

Rehabiliteringsmedicinskt program för rehabilitering efter förvärvad hjärnskada

Berörda enheter

Kompetenscentrum Rehabiliteringsmedicin.

Målgrupp

Rehabiliteringsmedicin har ett länsansvar för specialistrehabilitering av personer med förvärvad hjärnskada från 16 till 65 års ålder och bedriver rehabilitering i både slutenvård och öppenvård. Slutenvård gäller rehabilitering för nyinsjuknade/nyskadade. I senare skede kan reabilitationsinsatser ges i öppenvård.

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 i slutenvård, att patientens allmänna hälsotillstånd är tillräckligt bra för att kunna tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatserna och att patienten bedöms ha rehabiliteringspotential.

Bakgrund

Följande skadetyper räknas till förvärvade hjärnskador:

Stroke (hjärninfarkt 85 % och hjärnblödning 15 %)

- Hjärninfarkt - kraftig störning i hjärnans blodförsörjning på grund av blodpropp (infarkt) eller åderförkalkning
- Hjärnblödning - brustet blodkärl i hjärnan eller hjärnans hinnor – Subarachnoidalblödning - aneurysm, bräckartade försvagningar på blodkärl som brister.

Vanliga funktionsnedsättningar är förslamning, språkstörning, minnesstörning, depression, uppmärksamhetsstörning, synfältsbortfall.

Traumatiska hjärnskador

Hjärnskador som beror på yttre våld mot huvudet. Orsakerna kan vara trafikolyckor, fallolyckor, misshandel eller vapenskador. Traumatiska hjärnskador kan ge mycket avgränsade eller/och diffusa skador och kan yttra sig med de mest skiftande funktionsstörningar (motoriska och/eller kognitiva, ibland kan kognitiva störningar vara mer uttalade än motoriska), vilka beror på var och hur hårt skallen utsätts för våld.

Skador som uppstår i samband med att man kirurgiskt avlägsnar en tumör

Dessa skador är i allmänhet tydligt avgränsade och ger funktionsnedsättningar som kan härledas till det område där tumören är belägen. Strålbehandling mot hjärnan kan ge en mer generell påverkan på hjärnans funktioner.

Syrebristskador (anoxier)

Skador som uppstår vid till exempel drunkningstillbud eller hjärtstillestånd. Det kan ge mycket utbredda skador. Svårighetsgraden beror på hur länge syrebristen varat. Funktionsnedsättningar kan ses inom en rad olika områden, t ex synnedsättning, minnessvårigheter och rörelsestörningar.

Metabola hjärnskador

Diffusa skador t ex pga lågt/högt blodglukos, intoxication eller leversvikt. Vanliga effekter är olika typer av kognitiva och beteendemässiga störningar, epilepsi samt störningar i den motoriska kontrollen.

Infektionsrelaterade hjärnskador

Skador som uppstår till följd av kraftiga infektioner i hjärnan eller hjärnans hinnor. Det kan röra sig om till exempel hjärn- eller hjärnhinneinflammation. Vanliga restsymtom efter infektioner är epilepsi, kranialnervsskador och avgränsade funktionsbortfall.

Konsekvenser efter hjärnskada

Funktionsnedsättningar

Fysiska: Förlamning och känselstörning, störda sinnesintryck, synfältsbortfall, magtarmfunktion, spasticitet, blåspåverkan, muskel- och skelettproblem, sväljningssvårigheter, språkstörning, huvudvärk.

Psykiska: Förändrat medvetande och vakenhet, hjärntrötthet, kognitiva störningar med nedsatt minne, orienteringsförmåga, koncentration och uppmärksamhet samt exekutiva funktioner, personlighetsförändring, beteendestörning, ökad stresskänslighet, depression, emotionslabilitet, sexuell störning, sömnstörning.

