

Rehabiliteringsmedicinskt slutenvårdsprogram - Avd 41 N

Kompetenscentrum Rehabiliteringsmedicin

Bakgrund

När man drabbas av sjukdom eller skada som ger påverkan på nervsystemet kallar man det en neurologisk skada eller neurologisk sjukdom. Det kan bero på stroke, olyckor (ex. fallolyckor, trafikolyckor) eller sjukdomar som drabbar hjärnan eller ryggmärgen. Symtomen kan vara svaghet eller förlamning av muskler i hela eller delar av kroppen. Det kan även ge svårigheter att uttrycka sig och förstå sin omgivning. Vid huvudskador kan även minnet påverkas. Gemensamt för alla symtom är att vardagen påverkas och att man behöver stöd/träning för att återta funktioner.

Ordet rehabilitering kommer av latinets ”rehabilitatio” som betyder att återskapa. Syftet med rehabilitering är att om möjligt återgå till tidigare funktion eller skapa bästa möjliga välbefinnande hos personen, med ett så aktivt liv som möjligt.

Målgrupp

Slutenvårdsprogrammet vänder sig till personer med behov av rehabilitering och 24 timmars omvårdnad för svåra till totala aktivitetsbegränsningar inom området neurologi. Förutsättningar är att det föreligger behov av specialistrehabilitering, att personens allmänna hälsotillstånd är tillräcklig bra för att kunna tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatserna och att personen bedöms ha rehabiliteringspotential.

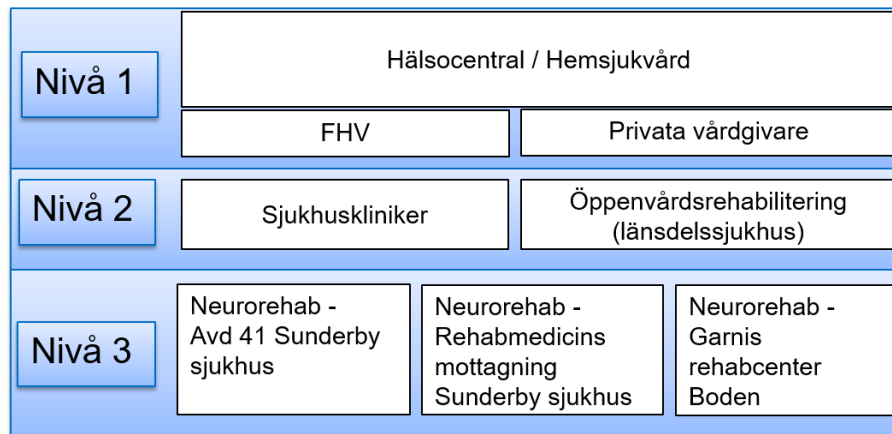
Personer med nyligen förvärvad ryggmärgsskada och behov av rehabilitering i slutenvård erbjuds vård på enheten från 16 år och uppåt. Rehabiliteringen individualiseras utifrån etiologi till skadan, skadenivå, grad av funktionsnedsättning, samsjuklighet och rehabiliteringspotential. Sektionen har ett specifikt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

Teamets mål och värderingar

Vi arbetar för att personen och dennes närstående ska få kunskap och insikt om sin diagnos, konsekvenser i vardagen och bli medveten om sina möjligheter utifrån sin funktionsnivå. Målet är att personen ska kunna ta ett eget ansvar i att hantera olika dagliga aktiviteter, långsiktigt uppfylla mål inom relationer, på arbetet och på fritiden och på så vis uppnå en god delaktighet och livstillfredsställelse.

Vi arbetar personcentrerat utifrån en helhetssyn och med respekt för personers integritet, där vi eftersträvar att se dem i sitt sociala, etniska och kulturella sammanhang. Vi har möjlighet att tillgodose personers olika behov avseende religionsutövning, kost och andra särskilda intressen. Vi kan erbjuda samtal med tolk på ett stort antal olika språk.

Programmets plats i vårdkedjan



Rehabiliteringsnivå 1

Primärvård: Rehabilitering bedrivs vid de hälsocentraler som ingår i vårdvalet. Primärvården ansvarar för befolkningens behov av första linjens hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering. Arbetssättet präglas av helhetssyn och tvärprofessionell samverkan.

