

# Rehabiliteringsmedicinskt slutenvårdsprogram - Avd 41 N

## Kompetenscentrum Rehabilitering

### Målgrupp

Slutenvårdsprogrammet vänder sig till personer i yrkesverksam ålder med behov av rehabilitering och 24 timmars omvårdnad för svåra till totala aktivitetsbegränsningar inom området neurologi. Patienten skall uppfylla kriterierna för vårdnivå 3, länsuppdrag.

I mån av plats på avdelningen kan även patienter som har passerat yrkesverksam ålder tas emot efter individuell bedömning. Förutsättningar är att det föreligger behov av specialistrehabilitering, att patientens allmänna hälsotillstånd är tillräcklig bra för att kunna tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatserna och att patienten bedöms ha rehabiliteringspotential.

Personer med nyligen förvärvad ryggmärgsskada och behov av rehabilitering i slutenvård erbjuds vård på enheten från 16 år och uppåt. Rehabiliteringen individualiseras utifrån etiologi till skadan, skadenivå, grad av funktionsnedsättning, samsjuklighet och rehabiliteringspotential. Sektionen har ett specifikt [ryggmärgsskadeprogram](#) som beskriver rehabiliteringsprocessen med insatser både inom sluten- och öppenvård.

Avdelningen har också ansvar för att bemanna baklofenmottagning för patienter med spasticitet, där sjuksköterskor ger behandling och utför återkommande kontroller samt påfyllning av pumpar. Påfyllning av baklofenpumpar sker även i Gällivare och Piteå av sjuksköterska. Patienter läggs in på avdelningen för att genomgå baklofentest samt inför balklofenpumsbyte/insättning.

### Teamets mål och värderingar

Verksamheten genomsyras av ett rehabiliterande förhållningssätt och alla människors lika värde. Vårt mål är att stärka individens egen handlingskraft och delaktighet samt stimulera och ta tillvara individens kraft och initiativ för sin egen hälsa. Vi ser rehabiliteringen som en process som stödjer individen och dennes närstående att få kunskap och insikt om sjukdomen och dess konsekvenser. Vi stöttar dem att mobilisera de egna resurserna och hantera det dagliga livet samt att utveckla individens sätt att tänka, uppleva, reagera och handla. Detta för att nå gamla och nya mål i livet.

## Programmets plats i vårdkedjan

### Rehabnivå 1

Rehabilitering på nivå 1 har ett generalistperspektiv och bedrivs i primärvård, vid de hälsocentraler som ingår i vårdvalet, samt inom kommunernas hemsjukvård. 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. Arbetsättet präglas av helhetssyn och tvärprofessionell samverkan.

### Rehabnivå 2

Nivå 2 har tillgång till teamrehabilitering med fler yrkeskompetenser, mer resurser och fördjupad kompetens inom berörda diagnosområden jämfört med nivå 1. Vid sjukhusen finns inom slutenvården vårdavdelningar för rehabilitering av patienter med akut insjuknande i exempelvis stroke. Sjukhusen har även vårdplatser för att kunna ta emot patienter med stora omvårdnadsbehov för planerad rehabilitering. Rehabilitering i öppenvård sker på denna nivå vid enheter för öppenvårdsrehabilitering som finns knutna till respektive sjukhus.

### Rehabnivå 3

Verksamheterna erbjuder mer resurser och fördjupad kompetens inom sitt specifika område, jämfört med nivå 2 och 1. Teamrehabiliteringen kan ske i sluten- eller öppenvård. Hit remitteras patienter för utredningar och rehabiliteringsåtgärder. Nivån kan också vara första instans för patienter med sjukdomar eller skador som kräver specialistvård initialt. Nivå 3 ansvarar för rehabiliteringen till dess läkare med specialistkompetens tillsammans med teamet bedömer att patienten kan tillgodogöra sig rehabilitering på annan nivå.