Aktivitetsbegränsningar

En hjärnskada kan ge svårigheter med att: använda synen, förvärva färdigheter, fokusera uppmärksamheten och lösa problem. Genomföra uppgifter/daglig rutin, hantera stress/stimuli. Kommunikationssvårigheter i tal/skrift, svårt att förstå och interagera med andra personer. Ändra och bibehålla kroppsställning, förflyttning, stå/gå, använda arm och hand, att lyfta och bära. Framföra fordon. Informella sociala relationer och familjerelationer kan påverkas. Äta och dricka.

Delaktighetsinskränkingar

Familjeliv, yrkesutövning, fritidsaktiviteter. Informella sociala relationer och familjerelationer kan påverkas.

Medicinska komplikationer:

Tex hydrocephalus, epilepsi, hormonstörningar

Vårdkedja

Personer som drabbas hjärnskador i Norrbotten omhändertas i akutskedet vid olika kliniker i länet (kirurgen, strokeenheten, medicinkliniken). Om behov av neurokirurgi/interventionell neuroradiologi eller fördjupad utredning skickas patienter till Norrlands universitetssjukhus (NUS), Umeå. Efterföljande neurorehabilitering sker i Norrbotten.

Hjärnskaderehabilitering sker på olika nivåer enligt rehaböverenskommelsen:

- Nivå 3. KC Rehabiliteringsmedicin: avdelning 41 Neurorehab (avd 41N), Neurorehabs mottagning och Garnis rehabcenter. Se Rehabiliteringsmedicinskt slutenvårdsprogram och öppenvårdsprogram för närmare beskrivning (Länkar)
- Nivå 2. Medicin/rehabavdelningar på länsdelssjukhusen, strokeenheten samt Öppenvårdsrehab.
- Nivå 1. Primärvård, kommun och privata vårdgivare.

Målsättning

Målsättningen är att personer med hjärnskada ska kunna förbättra och/eller bibehålla sina funktioner och aktivitets-/delaktighetsnivå, förebygga att sekundära komplikationer uppstår samt främja hälso-medvetenhet och livsstilsförändring. I den medicinska rehabiliteringen ingår ansvar för att optimera patientens förutsättningar för att behålla eller återgå till yrkesarbete/studier.

Teamarbete

Rehabiliterings- och uppföljningsinsatserna på avd 41N, Neurorehabs mottagning och Garnis rehabcenter sker av multiprofessionella team som arbetar interdisciplinärt med patienten i centrum. Teamet består av arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, rehabinstruktör, specialistläkare, sjuksköterska, undersköterska och vid behov neuropsykolog och logoped. Patienten är själv en del i teamet. Personalen har särskild kompetens när det gäller omhändertagande och rehabilitering av hjärnskadade. De har utbildning, internt och externt arrangerad, och kontakter med andra specialistkliniker för erfarenhetsutbyte.

Rehabplan

För alla rehabpatienter på avdelningen och de som genomgår rehabutredning i öppenvård upprättas en rehabplan tillsammans med patienten och ev anhöriga. Som underlag används begrepp och termer från ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Rehabplanen innehåller målsättningar och åtgärder under rehabiliteringstiden, specifika mål och när de ska vara uppnådda. Vid slutenvård gås planen igenom av teamet varje vecka och uppdateras regelbundet vid rehabmöten med patienten. Vid öppenvård upprättas planen och patienten får med sig den vid det avslutande mötet. Alla professioner i teamet deltar vid upprättandet av rehabplanen.

