



**AKADEMISKA  
SJUKHUSET**

# **Rehabilitering för personer med ryggmärgsskada**

(Spinal Cord specialty program)

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

## **INLEDNING**

Inom verksamhetsområdet (VO) Rehabilitering och Smärtcentrum, Akademiska sjukhuset Uppsala, bedrivs högspecialiserad och specialiserad rehabilitering för personer med ryggmärgsskador som är bosatta i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Detta innebär att rehabiliteringen kräver särskilda resurser och är specialistledd. 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 sin möjlighet 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 SPINAL SKADA**

Rehabiliteringen för personer med ryggmärgsskada är en del av specialistsjukvården och sker i samverkan med andra specialiteter, primärvård, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och kommun samt med patientföreningar. Rehabiliteringsarbetet är målinriktat och bedrivs av ett interdisciplinärt team i nära samverkan med personen och dennes anhöriga. Målet är att alla personer som går igenom en bedömning får en individuellt upprättad rehabiliteringsplan.

Rehabiliteringen bedrivs i ändamålsenliga lokaler på Akademiska sjukhuset för slutenvården. Öppenvården finns på Samariterhemmet och delas med övriga team på Rehabiliteringsmedicinska mottagningen. Viss fysioterapi i öppenvård bedrivs även på Akademiska. Vid behov har vi tillgång till tolk.

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

Vi arbetar för att personen och dess anhöriga ska få kunskap och insikt om konsekvenserna av sin skada eller diagnos. Målsättningen med rehabiliteringen är att personen 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 beprövad erfarenhet och vetenskap. Utifrån detta strävar vi efter att uppnå bästa möjliga utfall för den enskilde personen. Vi arbetar utifrån en helhetssyn och med respekt för personers integritet, där vi eftersträvar att se dem i sitt sociala och kulturella sammanhang

## **REMISS TILL TEAMET**

Till slutenvården kommer remiss från akutklinik eller annan rehabiliteringsklinik. Remisser till öppenvården kan komma från annan klinik, primärvård eller annan rehabiliteringsenhet. Patienterna har även möjlighet att skriva egenvårdsremiss eller ringa till mottagningen.

### **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 en ryggmärgsskada, inkompleta och kompletta samt skador av olika genes.

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 till ryggmärgsskada och teamets kompetens behövs för att nå rimliga mål

### **Exklusionskriterier**

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

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

All behandling är frivillig och varje person har rätt att avbryta rehabiliteringen och kontakten med teamet. Vi strävar efter att försöka klargöra orsaken till personens önskan om att avbryta sin rehabilitering så att eventuella missförstånd eller missförhållanden kan rättas till.

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

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

Teamet kan avsluta rehabiliteringen mot personens 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 personens möjligheter att senare återkomma till teamet.

## **REHABILITERINGSTEAMET**

I teamet ingår arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, fysioterapiassistent, kurator, neuropsykolog, sjuksköterska, undersköterska och läkare. Rehabiliteringsmedicin har även tillgång till sexolog, logoped, uroterapeut och dietist. Dessa 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 personens vardag. Det kan till exempel vara svårigheter att utföra aktiviteter inom områdena personlig vård, boende, arbete/utbildning och fritid. Bedömningen görs med stöd av ett instrument där personen anger vilka aktiviteter som är svåra att utföra och genom observationer när personen utför olika aktiviteter. Arbetsterapeuten åtgärdar aktivitetsbegränsningar genom att diskutera och utbilda personen kring sjukdomens konsekvenser i vardagen, och genom att kompensera ineffektiva handlingar med hjälpmedel och rekommendera olika strategier eller anpassning av uppgiften och/eller miljön. Arbetsterapeuten gör hembesök eller arbetsplatsbesök vid behov, för att få en tydligare insikt i faktisk problematik. Hembesöken sker ibland tillsammans med teamets fysioterapeut och/eller arbetsterapeut i personens hemkommun. Vid behov sker överrapportering

till arbetsterapeut i kommunen. Arbetsterapeuten kan vid behov skriva remiss till primärvårdens arbetsterapeuter som arbetar specifikt med nedsatt handfunktion.

