



**AKADEMISKA  
SJUKHUSET**

# **Rehabilitering för personer med neurologiska tillstånd och sjukdomar**

(Comprehensive Integrated Inpatient Rehabilitation program, CIIRP)

**Rehabiliteringsmedicinska avdelningen 85C1  
VO Rehabilitering och Smärtcentrum  
Akademiska sjukhuset**

## **INLEDNING**

Inom verksamhetsområdet (VO) Rehabilitering och Smärtcentrum, Akademiska sjukhuset Uppsala, bedrivs högspecialiserad och specialiserad rehabilitering. Rehabiliteringen sker i enlighet med utvärderade behandlingsmetoder och resultatmätning görs med internationellt accepterade instrument. Kvalitetsarbete bedrivs kontinuerligt för att utveckla rehabiliteringen. Verksamheten är sedan tidigare ackrediterade enligt The Commission for the Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF).

Rehabilitering definieras enligt WHO som "En aktiv förändringsprocess där en person efter en skada eller sjukdom återfår full funktionsförmåga eller, om det inte är möjligt, blir medveten om sina möjligheter utifrån de fysiska, mentala och sociala resurser som personen har och därmed kan fungera optimalt i den miljö han eller hon själv valt."

Teamarbete med gemensamma mål och gränsöverskridande samarbete utgör basen för verksamheten. Våra rehabiliteringsinsatser är inriktade så att våra patienter ska få en så hög funktionsnivå, grad av självständighet och livstillfredsställelse som möjligt.

## **REHABILITERING VID NEUROLOGISK SJUKDOM**

Rehabiliteringen bedrivs genom ett interdisciplinärt teamarbete vilket innebär att de olika professionerna samverkar med patient och närstående för att uppnå gemensamma mål. Utifrån det interdisciplinära arbetssättet har patient och närstående en central roll och förväntas vara med i och ta ansvar för de beslut som tas angående rehabiliteringen. Målet är att alla personer som går igenom en bedömning får en individuellt upprättad rehabiliteringsplan.

Framstegen inom det neurokirurgiska omhändertagandet har lett till att fler personer med svåra skador överlever akutskedet och följaktligen behöver fler hjälp och stöd av kompetenta rehabiliteringsaktörer. Via Lagen om Stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kan patienter få rätt till personlig assistans och eget boende. Rehabiliteringsteamets kompetens behövs då även i hög utsträckning i utbildning och handledning av personliga assistenter samt personal inom kommunal vård i olika former.

## **TEAMETS MÅL, VISIONER OCH IDEOLOGI ('MISSION, VISION AND VALUES')**

Vi arbetar för att patienter och anhöriga ska få kunskap och insikt om konsekvenserna av skadan eller diagnosen. Målsättningen med rehabiliteringen är att patienten ska uppnå och upprätthålla bästa möjliga funktionsnivå, aktivitetsnivå och delaktighet samt att bidra till så god livstillfredsställelse som möjligt.

Vår vision är att vara nationellt ledande inom rehabilitering genom att vidareutveckla verksamhetens strategier, modeller och innehåll utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Utifrån detta strävar vi efter att uppnå bästa möjliga utfall för den enskilde patienten. Vi arbetar utifrån en helhetssyn och med respekt för patientens integritet, där vi eftersträvar att se dem i sitt sociala och kulturella sammanhang

## **REMISS TILL TEAMET**

Kontakt med teamet sker genom remiss från läkare. Remisser kan komma från akutklinik eller annan rehabiliteringsenhet. Vårdkedjan börjar omedelbart efter skadetillfället/insjuknandet.

### **Intagningskriterier**

Varje inskrivning föregås av en noggrann genomgång, bedömning samt planering av preliminär tid för rehabilitering och målsättning med vistelsen. Läkare med rehabiliteringsmedicinsk specialistkompetens är ytterst ansvarig.

Grundkriterium är att patienten har ett rehabiliteringsbehov av ett neurologiskt tillstånd.

