Rehabiliteringsmedicin, Högsbo sjukhus
Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg

HJÄRNSKADEPROGRAM



PROGRAMANSVARIGA:

Elisabeth Åkerlund, sektionschef Rehabiliteringsmedicin, e-post: elisabeth.akerlund@vgregion.se

Katharina Stibrant Sunnerhagen, medicinskt ansvarig Rehabiliteringsmedicin, e-post: KS.Sunnerhagen@neuro.gu.se

Carina Meyer, vårdenhetschef avdelning 623

Hjärnskadeprogram

INNEHÅLL

Rehabiliteringsmedicin 4
Verksamhet 4
Värdegrund 4
Grundsyn 4
Forskning och utveckling 5
Rehabilitering 5
VERKSAMHETSGEMENSAMMA PRINCIPER 6
Interdisciplinärt teamarbete 6
Dokumentation och informationsöverföring 6
Kvalitetsregister och uppföljning – SveReh 7
Synpunkter och klagomål 7
Medicinsk provtagning och läkemedel 8
Styrdokument och särskilda rutiner 8
SÄRSKILDA SITUATIONER OCH STÖDBEHOV 8
Våld i nära relationer 8
Barn, unga och barn som närstående 8
Skadligt bruk eller beroende 9
Bilkörning och vapeninnehav 9
Amputation 9
Kommunikation, syn, hörsel och sväljning 9
Spasticitet 9
Övriga individuella stödbehov 10
KONSULTVERKSAMHET 11
Uppdrag 11
Remisshantering slutenvård 11
HJÄRNSKADEPROGRAMMET 13
Målgrupp 13
Bakgrund 13
Hjärnskaderehabilitering slutenvård 14
Målgrupp och inskrivningskriterier 14
Målsättning 14
Vårdavdelning 623 15

Remisshantering slutenvård 15
Inskrivning 16
Rehabiliteringsprocess slutenvård 16
Utskrivning 17
DAGREHABILITERING 19
Målgrupp och inskrivningskriterier 19
Riktlinjer för inskrivning 19
Relativa kontraindikationer för inskrivning 19
Mål 19
Organisation och arbetssätt 20
Remisshantering öppenvård 20
Inskrivning 20
Rehabiliteringsprocessen inom dagrehabiliteringen 21
Bedömning av arbetspotential 21
Utskrivning 21
Utvärdering och resultat 22
PROFESSIONERNAS UPPDRAG, slutenvård och dagrehabilitering 22
Läkare 22
Sjuksköterska 23
Undersköterska 23
Arbetsterapeut 23
Fysioterapeut 23
Rehabiliteringsassistenter 23
Logoped 24
Neuropsykolog 24
Kurator 24
Sexualrådgivare 24
Teamsamordnare 24
BILAGA 1 – STYRDOKUMENT OCH SÄRSKILDA RUTINER 25
Rutindokument för Rehabiliteringsmedicin 25

REHABILITERINGSMEDICIN

VERKSAMHET

Rehabiliteringsmedicin vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset är ett kompetenscentrum för neurorehabilitering, med särskild kompetens inom förvärvad hjärnskada och ryggmärgsskada. Grunduppdraget är specialiserad rehabilitering för personer i Göteborgsområdet. Rehabiliteringsmedicin som helhet har även regionansvar inom Västra Götalandsregionen, samverkansavtal med norra Halland och uppdrag inom nationell högspecialiserad vård (NHV) för viss rehabilitering efter ryggmärgsskada samt vid resttillstånd efter polio. Dessa uppdrag beskriver den samlade verksamheten och ingår inte i hjärnskadeprogrammets målgrupp, som avgränsas i avsnittet Hjärnskadeprogrammet.

Arbetet bedrivs i interdisciplinära team med bred erfarenhet och specialistkompetens inom neurologisk rehabilitering. Kompetensen utvecklas genom kontinuerlig fortbildning och yrkesspecifik vidareutbildning. Verksamheten samverkar med strokevård, neurokirurgi, neurologi, psykiatri, ortopedi, urologi, medicin och infektion samt med andra specialiteter utifrån patientens behov. Samverkan omfattar även akutsjukvård, primärvård, kommunala verksamheter, korttidsboenden, privata vårdgivare, Försäkringskassan, arbetsgivare och företagshälsovård. Syftet är att skapa en sammanhållen vårdkedja och säkerställa kontinuitet efter avslutad rehabiliteringsperiod.

Rehabiliteringsmedicin bedriver verksamhet på två sjukhusområden. Verksamheten omfattar slutenvård, dagrehabilitering och annan specialiserad öppenvård.

VÄRDEGRUND

Sahlgrenska Universitetssjukhusets och Rehabiliteringsmedicins värdegrund är: *”Tillsammans för patienten, med patienten”*. Allt arbete utgår från patientens behov och erfarenheter. Tillsammans med medarbetarnas kunskap och yrkesskicklighet ska detta skapa vård av högsta kvalitet.

Patienten ska kunna förvänta sig:

- **Patientfokus –** delaktighet, integritet och självbestämmande.
- **Trygghet –** ett arbetssätt som skapar tillit.
- **Personlig omtanke –** respekt, empati och lyhördhet.
- **Sakkunskap –** vård, stöd och vägledning av hög kvalitet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset är ett hälsofrämjande sjukhus. Verksamheten arbetar aktivt för att främja hälsa genom att sprida kunskap, lyfta goda exempel och stödja hälsosamma levnadsvanor.

GRUNDSYN

Rehabiliteringsmedicin har en stark tilltro till den enskildes förmåga att ha inflytande över och, utifrån sina förutsättningar, kunna påverka sin situation. Rehabiliteringen syftar till att ge verktyg för att uppnå självständighet och självbestämmande genom kunskap om den egna sjukdomen eller skadan och dess konsekvenser samt individuellt anpassade stöd och åtgärder.

Den enskildes rätt till självbestämmande och personlig integritet ska alltid respekteras i ord och handling. Alla personer ska mötas lika oavsett kön, sexuell läggning, socioekonomisk bakgrund, etnicitet, språk eller religion.

Verksamheten utgår från att anpassning till funktionsnedsättningar är en process som tar tid. Teamet möter varje patient där personen befinner sig och ger information och stöd när patienten är redo för det.

För att uppnå bästa resultat arbetar verksamheten utifrån ett kognitivt, personcentrerat, strukturerat och problemorienterat arbetssätt. Fokus är patientens föreställning om sin sjukdom eller skada, dess kroppsliga, psykologiska och sociala orsaker och konsekvenser samt patientens förväntningar på behandlingen och egna mål.

FORSKNING OCH UTVECKLING

Rehabiliteringsmedicin är knuten till Institutionen för neurovetenskap och fysiologi vid Göteborgs universitet och samarbetar med regionala, nationella och internationella kunskapsmiljöer. Samarbetet bidrar till att ny kunskap utvecklas, delas och omsätts i den kliniska verksamheten.

Medarbetare uppmuntras att delta i och bedriva forskning. Verksamheten har både seniora och juniora forskare inom förvärvad hjärnskada och ryggmärgsskada.

Medarbetare deltar i professionella nätverk, organisationer, konferenser och kunskapsutbyten inom rehabiliteringsområdet samt medverkar som sakkunniga i regionala och nationella arbeten.