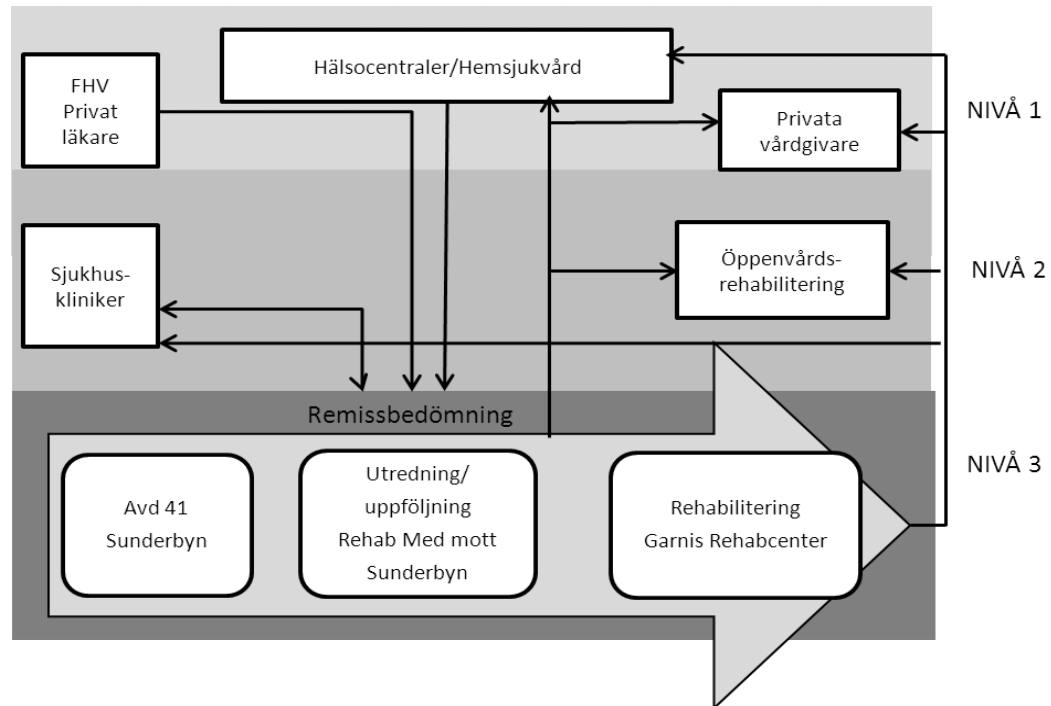
Vid utskrivning från avd 41N kan patienten överföras till:

- a. Länsdelssjukhus (vid behov av fortsatt slutenvård) alternativt Öppenvårdsrehabilitering (rehabnivå 2).
- b. Hemsjukvård vid behov av insatser i hemmet eller primärvård för insatser på Hälsocentral (rehabnivå 1).

### Hemsjukvård

Kommunerna har ansvaret för alla hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet för personer som är 18 år och äldre och som utförs av sjuksköterska, distrikts-

sköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Patientens läkarkontakt sker med läkare inom primärvård eller privatläkare.



## Remiss

Remiss är ett krav för att ingå i programmet. De flesta remisserna kommer från andra avdelningar på Sunderby sjukhus eller andra sjukhus i länet. Patienter från Norrlands universitetssjukhus överförs till avdelningen enligt överenskommelse utan remiss. Remiss mottas av ansvarig avdelningsläkare som träffar patienten inom 48 timmar om patienten är inneliggande på Sunderby Sjukhus. Om patienten är inneliggande på annat sjukhus i länet görs bedömningen utifrån uppgifterna i remissen, datajournal och vid behov kompletterande kontakt med inremitterande. Patienten bedöms och sätts upp på väntelista till slutenvårds- eller öppenvårdsprogrammet vilket kommuniceras till inremitterande. Om patienten inte bedöms uppfylla intagningskriterierna för vare sig sluten- eller öppenvården meddelas patienten detta muntligen i samband med bedömningen. Remissvar skickas samma dag som läkaren har dikterat in svaret.

Flertalet av patienterna som kommer till avdelningen är dock planerade överföringar från regionsjukvården vid Umeå Universitetssjukhus. Överföringen görs i samråd mellan läkare i Umeå och avdelningsläkare 41N. Om plats inte finns på Avd 41N skrivs patienten upp på väntelista och flyttas till hemsjukhuset, alternativt blir kvar på den avdelning de befinner sig, i väntan på att plats blir tillgänglig.