Där utöver måste minst ett av följande kriterier uppfyllas:

- Skadans följder är så omfattande att det krävs en heltäckande bedömning av hur de påverkar funktions- och aktivitetsförmågan samt förmåga till delaktighet i samhället.
- Patienten har ett behov av att kunna förebygga och rätt hantera komplikationer som kan uppstå av skadan.
- Skadans följder är så omfattande att teamet behöver se till att omgivningen anpassas med hjälp av olika insatser tex hjälpmedel och personlig assistans
- Sekundärkomplikationer där teamets kompetens behövs för att nå rimliga mål
- Att patienten är i yrkesverksam ålder (vanligen 18- 65 år).

### **Exklusionskriterier**

- Medicinskt instabil
- Patienter under 18 år
- Uttalad psykisk sjukdom, konversion eller psykopati
- Aktivt och känt missbruk av tabletter, narkotika eller alkohol

### **Avbrytande av pågående rehabilitering på patientens egen begäran**

All behandling är frivillig och varje patient har rätt att avbryta rehabiliteringen och kontakten med teamet. Det är önskvärt att försöka klarlägga orsaken till patientens önskan om att avbryta sin rehabilitering så att eventuella missförstånd eller missförhållanden kan rättas till.

Avbrytande av rehabiliteringen påverkar inte patientens möjligheter att senare återkomma till teamet.

### **Avbrytande av pågående rehabilitering på rehabiliteringsteamets begäran**

Teamet kan avsluta rehabiliteringen mot patientens vilja vid följande omständigheter:

- Missbruk av tabletter, narkotika eller alkohol
- Ingen aktiv medverkan i utformningen eller genomförandet av rehabiliteringen
- Ett så avvikande beteende att rehabiliteringen för övriga personer på kliniken påverkas

Avbrytande av rehabiliteringen påverkar inte patientens möjligheter att senare återkomma till teamet.

## **REHABILITERINGSTEAMET**

I teamet ingår arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, fysioterapiassistent, kurator, logoped, neuropsykolog, sjuksköterska, undersköterska och läkare. Rehabiliteringsmedicin har även tillgång till sexolog, uroterapeut och dietist. Dessa personer kan kopplas in vid behov. En central del i teamets arbete är att i nära samverkan med personen, och vid behov dennes anhöriga, medvetandegöra resurser och begränsningar och därigenom förbättra möjligheterna att klara kraven i det dagliga livet. Teamets medlemmar ansvarar gemensamt för utvecklingen av verksamheten och att initiera, genomföra och följa upp forskning och utveckling, samt att bedriva undervisning för olika yrkeskategorier inom vården, att informera allmänheten samt medverka i utbildning av patienter och närstående.

### **Arbetsterapeut**

Arbetsterapeuten bedömer, analyserar och åtgärdar svårigheter i patientens vardag. Det kan till exempel vara svårigheter att utföra aktiviteter inom områdena personlig vård, boende, arbete/utbildning och fritid. Bedömningen utförs med stöd av standardiserade och validerade instrument samt genom observationer när patienten utför olika aktiviteter. Aktivitet används både som mål och medel. Arbetsterapeuten åtgärdar aktivitetsbegränsningar genom att diskutera och utbilda patienten kring sjukdomens konsekvenser i vardagen, genom att kompensera ineffektiva handlingar med hjälpmedel samt rekommendera olika strategier eller anpassning av uppgiften och/eller miljön. Arbetsterapeuten utför hembesök för att få en tydligare insikt i faktisk problematik. Hembesöken sker tillsammans med teamets fysioterapeut och/eller arbetsterapeut i kommunen. Vid behov sker överrapportering till professionskollega i kommunen samt till kommande rehabiliteringsinstans.

### **Fysioterapeut/sjukgymnast**

Fysioterapeuten fokuserar på rörelse- och funktionsförmåga hos personer med neurologiska skador och sjukdomar. Fysioterapeuten undersöker, bedömer och analyserar resurser och problem vad gäller sensomotoriska funktioner, vilket bl.a. inkluderar förflyttningsförmåga, balans och fallrisk. Hänsyn tas även till patientens kognitiva och perceptuella förmåga. Bedömningen utförs med hjälp av standardiserade och validerade instrument/mätmetoder. En