Verksamheten tar fortlöpande emot studenter från flera professioner. Medarbetare anlitas också som föreläsare, utbildare och handledare inom och utanför hälso- och sjukvården.

Intern kompetensutveckling genomförs regelbundet inom bland annat förvärvad hjärnskada, ryggmärgsskada och rehabilitering. Yrkesgruppernas fortbildning utgår från verksamhetens behov och individuella utvecklingsplaner.

REHABILITERING

WHO beskriver rehabilitering som en process som ska göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att uppnå och behålla bästa möjliga fysiska, sensoriska, intellektuella, psykiska och sociala funktion. Enligt Socialstyrelsen omfattar rehabilitering tidiga, samordnade och allsidiga insatser från flera kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala eller tekniska och kombineras utifrån personens behov, förutsättningar och intressen. Rehabiliteringen är målinriktad och ska säkerställa personens inflytande över planering, genomförande och uppföljning. Insatserna fortsätter så länge behovet kvarstår.

Verksamheten utgår från nationella vårdprogram och riktlinjer för stroke och traumatisk hjärnskada. Vårdprogrammen och riktlinjerna ger stöd för förebyggande insatser och vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt bidrar till en jämlik och effektiv vård. Verksamheten samverkar med remitterande verksamheter, andra specialiteter inom sjukhuset, primärvård, hemsjukvård, kommun, sjukhuskyrka och brukarorganisationer.

Målet med behandlingsperioden är att stärka patientens fysiska, kognitiva och psykiska förmåga utifrån den individuella rehabiliteringsplanen. Patienten ska få ökad förståelse för

sin situation och sitt behov av egenvård samt, så långt som möjligt, kunna vara aktiv och delaktig i hemmet och samhället med god livskvalitet.

VERKSAMHETSGEMENSAMMA PRINCIPER

Verksamheten erbjuder aktiv, högspecialiserad rehabilitering där teamets samlade kompetens används i bedömning och behandling. Insatserna syftar till att stödja patienten att återfå och behålla bästa möjliga funktion, leva utifrån sina individuella behov och önskemål samt vara delaktig i samhället. Kunskap och lärande är en central del av rehabiliteringen och integreras i den dagliga träningen.

INTERDISCIPLINÄRT TEAMARBETE

Det kliniska arbetet bedrivs i **interdisciplinära team** som arbetar personcentrerat mot gemensamma mål i nära samarbete med patienten och närstående. I teamen ingår specialistläkare i rehabiliteringsmedicin, läkare under specialistutbildning, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, psykologer, fysioterapeuter, logopeder och kuratorer. Därutöver medverkar koordinatorer, ekonomibiträden, medicinska sekreterare, assistenter och sexualrådgivare utifrån patientens och verksamhetens behov. Respektive enhetschef ansvarar för att medarbetarna har den kompetens som krävs för sina uppdrag.

Varje team avsätter regelbundet tid för gemensam utveckling av arbetssätt och rutiner samt för uppföljning av beslut och utvärdering av arbetsmetoder.

Ett interdisciplinärt arbetssätt innebär att teamets medlemmar:

- arbetar tillsammans med patienten och, när det är relevant, närstående mot gemensamt formulerade mål
- bidrar med och integrerar sin professionsspecifika kunskap i en gemensam rehabiliteringsplan
- samordnar bedömningar, insatser och uppföljning
- har tydliga roller och tar gemensamt ansvar för rehabiliteringsprocessen
- delar information, efterfrågar olika perspektiv och hanterar meningsskiljaktigheter konstruktivt
- anpassar arbetssättet fortlöpande utifrån patientens behov, mål och resultat

Teamet utser en **LOTS** som är patientens kontaktperson under rehabiliteringsperioden. LOTS samordnar tillsammans med patienten, koordinatorn och övriga teamet rehabiliteringsprocessen och arbetet med rehabiliteringsplanen. I uppdraget ingår att stödja planering, uppföljning och revidering av mål samt planering av fortsatt vård och rehabilitering. Med patientens samtycke kan LOTS även samordna kontakten med närstående.

DOKUMENTATION OCH INFORMATIONSÖVERFÖRING

Verksamheten använder följande arbetssätt för att säkerställa att rätt information når rätt person i rätt tid:

- **Intranät/SharePoint.** Varje team har en teammapp för kommunikation, rutiner och samarbete inom teamet.
- **”Aktuellt”.** Teamen kommunicerar dagsaktuella händelser via kommunikationsdokumentet ”Aktuellt”. Information som skrivs i Aktuellt får inte utgöra direkt patientinformation av hänsyn till sekretess.

- Patientrelaterad kommunikation mellan teammedlemmar sker vid behov muntligt eller via **bevakningsfunktionen i journalsystemet Melior.**
- **Patientjournal i Melior.** Hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar de uppgifter som behövs för en god och säker vård, utifrån sitt yrkesansvar och sina arbetsuppgifter. Dokumentationen ska följa gällande lagstiftning, föreskrifter och regionala rutiner. Patienten kan ta del av journalinformation via 1177 i den omfattning informationen är tillgänglig där. Bestämmelser om journalföring och behandling av personuppgifter finns bland annat i patientdatalagen (2008:355), patientdataförordningen (2008:360) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) i konsoliderad lydelse, ändrad till och med HSLF-FS 2025:57.
- **Teamkonferensen** är teamets gemensamma forum för att samordna bedömning, utredning, behandling och uppföljning. Teamet träffas varje vecka för att följa patientens rehabiliteringsplan, värdera resultat och planera fortsatta insatser.
- **Planeringsmöten** hålls individuellt för varje patient, vanligen i början och i slutet av rehabiliteringsperioden. Patienten deltar. Närstående och externa aktörer bjuds in när det är relevant och patienten samtycker. Syftet är att formulera och följa upp mål, samordna insatser samt planera fortsatt vård och rehabilitering.
- Patienten får ett **individuellt veckoschema** som utformas utifrån rehabiliteringsplanen, patientens behov och praktiska förutsättningar. Respektive behandlare ansvarar för att uppdatera sina planerade aktiviteter och informera patienten om ändringar.
- **LOTS** är patientens kontaktperson och bidrar till att relevant information samordnas mellan patienten och teamet.
- Behandlarna för en fortlöpande dialog med patienten och, efter patientens samtycke, med närstående om bedömningar, insatser, resultat och fortsatt planering.
- Patientuppgifter omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). All personal ska följa regler och rutiner för sekretess och säker informationshantering.
- Personuppgifter behandlas enligt EU:s dataskyddsförordning (GDPR), svensk dataskyddslag och särskilda regler för hälso- och sjukvården. Uppgifterna ska hanteras lagligt, säkert och endast när de behövs.

KVALITETSREGISTER OCH UPPFÖLJNING – SVEREH

Alla patienter informeras om registrering i **Svenskt register för rehabiliteringsmedicin (SveReh)**, ett nationellt kvalitetsregister för uppföljning av vård- och rehabiliteringsinsatser. Patienten får information om hur personuppgifterna används och om rätten att motsätta sig registrering.

Uppgifter registreras vid inskrivning och utskrivning samt enligt gällande uppföljningsrutiner i kvalitetsregistret. Uppföljningen omfattar bland annat funktionell självständighet (FIM), hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D), livstillfredsställelse (Fugl-Meyers Life Satisfaction Check List) samt patientrapporterade erfarenheter och resultat.

