömningen med förslag på rekommendationer och åtgärder. Läkare utfärdar remissvar till inremitterande.

Efter utredningen kan olika rehabiliteringsåtgärder vara aktuella. Åtgärder kan rekommenderas till patienten för egenvård. På Rehabiliteringsmedicins mottagning kan vissa insatser ges. Vid behov av rehabiliteringsperiod inom specialistvård sker överföring inom kliniken till Garnis Rehabcenter eller avdelning 41Neurorehab. Om rehabiliteringsinsatser bedöms behöva ske över tid kan överföring ske till hälsocentral/kommun. I det fall patienten har behov av rehabnivå 2 överförs patienten till Öppenvårdsrehab. Remissvar utfärdas till inremitterande.

Ronder: Teamet på Rehabiliteringsmedicins mottagning har rond en gång/vecka. Gemensam rond tillsammans med neurorehabiliteringsteamet på Garnis rehabcenter en gång varannan vecka.

4. Individuell rehabiliteringsperiod

Steg 4 startar med fördjupade bedömningar av de professioner som under steg 3 bedömts kunna stötta patientens mål med rehabiliteringen. Träffarna sker enskilt med relevant teammedlem och avslutas med en gemensam träff där Rehabiliteringsplanen skrivs. Målen i planen ska vara patientvalda och bestå av max 2 mål med delmål.

Aktuella åtgärder inom öppenvårdsprogrammet på Neurorehabmottagning riktar sig till i huvudsak till två patientgrupper; personer med ryggmärgsskada samt personer med hjärnskada. Det kan t.ex vara förflyttningsinstruktioner/träning, råd & stöd fysisk träning, hantering av vardagen, medicinsk uppföljning/hälsopromotiva åtgärder, stödjande samtal, handledning personliga assistenter eller vårdpersonal, deltagande vid Försäkringskassans avstämningsmöten.

5 Avslut av Rehabiliteringen, utvärdering och utskrivningsplan

Vid avslut sammanfattas insatsen på rond och därefter bokas ett avslutande möte in med patienten där Rehabiliteringsplanen följs upp och avslutas. En sammanfattande anteckning skickas till inremittenten samt vid behov till annan vårdgivare.

Vid behov och efter överenskommelse med patienten överrapporterar teamets medlemmar till mottagande kollegor inom primärvård, öppenvårdsrehab, kommun eller företagshälsovård. Utskrivningsplanering och överrapportering sker för att ge underlag för fortsatt rehabilitering.

6 Uppföljning
Uppföljning planeras individuellt och erbjuds efter behov, framför allt följs patienter som inte ska vidare till annan vårdgivare. Uppföljning görs då efter tre månader.

Övrigt tjänsteutbud på Neurorehabs mottagning

Spasticitetsutredning och behandling
Riktar sig till personer med aktivitetshindrande spasticitet
Patienten träffar två till tre professioner i teamet som gör en bedömning av spasticiteten och behov av insatser och på vilken nivå. Det kan innebära att den fortsatta behandlingen sker på egen hand och/eller på hälsocentralen, eller inom kommunens verksamhet. Aktuella åtgärder på Neurorehabmottagning kan handla om medicinsk behandling mot smärta och/eller spasticitet, hjälpmedelsutprovning/förskrivning, tillverkning av handortos,

Ryggmärgskaderehabilitering och uppföljning
Kliniken har livslångt ansvar för uppföljning av de personer med ryggmärgsskada som bor i Norrbotten. Uppföljning sker enligt särskilt program.

Kognitiv utredning, enbart
Kognitiv utredning kan utföras utifrån frågeställning kognitiva funktioner och förmåga i förhållande till arbete och körkort samt ställningstagande till fortsatt rehabilitering.

Utfärdandet av intyg
För patienter som är aktuella på mottagningen kan intyg utfärdas, t.ex. sjukintyg, utlåtande för ansökan om förebyggande sjukpenning, sjukersättning, personlig assistans, bilstöd, parkeringstillstånd. Invaliditetsintyg kan, på skriftlig begäran från försäkringsbolag, utfärdas av specifik läkare på mottagningen.

Övrig mottagning
Uppföljning efter slutenvård på neurorehab, enskilda besök utifrån behov (t.ex. behov av undersökning/uppföljning/specifika insatser eller intyg).

Rehabilitering Garnis Rehabcenter

Förberedelse inför rehabiliteringsprogram

I samband med kallelse bifogas information om verksamheten och det aktuella rehabprogrammet. Information inhämtas om patientens ADL-behov, hjälpmedel, läkemedel samt allergier.

Rehabiliteringsperiod

Varje patient blir tilldelad en rehabsamordnare som fungerar som en länk till resten av teamet. Patienten får fylla i aktuella skattningsformulär beroende på problembild. Vid start av rehabiliteringen erbjuds patienten att delta i nationella kvalitetsregistret Svereh. Patienten sätter tillsammans med sin Rehabsamordnare upp mål för rehabiliteringsperioden. Utifrån patientens värderade målområden identifieras problem och behov av interventioner samt resurser och hinder. En rehabiliteringsplan upprättas där målsättningen ska vara specifik, mätbar, attraktiv, realistisk och tidssatt för rehabperioden.