## Intagningskriterier

- Personer med neurologisk diagnos med svår till total aktivitets- och delaktighetsinskränkning med behov av nivå 3 rehabilitering.
- Personer med sammansatta problem och med behov av samordnade teaminsatser och fördjupad kunskap och bredare kompetens inom det neurologisk rehabilitering.
- Personer med behov av spasticitetsutredning som kräver slutenvård. Gäller framförallt patienter för testning/utprovning av intratekal baklofenbehandling.

## Exklusionskriterier

- Pågående medicinsk behandling och/eller utredning som negativt påverkar förutsättningarna för rehabiliteringsinsats t.ex. akutsjukvård, livshotande tillstånd
- Pågående drogmissbruk
- Obehandlad allvarlig psykisk störning
- Aktivt motverkar rehabilitering

## Teamarbete

I teamet kring patienten ingår arbetsterapeut, arbetsterapibiträde, fysioterapeut, kurator, logoped, läkare, rehabinstruktör, sjuksköterska, undersköterska. Neuropsykologresurs finns tillgänglig vid behov. Teamet arbetar interdisciplinärt d.v.s. i nära samarbete med varandra och med patientens rehabiliteringsmål som ledstjärna.

Patient som är inremitterad för en rehabiliteringsperiod: Under patientens första vecka på avdelningen gör samtliga teammedlemmar en bedömning av patientens situation inför det gemensamma rehabiliteringsmötet med patienten och dennes närstående. Där rehabiliteringsplan med huvudmål och delmål upprättas. Därefter genomförs rehabiliteringsinsatser i enlighet med den uppsatta rehabiliteringsplanen.

Patienter som är inlagda för teambedömning- eller utredning, genomgår en bedömning, som sammanfattas i ett utlåtande med förslag på fortsatta insatser eller åtgärder. Det upprättas ett veckoschema där det bestäms vilka bedömningar och insatser som planeras att genomföras och vem som är ansva-

rig.

## Patientens medverkan

All rehabilitering sker utifrån rehabiliterande förhållningssätt och alla människors lika värde.

Varje patient skall bli väl bemött och respekterad. Patienten har en självklar roll som teammedlem och har rätt att vara delaktig i planering och beslut som rör rehabiliteringen, samt erhålla adekvat information och kunskap. Patienten involveras aktivt för att dela med sig av sin kunskap om sig själv och sin situation. Patienten uppmanas att lämna synpunkter och förbättringsförslag till avdelningen vad det gäller rehabilitering och förbättringsarbete. Avdelningen följer Hälso- och sjukvårdslagen vad det gäller sekretess och tystnadsplikt och patienten kan begära särskild sekretess.

## Närståendes medverkan

Närstående är en viktig del i rehabiliteringen och uppmuntras aktivt att följa patienten i träningen med patientens godkännande. Det är enhetens angelägenhet att ge anhöriga stöd och information gällande rehabiliteringen.

Närstående erbjuds träffa läkare första veckan för att få information och svar på eventuella frågor. Därefter erbjuds läkarkontakt till anhöriga efter behov. Övriga professioner har kontinuerlig kontakt under rehabiliteringsperioden.

## Rehabiliteringsplan

Målsättningen med rehabiliteringen är att patienten utifrån sina förutsättningar ska uppnå optimal aktivitetsförmåga, självständighet samt delaktighet socialt och i samhället. För varje patient utses en rehabiliteringssamordnare. Andra veckan efter inskrivning håller teamet tillsammans med patienten ett rehabiliteringsmöte där närstående erbjuds att vara med. Vid detta möte utformas en detaljerad och strukturerad rehabiliteringsplan som beskriver patientens resurser och problem, patientens individuella målsättning med rehabiliteringen, planerade åtgärder samt om möjligt rehabiliteringsperiodens längd. Rehabiliteringsplanen skrivs in i ett Word-dokument, kodad, samt förvaras i en pärm på expeditionen. Patienten har ett eget exemplar. Rehabiliteringsplanens mål och åtgärder utvärderas varje vecka på sittronden, samt vid nytt rehabiliteringsmöte med patienten. Rehabiliteringsplanen skrivs in i patientens journal och följs upp och uppdateras där vid varje rehabmöte.