Resultaten sammanställs på gruppnivå och används för verksamhetsuppföljning, kvalitetsutveckling, forskning, nationella jämförelser och uppföljning över tid.

SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL

Verksamheten välkomnar synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Synpunkter och klagomål kan lämnas anonymt eller med kontaktuppgifter av den som

önskar återkoppling. Personal hjälper vid behov till att hitta information och blanketter. Information finns på verksamhetens webbplats, i väntrum, korridorer och patientens informationspärm. Synpunkter kan lämnas via 1177, e-post, post eller verksamhetens inlämningslådor.

Verksamhetens ledning har dialog med berörda patientföreningar.

MEDICINSK PROVTAGNING OCH LÄKEMEDEL

Centrallaboratoriet på Sahlgrenska tar emot prover dygnet runt. Från Högsbo transporteras prover tre gånger per vardag. Kvällar, nätter och helger kan prover skickas med bud. Ordinerade prover beställs i ROSP och kemlabb. Vardagar ansvarar avdelningsläkaren för åtgärder utifrån provsvar. Övrig tid granskar sjuksköterskan svaren och kontaktar neurologjouren vid behov. Akuta prover skickas med bud och prioriteras av laboratoriet. Vid fakturering av annan enhet används manuell remiss.

Läkemedelsansvarig sjuksköterska beställer läkemedel från regionapoteket via Hamlet. Ordinarie beställningar görs före klockan 9.30 på måndagar och torsdagar, med leverans följande dag. Senare beställningar medför en merkostnad. Vid akuta behov används bud till Högsbo sjukhusområde.

STYRDOKUMENT OCH SÄRSKILDA RUTINER

Verksamheten arbetar utifrån medicinska styrdokument och stödjande dokument som finns på intranätet:

- Styrande dokument inom hälso- och sjukvård, inklusive regionala medicinska riktlinjer
- Styrande och stödjande dokument inom Neurosjukvården och Rehabiliteringsmedicin

En samlad lista över verksamhetens styrdokument och särskilda rutiner finns i **Bilaga 1 – Styrdokument och särskilda rutiner**.

Patientavgifter följer Västra Götalandsregionens regler och högkostnadsskydd. Aktuell information finns i Patientavgiftshandboken, på 1177 och i patientinformationen.

SÄRSKILDA SITUATIONER OCH STÖDBEHOV

Vissa situationer kräver särskild planering, samverkan eller hänvisning till särskilda styrdokument. Insatserna ska alltid anpassas till patientens behov, mål, förutsättningar och samtycke.

VÅLD I NÄRA RELATIONER

Misstanke om våld i nära relationer ska uppmärksammas och hanteras enligt gällande rutiner. Patienten erbjuds stöd och nödvändiga kontakter. Barns behov ska särskilt beaktas.

BARN, UNGA OCH BARN SOM NÄRSTÅENDE

Barnets rättigheter ska beaktas och verksamhetens barnombud stödjer arbetet.

Unga patienter bemöts utifrån ålder, mognad och individuella behov. Ungdomar mellan 16 och 18 år kan erbjudas rehabilitering enligt rutinen *Patienter under 18 år inskrivna på Rehabiliteringsmedicin*.

När en patient har minderåriga barn uppmärksammas deras behov av information, råd och stöd enligt rutinen *Barn som närstående*. Vid behov samverkar verksamheten med Drottning Silvias barnsjukhus och sjukskolan.

SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE

Vid misstanke om eller pågående skadligt bruk eller beroende gör teamet en individuell bedömning av hur tillståndet påverkar patientsäkerheten och möjligheten att delta i rehabiliteringen. Patienten erbjuds information, stöd och vid behov kontakt med beroendevård eller primärvård. Rehabiliteringsperioden kan behöva anpassas, avbrytas eller återupptas när en fungerande behandling finns. Handläggningen följer gällande rutin.

BILKÖRNING OCH VAPENINNEHAV

Läkaren bedömer medicinska hinder för bilkörning och lämplighet att inneha vapen med stöd av teamets utredning. Neuropsykolog och andra professioner medverkar vid behov. Vid frågor om körförmåga kan patienten remitteras till Mobilitetscentrum för fördjupad bedömning, körprov eller bedömning av fordonsanpassning. Patienten informeras om bedömningen och läkaren fullgör vid behov sin anmälningsskyldighet till Transportstyrelsen eller Polismyndigheten enligt gällande regler och rutiner.

AMPUTATION

Vid samtidig amputation planeras rehabiliteringen i samverkan med ansvarig kirurgisk verksamhet och berörda rehabiliteringsprofessioner. Amputationsrelaterade behov, restriktioner och mål ingår i rehabiliteringsplanen. Sår- och kompressionsbehandling, kontrakturprofylax, mobilisering, hjälpmedel och eventuell protesförsörjning genomförs enligt individuella ordinationer och aktuella SU-rutiner.

- Amputationsprocessen
- Amputation – ARB/FYS
- Amputation arm – Armprotescentrum – ARB

KOMMUNIKATION, SYN, HÖRSEL OCH SVÄLJNING

Behov av språk- eller teckenspråkstolkning, Taltjänst eller Teletal uppmärksammas tidigt. Vid synnedsättning samverkar teamet vid behov med neurooftalmolog, ögonmottagning eller Syncentralen. Hörselnedsättning och sväljningssvårigheter utreds i samverkan med logoped och öron-, näs- och halsverksamheten. Instrumentell sväljningsbedömning genomförs vid behov. Kommunikationshjälpmedel och stödjande strategier provas ut individuellt.

SPASTICITET

Spasticitet kan vara en konsekvens av förvärvad hjärnskada och påverka bland annat omvårdnad, funktion, aktivitet och livskvalitet. Patienter i Göteborg och kranskommunerna har tillgång till Rehabiliteringsmedicins tonusmottagning. Behandling kan även erbjudas

under en pågående rehabiliteringsperiod i slutenvården. Prioritering görs utifrån risken för sekundära komplikationer, exempelvis kontrakturer, hudproblem och ökad smärta, samt besvärens omfattning och påverkan på aktivitet, delaktighet, arbete eller studier.

ÖVRIGA INDIVIDUELLA STÖDBEHOV

- **Hjälpmedel och anpassningar:** Tekniska och ortopediska hjälpmedel samt anpassningar i bostad eller på arbetsplats bedöms individuellt. Vid behov samverkar teamet med Ortopedteknik och Hjälpmedelscentralen.
- **Religiösa och kulturella behov:** Sjukhuskyrkan kan förmedla kontakt med trossamfund utifrån patientens önskemål.
- **Kamratstöd:** Kontakt med gruppverksamhet, patientförening eller erfarenhetsperson kan erbjudas när det är lämpligt.
- **Besök och stödpersoner:** Närstående och externa aktörer kan efter överenskommelse med patienten och teamet medverka även utanför ordinarie besökstid.

KONSULTVERKSAMHET

UPPDRAG

Konsultverksamhetens uppdrag är att identifiera rehabiliteringsbehov efter förvärvad hjärnskada och bidra till en säker och sammanhållen övergång från akutsjukvård till rehabilitering på rätt vårdnivå.