### **Fysioterapeut/sjukgymnast**

Fysioterapeutens roll i teamet fokuserar på de fysiska svårigheter som uppstår i samband med en ryggmärgsskada. Detta innefattar undersökning och bedömning av aktuellt fysiskt status relaterat till sensorik, motorik och proprioception. Kartläggning av resurser och problematik som kan vara till hjälp eller hinder i den fortsatta rehabiliteringen. Rehabiliteringen syftar till att minska konsekvenserna av de funktionsnedsättningar som uppstått, genom att fokusera på att återfå så många förmågor som möjligt samt att hitta möjligheter och sätt att anpassa efter de funktionsnedsättningar som blir kvarstående. Vid behov av förflyttningshjälpmedel kontaktas ansvarig arbetsterapeut eller fysioterapeut i personens hemkommun för förskrivning. Vid behov av fortsatt stöd efter att slutenvårdsrehabiliteringen avslutats sker överrapportering till fysioterapeut i kommun eller primärvård. Om behov finns av ortopedtekniska hjälpmedel har fysioterapeuten delegation på att förskriva detta.

### **Kurator**

Kuratorn ansvarar för den psykosociala utredningen, bedömningen och åtgärder inom det området. Utredningen belyser personens 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 personen i kontakten med samhället, informerar om aktuell lagstiftning, hjälper personen praktiskt att fylla i ansökningsblanketter, att ha externa kontakter med myndigheter som t ex försäkringskassa, arbetsgivare, arbetsförmedling eller kommun. Kuratorn kan även delta i arbetsplatsbesök och rehabiliteringsmöten med försäkringskassan. Andra arbetsuppgifter är motivationsarbete, stödsamtal och bearbetande samtal som kan inkludera anhöriga. Kuratorn kan remittera vidare till extern samtalskontakt t ex inom primärvården.

### **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. Dessutom ansvarar läkaren för information till patient och anhörig om ryggmärgsskadan, planerade utredningar och prognos. 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

## **Psykolog**

Psykologen ansvarar för utredning, bedömning och åtgärder ur ett psykoterapeutiskt, psykiatriskt och neuropsykologiskt perspektiv. Utredningen och bedömningen belyser bland annat personlighetsfaktorer, sömnsvårigheter, nedstämdhet, ångest och posttraumatisk stress. Detsamma gäller kognitiv påverkan till följd av samtidig hjärnskada. Uppräknade psykologiska/psykiatriska och kognitiva tillstånd uppvisar alla en förhöjd risk hos spinalpatienter. Målet med psykologens åtgärder är därför att förebygga deras uppkomst, minimera deras negativa effekt på patientens liv och i debuterade fall behandla dem. Detta sker med bland annat krisbearbetning, psykoterapeutiska insatser och avspänningsövningar. I samband med planering inför utskrivning kan även en kognitiv screening göras. Som del av teamet närvarar psykologen också vid konferenser, utvecklingstider och andra möten för teamets interna arbete. Vid behov av fortsatt stöd efter slutenvårdsrehabiliteringen avslutats kan kontakten med psykologen fortsätta i öppenvård. Även där deltar psykologen i teamets övergripande arbete, samt utför telefon- och mottagningsuppföljningar. Psykologen kan vid behov remittera patienten vidare till psykologisk behandling inom t.ex. primärvård eller psykiatri.

## **Sjuksköterska**

Sjuksköterskan har det övergripande ansvaret för patientens omvårdnad. Arbetar för att förebygga vårdskador så som trycksår och malnutrition samt att hjälpa patienten att få fungerande tarm- och blåsregim. Ansvarar för läkemedelsadministrering och håller i samordning inför permissioner och utskrivningsplanering. Har dagligen kontakt med övriga i teamet för att ge den bästa vården för patienten. Leder och ansvarar för omvårdnadsarbetet mellan undersköterskor. Deltar i ronder tillsammans med läkare samt ansvarar för att det som tas upp på rondens när patienten samt att det följs upp och all information som rör patient dokumenteras i journal.

Sjuksköterska på rehabiliteringsmedicinska mottagningen/spinal har en samordnande funktion i teamet och följer upp patienter via telefon eller via besök på mottagningen. Sjuksköterskan förebygger och behandlar problem som uppstår till följd av ryggmärgsskadan. Det kan vara tarm o blåsproblematik, hudproblem eller andra komplikationer. Sjuksköterskan förskriver även hjälpmedel för blås och tarmproblem.

