



**Skånes universitetssjukhus**

En del av Region Skåne

**VO neurologi, rehabiliteringsmedicin, minnessjukdomar och geriatrik**



# **REHABILITERING AV PERSONER MED FÖRVÄRVAD HJÄRNSKADA**

## **REHABILITERINGSPROGRAM SLUTENVÅRD**

---

**Avdelning hjärnskada**

**Rehabiliteringsmedicin**

**VO Neurologi Rehabiliteringsmedicin Minnessjukdomar och  
geriatrik**

**Skånes Universitetssjukhus**

rev. 2024 ©



## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sid	Innehåll
3	INLEDNING
4	HJÄRNSKADEENHETENS MÅL OCH VISIONER.
4	MÅLGRUPP Intagningskriterier Exklusionskriterier Remiss
5	VANLIGA KONSEKVENSER EFTER HJÄRNSKADA Kognitiva svårigheter Mental trötthet Motoriska svårigheter Beteendeförändringar Sexuella svårigheter
6	REHABILITERINGENS INNEHÅLL Teamets sammansättning och arbetsätt Samordnare Konsulter och specialistbedömningar
8	REHABILITERINGSPROCESSEN Inledande bedömning Rehabiliteringsplan Rehabiliteringsinsatser Aktivitet och delaktighet Omgivningsfaktorer Avbrytande av pågående rehabilitering
13	UTSKRIVNINGSPLANERING
13	UPPFÖLJNING Mobila teamet
14	UTVÄRDERING OCH KVALITETSSÄKRING Utvärdering på personnivå Utvärdering på programnivå
15	SAMVERKAN Hjärnskadekoordinator i Region Skåne Funktionsrättsorganisationernas samarbete med slutenvårdsteamet
16	VIDARE LÄSNING



## INLEDNING

Inom verksamhetsområde (VO) neurologi och rehabiliteringsmedicin, Skånes Universitetssjukhus (SUS), bedrivs högspecialiserad och specialiserad rehabilitering. Detta innebär att rehabiliteringen kräver särskilda resurser och är specialistledd. Rehabiliteringen sker i enlighet med utvärderade behandlingsmetoder och resultatmätning görs med internationellt validerade instrument. av funktions- och aktivitetsnedsättningar efter förvärvad hjärnskada.

Rehabiliteringen sker i ett interdisciplinärt teamarbete. Kompetens finns för bedömning och behandling. Patienten medverkar aktivt och är delaktig i sin rehabilitering. Verksamheten arbetar evidensbaserat och arbetar ständigt med att förbättra kvalitén samt att utvecklas i rehabiliteringsarbetet. Verksamheten har flera rehabiliteringsprogram som sedan 1996 är 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.”

Det övergripande målet med rehabiliteringen vid Rehabiliteringsmedicinska verksamheten är att möjliggöra för personen att bli så aktiv och självständig som möjligt, bevara personens integritet, och få denne att uppleva att hen kan uppfylla sina mål inom familjeliv, arbetsliv och fritid. Att förhindra återinsjuknande genom hälsobefrämjande utbildning och information ingår i vår övergripande målsättning. Hälsobefrämjande åtgärder vidtas utifrån individuella behov.

Framstegen inom det neurokirurgiska omhändertagandet har lett till att flera patienter med svåra skador överlever akutskedet och följaktligen behöver fler individer vård, 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. Hjärnskadessektionens kompetens behövs även i hög utsträckning i utbildning och handledning av personliga assistenter.

En förvärvad hjärnskada i vuxen ålder kan uppkomma efter:

- våld mot huvudet
- en blödning
- stopp i hjärnans kärl
- en infektion
- inflammation i hjärnans kärl
- syrebrist (till exempel till följd av hjärtstillestånd).



Förvärvade hjärnskador leder till nedsättningar av kognitiva, emotionella eller motoriska funktioner och ofta en kombination av flera av dessa. Funktionsnedsättningarna kan i vissa fall vara så pass uttalade att personen inte klarar av att ta hand om sig själv. I andra fall är hjärnskadan lindrigare och kan efter en tids rehabilitering möjliggöra för personen att helt eller delvis återvända till sina tidigare aktiviteter.

Hjärnskadeenheten inom VO neurologi, rehabiliteringsmedicin, minnessjukdomar och geriatrik, SUS, bedriver kvalificerad rehabilitering för personer med förvärvad hjärnskada. Vi har ett slutenvårdsteam och ett öppenvårdsteam (se specifikt rehabiliteringsprogram).

## **HJÄRNSKADEENHETENS MÅL OCH VISIONER**

Vi arbetar för att patienten och dennes anhöriga ska få kunskap och insikt om sjukdomen/skadan och de konsekvenser som medförs. Detta för att bli medveten om möjligheter och begränsningar utifrån funktionsnedsättningen. Vår vision är att erbjuda ett ledande rehabiliteringsprogram, där vi löpande vidareutvecklar strategier och modeller utifrån våra egna och andras erfarenheter för att den enskilda patienten ska uppnå bästa möjliga resultat.

Vi arbetar utifrån ett helhetsperspektiv och med en människosyn där vi eftersträvar att på ett etiskt insiktsfullt sätt förena den yrkesmässiga kunskapen med respekten för de berördas rättigheter och önskemål. Vi arbetar för att personalen ska uppleva en god arbetsmiljö och att vi ska vara en attraktiv arbetsplats med utvecklingsmöjligheter. Vi arbetar ständigt med förbättringsarbeten inom rehabiliteringsprocessen.

