

Legens henvisning til prosjektet "Intensivert Rehabilitering ved Huntingtons sykdom"

Viktig informasjon

- Prosjektet "Intensivert Rehabilitering ved Huntingtons sykdom" ved Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad (RNNK) og Vikersund Kurbad (VKB) er et tidsbegrenset rehabiliteringsprosjekt finansiert av Helsedirektoratet og som retter seg mot personer med Huntingtons sykdom og deres nærfamilie.
- Begge institusjonene har egne informasjonsbrosjyrer, som gir et utfyllende bilde av hvert enkelt opplegg for rehabilitering. Vi anbefaler at både innsøkende instans og den som ønsker et opphold leser disse. Ønsker du brosjyre / mer informasjon, kontakt RNNK eller VKB pr telefon, eller se nettstedene: www.kurbadet.no og www.vikersund-kurbad.no.
- Søknadsfrister: se brosjyre/nettsted, evt. kontakt aktuell institusjon direkte

Inntakskriterier for rehabiliteringsprosjektet

Den som ønsker å delta i prosjektet må innfri følgende kriterier:

- Være diagnostisert med Huntingtons sykdom
- Være 18 år eller eldre
- Ikke ha alvorlig psykiatrisk lidelse
- Ikke ha uttalt kognitiv svikt
- Være i tidlig til midtfase av sykdommen (se pkt 4.0-4.2 under)

Vi anbefaler at søknaden fylles ut i samarbeid mellom innsøkende innstans, søker/deltaker og evt. pårørende. Dersom søker/deltaker ønsker å sende et eget brev i tillegg, er dette positivt.

Veiledning til utfylling av skjema «Henvisning til rehabiliteringsopphold»

OBS! Les dette nøye før du fyller ut skjemaet. Det vil gjøre søknadsprosessen lettere for alle parter.

- 1.0-1.6 Vennligst kontroller at alle opplysninger er korrekte og oppdaterte.
- 2.0-2.2 Angi diagnose og eventuelle bidiagnoser av betydning for oppholdet.
- 2.3-2.5 Sykehistorie kan vedlegges i eget brev eller i form av kopi av relevante epikriser/notater. Angi hvilke medikamenter personen benytter, også medikasjon som brukes ved behov. Eventuelle alvorlige allergier bør også angis under dette punktet. Benytt eventuelt brev. Angi varighet av tilstanden, år for diagnose og omtrentlig tidspunkt for symptomdebut.
- 3.0 **Pasientens mål er viktig for å kunne vurdere henvisningen.** Det bør fortrinnsvis være ett overordnet konkret mål, eventuelt flere dersom det er relevant.
- 4.0-4.2 **Funksjonsvurdering ved Huntingtons sykdom.** Det stilles enkelte minimumskrav til funksjon innen:
 - 4.0: Husarbeid/gjøremaal i hjemmet: Skår ≥ 1 (kan delta, evt. med redusert funksjon)
 - 4.1: ADL-funksjoner: Skår ≥ 1 (kan utføre, evt. med noe redusert evne og tiltrengende assistanse)
 - 4.2: Pleienivå: Skår ≥ 1 (hjemmeboende, evt. med tilsyn eller bor i omsorgsbolig)
- 5.0 Angi områder hvor det foreligger vesentlige funksjonsutfall.
- 5.1 Angi dersom personen trenger fysisk assistanse i forbindelse med disse oppgavene:
 - Når maten er ferdig tilberedt, behøver personen hjelp i løpet av måltidet for å spise og drikke?
 - Behøver personen hjelp til å vaske, skylle og tørke kroppen? Behøver personen hjelp til å kle på og av seg?
 - Behøver personen hjelp til å forflytte seg til og fra seng til stol, rullestol? Eller hjelp til å forflytte seg fra toalett eller dusjsete?
 - Behøver personen hjelp i forbindelse med toalettbesøk?
 - Behøver personen hjelp for å ta seg frem gående eller i rullestol minst 50 meter?
 - Annet hjelpebehov: For eksempel hjelp i forbindelse med inkontinens, sårstell og lignende eller veiledning på grunn av kognitiv svikt.
- Grad av hjelpebehov vurderes som følger:
 1. **Selvhjulpen** (evt. med hjelpemidler)
 2. **Delvis selvhjulpen:** Behøver personen bare tilsyn, veiledning, oppfordring eller hjelp til å sette på ortose eller tilrettelegging (for eksempel finne frem utstyr, sette på skinner/korsett, klær og lignende). Eventuelt om personen i tillegg bare trenger tilfeldig hjelp (for eksempel ta på sko, sokker, knapper/glidelås og lignende).
 3. **Hjelpetrengende:** Personen trenger assistanse med det meste innen aktiviteten og hjelper er nødvendig for gjennomføring.
- 5.2 Arbeid og utdanningsstatus på grunnlag av de siste ukers situasjon.