## Kvalitetssäkring

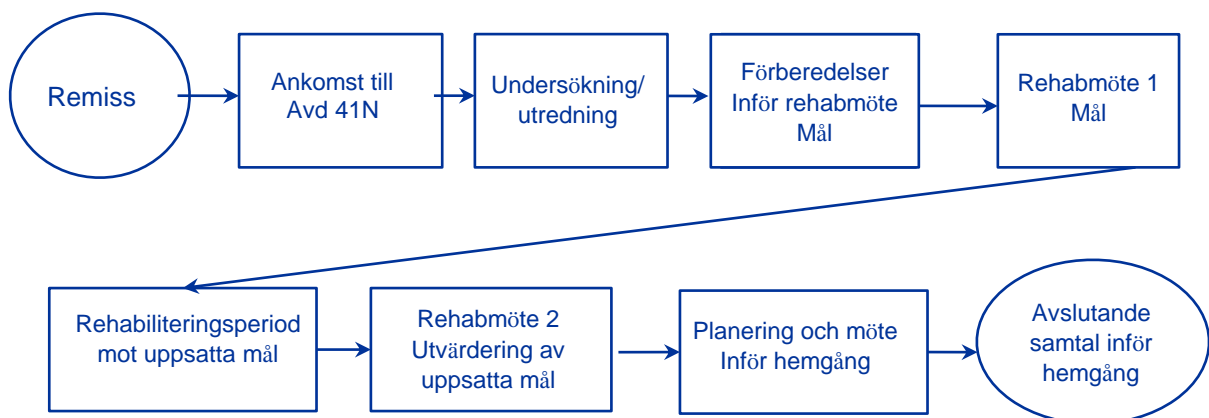
Enheten är ansluten till det Nationella kvalitetsregistret [WebRehab](#). Med hjälp av uppgifterna från registren kan verksamheten kontinuerligt utvärderas och förbättras. Uppgifterna från formulären ger också ett underlag i patientens utredning- och rehabiliteringsprocess. Patienten har möjlighet att avsäga sig registrering i Webrehab.

## Målsättning med slutenvårdsprogrammet

Målet är att patienten utifrån sina förutsättningar ska uppnå så god hälsa och livstillfredsställelse som möjligt och återvinna bästa möjliga aktivitetsförmåga för ökad delaktighet, både socialt och i samhället. Vi jobbar för att patienten ska uppnå sina individuellt uppsatta mål i rehabiliteringsplanen. Närstående ska erbjudas stöd att hantera sin situation samt erbjudas att vara delaktig i patientens vård och rehabilitering.

Bedömningen och rehabiliteringen sker utifrån varje patients behov och förmåga. Den enskilde patienten och dess närstående får i så stor utsträckning som möjligt formulera sina mål/delmål i en rehabiliteringsplan. De uppsatta målen är vägledande för det fortsatta rehabiliteringsarbetet. Rehabiliteringsplanen ska vara tydlig, realistisk och förankrad i det dagliga livet.

## Rehabiliteringsprogrammets upplägg



### *Flödesschema slutenvårdsprogram*

Rehabilitering erbjuds dygnet runt sju dagar/vecka och bygger på patientens medverkan.

Patienten träffar ett interdisciplinärt team som arbetar med patienten i centrum. Teamet sätts samman utifrån patientens individuella behov och arbetar i nära samarbete med varandra och patientens närstående. Tolkservice anlitas när behov finns. Arbetsterapeut, kurator, logoped, läkare, och fysioterapeut, finns att tillgå vardagar på dagtid. På vårdavdelningen finns sjuksköterskor och undersköterskor i tjänst hela dygnet. Jourläkare finns i beredskap kvällar, nätter och helger. Då kliniken är belägen inom sjukhusområdet finns alltid annan specialiserad medicinsk kompetens och utredningsmöjligheter tillgängliga dygnet runt.