Kommunal hemsjukvård: Kommunerna har ansvaret för alla hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet för personer som är 18 år och äldre.

Privata vårdgivare och **företagshälsovård** kompletterar insatserna på nivå 1.

Rehabiliteringsnivå 2

Vid länsdelssjukhusen finns inom slutenvården vårdavdelningar för rehabilitering av personer med akut insjuknande i exempelvis stroke. Enheter för öppenvårdsrehabilitering finns knutna till respektive länsdelssjukhus. På denna nivå finns tillgång till teamrehabilitering med fler yrkeskompetenser, mer resurser och fördjupad kompetens inom berörda diagnosområden jämfört med nivå 1.

Rehabiliteringsnivå 3

Rehabiliteringen kan ske i sluten- eller öppenvård. Hit remitteras personer för utredningar och rehabiliteringsåtgärder. Rehabnivån kan också vara första instans för personer med sjukdomar eller skador som kräver specialistvård initialt. Här erbjuds ytterligare fördjupad kompetens inom det specifika området och större personalresurser än övriga nivåer. Enheterna ansvarar för rehabiliteringen till dess att läkare med specialistkompetens tillsammans med teamet bedömer att personen kan tillgodogöra sig rehabilitering på lägre nivå.

Remiss

Remiss är ett krav för att ingå i programmet. De flesta remisserna kommer från andra avdelningar på Sunderby sjukhus eller länsdelssjukhus (nivå 2). Överföringar från regionsjukvården vid Norrlands universitetssjukhus till avdelningen sker enligt överenskommelse utan remiss.

Remiss mottas av ansvarig avdelningsläkare som träffar personen inom 48 timmar om denne är ineliggande på Sunderby Sjukhus. Vid ineliggande på annat sjukhus i länet görs bedömningen utifrån uppgifterna i remissen och datajournal. Vid behov tas kompletterande kontakt med inremitterande. Personen bedöms och tas över till Avdelning 41 så snart som möjligt.

Om inklusionskriterierna inte uppfylls meddelas personen detta muntligen i samband med bedömningen. Remissvar skickas samma dag som läkaren har dikterat in svaret.

Om plats inte finns på Avdelning 41 Neurorehab, skrivs personen upp på väntelista och flyttas till om möjligt till hemsjukhuset, alternativt blir kvar på den avdelning de befinner sig, i väntan på att plats blir tillgänglig.

Inklusionskriterier

- 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.

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

Avbrytande av pågående rehabilitering på deltagarens egen begäran:

All rehabilitering är frivillig och varje person har rätt att avbryta kontakten med sitt team. Det är önskvärt att försöka klargöra 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 pga kognitiva eller kommunikativa funktionsnedsättningar.
- c) om personen aktivt motverkar rehabiliteringen.

- d) om personen har ett så avvikande beteende att rehabiliteringen för övriga inbegripande personer eller personalens arbetsmiljö påverkas.
- e) om personen inte kan tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatserna för nivå 3.

Rehabiliteringsresurser

Rehabiliteringsteamet

För att nå bästa möjliga resultat av rehabiliteringsinsatserna arbetar vi i multiprofessionella team. Teamens arbetssätt är interdisciplinärt det vill säga flera yrkeskategorier arbetar tillsammans i samverkan med personen och eventuellt även dennes närstående, utifrån personens behov.

I teamet ingår förutom personen och dess närstående en mängd olika yrkesprofessioner. På vårdavdelningen finns sjuksköterskor och undersköterskor i tjänst hela dygnet. Arbetsterapeut, kurator, logoped, läkare, och fysioterapeut finns att tillgå vardagar på dagtid. Jourläkare finns i beredskap kvällar, nätter och helger. En kväll i veckan har rehabinstruktören olika aktiviteter.

I arbetsuppgifterna för samtliga professioner ingår information och utbildning till person, närstående, personal och andra runt personen.

Personal

Arbetsterapeuten fokuserar i bedömning och rehabilitering på hur personen klarar vardagliga aktiviteter utifrån sina förmågor.

Fysioterapeuten undersöker och tränar personens fysiska förmåga och fysiska förutsättningar, t ex balans, styrka, och förflyttningar.