Legens henvisning til prosjektet "Intensivert Rehabilitering ved Huntingtons sykdom"

1.0 Etternavn, Fornavn:	1.1 Personnummer:
1.2 Adresse:	1.3 Tlf:
1.4 Postnr og sted:	1.5 Bokkommune:
1.6 Sivilstand: <input type="checkbox"/> Singel <input type="checkbox"/> Gift/samboende <input type="checkbox"/> Separert/skilt <input type="checkbox"/> Enke/enkemann	
2.0 Hoveddiagnose:	2.1 Kode, <input type="checkbox"/> ICD10 <input type="checkbox"/> ICPC-2:
2.2 Bidiagnoser:	
2.3 Sykehistorie*:	
2.4 Foreskrevne medikamenter*:	
2.5 Varighet av tilstand (år for diagnose, samt omtrentlig tidspunkt for symptomdebut):	
3.0 Pasientens mål for oppholdet/rehabiliteringen:	
Funksjonsvurdering ved Huntingtons sykdom:	
4.0 Husarbeid/gjøremål i hjemmet: <input type="checkbox"/> Ikke i stand til å delta (0) <input type="checkbox"/> Redusert funksjon (1) <input type="checkbox"/> Normalt fungerende (2)	4.1 ADL-funksjoner: <input type="checkbox"/> Fullstendig pleietrengende (0) <input type="checkbox"/> Kan utføre større oppgaver (1) <input type="checkbox"/> Minimalt redusert funksjon (2) <input type="checkbox"/> Normalt fungerende (3)
4.2 Pleienivå: <input type="checkbox"/> Fulltids profesjonell pleie (0) <input type="checkbox"/> Hjemmeboende med tilsyn/omsorgsbolig (1) <input type="checkbox"/> Hjemmeboende (2)	
5.0 Kryss av områder der sykdom eller skade bidrar vesentlig til å nedsette personens funksjon i det daglige (sett ett eller flere kryss)*:	
<input type="checkbox"/> Mentale/kognitive funksjoner <input type="checkbox"/> Tale/kommunikasjon <input type="checkbox"/> Sansefunksjoner <input type="checkbox"/> Smerteplager <input type="checkbox"/> Kretsløp (hjerne/blodkar)	<input type="checkbox"/> Respirasjon <input type="checkbox"/> Spising/ svelging <input type="checkbox"/> Fysisk kondisjon <input type="checkbox"/> Fordøyelse og stoffskifte <input type="checkbox"/> Urinveiene
<input type="checkbox"/> Ledd- og knokler <input type="checkbox"/> Muskulatur <input type="checkbox"/> Bevegelsesapparatet <input type="checkbox"/> Annet*	
5.1 Angi personens behov for personhjelp i forbindelse med:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spisesituasjon <input type="checkbox"/> Selvhjulpen <input type="checkbox"/> Delvis selvhjulpen <input type="checkbox"/> Hjelpetrengende ▪ Vask og påkledning <input type="checkbox"/> Selvhjulpen <input type="checkbox"/> Delvis selvhjulpen <input type="checkbox"/> Hjelpetrengende ▪ Forflytning <input type="checkbox"/> Selvhjulpen <input type="checkbox"/> Delvis selvhjulpen <input type="checkbox"/> Hjelpetrengende ▪ Toalettbesøk <input type="checkbox"/> Selvhjulpen <input type="checkbox"/> Delvis selvhjulpen <input type="checkbox"/> Hjelpetrengende 	
Mobilitet innendørs	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ved gangfunksjon <input type="checkbox"/> Går uten hjelpemiddel <input type="checkbox"/> Går med krykker <input type="checkbox"/> Går med rullator ▪ Ved bruk av rullestol <input type="checkbox"/> Rullestol, kjører selv <input type="checkbox"/> Rullestol, med hjelp <input type="checkbox"/> Elektrisk rullestol 	
Mobilitet utendørs <input type="checkbox"/> Går uten hjelpemidler <input type="checkbox"/> Evt. hjelpemidler*:	
Annet hjelpebehov*:	
5.2 Arbeid og utdanning:	
<input type="checkbox"/> Pensjonist/uføretrygdet <input type="checkbox"/> Sykemeldt/attføring/rehabiliteringspenger <input type="checkbox"/> Sosial stønad <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Under utdanning <input type="checkbox"/> Annet	
5.3 Individuell plan: <input type="checkbox"/> Har individuell plan <input type="checkbox"/> Har ikke individuell plan	
6.0 Er tilstanden vurdert av spesialist? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei (Vedlegg evt. kopi av notatet)	
6.1 Henvisende instans:	
<input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Privatpraktiserende spesialist <input type="checkbox"/> Sykehusavdeling <input type="checkbox"/> Sykehuspoliklinikk <input type="checkbox"/> Annen lege	
6.2 Navn på pasientens fastlege, dersom annen henvisende instans:	
Sted/dato:	Legens navn/spesialitet/signatur:

* utdypes i eget vedlegg, ved behov.