### **Inskrivning**

Läkare gör en medicinsk inskrivning. Den består av en kartläggning av patientens helhetssituation avseende t ex medicinskt status, kognition, kommunikation, patientens aktivitetsförmågor och familjesituation. Läkaren bedömer även om det finns särskilda behov avseende patientsäkerhet t ex, nedsatt minne eller nedsatt orienteringsförmåga. Sjuksköterskan gör en omvårdnadsinskrivning som bland annat innefattar fallriskbedömning, nutrition och trycksårsbedömning. Undersköterskan går igenom praktisk information om avdelningen och rutiner. Arbetsterapeut och fysioterapeut har alltid en gemensam inskrivning och kartläggning. Vår strävan är att göra en gemensam inskrivning vid ett tillfälle av samtliga professioner för att patienten inte ska behöva upprepa sin historia.

### **Rehabiliteringsåtgärder**

Individuella rehabiliteringsåtgärder kan vara medicinsk och allmän omvårdnad, träning av aktiviteter i det dagliga livet och ute i samhället, funktionell och specifik fysisk träning, kommunikation, vila, hembesök, hjälpmedelsutprovning, krisbearbetning, stödjande och informerande samtal.

Intensiteten på rehabiliteringen anpassas utifrån patientens förutsättningar. Vid en svår skada orkar patienten oftast bara korta insatser vid något enstaka tillfälle per dag. I ett lite senare skede när rehabiliteringen kan intensifieras bokas ofta fysioterapeut en till två gånger per dag och arbetsterapeut en till två gånger per dag. Logopedinsatser sker vid behov och träningstillfällen under den inneliggande rehabperioden prioriteras. Utöver detta sköter undersköterskor och sjuksköterskor en stor del av dagliga träningssituationer

när det gäller påklädning, personlig hygien, kommunikation, förflyttnings-  
träning etc.

Så snart det är möjligt introduceras egen träning som komplement till övriga  
insatser för att rehabiliteringen ska bli så intensiv som möjligt och ge patienten  
kunskaper att på egen hand eller med visst stöd kunna fortsätta sin reha-  
bilitering i hemmet och det dagliga livet.

**Gruppaktiviteter** bedrivs i form av aktivitetsdagar eller aktivitetskvällar,  
där syftet är social samvaro, stimulering samt att träna specifika moment i  
vardagen.

**Permissioner** i hemmet ses som en viktig del av rehabiliteringen och ge-  
nomförs så snart detta är praktiskt möjligt. Första permissionen föregås oft-  
ast av ett hembesök tillsammans med arbetsterapeut och fysioterapeut. Syftet  
är att bedöma tillgängligheten i bostaden samt att utreda eventuellt hjälpme-  
delsbehov. Permissioner och hembesök syftar även till att ge insikt, inspiration  
och mod inför den fortsatta rehabiliteringen.

## Rehabiliteringens omfattning

Varje patient erbjuds efter individuellt behov schemalagda rehabiliteringsin-  
satser. Veckoplanering sker tillsammans med arbetsterapeut och fysiotera-  
peut för att samordna insatserna. Rehabiliteringsperiodens längd varierar och  
bestäms utifrån uppskattning av patientens behov och rehabiliteringspotenti-  
al på nivå 3.

## Utskrivningskriterier

Utskrivningsdatum planeras tillsammans med patienten. Utskrivning skall  
vara aktuell:

- När vård eller rehabilitering kan tillgodoses på nivå 1 eller 2 eller när  
patienten ej är i behov av fortsatt rehabilitering.
- Om patientens fysiska eller psykiska tillstånd försämras och rehabilite-  
ring ej kan utföras. I dessa fall överförs patienten till aktuell specialistk-  
linik.

## Avbrytandekriterier

### ***Avbrytande av pågående utredning och rehabilitering på delta- garens egen begäran:***

All rehabilitering är frivillig och varje person har rätt att avbryta kontakten  
med sitt team. Det är önskvärt att försöka klarlägga orsaken till personens



önskan om sitt avbrytande så att eventuella missförstånd eller missförhållanden kan rättas till.