Kuratorn fokuserar på den sociala situationen för personen och dess närstående, kan bidra med samtal t ex krishantering eller gällande utmaningar i en ny livssituation. Kuratorn ger socialjuridisk information, är behjälplig vid ansökningar och andra försäkringsfrågor.

Logopeden utreder och tränar personer med svälj-, tal-, läs- och skrivsvårigheter, samt provar ut och ordinerar kommunikationshjälpmedel.

Läkaren är ansvarig för att sammanfatta den enskilda personens tidigare utredningar, den aktuella rehabilitering, läkemedelsbehandling samt bedöma behov av kontakt med andra specialister. Läkare ser personen regelbundet och vid behov samt genomför rond på vårdavdelning tillsammans med dess personal fem dagar per vecka. Läkaren som är ansvarig för rehabiliteringsprogrammet är specialist inom rehabiliteringsmedicin och den som är medicinskt och övergripande ansvarig för den enskilda personens rehabilitering

Neuropsykolog bedömer personens kognitiva förmåga, arbetar med frågeställningar som berör beteendet, kartläggning av beteendeförändringar, motivation, brister i impuls kontroll, stresskänslighet och humörsvägningar.

Rehabinstruktören medverkar som en förebild vid bland annat förflyttningsträningar, träning i rullstolsteknik och olika aktiviteter. Finns som en medmänniska för personen när det gäller att hantera en ny livssituation.

Rehabkoordinatorn ansvar tillsammans med läkare, sjuksköterska och enhetschef för bedömning och planering av remisser samt hantering av väntelista i syfte att ha ett bra flöde med välfungerande in- och utskrivningar.

Rehabsamordnaren ansvarar för att informera personen och närstående samt planera, leda rehabmöte och dokumentera rehabplan.

Sjuksköterskan har huvudansvar för att planera och strukturera omvårdnad. Patientansvarig sjuksköterska (PAS) ansvarar för att utbilda personen inom specifika områden t ex blåsa/tarm och läkemedelshantering.

Undersköterskan arbetar nära personen med omvårdnad, mobilisering och vardagsrehabilitering t ex påklädning, personlig hygien, förflyttningar och kommunikation. Patientansvarig undersköterska (PUSK) deltar i planering, aktivering och social samvaro med personen.

Personens medverkan

Personen räknas som en teammedlem och förutsätts vara delaktig i planering och beslut som rör rehabiliteringen, samt erhålla adekvat information och kunskap. Personen uppmuntras att ge synpunkter av värde för klinikkens förbättringsarbete.

Närståendes medverkan

Närstående ses som en resurs i den långsiktiga och vardagsnära rehabiliteringen. De erbjuds därför, med personens godkännande, att delta vid utredning- och rehabiliteringsinsatser. Närstående erbjuds träffa läkare första veckan för att få information och svar på eventuella frågor. Därefter erbjuds läkarkontakt till närstående efter behov. Övriga professioner har kontinuerlig kontakt med närstående under rehabiliteringsperioden.

Lokaler/utrustning/miljö

Avdelning 41N är belägen inom sjukhusområdet och annan specialiserad medicinsk kompetens och utredningsmöjligheter finns tillgängliga dygnet runt. Avdelningen har vid full kapacitet tio sängplatser 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 utifrån personens behov. Sängarna är elektriskt manövrerbara och varje person har ett eget sängbord och låsbar garderob.

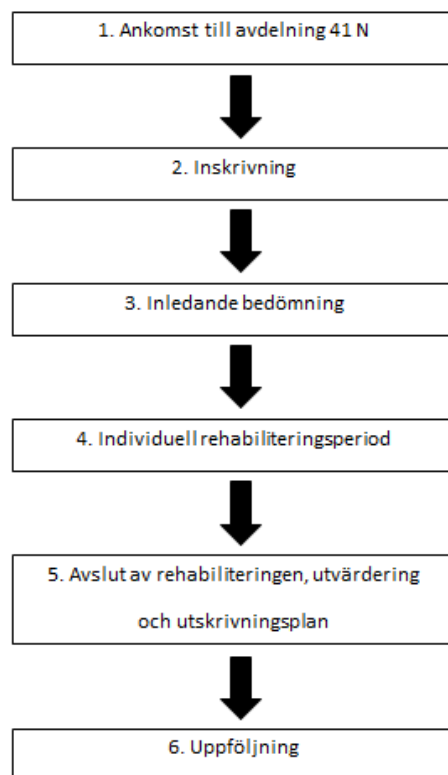
I våra lokaler finns anpassad och modern rehabiliteringsutrustning med taklyftar i varje rum. Vi har tillgång till träningsbriter, rullstolar, elreglerade

gåbord, upprensningshjälpmedel och gånghjälpmedel. För omvårdnad och rehabilitering finns hygienstolar på hjul, duschpallar, duschvagn, toalettförhöjningar samt förflyttningshjälpmedel. Personerna erbjuds frukostbricka för att stimulera till ökad delaktighet i samband med måltider.