Konsultverksamheten tar emot remisser, gör rehabiliteringsmedicinska bedömningar och ansvarar för remissvar och patientflödet till slutenvårdsrehabiliteringen. Konsultläkaren bedömer patientens medicinska tillstånd, funktionsnivå, rehabiliteringsbehov och förutsättningar att delta i rehabilitering samt rekommenderar lämplig vårdnivå. Konsultverksamheten ger även rehabiliteringsmedicinskt stöd till remittenter. Om Rehabiliteringsmedicin inte bedöms vara rätt vårdnivå föreslår konsultläkaren annan lämplig vårdnivå, fortsatt utredning eller andra insatser.

REMISSHANTERING SLUTENVÅRD

Konsultverksamheten är mottagare av remisser till slutenvårdsrehabiliteringen. Remisser skickas enligt gällande lokal rutin och registreras i Elvis av medicinsk sekreterare. Vid direkt telefonkontakt ska den remitterande enheten även skicka en remiss för registrering och dokumentation. Konsultläkaren bedömer remissen, inhämtar vid behov kompletterande uppgifter och återkopplar bedömning och rekommendation till remittenten.

Efter inkommen remiss kan konsultläkaren följa patienten på den remitterande avdelningen. Syftet är att bedöma när patienten är i rehabiliteringsfas, följa utvecklingen av medicinskt tillstånd och funktionsnivå samt avgöra när ett övertag till Rehabiliteringsmedicins slutenvård är lämpligt. Bedömningen upprepas vid behov om patientens tillstånd eller förutsättningar förändras.

Konsultverksamheten samordnar patientflödet och kommunicerar fortlöpande med vårdsamordnare och patientansvarig läkare i slutenvårdsrehabiliteringen om prioritering, vårdplatsläge och lämplig tidpunkt för övertag. Konsultläkaren återkopplar bedömning och rekommendation till den remitterande enheten och dokumenterar bedömning, rekommendation och remissvar i Melior. När inskrivning planeras får patienten information om Rehabiliteringsmedicin och nästa steg i vårdprocessen.

Konsultbedömning och remissvar ska innehålla:

- remitterande enhet och aktuell vårdavdelning
- remissorsak och tydlig frågeställning
- relevant medicinsk bakgrund, aktuellt tillstånd, behandling och komplikationer
- funktionsnivå före insjuknandet eller skadan och aktuell funktionsnivå
- social situation, boende, stöd i vardagen, utbildning och arbete när uppgifterna är relevanta
- relevant huvuddiagnos och eventuella bidiagnoser
- bedömning av rehabiliteringsbehov, förväntad nytta av rehabiliteringen och lämplig vårdnivå
- patientens förutsättningar att delta i och tillgodogöra sig rehabiliteringen
- rekommenderade åtgärder, ansvar och planerad uppföljning
- åtgärder som behöver genomföras innan eventuell inskrivning

- alternativ vårdnivå eller andra insatser om rehabilitering inom verksamheten inte rekommenderas

När remissen avslutas

När remissen avslutas (avförs) ska beslutet och skälen dokumenteras tydligt. Remissvaret ska vid behov innehålla rekommendation om annan vårdnivå, fortsatt utredning eller andra lämpliga insatser. Den remitterande verksamheten ansvarar för att informera patienten om beslutet och den fortsatta planeringen.

HJÄRNSKADEPROGRAMMET

MÅLGRUPP

Hjärnskadeprogrammet vänder sig till personer som i vuxen ålder har fått en neurologisk funktionsnedsättning efter exempelvis stroke, traumatisk hjärnskada eller annan förvärvad skada eller sjukdom i hjärnan.

BAKGRUND

I Sverige drabbas cirka 70 000 personer varje år av en förvärvad hjärnskada. De flesta skador klassificeras som lätta, men omkring 20 procent är måttliga eller svåra och kan medföra omfattande rehabiliteringsbehov och stora förändringar i livet. Även medicinskt lätta hjärnskador kan orsaka betydande och långvariga svårigheter.

Stroke är den vanligaste orsaken till förvärvad hjärnskada och drabbar cirka 25 000 personer per år i Sverige. Omkring 85 procent får en hjärninfarkt och 15 procent en hjärnblödning. Stroke är en vanlig orsak till neurologisk funktionsnedsättning och medför ett stort behov av vård och rehabilitering. Medelåldern vid insjuknandet är cirka 75 år och omkring 20 procent är under 65 år. Strokeinsjuknandet minskar i befolkningen, men minskningen är mindre tydlig bland yngre än bland äldre.

Traumatisk hjärnskada orsakas av yttre våld mot huvudet, exempelvis vid fall, trafikolycka, misshandel eller vapenskada. Ett centralt symtom är medvetandestörning, som kan variera från kortvarig omtöckning och minneslucka till långvarig medvetslöshet. Traumatisk hjärnskada är en betydande orsak till funktionsnedsättning och död bland personer i arbetsför ålder. Män drabbas ungefär dubbelt så ofta som kvinnor.

Andra orsaker till förvärvad hjärnskada är bland annat hjärntumör, encefalit, TBE, syrebrist och förgiftning eller skadligt bruk.

En förvärvad hjärnskada kan vara avgränsad till ett område eller påverka flera delar av hjärnan. Konsekvenserna varierar, men vanliga svårigheter är nedsatt kognitiv och motorisk förmåga, påverkad kommunikation samt psykologiska och sociala konsekvenser.

HJÄRNSKADEREHABILITERING SLUTENVÅRD

MÅLGRUPP OCH INSKRIVNINGSKRITERIER

Slutenvårdsrehabiliteringen vänder sig främst till personer i tidigt skede efter en förvärvad hjärnskada som behöver samordnade, interdisciplinära rehabiliteringsinsatser dygnet runt och inte kan få sina behov tillgodosedda i öppenvård eller på annan vårdnivå.

Patienten ska:

- ha behov av samordnad, specialiserad rehabilitering i slutenvård
- bedömas kunna delta i och ha nytta av rehabiliteringsinsatserna
- befinna sig i ett tidigt rehabiliteringsskede
- vara medicinskt stabil och ha genomgått nödvändig initial utredning
- ha behov som kräver teamets samlade kompetens och slutenvårdens stöd

Relativa kontraindikationer för inskrivning

- annan vårdform eller vårdnivå bedöms bättre motsvara patientens behov
- rehabiliteringen kan genomföras säkert i hemmet, öppenvården eller kommunal verksamhet
- medicinska, psykiatriska eller beteendemässiga faktorer hindrar ett säkert och meningsfullt deltagande trots anpassade åtgärder
- patienten önskar en annan vårdform eller avböjer slutenvårdsrehabilitering

MÅLSÄTTNING

Rehabiliteringen ska skapa förutsättningar för säker utskrivning till lämplig boendeform och fortsatt rehabilitering på rätt vårdnivå.

Individuella mål formuleras tillsammans med patienten och kan avse kroppsfunktion, aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer. De följs upp i rehabiliteringsplanen och anpassas under vårdtiden.