rehabiliteringsplan enligt ICF utformas tillsammans med patienten och övriga teamet. Rehabiliteringsplanen utgår från patientens målformulering och med patienten i fokus. De fysioterapeutiska insatserna syftar till att nå optimal funktionsförmåga för patienten, med hjälp av rörelseträning i olika situationer och miljöer. Fysioterapeuten utför hembesök som en förberedelse inför permissioner. Hembesöken utförs tillsammans med arbetsterapeut och ibland med annan vårdpersonal. Utprovning av förflyttningshjälpmedel och vissa ortopedtekniska hjälpmedel ingår också i fysioterapeutens uppgifter, liksom överrapportering till fysioterapeut i primärvård och/eller hemkommun.

### **Kurator**

Kuratorn ansvarar för den psykosociala utredningen, bedömningen och åtgärder inom det området. Utredningen belyser patientens livssituation avseende familjeförhållanden och andra för individen viktiga relationer, utbildning och arbete, ekonomi, vilket nätverk som finns och behovet av stöd både praktiskt och känslomässigt. Kuratorn stöder patienten i kontakten med samhället, informerar om aktuell lagstiftning, hjälper patienten praktiskt att fylla i ansökningsblanketter, att ha externa kontakter med myndigheter som t ex försäkringskassa, arbetsgivare, arbetsförmedling eller kommun. Andra arbetsuppgifter är motivationsarbete, stödsamtal, insiktsskapande och bearbetande samtal som kan inkludera anhöriga. Kuratorn kan remittera vidare till extern samtalskontakt t ex inom primärvården eller kommunens anhörigverksamhet.

### **Logoped**

Logopeden arbetar med den mänskliga kommunikationsförmågan – språket, talet och rösten. Hos oss utreds, diagnostiseras och behandlas personer som efter neurologisk skada eller sjukdom fått svårigheter med språk- och talförmåga; afasi och dysartri. Logopeden arbetar även med bedömning och rådgivning kring ät- och sväljsvårigheter. Som en del av rehabiliteringen erbjuds också konsultation och handledning till närstående och ev. personal. Vid behov provar logopeden ut och förskriver kommunikationshjälpmedel. Vid utskrivning från slutenvården stöttar logopeden patienten vidare i vårdkedjan.

### **Läkare**

Läkaren har det övergripande medicinska ansvaret för rehabiliteringen. Före intagningen granskar och bedömer läkaren inkomna remisser och tar ställning till att inklusionskriterierna är uppfyllda. Vid den inledande bedömningen ansvarar läkaren för att tillsammans med övriga teammedlemmar kartlägga behovet av rehabiliteringsinsatser genom att ta upp anamnes och undersöka personen. Läkaren deltar aktivt i planeringen av insatserna och ansvarar för de medicinska åtgärderna som undersökningar, provtagningar, remisser, läkemedel, recept och intyg. Läkaren sammanställer resultatet av den inledande bedömningen samt avslut av rehabiliteringen, utvärdering, utskrivningsplanering och skickar det som remissvar till inremitterande och vid behov andra vårdinrättningar

### **Neuropsykolog**

Psykologen roll i teamet är att ta ansvar för bedömning av kognitiva funktioner, och emotionella tillstånd. Utröna coping resurser, grund personlighet och grundkapacitet. På avdelningen görs en tidig bedömning av kognitiva funktioner via standardiserade neuropsykologiska metoder.

Neuropsykologen bedömer också emotionellt status (depression/ångest) samt grad av självmedvetenhet och insikt om sjukdom/skadekonsekvenser. Information ges till patient och anhöriga. Behandling sker via samtal och kognitiv träning, med patient. Fokus är på att bringa förståelse för konsekvenser av uppkomna funktionsnedsättningar samt ge stöd för att kunna hantera känslomässiga reaktioner. Psykologen deltar i teamarbetet, konferenser och utvecklingsarbete på avdelningen. Bistår också med handledning av personal.