Samverkan

Samverkan sker med andra specialistkliniker i länet (närmare beskrivet nedan), primärvården, kommuner samt patientorganisationer. Det finns även ett samarbete med specialistkliniker utanför länet, t ex Neurokirurgen vid Norrlands universitetssjukhus

Inklusionskriterier

- Förvärvad hjärnskada i subakut fas med svår funktionsnedsättning och/eller svår till total aktivitets-/delaktighetsbegränsning med sammansatt och komplext rehabiliteringsbehov.
- ≥ 18 års ålder (i enstaka fall ≥ 16 år, då i samråd med barnkliniken). Ingen övre åldersgräns – individuell bedömning görs.
- Medicinskt utredda angående orsak till hjärnskadan och har klar diagnos vid inskrivningen
- Medicinskt stabilt tillstånd, utan pågående akut psykiatrisk sjukdom
- Patient med lätt hjärnskada kan bli aktuella för insatser i öppenvård om konsekvenserna gällande funktion, aktivitet och delaktighet är betydande.
- Under utrednings- eller rehabiliteringsperiod i öppenvård måste patienten kunna klara sig själv alternativt ha med sig personlig assistent eller annan person som hjälp

Exklusionskriterier

- Medicinskt tillstånd med påverkan på allmäntillståndet av sådan grad att patienten ej kan delta i/tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatser.
- Pågående medicinsk behandling och/eller utredning som negativt påverkar förutsättningar för rehabiliteringsinsatser.
- Psykisk eller psykologisk störning av sådan grad att patienten ej kan delta i/tillgodogöra sig rehabiliteringsinsatser.
- Pågående drogmissbruk.
- Aktivt motverkar rehabilitering

Utskrivnings-/avslutnings-/överföringskriterier

- Patienten själv väljer utskrivning eller att avstå från fortsatt rehabilitering/uppföljning.
- Patienten flyttar från Norrbotten.
- Om patientens behov lika bra/bättre kan tillgodoses på annan vårdnivå eller vårdinstans – medicinskrehabiliterings kliniker på övriga sjukhus i länet, Öppenvårdsrehab, rehabilitering i primärvård, rehabilitering i hemsjukvård.

Dokumentation

Ansvarig läkare skriver in- och utskrivningsanteckning i journalen vid slutenvårdsperioden. I dessa anteckningar beskrivs orsaken till skadan, skadeutbredning, omfattning och samsjuklighet. Vid utskrivningen kommenteras förväntad prognos och vidare planering av rehabinsatser.

Rehabrond, rehabmöten, dagliga ronder dokumenteras i journalen. I slutet av varje vecka skrivs anteckning angående aktuella medicinskt tillstånd av läkare, daganteckningar skrivs när relevant. Informations-samtal med patient/närstående dokumenteras.

Alla i teamet skriver anteckningar för sitt arbete med patienterna. Dokumentation sker på motsvarande sätt vid öppenvårdsinsatser.

Slutenvård

Arbetssätt

1. Bedömning av inkommande remisser (från slutenvård på Sunderby sjukhus - kirurgkliniken, strokeenheten, medicinklinik; annat sjukhus i Norrbotten; neurokirurgiska kliniken, NUS; andra kliniker i landet).

Patienter inneliggande på Sunderby sjukhus bedöms även genom konsultbesök innan beslut angående övertagning.

Patienter som ligger på andra sjukhus och remitteras till avd 41N bedöms utifrån journaluppgifter och vid behov muntlig kontakt med läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut.

Patienterna bedöms avseende bl a mekanism av skada, GSC/RLS vid inkomst till sjukhus, längd av medvetslöshet och posttraumatisk amnesi, neurologiska symptom/fokal neurologi, motorisk nedsättning, tonusrubbning, kognitiv nedsättning och beteendestörning.

Om patienten bedöms vara i behov av rehabilitering i slutenvård på nivå 3, det medicinska tillståndet är tillräckligt stabilt och rehabiliteringspotential finns flyttas hen över till avd 41N.

En patientkategori som skiljer sig från detta är patienter med långvarig svår medvetandestörning efter hjärnskada (DOC – disorders of consciousness). Dessa patienter uppvisar inga eller mycket sparsamma tecken på medvetenhet om sig själv eller omgivningen och kan inte medverka i aktiv rehabilitering. I dessa fall kan patienten skrivas in på avd 41N under 2-4 veckor för bedömning, mobilisering, stimulering, etablering av dagsschema och vidare planering. Om förbättring sker och aktiv rehab kan bedrivas så kan vårdtiden förlängas.