Målet är att patienten, utifrån sina förutsättningar, ska förbättra eller kompensera nedsatt fysisk, kognitiv, kommunikativ och psykisk förmåga samt nå högsta möjliga grad av aktivitet, delaktighet och självständighet, enligt ICF:s hälsoklassifikationsområden:

Kroppsfunktion

- medvetandegrad, neurologisk funktion och förändringar över tid
- kognitiva funktioner, exempelvis uppmärksamhet, minne, exekutiv förmåga och orientering
- kommunikation, tal, språk och sväljning
- motorik, balans, koordination, tonus och förflyttningsförmåga
- sensorik, syn och hörsel
- psykiska funktioner, emotionella reaktioner och beteendeförändringar
- smärta, sömn, fatigue, det vill säga uttalad mental eller fysisk trötthet, och aktivitetsbalans
- nutrition, blåsa, tarm, hud och övriga medicinska risker
- sexuell hälsa och funktion

Aktivitet:

- uppnå balans mellan aktivitet och vila

- delta i fritidsaktiviteter
- genomföra längre förflyttningar i samhällsmiljö
- uppnå optimal säkerhet och stabilitet vid balanskrävande aktiviteter
- öka självständigheten i aktiviteter i det dagliga livet
- uppmärksamma och tillämpa kompensatoriska strategier vid nedsatt sensomotorik i vardagsaktiviteter
- uppmärksamma och tillämpa kompensatoriska strategier vid nedsatt kognition i vardagsaktiviteter

Delaktighet:

- förståelse för hjärnskadan, dess individuella konsekvenser och möjligheten att påverka den egna hälsan och situationen
- förmåga att uttrycka behov och instruera andra om hur stöd och hjälp bör ges
- medvetenhet om egna resurser och svårigheter samt användning av fungerande strategier i vardagen
- delaktighet i sociala relationer, hem, fritid, arbete eller studier utifrån individuella mål
- trygghet i hemmiljön och i samspelet med närstående
- ställningstagande till bilkörning när det är relevant

Omgivningsfaktorer:

- kunskap om lagar och förordningar som kan ge stöd och hjälp till den enskilde
- kännedom om hjälpmedel och anpassningar som kan underlätta den dagliga livsföringen
- kännedom om patientföreningar och ideella föreningar
- kännedom om möjligheter till fortsatt rehabilitering eller träning utanför sjukhuset
- kännedom om vem som har det fortsatta medicinska ansvaret efter utskrivningen
- kännedom om tekniska och ortopediska hjälpmedel för personligt bruk samt hjälpmedel och anpassningar i och vid bostaden eller på arbetsplatsen som kan underlätta den dagliga livsföringen

VÅRDAVDELNING 623

Vårdavdelning 623 har cirka 18 platser och är organisatoriskt gemensam för flera patientgrupper inom Rehabiliteringsmedicin. Avdelningen tar emot patienter med förvärvad hjärnskada och ryggmärgsskada. I detta program avser beskrivningen av vårdavdelningen rehabilitering för personer som tillhör hjärnskadeprogrammets målgrupp. För rehabilitering efter ryggmärgsskada hänvisas till separat ryggmärgsskadeprogram

Vårdavdelningen bedriver verksamhet dygnet runt, alla dagar i veckan. Läkare och rehabiliteringspersonal arbetar dagtid måndag–fredag. Övrig tid bemannas avdelningen av sjuksköterskor och undersköterskor, som vid behov kontaktar neurologjouren på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vid akut försämring eller nytillkomna akuta symtom överförs patienten till Sahlgrenska sjukhuset för akut bedömning. Om patienten behöver planerad eller kompletterande utredning eller behandling inom en annan medicinsk specialitet samordnas detta med berörd verksamhet. Vid helger som är längre än tre dagar tjänstgör en fysioterapeut och en arbetsterapeut under en av helgdagarna.

REMISSHANTERING SLUTENVÅRD

Konsultverksamheten ansvarar för patientflödet till avdelningen. Konsultläkaren bedömer när patienten är i rehabiliteringsfas och medicinskt redo för övertag. Tidpunkt för

inskrivning planeras i dialog med vårdplats- och patientflödesansvarig och avdelningsläkare i slutenvårdsrehabiliteringen utifrån prioritet, patientens behov och tillgänglig vårdplats.

Avdelningen tar i första hand emot medicinskt stabila patienter. Läkare finns inte på plats under kvällar, nätter och helger. Neurologjouren ger stöd per telefon. Vid akut försämring skickas patienten till Sahlgrenska för bedömning.

INSKRIVNING

Inför inskrivningen hämtar sjuksköterskan relevant omvårdnadsinformation från den inremitterande kliniken, bland annat om personlig vård, förflyttning, hjälpmedel, vårdplaner (nutrition, hud, fall), läkemedel samt kulturella och andra individuella behov.

Sjuksköterskan och undersköterskan tar emot patienten, visar avdelningen och informerar om rutiner, rehabiliteringsprocessen och patientens delaktighet. De påbörjar den individuella rehabiliteringsplanen. Patienten får informationsmaterial och ett schema för de första dagarna. Personliga tillhörigheter kan förvaras i ett låsbart skåp, men avdelningen ansvarar inte för värdesaker.

Vid inskrivningssamtalet går läkaren igenom sjukhistorien, den aktuella sjukdomen eller skadan, patientens hälsa och patientens frågor. Läkaren gör en kroppslig undersökning, inklusive neurologstatus.

Den första dagen bedömer sjuksköterskan och undersköterskan fallrisk och säker förflyttning. Fysioterapeuten bedömer förflyttningsförmåga och stödbehov, medan arbetsterapeuten dagen efter inskrivningen påbörjar bedömning av aktivitetsförmåga och eventuellt behov av rullstol. Kuratorn, logopeden och psykologen träffar patienten under de följande dagarna eller vid behov. Samtliga professioner tar del av relevant överrapportering och journalinformation från den remitterande enheten.

REHABILITERINGSPROCESS SLUTENVÅRD

Under den första veckan bedömer berörda professioner patientens rehabiliteringsbehov. LOTS stödjer patienten i att formulera mål och beskriva sina behov i formuläret *Planering av din rehabilitering*. Det första **planeringsmötet** hålls cirka en vecka efter inskrivningen. Patienten deltar tillsammans med berörda teammedlemmar och de närstående eller andra personer som patienten vill bjuda in.

I den individuella **rehabiliteringsplanen** beskrivs rehabiliteringstid, patientens resurser och svårigheter, förväntningar samt huvudmål och delmål för perioden. Det övergripande målet är att patienten ska nå den funktions- och aktivitetsnivå som behövs för utskrivning till en lämplig boendeform och fortsatt rehabilitering på rätt vårdnivå. Delmålen kan avse en viss aktivitet eller funktion. Planeringen utgår från patientens fysiska och psykiska förutsättningar, strategier och omgivningsfaktorer.

LOTS går igenom rehabiliteringsplanen med patienten, som får ett eget exemplar. Planen följs upp och revideras under rehabiliteringsperioden.

Kunskap och lärande integreras i all träning. **Permissioner** är en viktig del av rehabiliteringen och planeras så snart det är lämpligt.

Schemat anpassas efter patientens behov och förutsättningar. Behandlarna registrerar behandlingstider och sjuksköterskan övriga planerade aktiviteter. Undersköterskan går

igenom kommande veckas schema med patienten varje helg. **Träning** erbjuds tre till fem dagar per vecka, i genomsnitt vid tre behandlingstillfällen per dag, på kliniken eller i närmiljön. Därutöver tränar patienten i vardagliga aktiviteter, exempelvis måltider, personlig vård och förflyttningar, tillsammans med omvårdnadspersonal.

Vid den dagliga **läkarronden** går läkare och sjuksköterska igenom medicinska frågor. En gång i veckan hålls en utökad rond med överläkare. Vid den veckovisa **teamkonferensen** följer teamet upp rehabiliteringsplanen och samordnar fortsatta insatser. Omvårdnadspersonal och behandlare samverkar även i **miniteam**.