På avdelningen finns utöver patientsalarna träningskök, dagrum, konferensrum/personalrum, sköterskeexpedition, samtalsrum, och balkong. Arbetsterapi- och fysioterapilokaler finns på sjukhuset. Ett särskilt träningsrum finns på intilliggande avdelning. Det finns även tillgång till basket, bordtennis, darttavla, filmer, spel och ljudböcker på avdelningen.

På sjukhuset finns kiosk, restaurang, apotek, sjukhuskyrka samt hotell för patienter och närstående. 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.

Rehabiliteringsprogrammets upplägg



1. Ankomst till avdelning 41 N

2. Inskrivning

Läkare gör den medicinska inskrivningen. Den består av en kartläggning av personens helhetsituation avseende t ex medicinskt status, kognition, kommunikation, 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 riskbedömningar för fall, munhälsa, undernäring, blåsoverfyllnad, trycksår och hud. Undersköterskan går igenom praktisk information om avdelningen och rutiner.

Arbets terapeut 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 personen inte ska behöva upprepa sin historia. Närstående kontaktas för att de ska få aktuell information och även i vissa fall kunna ge en beskrivning av personen innan sjukdom/skada.

3. Inledande bedömning

Under personens första vecka på avdelningen gör samtliga teammedlemmar en bedömning av personens resurser och hinder. Ett veckoschema med personens individuella träffar upprättas.

4. Individuell rehabiliteringsperiod

Rehabilitering erbjuds dygnet runt sju dagar/vecka. Rehabiliteringsperiodens längd varierar och bestäms utifrån rehabiliteringspotential samt personens behov av insatser på rehabiliteringsnivå 3.

ICF-baserad rehabiliteringsplan

Rehabiliteringsplanen är uppbyggd enligt WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, ICF) och består av tre delar: en bedömningsdel, en del med mål, åtgärder och utvärdering samt en del med fortsatt planering efter rehabiliteringsperioden.

Inför rehabiliteringsmötet informerar rehabiliteringssamordnaren personen och eventuella närstående om mötets upplägg och hur rehabiliteringsplanen sätts samman. En första genomgång av hinder och resurser genomförs inom områdena kroppsfunction/personliga egenskaper, aktivitet och delaktighet samt omgivningsfaktorer.

Rehabiliteringsplanen sammanställs på ett rehabiliteringsmöte under andra veckan efter inskrivning. Personen, eventuell närstående och rehabiliteringsteamet definierar de individuella konsekvenserna av sjukdom/skada och personens egna huvudmål samt delmål beskrivs. Målsättningarna ska vara specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsatta för rehabiliteringsperioden. I rehabiliteringsplanen specificeras vem som har ansvar för åtgärderna (personen själv, teamet eller personen och teamet tillsammans). Rehabiliteringsplanen är personens eget dokument som följer personen under och efter rehabiliteringsperioden.

Åtgärder

Under en rehabiliteringsperiod genomförs varierande antal åtgärder utifrån personens rehabiliteringsplan.

Exempel på åtgärder:

- 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 personens förutsättningar. Vid en svår skada orkar personen oftast bara korta insatser vid något enstaka tillfälle per dag. I ett lite senare skede när rehabiliteringen kan intensifieras bokas ibland fysioterapeut en till två gånger per dag och arbetsterapeut en till två gånger per dag. Logopedinsatser sker vid behov och träningstillfällen under den inläggande rehabiliteringsperioden prioriteras. Utöver detta sköter undersköterskor och sjuksköterskor en stor del av vardagsrehabiliteringen t ex påklädning, personlig hygien, kommunikation och förflyttningar.