För patienter som ej tas över till avdelningen ges rekommendationer angående fortsatt behandling och rehabilitering.

Uppföljning vid Rehabiliteringsmedicins mottagning kan bli aktuell även om patienten inte tas över för slutenvårdsrehabilitering på avd 41N.

2. Beslut om inläggning på avd 41N.

Patienter läggs initialt in på avd 41N för ca 2-4 veckor bedömnings- och rehabiliteringsperiod. Utifrån klinisk bild och resultat av rehabiliteringsinsatser beslutas om fortsatt rehabilitering kommer att ske på avdelningen, om patienten kan flyttas till hemsjukhuset eller skrivas ut till hemmet/kommunalt boende för fortsatt rehabilitering i öppenvård.

3. Bedömning/kartläggning av patientens funktion och aktivitetsförmåga sker under de första 7 dagar efter inskrivning.

4. Anhörigsamtal de första dagarna efter inskrivningen.

5. Medicinska åtgärder och rehabilitering;

- Bedömning av patientens medicinska tillstånd, ev komplikationer, genomgång av läkemedelsbehandling (risk för biverkningar?), optimera allmäntillstånd.
- Patienter med svåra hjärnskador (patienter i icke responsivt vakenhetstillstånd, minimalt medvetandetillstånd): Försök till höjning av medvetandegraden med mediciner kan genomfö-

ras. Optimera miljö, sinnesstimulering, mobilisering, nutrition, elimination. Förebygg komplikationer.

- Patienter med medelsvåra/svåra hjärnskador (vakna patienter med kognitiva och/eller motoriska nedsättningar): Aktiv rehabilitering med fysioterapeutiska och arbetsterapeutiska åtgärder påbörjas. Kuratorkontakt och vid behov kopplas neuropsykolog och/eller logoped in.

6. Rehabmöte med patienten, anhöriga och teamet för målsättning och upprättning av rehabplan enligt ICF. Första rehabmöte planeras ca 1 vecka efter inskrivningen. Vid längre rehabiliteringsperiod hålls återkommande rehabmöte med utvärdering av mål och revidering av rehabplan.

7. Rehabbrond

En gång i veckan samlas teamets medlemmar till ett teammöte för genomgång av rehabiliteringsförloppet för varje patient. Teamet får då möjlighet att värdera fortskridandet av rehabiliteringsinsatserna och vid behov diskutera en eventuell modifiering av rehabiliteringsplanen.

8. Rehabiliteringsperiodens längd kan variera beroende på skadans lokalisation, skadeutbredning, graden av motoriska och kognitiva svårigheter samt framstegen i rehabiliteringen. Vanligtvis tar det 3 till 6 veckor innan patienterna skrivs ut från avdelningen.

9. Hembesök under vårdtiden utförs besök till patientens hem tillsammans med sjukgymnast och arbetsterapeut för att kartlägga behovet av anpassning av bostaden och hjälpinsatser av hemtjänst eller behov av personlig assistans. För patienter som bor långt från Sunderby sjukhus kan hembesöket utföras av arbets- och fysioterapeut från patientens hemkommun.

10. Permissionsresa till hemmet under vårdtiden kan bekostas av regionen en gång per månad. Om patienten inte kan göra permissionsresa till hemmet och bor långt bort, finns istället möjlighet för patienten att bo på patienthotellet med familjen.

11. Utskrivning – processen för utskrivningen påbörjas i regel tidigt under vårdperioden. Patienterna kan skrivas ut till egen bostad utan/med hjälpinsatser eller till korttidsboende. Vid behov av hjälpinsatser från kommun och primärvård sker kommunikation och överföring av information om patientens tillstånd och hjälpbehov via LifeCare. Redan på avdelningen kan intyg för ansökan om godman/förvaltare eller personlig assistans skrivas vid svår hjärnskada. Bedömning avseende bilkörning görs och muntlig överenskommelse om körförbud eller skriftlig anmälan till Transportstyrelsen utifrån behov. Bedömning avseende vapen och anmälan enligt vapenlagen

vid behov. Patienten planeras för vidare uppföljningar och rehabinsatser. Patienten får med sig en personlig portfolio med skriftlig information om vårdtiden, fortsatt planering, kontaktuppgifter till rehabmedicins mottagning, läkemedelslista, träningsprogram mm.