Närstående erbjuds, efter patientens samtycke, information och samtal om skadan, dess konsekvenser och rehabiliteringen. Läkare, neuropsykolog eller annan relevant teammedlem medverkar utifrån behov. Patienten avgör om hen vill delta i samtalen. Närstående kan också bjudas in att delta i rehabiliteringen när det är lämpligt.

I slutenvården används FIM för att följa förändringar i patientens funktionella självständighet under rehabiliteringsperioden. Rehabiliteringsinsatserna följs fortlöpande upp utifrån målen i den individuella rehabiliteringsplanen. Berörda professioner utvärderar sina bedömningar och insatser, och teamet sammanfattar tillsammans med patienten måluppfyllelse, kvarstående behov och fortsatt planering.

UTSKRIVNING

Rehabiliteringsperiodens längd och planerad utskrivning bestäms utifrån patientens behov, mål, medicinska förutsättningar och tillgängliga fortsatta insatser. Planeringen påbörjas tidigt och följs upp tillsammans med patienten, närstående efter samtycke och berörda aktörer.

Patienten skrivs ut när en eller flera av nedanstående kriterier är tillämpliga:

- målen i rehabiliteringsplanen är helt eller delvis uppfyllda
- patienten inte längre behöver slutenvårdens eller teamets samlade resurser
- fortsatt rehabilitering kan genomföras säkert på en annan vårdnivå eller av en annan aktör
- planeringen, stödet och de nödvändiga kontakterna inför utskrivningen är tillräckligt förberedda
- insatserna inte längre ger förväntad nytta eller patienten inte kan tillgodogöra sig rehabiliteringen
- patientens medicinska tillstånd kräver vård på en annan enhet
- patienten önskar en annan vårdform eller vill avsluta rehabiliteringen

Patienten informeras i god tid om den planerade utskrivningen och den fortsatta planeringen. Efter patientens samtycke informeras även närstående. Sjuksköterskan samordnar vid behov kontakterna med kommunen och primärvården via SAMSA. Berörda professioner ansvarar för slutbedömningar, överrapportering och nödvändiga remisser.

Vid ett avslutande planeringsmöte följs rehabiliteringsplanen, resultaten och fortsatta behov upp. Relevanta externa aktörer deltar när det behövs och patienten samtycker. Patienten får en slutlig rehabiliteringsplan med information om fortsatta medicinska kontakter, rehabiliteringsinsatser, stöd och ansvarsfördelning.

REHABILITERINGEN KAN PAUSAS ELLER AVBRYTAS

- på patientens egen begäran
- om nytillkomna medicinska eller psykiatriska behov kräver vård eller behandling på annan vårdnivå
- om pågående skadligt bruk eller beroende hindrar säker och aktiv rehabilitering
- om patienten, trots anpassade insatser och upprepade försök, inte kan tillgodogöra sig rehabiliteringen

DAGREHABILITERING

MÅLGRUPP OCH INSKRIVNINGSKRITERIER

Dagrehabiliteringen vänder sig till personer i arbetsför ålder med neurologisk funktionsnedsättning efter förvärvad hjärnskada, exempelvis stroke, traumatisk hjärnskada eller encefalit. Även personer med andra skador eller sjukdomar i nervsystemet, såsom Guillain–Barrés syndrom, kan vara aktuella. Patienten ska omfattas av Sahlgrenska Universitetssjukhusets länssjukvårdsuppdrag och ha behov av specialiserad rehabilitering.

Dagrehabiliteringen tar emot patienter med måttlig till svår förvärvad hjärnskada och komplexa rehabiliteringsbehov som kräver specialiserad rehabiliteringsmedicinsk kompetens och inte kan tillgodoses i primärvården.

Patienter kan tas emot tidigt efter insjuknandet eller skadan när slutenvård inte behövs, men rehabiliteringsbehovet kräver högre intensitet eller specialistkompetens än primärvården kan erbjuda.

I ett senare skede kan dagrehabilitering erbjudas för fortsatt rehabilitering eller fördjupad utredning, exempelvis inför återgång till arbete, studier eller annan aktivitet. Vid behov kan teamets bedömning även bidra med underlag för prövning av personkretstillhörighet enligt LSS.

RIKTLINJER FÖR INSKRIVNING

Patienten:

- har behov av samordnad, specialiserad rehabilitering som inte kan tillgodoses på annan vårdnivå
- bedöms kunna delta i och ha nytta av aktiva rehabiliteringsinsatser
- kan vistas hemma och hantera dagliga behov självständigt eller med planerat stöd
- kan följa ett individuellt schema självständigt eller med stöd
- har behov av fördjupad bedömning, behandling eller planering av arbete, studier eller annan aktivitet

RELATIVA KONTRAINDIKATIONER FÖR INSKRIVNING

- annan vårdform eller vårdnivå bedöms bättre motsvara patientens behov
- pågående medicinsk utredning, behandling eller instabilt hälsotillstånd hindrar ett säkert och meningsfullt deltagande
- progressivt neurologiskt tillstånd faller utanför dagrehabiliteringens uppdrag
- praktiska eller kognitiva förutsättningar gör att deltagande inte är möjligt trots rimliga stödåtgärder

MÅL

Målet är att patienten, utifrån sina förutsättningar, ska förbättra eller kompensera nedsatt fysisk, kognitiv, kommunikativ och psykisk förmåga samt öka aktivitet, delaktighet och självständighet i hem, samhällsliv, arbete eller studier.

Individuella mål formuleras tillsammans med patienten och kan avse kroppsfunktion, aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer. Särskilt fokus kan ligga på att tillämpa strategier i vardagen och skapa en hållbar återgång till arbete, studier eller annan meningsfull aktivitet.

ORGANISATION OCH ARBETSSÄTT

Dagrehabiliteringen bedrivs i två interdisciplinära team och omfattar även viss poliklinisk uppföljning. Verksamheten är öppen vardagar klockan 8.00–16.00, med reducerad verksamhet under jul- och sommarperioderna. Rehabiliteringsperiodens längd och intensitet anpassas till patientens behov, mål och förutsättningar.

REMISSHANTERING ÖPPENVÅRD

Digitala remisser registreras via remissportalen i SÄLMA. Remisser och egna vårdbegäranden som kommer direkt till kliniken hanteras enligt gällande lokal rutin. Remissansvarig läkare gör en första bedömning och fördelar remissen till rätt mottagning eller vårdform.

Remisser som kan vara aktuella för dagrehabilitering bedöms av ansvarig läkare tillsammans med teamet vid en veckovis interdisciplinär remissgenomgång. Ansvarig läkare prioriterar remissen, begär vid behov kompletterande uppgifter, prover eller undersökningar och bedömer om patienten ska erbjudas läkarbesök, teambesök eller annan insats. Remisser som bedöms vara aktuella sätts på väntelista och fördelas mellan teamen av teamsamordnaren. Patienten och remittenten får information om fortsatt handläggning enligt gällande rutin och vårdgaranti.

När remissen avslutas ska beslutet och skälen dokumenteras. Remissvaret ska vid behov innehålla rekommendation om annan vårdnivå, fortsatt utredning eller andra behandlings- eller rehabiliteringsinsatser. Bedömningen omprövas om nya relevanta medicinska uppgifter tillkommer.