Neurologiska rehabiliteringsprogram är uppdelade i tre perioder under totalt 8-10 veckor. Gruppen består av 6-8 personer och målsättningen är att gruppen ska vara så diagnosspecifik som möjligt. Rehabperiod 1 inleds med 7-8 dagars rehabilitering på Garnis Rehabcenter, följt av en tillämpningsperiod hemma på fyra till sex veckor med uppgifter från rehabplanen. Patienten kommer sedan tillbaka för rehabperiod 2 på ytterligare 7-8 dagar. Schemalagda aktiviteter är vanligtvis från kl 08.30 fram till cirka 16.00, måndag till fredag. Under rehabveckorna erbjuds boende på rehabcentrets patienthotell. För långväga patienter finns möjlighet att på egen hand övernatta även under helgerna.

Rehabiliteringen är individuellt utformad och sker i grupp och genom individuella träffar. Patienten får ett veckoschema med planerade aktiviteter. Exempel på områden som det finns möjlighet att ta del av är teoretiska och praktiska pass om diagnosspecifik information, acceptans, minne och koncentration, hjärntrötthet/fatique, sömnens betydelse, aktivitetsbalans, levnadsvanor, stresshantering/mindfulness, fysisk aktivitet och vardagsergonomi. Stor vikt läggs vid att hitta långsiktigt hållbara strategier, ge grund för fortsatt förändringsarbete och höja den hälsorelaterade livskvaliteten.

Individuell rehabilitering

Upplägget varierar beroende på patientens behov och funktionsnedsättning. Den individuella rehabiliteringen bestäms utifrån patientens mål och förutsättningar.

Tjänsteutbud

Garnis Rehabcenter

- Neurologisk rehabilitering
- Individuell rehabilitering

Övrigt utbud av program

- KICK-kurs för nydiagnostiserad MS
- Kognitiv rehabilitering
- Rullstolsskola

KICK-kurs

KICK-kurs erbjuds till personer med nydiagnostiserad MS. Syftet är att ge personen ökad kunskap om egenhantering av de symtom man besväras av samt få träffa andra med liknande problematik. Kursen är 5 dagar lång och erbjuds en till två gånger per år.

Rullstolsskola

Rullstolsskola är till för personer som vill bli bättre på att köra manuell rullstol. Gruppen består av ca 8-10 personer. Upplägget är 4 + 4 dagar med ett längre uppehåll mellan perioderna för träning på hemmaplan. I gruppaktiviteterna sker deltagande utifrån egen förmåga. Under kursveckorna erbjuds boende på vårt patienthotell.

Överföring

Vid rehabiliteringsperiodens avslut sammanfattar rehabsamordnaren rehabiliteringsperioden i ett remissvar vilket skickas till inremitterande samt vid behov till annan vårdgivare. Rehabsamordnaren informerar patienten att remissvaret finns på 1177, men om patienten önskar skickas kopia på remissvaret hem till patienten.

Vid behov och efter överenskommelse med patienten överrapporterar teamets medlemmar till kollegor inom primärvård, öppenvårdsrehab, kommun eller företagshälsovård. Överrapportering sker för att ge underlag för fortsatt rehabilitering.

Uppföljning

- **Uppföljning efter rehabilitering:** Patienten erbjuds telefon- eller digital uppföljning tre månader efter rehabiliteringsperiodens slut med rehabsamordnaren eller någon annan från teamet. I samband med utvärderingen får patienten fylla i olika skattningsformulär samt digitalt ”Utvärdering 3 månader efter rehabperiod”. Vid uppföljningssamtalet utvärderas målen i rehabplanen samt resultaten från självskattningsformulären och jämförs med tidigare skattningar. Ett år efter avslutad rehabilitering får patienten hemskickat frågeformulär som hör till nationella kvalitetsregister Svereh.

Samverkan

Samverkan gällande direkta hälso- och sjukvårdsinsatser sker med primärvård, kommun/hemsjukvård, LSS råd & stöd, länslogopedin, vuxenhabilitering, kommunikationsteamet, sitt-teamet, privata rehabaktörer, rehabiliteringsenheter på nivå 2 och 3. Rehabiliteringsmedicin har vårdavtal med Rehabstation Stockholm vad gäller ryggmärgskaderehabilitering. Det finns även ett samarbete med Sahlgrenska universitetssjukhuset gällande handkirurgi.

För att på bästa sätt stödja patienten vad gäller ekonomi, sysselsättning och arbete samverkar kliniken vid behov också med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialförvaltning och arbetsgivare. Om handläggare från Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen har en pågående kontakt med patienten, medverkar de ibland vid utskrivningsmöten.

Samverkan sker även med patientföreningar, t ex Neuroförbundet, Parkinsonförbundet och Parasport Norrbotten. Enheterna initierar kontakt med patientföreningar och undersöker möjligheter i patienternas hemkommun. Patientföreningar medverkar också i utbudet, ex med utbildning för ryggmärgsskadade samt ger specifik information från respektive förbund. Samverkan sker också genom att personal från enheten informerar vid patientföreningars lokala träffar. Bassänglokal hyrs ut till patientföreningar samt assistansbolag för egenträning alternativt ledarledda träningar.

Utvärderingsinstrument

Vid uppstart av rehabilitering får patienten fylla i formulär som ingår i Svenskt register för Rehabiliteringsmedicin (SveReh), som sedan också fylls i vid avslut och ett år efter avslutad rehabilitering
Efter avslutad rehabilitering fyller patienten också i en digital nöjdhetsenkät. Rehabiliteringsplanen följs upp och revideras vid behov under rehabiliteringsperiodens gång, skattning görs enligt GAS.

Kvalitetssäkring

Enheterna är anslutna till det Nationella kvalitetsregistret, SveReh. Med hjälp av uppgifterna från registren kan verksamheten kontinuerligt utvärderas och förbättras. Uppgifterna från formulären ger också ett underlag i patientens utrednings- och rehabiliteringsprocess.