### **Sjuksköterska**

Sjuksköterskan ansvarar för basal och specifik omvårdnad. Sjuksköterskan identifierar, åtgärdar och följer upp omvårdnadsproblem utifrån patientens behov och leder omvårdnadsarbetet. I samråd med läkare ansvarar sjuksköterskan för att övervaka medicinskt status och kontrollera/följa upp prover, undersökningar och kontroller av vitala parametrar. Sjuksköterskan dokumenterar omvårdnadsprocessen i journalen. Sjuksköterskan arbetar för att genom undervisning och vägledning göra patienten aktiv och delaktig i sin rehabilitering. Sjuksköterskan arbetar också för att rehabilitering och en så hög grad av självständighet som möjligt ska vara ett genomsyrande inslag i personens dagliga vård.

Detta med målet att förebygga ohälsa och främja hälsa så väl kortsiktigt som långsiktigt. Sjuksköterskan arbetar i nära samarbete med övriga teamet för att ge den bästa vården för patienten. Sjuksköterskan ansvarar även för läkemedelsadministrering. Sjuksköterskan samordnar kontakt med öppen vård, kommun och andra vårdgivare för att säkerställa en trygg utskrivning för patienten.

### **Undersköterska**

Undersköterskan ska tillsammans med sjuksköterskan övervaka patientens vitala funktioner i det akuta skedet av sjukdomen. God omvårdnad i alla skeenden under rehabiliteringen är en viktig del i arbetet samt förebygga komplikationer såsom tex trycksår, tarm och blåsproblem.

Undersköterskan skall tillsammans med övriga teammedlemmar hjälpa, stötta och motivera patienten till en meningsfull rehabilitering. Vissa av deras arbetsuppgifter utförs efter muntlig delegering från sjuksköterska eller paramedicinare. Undersköterskan ska skapa trygghet hos patienten och finnas till som psykosocialt stöd i vardagen. God kontakt med patienten och dennes närstående är en viktig del i undersköterskans arbete, för att skapa trygghet och tillit i omvårdnads och rehabiliteringssituationen.

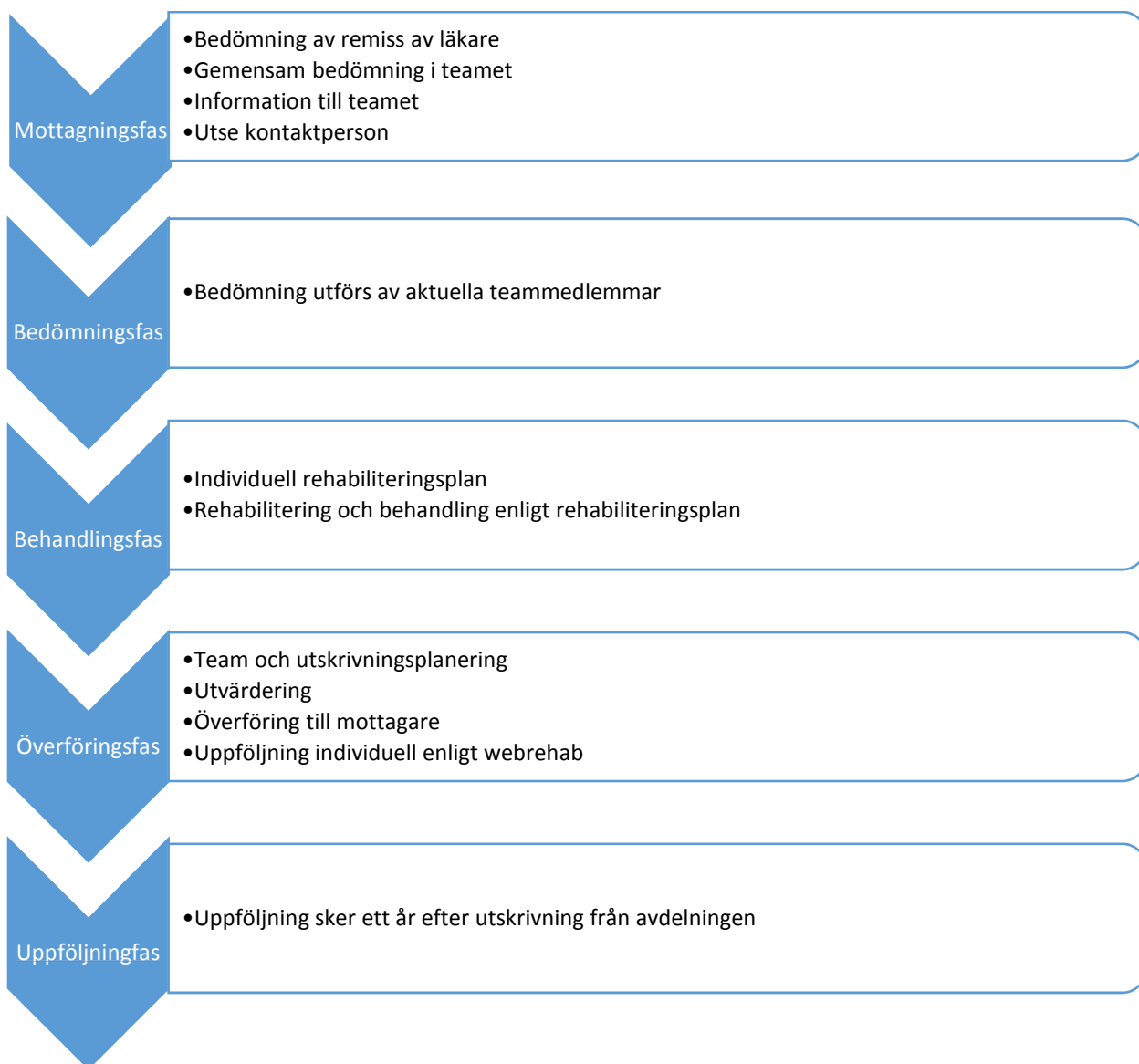
Som teammedlem/patientansvarig undersköterska har undersköterskan ett ansvar att belysa patientens behov utifrån undersköterskans perspektiv vid team ronder och övriga sammankomster där patientens mål planeras.