## **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.

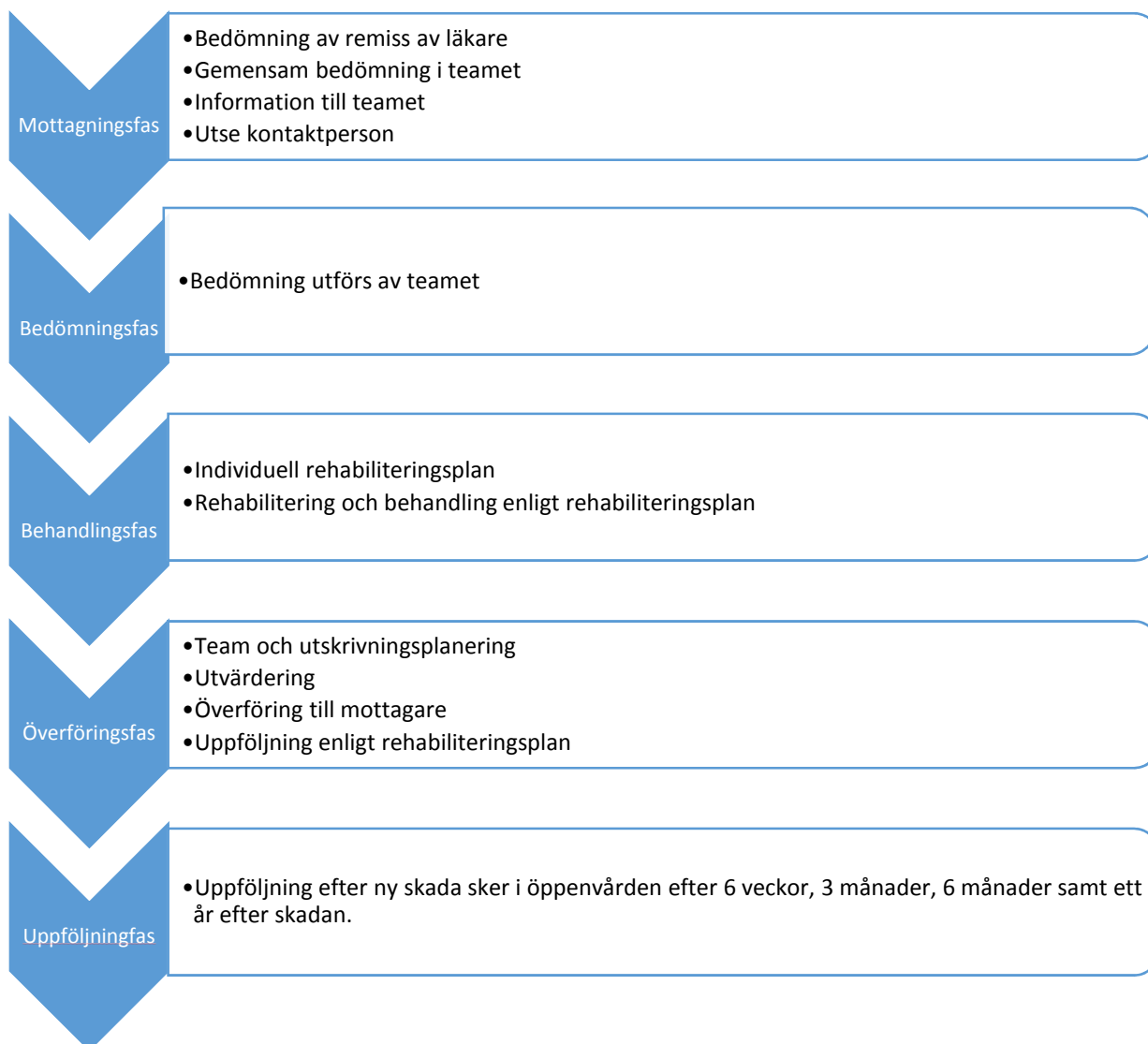
Som teammedlem/patientansvarig undersköterska har undersköterskan ett ansvar att belysa patientens behov utifrån undersköterskans perspektiv vid team ronder och övriga sammankomster där patientens mål planeras.

