

Rehabilitering ved Revmatismesykehuset



Berit Hagemoen Linberg
Spesialist i revmatologisk fysioterapi, McS



Revmatismesykehuset
Lillehammer

Behov for rehabilitering ved inflammatorisk revmatisk sykdom

- Funksjonsnedsettelse på ulike nivå
 - Ledd- og muskelplager, slitenhet (Uhlir T et al. 2007)
 - Utfordringer i arbeidslivet og /eller andre områder i livet (Boonen A, Severens JL 2011)
- Pasienter med revmatisk sykdom er mindre fysisk aktive enn frisk befolkning (Halvorsen et al. 2012, van den Berg MH 2007)
- Økt risiko for hjerte-kar sykdom (Meune C et al. 2010)



Tverrfaglig team

- Lege
- Sykepleier/ hjelpepleier
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Sosionom

- Psykolog
- Kostveileder
- Aktivitør
- Ortopediingeniør



Rehabiliteringstilbud

1. Døgnbasert over to uker



2. Rehab +

Kort innleggelse med oppfølging over tid

- Kronisk sykdom medfører ofte å måtte endre livsvaner
(Uhlig T et al 2007)
 - Det tar tid å endre vane (minst 8-10 uker) (Gardner et al. 2012, Laly et al. 2010, Wade DT et al. 2010)
 - Effekt av rehab. opphold synes å avta etter 6 til 12 måneder (Klokkerud et al 2012, Vliet Vlieland TP et al. 1996)
- Endret behov hos brukere
- Kombinere med arbeid



Rehab +

- Kombinasjon innleggelse + oppfølging over tid
 - 4 dager innleggelse
 - 6 enkeltdager 1 g/måned
- Prøve ut og etablere tiltak/endre vaner som fungerer over tid
- Fast gruppe, max. 8 deltagere
 - Gruppetilhørighet angis som en styrke



Innhold



- Døgnbasert rehabilitering og Rehab+ bygger på samme lest:
 - Tverrfaglig kartlegging og individuell oppfølging
 - Brukerstyrt: Pasientens mål er sentralt (Scobbie et al. 2011)
 - Deltagelse i grupper



Ved oppstart

- Individuell tverrfaglig kartlegging
 - Standardiserte måleinstrument etter behov
- Målsamtale
 - langsiktig og kortsiktige mål
 - koordinator



Planlegging

- På bakgrunn av kartlegging og målsetting utvikles plan for tiltak
 - Samarbeid pasient og tverrfaglig team
- Måldokumentet er styrende gjennom hele prosessen
 - Koordinator ansvar for revidering



Tiltak – individuelt tilpasset

- Bygger på kunnskapsbasert praksis innen de ulike fagprofesjoner
 - Vi etterstreber å jobbe etter nyeste tilgjengelige kunnskap
 - Innhold presenteres nærmere på parallellsesjoner senere i dag



Gruppetilbud

- Utfra behov og forutsetninger



- Bassengtrening
- Håndtrening
- Stavgang
- Avspenning
- Sirkeltrening

- Prioritering i hverdagen



Oppfølging døgnbasert rehabilitering

- Etter to ukers innleggelse:
 - Telefonoppfølging etter en måned
 - Poliklinisk konsultasjon ved behov



Oppfølging Rehab+

- Etter 4 dagers innleggelse:
 - 1 dag pr. måned i 6 måneder
 - Møte med aktuelle fagpersoner
 - Hvordan fungerer tiltak, justere mål/tiltak?
 - Individuell behandling hvis aktuelt
 - Sirkeltrening, bassengtrening, andre aktuelle grupper



Oppfølging Rehab+

- Undervisning ulike tema
- Ledet fellessamling med veiledere
 - Utveksle erfaringer, støtte og lære av hverandre (Andersen LN et al 2014)



Samhandling

- Tiltak videreføres i samarbeid med primærhelsetjenesten ved behov
- Mål føres i epikrise til fastlegen



1. Uhlig T, Loge JH, Kristiansen IS, Kvien TK: Quantification of reduced health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis compared to the general population. *J Rheumatol.* 2007, 34: 1241-1247.
2. Boonen A1, Severens JL. The burden of illness of rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2011 Mar;30 Suppl 1:S3-8.
3. van den Berg MH, de Boer IG, le Cessie S, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. Are patients with rheumatoid arthritis less physically active than the general population? *J Clin Rheumatol.* 2007 Aug;13(4):181-6.
4. Halvorsen S, Vøllestad NK, Fongen C, Provan SA, Semb AG, Hagen KB, Dagfinrud H. Physical fitness in patients with ankylosing spondylitis: comparison with population controls. *Phys Ther.* 2012 Feb;92(2):298-309.
5. Meune C, Touzé E, Trinquart L, Allanore Y. High risk of clinical cardiovascular events in rheumatoid arthritis: Levels of associations of myocardial infarction and stroke through a systematic review and meta-analysis. *Arch Cardiovasc Dis.* 2010 Apr;103(4):253-61
6. Lally P. et al. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology. Eur. J. Soc. Psychol.* 2010; 40, 998–1009
7. Wade DT, Smeets RJ, Verbunt JA: Research in rehabilitation medicine: methodological challenges. *J Clin Epidemiol.* 2010, 63: 699-704.
8. Klokkerud M, Hagen KB, Løchting I, Uhlig T, Kjekken I, Grotle M: Does the content really matter? A study comparing structure, process and outcome of team rehabilitation in two different clinical settings. *Scand J Rheumatol.* 2012
9. Vliet Vlieland TP, Zwiderman AH, Vandenbroucke JP, Breedveld FC, Hazes JM: A randomized clinical trial of in-patient multidisciplinary treatment versus routine out-patient care in active rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1996
10. Scobbie L, Dixon D, Wyke S: Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. *Clin Rehabil.* 2011
11. Gardner B et al. *Br J Gen Pract.* 2012 Dec;62(605):664-6. Making health habitual: the psychology of 'habit-formation' and general practice.
12. Scobbie L1, Dixon D, Wyke S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. *Clin Rehabil.* 2011 May;25(5):468-82.
13. Andersen LN1, Kohberg M, Herborg LG, Sjøgaard K, Roessler KK. "Here we're all in the same boat"--a qualitative study of group based rehabilitation for sick-listed citizens with chronic pain. *Scand J Psychol.* 2014 Aug;55(4):333-42.