Rehabiliteringsåtgärder

Rehabiliteringsinsatserna är individuellt anpassade och sker enligt den rehabplan som upprättats med patienten. Se rehabiliteringsmedicinskt slutenvårdsprogram för generell beskrivning av rehabilitering och medicinska insatser på avd 41N. Utöver rehabiliteringsinsatserna som beskrivs i Rehabiliteringsmedicins slutenvårdsprogram erbjuds även stöd vid ansökan om insatser, såsom personlig assistans, bidrag etc.

Under slutenvårdperioden sker kognitiv och fysisk rehabilitering. Kognitiv rehab kan innefatta träning av uppmärksamhet/visuell avsökning, språk, minne, exekutiva funktioner och tillämpning av interna och externa kompensatoriska strategier.

Avdelningens personal tillhandahåller kunskaper, ger råd och hjälp inom områden som tekniska hjälpmedel, ortoser. Förflyttningar till och från med rullstol instrueras, rullstolen anpassas för en bra sittställning och man har möjlighet att träna på att köra rullstolen. Gångträning bedrivs om möjligt.

Inför utskrivningen planeras fortsatta rehabiliteringsinsatser på hemorten. Remisser skickas och paramedicinare tar vid behov med sina respektive kollegor för överrapportering. Dessa aktörer erbjuds komma till avdelningen innan patienten skrivs ut för att lära känna patienten och se hur långt i rehabiliteringsförloppet denne har kommit och hur de kan fortsätta efter utskrivningen.

Medicinska åtgärder

På vårdavdelningen finns sjuksköterskor och undersköterskor i tjänst dygnet runt. Specialistläkare i rehabiliteringsmedicin har medicinskt ansvar för avdelningen och finns i tjänst dagtid vardagar och håller i den medicinska rondan.

Jourhavande läkare från andra sjukhuskliniker finns tillgängliga dygnet runt.

I de medicinska åtgärderna på avdelningen ingår:

- kliniskt statustagande/undersökning
- spasticitetsbedömning/ behandling
- provtagning
- radiologisk/klinisk fysiologisk utredning
- läkemedelsbehandling mot ex spasticitet och smärta

- fysikalisk behandling mot spasticitet, nedsatt rörlighet, smärta etc.
- Förebyggande åtgärder för att minimera risken för DVT, infektioner.
- Samverkan med remiss/telefonkontakt till andra specialistkliniker såsom internmedicin, lungmedicin, urologi, kirurgi, neurologi, ortopedi, smärtenhet, hud, dietist och primärvården för konsultation eller för åtgärder/uppföljning
- Inför utskrivningen planeras för fortsatt medicinsk hjärnska-deuppföljning och rehabiliteringsinsatser på rehabiliteringsmedicins mottagning. Remisser till andra kliniker, patientens hälsocentral skickas vid behov.

Öppenvård

Efter utskrivningen

Uppföljning till läkare sker ca 3 månader efter utskrivningen

Vidare uppföljning beror på patientens behov och är individuellt anpassat efter behov.

Vid dessa uppföljningar sker en bedömning om patienten har behov av ytterligare rehabutredning eller rehabiliterings-/behandlingsinsatser för att kunna förbättra/upprätthålla sin funktionsförmåga och aktivitets och delaktighetsnivå.

Rehabiliteringsinsatser efter utskrivning från slutenvården kan fortgå under några års tid efter skada och utformas individuellt efter behov.

Ytterligare rehabiliteringsinsatser görs även senare vid behov.