INSKRIVNING

Teamsamordnaren kontaktar patienten och ger information om dagrehabiliteringen. Om patienten tackar ja skickas en skriftlig kallelse. Patienten får även information om sjukresor och en checklista för att förbereda frågor inför mötet. Patienten uppmuntras att ta med en närstående eller annan stödperson.

Vid det första mötet bedömer teamet patientens rehabiliterings- och informationsbehov samt går igenom patientens förutsättningar, svårigheter, behov och önskemål. Om dagrehabilitering inte rekommenderas diskuteras lämpliga alternativ och patienten erbjuds vid behov stöd att etablera fortsatta kontakter.

Om dagrehabilitering inleds upprättas en individuell **rehabiliteringsplan** tillsammans med patienten och, efter patientens samtycke, närstående. Planen beskriver patientens förutsättningar, svårigheter, förväntningar, mål och planerade insatser samt rehabiliteringsperiodens upplägg och uppföljning. Patienten får ett schema för den inledande perioden. En LOTS utses och går igenom rehabiliteringsplanen med patienten, som får ett eget exemplar. Planen följs upp och revideras under rehabiliteringsperioden.

REHABILITERINGSPROCESSEN INOM DAGREHABILITERINGEN

LOTS går igenom **rehabiliteringsplanen** med patienten och stödjer den fortlöpande uppföljningen och revideringen.

Behandlare eller teamsamordnare ger patienten **schemat** för kommande vecka. Schemat anpassas efter planerade insatser och kan därför variera.

LOTS och övriga behandlare har en fortlöpande dialog med patienten om insatser och resultat. Vid den veckovisa teamkonferensen följer teamet upp rehabiliteringsplanen och samordnar fortsatta insatser.

Under rehabiliteringsperioden planerar teamet, tillsammans med patienten och relevanta externa aktörer, lämpliga fortsatta rehabiliteringsinsatser.

Rehabiliteringsinsatserna följs fortlöpande upp utifrån målen i den individuella rehabiliteringsplanen. Berörda professioner utvärderar sina bedömningar och insatser, och teamet sammanfattar tillsammans med patienten måluppfyllelse, kvarstående behov och fortsatt planering.

Kunskap och lärande integreras i all träning. Träningen kan ske på kliniken, i närmiljön eller som egen träning i hemmet. Patienten får information och stöd för att förstå skadan, dess konsekvenser och rehabiliteringen. Efter patientens samtycke får även närstående information och stöd. Närstående kan erbjudas enskilda samtal och delta i rehabiliteringen när det är lämpligt.

BEDÖMNING AV ARBETSPOTENTIAL

Förutsättningarna för återgång till arbete, studier eller annan daglig sysselsättning bedöms gemensamt av teamet. Bedömningen omfattar arbetsuppgifter, arbetsmiljö, funktionsförmåga och behov av anpassningar eller strategier. Vid behov initieras rehabiliteringsmöten med arbetsgivare, Försäkringskassan och andra berörda aktörer för att planera en hållbar återgång.

UTSKRIVNING

Rehabiliteringsperiodens längd och planerad utskrivning bestäms utifrån patientens behov, mål, medicinska förutsättningar och fortsatt planering.

Patienten bedöms vara klar för utskrivning från dagrehabiliteringen när ett eller flera av följande kriterier är uppfyllda:

- målen i den individuella rehabiliteringsplanen är uppfyllda helt eller delvis
- patienten inte längre behöver teamets samlade resurser
- fortsatt rehabilitering kan genomföras på annan lämplig vårdnivå eller hos en annan aktör
- planeringen och nödvändiga kontakter för fortsatta insatser är klara
- insatserna inte längre ger förväntad nytta
- patienten inte kan tillgodogöra sig rehabiliteringen
- patientens medicinska tillstånd kräver vård eller behandling på annan enhet
- beteenden som försvårar rehabiliteringen, trots anpassade åtgärder, hindrar fortsatt deltagande

Preliminär rehabiliteringsperiod och planerat utskrivningsdatum kommuniceras till patienten vid inskrivningen. Om planeringen ändras får patienten information och en tydlig motivering i god tid. Varje behandlare avslutar sina insatser och säkerställer att den fortsatta planeringen är tydlig. LOTS går tillsammans med patienten igenom rehabiliteringsplanen och planeringen efter utskrivningen samt fångar upp kvarstående frågor.

Teamsamordnaren eller LOTS kallar patienten till ett avslutande planeringsmöte. Relevanta externa aktörer, exempelvis primärvård, neurovårdsteam, arbetsgivare, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen, kontaktas och bjuds in i god tid när det är motiverat och patienten samtycker. Vid mötet sammanfattas rehabiliteringsperioden utifrån rehabiliteringsplanen, resultaten och de fortsatta behoven. Patienten får möjlighet att ställa frågor och den fortsatta planeringen bekräftas. Vid behov erbjuds uppföljning hos läkare, annan teammedlem eller hela teamet. Patienten får en slutlig skriftlig rehabiliteringsplan.

Berörda professioner gör slutbedömningar och dokumenterar avslutande journalanteckningar. Remissvar skickas till remittenten. Vid behov skickar läkaren remiss för fortsatt medicinsk uppföljning till primärvården eller en annan lämplig vårdinstans. Ansvarig läkare säkerställer att den medicinska informationsöverföringen omfattar prognos, kvarstående rehabiliteringsbehov, eventuella komplikationer och biverkningar samt aktuella risker, förebyggande åtgärder och restriktioner. Vid fortsatt rehabiliteringsbehov ansvarar respektive profession för nödvändiga kontakter och överrapportering till nästa vårdinstans.

UTVÄRDERING OCH RESULTAT

Närvaro, uteblivna besök, återbud och avbrutna rehabiliteringsperioder registreras och analyseras på gruppnivå. Analysen används för att identifiera förändringar i deltagandet och planera relevanta förbättringsåtgärder.

PROFESSIONERNAS UPPDRAG, SLUTENVÅRD OCH DAGREHABILITERING

Professionerna arbetar personcentrerat och interdisciplinärt utifrån patientens rehabiliteringsplan. De bidrar med sin specifika kompetens i gemensam bedömning, behandling, uppföljning och planering. Insatserna anpassas till vårdform, rehabiliteringsfas och patientens individuella behov. Närstående involveras efter patientens samtycke.

Varje profession ansvarar inom sitt kompetensområde för att:

- bedöma behov, formulera mål, genomföra insatser och följa upp resultat
- dokumentera bedömningar, åtgärder, resultat och fortsatt planering i patientjournalen
- samverka med patienten, teamet och, efter patientens samtycke, närstående och externa aktörer
- ge patienten och berörda personer individuellt anpassad information, undervisning och praktisk handledning
- medverka i planering, informationsöverföring och överrapportering inför permission, utskrivning och fortsatt rehabilitering.

LÄKARE

Läkare finns tillgängliga på kliniken måndag till fredag 08.00–16.45. Övrig tid ansvarar neurologjouren på Sahlgrenska sjukhuset för handläggning av akuta medicinska frågor.