## **Samordnare av rehabilitering**

Kontaktperson är en någon inom personalgruppen som har ett uttalat ansvar för patienten under vårdtiden. En god vård och omsorg bygger på ett bra samarbete mellan patienten, personalen och närstående. Kontaktpersonens uppgift är att underlätta det samarbetet. Kontaktpersonen har en viktig roll i verksamheten och ansvarar bland annat för att rehabiliteringsplanen genomförs och utvärderas. Kontaktpersonens uppgift är att ge patienten möjlighet till förberedelse inför rehabplanen, stötta patienten under mötet samt ta extra ansvar att tillsammans med teamet följa upp och utvärdera de åtgärder och mål som finns i rehabplanen. Kontaktpersonen är också länk till övrig personal, arbetsledning och andra samarbetspartners och deltar i planeringsmöten med övriga teammedlemmar och patient.

Kontaktpersonen ska också se till så patienten får den information hen har rätt till, samt behöver, och hjälper till att planera in möten och att förbereda patienten och anhöriga inför kommande möten samt hjälpa till att framföra eventuella frågor eller information som patienten vill framföra till respektive yrkeskategori. Patienten och närstående ska själva kunna vända sig till kontaktpersonen med frågor och synpunkter.

## REHABILITERINGENS UPPLÄGG OCH INNEHÅLL



### Mottagningsfas

Remisser tas emot från interna och externa remittenter. Remisserna diskuteras varje vecka vid ett remissmöte på avdelningen för planering av intag. På remissmötet deltar avdelningschef/gruppchef för omvårdnadspersonal samt paramedicinare och ansvarig överläkare/specialist. Intag av remitterad patient kan också ske utan att ärendet tagits upp på ett remissmöte men då efter direkt samråd mellan ansvarig specialist och avdelningschef. En bedömning görs vid behov av ansvarig specialist via konsultbesök på remitterande klinik. Patienten och anhöriga får både muntlig och skriftlig information inför intag på avdelningen. Mottagandefasen avslutas med att patienten skrivs in på avdelningen.



### **Bedömningsfas**

Under bedömningsfasen utförs en interdisciplinär teambedömning av patientens resurser och funktionsnedsättningar baserat på WHO:s International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Bedömningsfasen summeras på en planeringskonferens och i samarbete med patienten och anhöriga upprättas en individuell rehabiliteringsplan.