### **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 till spinalskadevården tas emot från interna och externa remittenter. Till öppenvården kan även patienten skriva en egenremiss eller ta kontakt med rehabiliteringsmottagningen. Remisser bedöms snarast möjligt. Remisser diskuteras inom öppenvården på teamkonferens med hela teamet närvarande. Remisser till slutenvården bedöms av ansvarig specialist och ett konsultbesök görs till remitterande klinik. Information kan även samlas via telefonsamtal eller på annat sätt. Vid remissmötet i slutenvården som sker en gång per vecka tas aktuella slutenvårdsremisser upp. Där deltar chefer för omvårdnadspersonal och rehabiliteringspersonal, ansvarig specialist/överläkare samt medicinsk sekreterare. Intag av remitterade patienter kan också ske utan att ärendet tagits upp på remissmöte men då efter direkt samråd mellan ansvarig



specialist och avdelningschef. Patient och anhörig får både muntlig och skriftlig information inför intag till avdelningen.

### **Bedömningsfas**

Under bedömningsfasen utförs en interdisciplinär teambedömning av patientens resurser och funktionsnedsättningar baserat på WHO:s klassifikation av Funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Bedömningsfasen summeras på ett teammöte med patient och anhöriga och en individuell rehabiliteringsplan upprättas inom slutenvården. Även öppenvårdens bedömning avslutas med att den individuella rehabiliteringsplanen uppdateras.

### **Behandlingsfas**

Utifrån rehabiliteringsplanen ges behandling individuellt och i grupp. Rehabiliteringsinsatserna utgår från evidensbaserade metoder och klinisk erfarenhet. Åtgärderna riktar sig mot medicinska komplikationer liksom funktionsnedsättningar orsakade av ryggmärgsskadan. Stöd och utbildningsinsatser som är riktade mot ryggmärgsskaderelaterad problematik ges till patient och närstående.

### **Överföringsfas**

Kontakter tas med mottagare och en överföring sker. Mottagare kan vara från slutenvården till öppenvården. Andra mottagare kan vara annan rehabiliteringsenhet för patienter som kommer från andra regioner. Överföring sker också till primärvård och kommun. 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 rehabiliteringsplanen med mål och åtgärder som fortgår. En utvärdering sker också av den genomgångna rehabiliteringsperioden. Överföringsfasen är avslutad i och med att patienten är utskriven och slutanteckning eller motsvarande är skickad till mottagande instans och/eller remittent.

### **Uppföljning**

Uppföljning efter ny skada sker i öppenvården efter 6 veckor, 3 månader, 6 månader samt ett år efter skadan eller individuellt.

### **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 kvarliggjer alltid på den klinik som patienten vårdas på. Mobilt team kan starta endast om personalresurser finns på rehabiliteringsmedicin.

### **ICF-baserad rehabiliteringsplan**

Efter den fördjupade bedömningen upprättas en individuell rehabiliteringsplan enligt den av sjukhuset fastställda mallen. Rehabiliteringsplanen är upplagd utifrån WHO:s klassifikation av Funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och består av tre delar: en bedömningsdel, en del med mål och åtgärder och utvärdering samt en del med fortsatt planering efter rehabiliteringsperioden. Rehabiliteringsplanen upprättas i samverkan med personen, anhöriga och teamet. I rehabiliteringsplanen definieras de individuella konsekvenserna av sjukdomen, de egna huvudmålen och delmålen beskrivs och en åtgärdslista görs upp. I rehabiliteringsplanen specificeras vem som har ansvar för åtgärderna (personen själv, teamet, eller teamet och personen tillsammans). Rehabiliteringsplanen är personens eget dokument och följer personen under och efter rehabiliteringsperioden.

### **KLINISKT SAMARBETE**

Ett etablerat samarbete finns med ortoped, neurokirurg och urolog med regelbundna ronder. Samarbete finns även med neurolog, plastikkirurg och andra specialiteter som kan vara aktuella.

### **ÖVRIG SAMVERKAN OCH FOU**

Samverkan med rehabiliteringsenheter i Uppsala-Örebroregionen. Regelbundna möten samt ett måldokument som beskriver samarbetet. Forskning pågår kring myelopatier och fjättrade ryggmärgar. Forskning pågår även kring Ekso-behandling.

### **RESULTAT**

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

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