Ansvarig avdelningsläkare är specialist i rehabiliteringsmedicin eller annan relevant specialitet och ansvarar för medicinsk bedömning och behandling samt leder de medicinska delarna av rehabiliteringen. Uppdraget omfattar diagnostik, prognos, medicinsk utredning, läkemedel, medicinsk riskbedömning, sekundärprevention och restriktioner samt handläggning av medicinska komplikationer och samråd med andra specialiteter. I uppdraget ingår även bedömning av arbetsförmåga, sjukskrivningsbehov, medicinska hinder för bilkörning och lämplighet att inneha vapen, utfärdande av medicinska intyg och remisser samt planering av fortsatt medicinsk vård och uppföljning.

Underläkare/ST-läkare under handledning ansvarar för det dagliga medicinska arbetet, inklusive in- och utskrivningar, journalföring, remisser och intyg. Diagnostik, prognos, behandling, läkemedel och restriktioner handläggs i samråd med ansvarig specialistläkare.

SJUKSKÖTERSKA

Sjuksköterskan ansvarar för att bedöma, planera, leda och följa upp patientens omvårdnad. Uppdraget omfattar läkemedelshantering, förebyggande insatser, stöd till egenvård samt samordning och informationsöverföring.

I slutenvården leder och samordnar sjuksköterskan ronder och det dagliga omvårdnadsarbetet samt planerar utskrivning tillsammans med patienten, teamet, kommunen och primärvården.

UNDERSKÖTERSKA

Undersköterskan arbetar nära patienten i slutenvården och genomför omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser under hela dygnet. Uppdraget omfattar observation och rapportering av förändringar samt stöd och träning i personlig vård, förflyttning, gång, kommunikation och kognitiva aktiviteter. Undersköterskan utför ordinerade kontroller och andra uppgifter i samarbete med sjuksköterskan och bidrar till registrering och uppföljning i SveReh.

ARBETSTERAPEUT

Arbetsterapeuten bedömer och behandlar aktivitetsförmåga i personlig vård, boende, samhällsliv, arbete och studier. Bedömningen kan omfatta kognitiva funktioner, arm- och handfunktion, aktivitetsbalans, boendemiljö och hjälpmedelsbehov. Insatserna genomförs i vardagliga aktiviteter och kan omfatta träning, kompensatoriska strategier, anpassningar, hjälpmedel, bostadsanpassning och hembesök. Arbetsterapeuten samverkar med nästa vårdinstans, kommun och andra relevanta aktörer.

FYSIOTERAPEUT

Fysioterapeuten bedömer och behandlar gång- och förflyttningsförmåga, balans, fallrisk, motorik, tonus, koordination, rörlighet, smärta, sensorik, fysisk kapacitet och hjälpmedelsbehov. Träningen anpassas till patientens mål och kan genomföras individuellt, i grupp eller som egen träning på kliniken, i hemmet, i bassäng eller i samhällsmiljö. Vid behov ingår hembesök, hjälpmedelsförskrivning, ortopedteknisk samverkan och överrapportering till nästa vårdinstans. Fysisk aktivitet på recept kan ordineras.

REHABILITERINGSASSISTENTER

Rehabiliteringsassistenter och bassängföreståndare genomför delegerade eller planerade insatser på uppdrag av ansvarig profession och återrapporterar resultat.

LOGOPED

Logopeden bedömer och behandlar sväljning, kommunikation, tal, röst, språk och relaterade kognitiva funktioner. Insatserna kan omfatta funktionell träning, kompensatoriska strategier, alternativ och kompletterande kommunikation samt utprovning av kommunikationshjälpmedel. Vid behov initieras instrumentell sväljningsbedömning. Patienten, berörd personal och närstående får information och vägledning i stödjande kommunikation.

NEUROPSYKOLOG

Neuropsykologen bedömer kognitiva funktioner, emotionella reaktioner, energinivå, sjukdomsinsikt, motivation, beteendemönster och psykosociala faktorer. Resultaten används för att anpassa rehabiliteringen och kan ge underlag inför bilkörning, personkretsbedömning och återgång till arbete eller studier. Behandlingen kan omfatta stöd vid kris och förändrad livssituation, psykoterapeutiska samtal samt strategier för kognitiva och emotionella svårigheter, hjärntrötthet, stress och sömnproblem.

KURATOR

Kuratorn kartlägger patientens psykosociala situation och bidrar med kunskap om socialförsäkring, socialtjänst, LSS och samhällets stöd. Uppdraget omfattar kris-, motivations- och stödsamtal, stöd i myndighetskontakter och ansökningar som rör ekonomi samt samverkan med vårdgivare och andra aktörer. Kuratorn uppmärksammar minderåriga barns behov och situation och medverkar vid frågor om skadligt bruk eller beroende enligt gällande rutiner.

SEXUALRÅDGIVARE

Sexualrådgivaren träffar patienter inom sluten- och öppenvård vid behov för bedömning, rådgivning och insatser inom sexuell hälsa och funktion, relationer, fertilitet, graviditet och förlossning enligt modellen Extended PLISSIT. Sexualrådgivaren fungerar även som konsult och stöd för teamet.

TEAMSAMORDNARE

Teamsamordnaren stödjer dagrehabiliteringens teamarbete, patientflöde, kallelser, externa kontakter, statistik och registrering i SveReh. Kliniska uppgifter utförs utifrån kompetens, ordination och lokala rutiner.

BILAGA 1 – STYRDOKUMENT OCH SÄRSKILDA RUTINER

Verksamheten arbetar utifrån medicinska styrdokument och stödjande dokument som finns på intranätet:

- Styrande dokument inom hälso- och sjukvård, inklusive regionala medicinska riktlinjer
- Styrande och stödjande dokument inom Neurosjukvården och Rehabiliteringsmedicin

RUTINDOKUMENT FÖR REHABILITERINGSMEDICIN

- Akut försämrad patient på jourtid, avdelning 623
- Akutvagn och hjärtstartare – kontroll för avdelning 623
- Avliden patient – rutin vid dödsfall på avdelning 623 Högsbo
- Avslut av patient i Elvis inom öppenvård
- Patient som avviker från enhet
- Avvikelsehantering i MedControl Pro
- Fallriskbedömning
- Backup av patientdokumentation, avdelning 623
- Barn som närstående
- Bilkörning efter stroke eller TIA
- E-arkiv, digitalisering och mellanlagring av restjournaler
- Generella ordinationer, Rehabiliteringsmedicin avdelning 623
- HLR-utbildning, Rehabiliteringsmedicin Högsbo sjukhus
- Jouransvar neurolog, avdelning 623
- Hälsoarbete: fysisk aktivitet, kost, alkohol, rökning och våld i nära relationer
- Läkares ansvar att anmäla om patienter är olämpliga att inneha vapen
- Skadligt bruk eller beroende – bedömning av rehabilitering vid misstänkt pågående problematik
- Neurologstatus
- Patient under 18 år inskriven på Rehabiliteringsmedicin
- Patienttransport – avdelning 623
- Permissionsresor
- Problemskapande beteende
- Påminnelse om slutanteckningar som saknas
- Remisshantering Rehabiliteringsmedicin
- SAMSA-diktat
- Synpunkter och klagomål på vården
- Syrgas och sug – kontroll för avdelning 623
- Träningslägenhet, avdelning 623 Högsbo
- Vårdnivåer inom Neurosjukvården
- Vård- och läkemedelsberättelse
- Trycksårsprevention
- Trycksår och hudvård, avdelning 623
- Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd
- Handlingsplan för hot och våld
- Handlingsplan för munhälsa