Så snart det är möjligt introduceras egen träning som komplement till övriga insatser för att rehabiliteringen ska bli så intensiv som möjligt och ge personen kunskaper att på egen hand eller med visst stöd kunna fortsätta sin rehabilitering 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 genomförs så snart detta är praktiskt möjligt. Första permissionen föregås oftast av ett hembesök tillsammans med arbetsterapeut och fysioterapeut. Syftet är att bedöma tillgängligheten i bostaden samt att utreda eventuellt hjälpmedelsbehov. Permissioner och hembesök syftar även till att ge insikt, inspiration och mod inför den fortsatta rehabiliteringen.

5. Avslut av rehabiliteringen, utvärdering och utskrivningsplan

Sista veckan under den individuella rehabiliteringsperioden träffar personen och ibland närstående hela eller delar av teamet och summerar perioden, vilka mål i rehabiliteringsplanen som är uppnådda och vilka som återstår.

Läkaren sammanfattar rehabiliteringsperioden i en medicinsk epikris, vilken skickas till inremitterande och efterföljande vårdgivare. Vid behov och efter överenskommelse med personen överrapporterar arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, kurator, logoped, neuropsykolog och dietist till mottagande kollegor. Överrapporteringen sker för att ge underlag för en god fort-

satt omvårdnad och rehabilitering. Vid behov kan även utbildningsinsatser ske från respektive profession till mottagande team.

Sjuksköterskan skriver vid inläggning, efter överenskommelse, in personen i LifeCare och kommunen har då möjlighet att påbörja sin planering i god tid. Primärvården ansvarar för att vid behov boka och kalla till möte för Samordnad Individuell Plan (SIP) tillsammans med kommunen och närstående. Samtliga yrkesgrupper från avdelningen kan kallas till SIP. Inför utskrivning har sjuksköterskan ett ansvar för samordning gentemot kommun, primärvård och närstående.

Utskrivningskriterier

Utskrivningsdatum planeras tillsammans med personen och är aktuell:

- När vård eller rehabilitering kan tillgodoses på nivå 1 eller 2 eller när personen inte längre är i behov av fortsatt rehabilitering.
- Om personens fysiska eller psykiska tillstånd försämras och rehabilitering inte kan utföras överförs personen till aktuell specialistklinik.

Vid utskrivning från Avdelning 41 kan personen överföras till

- a. Länsdelssjukhus (vid behov av fortsatt slutenvård) alternativt öppenvårdsrehabilitering (nivå 2).
- b. Hemsjukvård vid behov av insatser i hemmet eller primärvård för insatser vid en hälsocentral (nivå 1).

6. Uppföljning

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

Utvärderingsinstrument

Varje yrkeskategori utvärderar kontinuerligt personens framsteg och behandlingsmetoder. Till detta används olika instrument som mäter förändringar i funktioner, utvärderar aktivitet och delaktighet. Rehabiliteringsplanen utvärderas av personen tillsammans med teamet vid uppföljande rehabiliteringsmöten och inför utskrivningen. Patientnöjdheten mäts med en enkät vid avslut av rehabiliteringen. Skattningsinstrumentet *Functional Independence Measure* (FIM) fylls i av personal och presenteras för personen för att synliggöra resultat av rehabiliteringen. Personen fyller i enkäter från *Svenskt register för rehabiliteringsmedicin* (SveReh) vid start, avslut samt vid 1-års uppföljning.

Kvalitetssäkring

Enheten är ansluten till det nationella kvalitetsregistret SveReh. Med hjälp av uppgifterna från registren kan verksamheten kontinuerligt utvärderas och förbättras. Uppgifterna från formulären ger också ett underlag i personens utredning- och rehabiliteringsprocess. Personen har möjlighet att avsäga sig registrering i SveReh.

Samverkan

Samarbete med närstående, primärvård och kommun utifrån personens behov är av stor vikt i klinikens arbete. Avdelningen samarbetar med andra rehabiliteringsaktörer inom och utanför landstinget, till exempel Norrlands universitetssjukhus, Rehab Station Stockholm, patientorganisationer, Luleå Tekniska Universitet och Lunds Universitet. Andra aktörer, med vilka samarbete kan ske vid behov är till exempel arbetsgivare, försäkringskassa, arbetsförmedling, fackförening, kommunikationsteamet, sitteamet, tolk, samt syn- och hörcentral.