### ***Avbrytande av pågående rehabilitering på teamets begäran:***

Teamet kan avsluta mot personens vilja vid följande omständigheter:

- a) uppenbart missbruk av tabletter, narkotika eller alkohol.
- b) ingen aktiv medverkan i utformningen eller genomförandet av rehabiliteringen, undantaget personer som har begränsningar på kognitiva eller kommunikativa funktionsnedsättningar.
- c) om patienten aktivt motverkar rehabiliteringen.
- d) om patienten har ett så avvikande beteende att rehabiliteringen för övriga patienter eller personalens arbetsmiljö påverkas.
- e) om patienten inte kan tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatserna för nivå 3.

## **Överföring**

Läkaren sammanfattar rehabiliteringsperioden i en medicinsk epikris, vilken skickas till inremitterande och efterföljande vårdgivare. Vid behov och efter överenskommelse med patienten överrapporterar arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, kurator, logoped och dietist till mottagande kollegor inom nästa rehabiliteringsinstans. Överrapporteringen sker för att ge underlag för en god fortsatt omvårdnad och rehabilitering.

Sjuksköterskan skriver vid inläggning in patienten i LifeCare och kommunen har då möjlighet att påbörja sin planering i god tid. Primärvården ansvarar för att boka och kalla till möte för Samordnad Individuell Plan (SIP) tillsammans med kommunen och närstående. Samtliga yrkesgrupper från avdelningen kan kallas till SIP.

## **Uppföljning**

I samband med utskrivning beslutas om uppföljning. I de flesta fall kallas patienten inom några månader för ett återbesök till Rehabiliteringsmedicins öppenvårdsmottagning.

## **Samverkan**

Samarbete med närstående, primärvård och kommun utifrån patientens behov är av stor vikt i klinikens arbete. Avdelningen samarbetar med andra rehabiliteringsaktörer inom och utanför landstinget, t.ex. Norrlands universitetssjukhus, Rehab Station Stockholm, patientorganisationer och Luleå tek-

niska universitet. Andra aktörer, med vilka samarbete kan ske vid behov; är t.ex Arbetsgivare, Försäkringskassa, Arbetsförmedling, Fackförening, Kommunikationsteamet, Sitt-teamet, Tolk, samt Syn- och Hörcentral.

## Rehabiliteringsresurser

### Personal

**Arbetsterapeuten** utreder aktivitetsförmåga vad gäller resurser respektive hinder. Identifierar behov av åtgärder som i samverkan med patienten genomförs och utvärderas. Tydliggöra för individen hälsosamma aktivitetsmönster. Öka individens tilltro att kunna påverka sin aktivitetsförmåga.

**Arbetsterapeutbiträde** arbetar i samråd med berörd arbetsterapeut på avdelningen och finns vid behov till hands för inneliggande patienter. Målsättningen med arbetet är att, som en del i rehabiliteringsprocessen, motivera och stimulera till aktivitet.

### Fysioterapeuten

Fysioterapeuten deltar i teamet och har som roll att bedöma, undersöka och träna patientens rörelseförutsättning, rörelseförmåga och rörelsebetende såsom muskelfunktion, muskelstyrka, muskeltonus, sensorik, balans, koordination, ledrörlighet, smärta och förflyttningsförmåga.

**Kuratorn** kartlägger patientens sociala situation och ansvarar för att psykosociala aspekter kring patienten beaktas och integreras i rehabiliteringsarbetet. I kuratorsarbetet ingår krishantering/bearbetning av sjukdomsbesked eller traumatisk händelse samt att hantera den nya livssituationen för patienten, familj och närstående. Kuratorn ger socialjuridisk information, är behjälplig vid ansökningar och andra försäkringsfrågor.

**Logopeden** utreder och tränar patienter med kommunikationsstörningar dvs tal-, läs- och skrivsvårigheter, samt provar ut och ordinerar kommunikationshjälpmiddel. Logopeden utreder sväljsvårigheter och tränar patienten att bättre hantera intag av mat och dryck. I arbetsuppgifterna ingår information och utbildning till patient, närstående, personal och andra runt patienten.