Det kan även bli aktuellt med spasticitetsbedömning och behandling och annan medicinsk utredning, t ex om patientens tillstånd skulle försämrats. Se medicinska åtgärder ovan.

Patienter som inte varit inlagda på neurorehab

Remiss kan skickas till Rehabiliteringsmedicins mottagning för bedömning/rehabutredning även på patienter med förvärvad hjärnskada som inte varit inlagda på avd 41N. Det kan tex gälla långvarig problematik med betydande påverkan i vardag/arbete i efterförloppet av en hjärnskada (tex stroke, traumatisk skallskada, meningit/encefalit). Vid Rehabiliteringsmedicin finns även en spasticitetsmottagning som bedömer och behandlar spasticitet.

En specifik patientgrupp som kan vara aktuell att remittera till Rehabiliteringsmedicins mottagning är personer som efter lindrigt skalltrauma får långvariga symtom. Det kan tex röra sig om huvudvärk, trötthet, koncentrations- och minnessvårigheter, sömnstörning och

depression. 10-20% har kvarstående symtom > 3 månader efter lätt skallskada och kan då ha utvecklat sk postkommotionellt syndrom. Om betydande symtom kvarstår 1-2 månader efter traumat bör remiss till Rehabiliteringsmedicin övervägas.

Medicinsk uppföljning och hälsopromotion

Hälsans olika dimensioner berörs, fysisk, social, emotionell, andlig och intellektuell och generella hälsofrågor och problemställningar sammanförs med frågor och medicinska problemställningar som är specifikt relaterat till hjärnskadan.

Hälsopromotion

Det vägledande hälsosamtalet.

För att i samtal stödja beteendeförändring används Motiverande samtal (MI) som framförallt stimulerar och förstärker tankar om en förändring. Faktorer som berörs vid hälsosamtalet är bl a kostvanor, fysisk aktivitet, vikt, rökning/snusning, alkohol/droger, sömn, fritid och psykiskt mående. På mottagningen finns även en fysioterapeut som även är utbildad kostrådgivare

Utifrån patientens behov och motivation rekommenderas fysisk aktivitet, remiss kan skickas till dietist vid malnutrition, sjukgymnast etc och kontakt med Handikappidrottsförbundet eller andra organisationer förmedlas. Utifrån patientens behov planeras upplägget av de hälsopromotiva insatserna över tid.

Patientutbildning

Personalen arbetar ständigt för att öka patientens och närståendes kompetens för att patienten ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt med stor delaktighet, förebygga komplikationer och främja god hälsa. Utbildning och information till patienten och anhöriga ges fortlöpande under slutenvårdsperioden samt efter behov även i kontakt med öppenvården. Utbildningen sker individuellt och hänsyn tas till förmåga och behov hos patienten, närstående och t ex personliga assistenter. Vissa utbildningsmoment kan även ske i grupp.

Utbildningen går igenom hjärnskadans patofysiologi och dess konsekvenser, t ex förlamning, spasticitet, påverkan på blåsa/tarm, smärta, besvär från axlar/nacke, sexualitet, fertilitet, hudvård, lungvård, psykiskt mående, risk för hjärt- kärlsjukdom och andra komplikationer samt hälsopromotion med kost, fysisk aktivitet, vikt, mentala strategier. Utbildningsinsatserna lägger stor vikt på prevention. Psykosociala frågor, patientens rättigheter i samhället, daglig sysselsättning (t ex arbete/studier), fritid och att leva med en livslång funktionsnedsättning tas också upp.

Om ytterligare utbildning behövs inom specifika områden förmedlas sådan

kontakt.

Kvalitetssäkring

Det nationella kvalitetsregistret SveReh används inom slutenvården.

Utvecklingsarbete

- Vid första uppföljningstillfället på mottagningen efter slutenvårdsperiod på avd 41N gå igenom rehabplanen från avd, revidera målen samt upprätta en ny rehabplan?
- MPAI 4