### **Behandlingsfas**

Utifrån den individuella rehabiliteringsplanen ges behandling både i grupp och individuellt. Rehabiliteringsinsatser baseras på evidensbaserade metoder och klinisk erfarenhet. Åtgärderna riktar sig mot medicinska komplikationer liksom funktionsnedsättningar orsakade av den neurologiska skadan. Stöd och utbildningsinsatser som är riktade mot skadans problematik ges till patient och närstående.

### **Överföringsfas**

Kontakter tas vid behov med primärvård, kommun eller öppenvårdsrehabilitering som förberedelse för utskrivning till hemmet eller annat boende. Vid behov skrivs remiss för medicinsk uppföljning.

Utbildning och handledning för personliga assistenter erbjuds under denna fas. I samband med utskrivning får patienten en genomgång av den individuella rehabiliteringsplanen och utvärdering av rehabiliteringsperioden. Planering inför eventuell öppenvård är klar vid utskrivning. Överföringsfasen är avslutad i och med att patienten är utskriven och slutanteckning eller annan dokumentation är skickad till mottagande instans och/eller remittent.

### **Uppföljning**

Ettårsuppföljning sker i WebRehab och vid fortsatt öppenvårdskontakt.

### **Mobilt team**

Ett mobilt team kan utgå från rehabiliteringsmedicin till patient som inte kan beredas plats på avdelningen. Det kan exempelvis vara medicinskt instabila patienter, patienter i behov av specialiserad vård som inte kan utföras på avdelningen eller på grund av platsbrist på avdelningen. Ett mobilt team består av de personalkategorier som patienten är i behov av. Medicinska ansvaret kvarliggert alltid på den klinik som patienten vårdas på. Mobilt team kan starta endast om personalresurser finns på rehabiliteringsmedicin.

### **ICF-baserad rehabiliteringsplan**

Rehabiliteringsplanen är det dokument som teamet, personen själv, dennes närstående och de olika yrkeskategorierna använder under rehabiliteringsprocessen och bygger på termer och begrepp från den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa ICF. Rehabplanen ger en samlad bild av personens funktions- och aktivitets hinder, huvudmål

och delmål, åtgärder och ansvar. Planen används även för att kontinuerlig utvärdera de åtgärder som utförs.

### **KLINISKT SAMARBETE**

Samarbete finns med neurolog, neurokirurg och urolog.

### **ÖVRIG SAMVERKAN OCH FOU**

Samverkan sker vid sammanhållna och välfungerande interna och externa vårdkedjor. Vid utredning och behandling används evidensbaserad metodik och beprövad erfarenhet. I varje enskilt patientärende skapas långsiktiga förutsättningar för största möjliga oberoende i vardagen och därmed bästa möjliga livskvalitet/livstillfredsställelse. Verksamheten följer och vill leda forskningen och utvecklingen i regionen.

### **Forskning och utveckling**

Forskning och utbildning bedrivs i samarbete med Uppsala universitet. Ett projekt pågår med uppföljande studier av patienter efter viss typ av neurokirurgi (doktorandnivå). Dessutom är institutionen engagerad i en multicenterstudie angående ryggmärgsskadade patienter som rehabiliteras med EKSO - robot. Studenter från respektive yrkesgrupps utbildningsprogram utbildas på avdelningen. Examensarbeten utförs inom ramen för respektive utbildning. Även extern utbildning och kompetenshöjning utförs vid enheten, ett exempel är kurser för personliga assistenter. Medlemmar ur personalen deltar regelbundet i regionala- och nationella nätverksmöten gällande hjärnskade- och spinalskaderehabilitering.

### **RESULTAT**

Slutenvården är ansluten till det nationella kvalitetsregistret WebRehab. I registret ingår sociodemografiska data, FIM, EQ-5D, livstillfredsställelse och patientens upplevelse av rehabiliteringsperioden. Yrkesspecifika bedömningar med standardiserade mätinstrument utförs vid in- och utskrivning.

Jämförelser sker över tid men även mot andra enheter som ingår i webrehab. Vi har även vissa målnivåer från webrehab som vi följer.

Resultaten sammanställs i en årsrapport för programmet där en analys av resultatet görs och förbättringsplaner skapas.