**Läkaren** som är ansvarig för rehabiliteringsprogrammet är specialist inom rehabiliteringsmedicin och den som är medicinskt och övergripande ansvarig för den enskilde patientens rehabilitering. Ansvarig överläkare tillsammans med underläkare undersöker funktionsnedsättning och relationen med känd organskada. Läkare ansvarar för bedömning av och ställningstagande till läkemedelsbehandling. Läkare är också den som svarar för en bedömning av tidigare gjorda utredningar samt avgör om det föreligger behov av ytterligare undersökning eller kontakt med andra specialister. Läkare ser patienten regelbundet och vid behov samt genomför rond på vårdavdelning tillsam-

mans med dess personal fem dagar per vecka. Läkare är tillgänglig dagtid samt även övrig tid, då i form av jourläkare.

**Neuropsykolog** bedömer hur patientens kognitiva och exekutiva faktorer, motivationsfaktorer och emotionella aspekter påverkar förmågan. Neuropsykologen arbetar med frågeställningar som berör beteendet, kartläggning av beteendeförändringar, brister i impuls kontroll, stresskänslighet och humörsvängningar. Neuropsykologen ser även över behov av fortsatt psykosocialt, psykologiskt stöd och överrapporterar vid behov till andra rehabiliteringsaktörer.

**Rehabinstruktören** har i uppdrag att finnas som en förebild och medmänniska för patienten. Rehabinstruktören medverkar vid bland annat förflyttningsträningar, rullstolsteknik och aktiviteter. Med egen erfarenhet av att hantera förändringen från fullt frisk till ett liv i rullstol med funktionsnedsättning kan hon inspirera och stötta nyskadade patienter.

**Rehabkoordinatorn** har i uppdrag att verka för effektiva patientflöden genom välfungerande in- och utskrivningar t ex uppföljning av planerade utskrivningsdatum. Koordinatorn ansvarar tillsammans med avdelningens läkare och enhetschef för bedömning och planering av remisser samt hantering av väntelista.

**Rehabsamordnare** är en fysioterapeut eller arbetsterapeut som har ett uppdrag tillsammans med sjuksköterska och undersköterska att informera patienten och anhöriga om rehabplan och rehabmöten. Rehabsamordnare har även ett utökat dokumentationsansvar och planerar rehabmöten.

**Sjuksköterskan** har huvudansvar för omvårdnad. Målet är att tillsammans med övrig personal ge en professionell omvårdnad genom att strukturera, planera och tillgodose patientens omvårdnadsbehov. Som patientansvarig sjuksköterska (PAS) deltar man i utbildning inom specifika områden, planering, aktivering och social samvaro med patienten. Inför utskrivning har sjuksköterskan ett ansvar för samordning gentemot kommun, primärvård och närstående.

**Undersköterskan** arbetar nära patienten med omvårdnad, mobilisering och rehabilitering. Undersköterskan arbetar tillsammans med övriga teammedlemmar utifrån patientens rehabiliteringsplan och har en stor del i att träna patientens vardagliga aktiviteter (t ex påklädning, personlig hygien, förflyttningar, kommunikation). Som patientansvarig undersköterska (PUSK) deltar man också i planering, aktivering och social samvaro med patienten.

## Lokaler/utrustning/miljö

Avdelning 41N har tio vårdplatser fördelade på fem enkelrum, en 2-sal och en 3-sal. Enkelrummen fördelas utifrån behov av enskildhet, som är ett ställningstagande som teamet gör tillsammans. Rummet och sängplatsen anpassas så långt det är möjligt för patientens behov. Sängarna är elektriskt manövrerbara och varje patient har ett eget sängbord och låsbar garderob.

I våra lokaler finns anpassad, modern och beprövad rehabiliteringsutrustning. Det finns elmanövrerade höj- och sänkbara sängar och taklyftar i varje rum. Vi har tillgång till träningsbriter, rullstolar, elreglerade gåbord, upprensningshjälpmedel t.ex. Returner och Bure Rise and go, samt gånghjälpmedel som rollatorer. För omvårdnad och rehabilitering finns hygienstolar på hjul, duschpallar, duschvagn, toalettförhöjningar samt förflyttningshjälpmedel som t.ex. glidbrädor och upprensningbälten.

På avdelningen finns utöver patientsalarna träningskök, dagrum, konferensrum/personalrum, sköterskeexpedition, samtalsrum, och balkong. Det finns tillgång till dator med internetuppkoppling som patienterna kan använda på egen hand eller med stöd av personalen. Arbetsterapi- och fysioterapilokaler finns på sjukhuset. Ett särskilt träningsrum finns på intilliggande avdelning.

I avdelningens matsal dukas en frukostbuffé varje morgon där patienterna tränar utifrån deras förmåga. Där finns även tillgång till basket, bordtennis, darttavla, filmer, spel och ljudböcker.

På sjukhuset finns även tillgång till kiosk, restaurang, apotek, sjukhuskyrka, patient- och anhörighetell.

I vår utemiljö kan vi erbjuda promenadvägar, grillplatser, lekplats, en damm med brygga samt en stuga för aktivitet och samvaro. Från huvudentrén finns bussförbindelser med länstrafik och lokaltrafik. Järnvägsstation finns i direkt anslutning till sjukhuset.

## Utvärdering

Varje yrkeskategori utvärderar kontinuerligt patientens framsteg och behandlingsmetoder med olika mätinstrument, som mäter förändringar i funktioner, utvärderar aktivitet och delaktighet. Patientens rehabplan utvärderas av patienten tillsammans med teamet vid uppföljande rehabmöten och inför utskrivningen. Patientnöjdheten mäts genom att alla patienter får svara på frågor om sin rehabilitering vid utskrivning samt efter ett år (WebRehab).

## Resultat 2018

### Avd 41 N

- 50 genomförda rehabiliteringar (WebRehab)
- 102 % beläggning på avdelningen. Antalet vårdplatser har varierat från 4-8.
- Vårdtiden (median) är totalt för året 27 dagar (2017:35). Median i riket är 24 dagar.(WebRehab) Den längsta vårdtiden under året var 168 dagar (2017: 99 dagar).
- Insatser av fysioterapeut/arbetsterapeut under rehabperioden varierar från 1-4 per dag, beroende på patientens tillstånd. Stor del av rehabiliteringen sker i dagliga situationer med undersköterska eller sjuksköterska.
- Andelen som deltar i nationella kvalitetsregistret WebRehab är 88 % (2017: 90 %).
- Under rehabperioden ökar patienternas självständighet i hög utsträckning.



Vi tar emot patienterna i tidigare skede och rehabiliterar dem i samma omfattning som övriga riket. (FIM) Effektiviteten, dvs ökad förmåga/vårdtyg är högre än riket i övrigt.

- Förbättringen av nuvarande hälsotillstånd fortsätter från utskrivning till ett-årsuppföljning (EQ5D)
- 100 % av de som svarat på patientutvärderingen i WebRehab var nöjda/mycket nöjda med personalens bemötande (riket 100 %). Svarsfrekvensen var 70 %.

- Rapporterade avvikelser är inom områdena kommunikation/information samt rutiner/riktlinjer. Vi har ytterst få behandlingskrävande skador.
- Riskbedömningar utförs men siffrorna i uppföljningsportalen är avvikande vilket gör det till ett prioriterat område 2019.
- Verksamheten uppnår inte det ekonomiska målet och våra intäkter täcker inte våra kostnader. Ekonomisk handlingsplan finns i verksamheten och arbete med att strukturera vårdprocesserna samt effektivisera flödena är prioriterade aktiviteter för att uppnå en ekonomi i balans

## Utmaningar 2019 – fortsatt utveckling

- Bemanna alla tjänster för att hålla uppe vårdplatserna.
- Flödesförbättring – bedömning/rehabilitering och utskrivningsprocessen
- Öka antalet registrerade riskbedömningar
- Fokus på att i rehabiliteringen öka patienternas självständighet gällande dusch/bad