## **MÅLGRUPP**

Slutenvårdsteamets målgrupp är personer med förvärvade hjärnskador i vuxen ålder dvs. från och med 18 års ålder. Personens funktionsnedsättningar visar sig genom beteendemässiga, emotionella och kognitiva begränsningar i olika omfattningar vilka även kan vara i kombination med fysiska funktionsnedsättningar. Personen är i behov av högspecialiserad rehabilitering inom slutenvårdsteamet för förvärvad hjärnskada.

## **Intagningskriterier**

- Personen ska vara cirkulatoriskt stabil, med låg risk för potentiell medicinsk instabilitet.
- Personen förväntas återgå till eget boende eller annat boende med eller utan assistans.
- Upptagningsområde är Skåne och för second opinion södra sjukvårdsregionen.



## Exklusionskriterier

- De kognitiva symtomen har inte orsakats av en förvärvad hjärnskada.
- Progredierande neurodegenerativ sjukdom med demensutveckling.
- Svårare psykisk sjukdom med svår beteendeproblematik där eventuell ineliggande psykiatrisk vårdperiod är aktuellt. Man bör då överväga om Hjärnskadeenheten kan fungera som konsulter i det enskilda fallet på en annan vårdavdelning.
- Aktivt missbruk av tabletter, narkotika eller alkohol och där personen inte har förutsättning för att engagera sig i och motivera sig till rehabiliteringsprocessen.

## Remiss

Personerna kan komma till teamet via remiss från enheter inom sjukvården och upptagningsområdet är hela södra sjukvårdsregionen. Personer inom Region Skåne kan även söka själv enligt principen om fritt vårdsökande, d.v.s. på egenremiss / via 1177. För patienter från andra landsting krävs specialistvårdsremiss från rehabiliteringsansvarig läkare om ineliggande rehabilitering efterfrågas. För poliklinisk mottagning krävs ingen specialistvårdsremiss.

## VANLIGA KONSEKVENSER EFTER HJÄRNSKADA

### Kognitiva svårigheter

Gemensamt för alla patienter som kommer till avdelning Hjärnskada är att de i varierande grad har kognitiva svårigheter. Detta kan visa sig i bristande orientering i tid och rum, minnesproblem, koncentrationssvårigheter, svårigheter att kommunicera, svårigheter att bearbeta visuell/rumslig information, samt svårighet att bedöma och utvärdera den egna förmågan. Patienten kan också ha svårigheter att planera, att starta upp och att avsluta aktiviteter. De kognitiva svårigheterna påverkar möjligheterna att lösa vardagliga problem.

### Mental trötthet

Efter en hjärnskada är det vanligt att få en ökad mental trötthet, vilket kan leda till begränsningar i flera livsområden. Energin tar snabbt slut vid mentalt ansträngande aktiviteter och det krävs tid för vila och återhämtning. Tröttheten kan medföra svårigheter i att upprätthålla en rimlig aktivitetsbalans. Den mentala tröttheten kan vara svår att förstå och förklara för omgivningen. Även stresskänslighet och stimulikänslighet är vanligt förekommande.

### Motoriska svårigheter

Motoriska svårigheter är vanligt förekommande i patientgruppen och kan vara väldigt varierande. Detta kan till exempel visa sig som svaghet i en sida, gång- och balanssvårigheter samt nedsatt styrka och ökad tonus i muskulatur. Dessa svårigheter kan ibland påverkas av



kognitiva funktions-nedsättningar. Patienterna har ofta nedsatt fysisk uthållighet och smärtproblematik.

## **Beteendemässiga och emotionella förändringar**

Beteendeförändringar och emotionella förändringar kan följa som en direkt konsekvens av en hjärnskada. Passivitet och bristande insikt i de svårigheter som föreligger kan leda till bristande motivation eller bristande förståelse för nyttan av rehabiliteringen. Även nedsatt impulskontroll och socialt opassande beteende kan förekomma, vilket kan upplevas som besvärande av personen själv eller medföra svårigheter i vardagen och i samspelet med andra. I det akuta skedet efter en hjärnskada kan förvirring och agiterat beteende förekomma. Sekundära reaktioner med psykisk ohälsa såsom oro, nedstämdhet och krisreaktioner är också vanliga.

## **Sexuella svårigheter**

Olika typer av förändringar och svårigheter i det sexuella samlivet är en vanligt förekommande följd av en hjärnskada. Internationell forskning visar att tre av fyra gifta par rapporterar lägre frekvens av sexuell aktivitet efter skadan. Olämpligt sexuellt beteende på grund av nedsatt impulskontroll förekommer också. Svårigheterna kan medföra stor problematik i relationer och för individen.

## **REHABILITERINGENS INNEHÅLL**

- Bedömning och kartläggning av personens förmågor.
- Kognitiv rehabilitering sker bland annat i vardagliga aktiviteter, för att exempelvis lära sig styra ett beteende, socialisera med andra människor och planera för olika aktivitetsutföranden.
- Rehabiliterande insatser avseende vardagliga aktiviteter.
- Information till patient och närstående kring hjärnskadans konsekvenser.
- Stöd till anhöriga utifrån krisbearbetning.
- Kontakt med barn och ungdomar i nätverket kring patienten för krisbearbetning.
- Behandlingsmodell för sexuella svårigheter av specialutbildad sjuksköterska och sjukgymnast inom sex och samlevnad.
- Behandling av beteendeproblem som kan ge allvarliga konsekvenser.
- Farmakologisk behandling.

Senare års forskning har visat på specifika neurobiokemiska förändringar efter en traumatisk hjärnskada. Läkemedel som påverkar olika hjärnfunktioner är en lika viktig del i hjärnskaderehabiliteringen som andra metoder. Farmakologisk behandling integreras med den övriga rehabiliteringen för att optimera slutresultatet. Behandlingen utvärderas kontinuerligt och omprövas under hela rehabiliteringsperioden. I flera fall kan medicinen



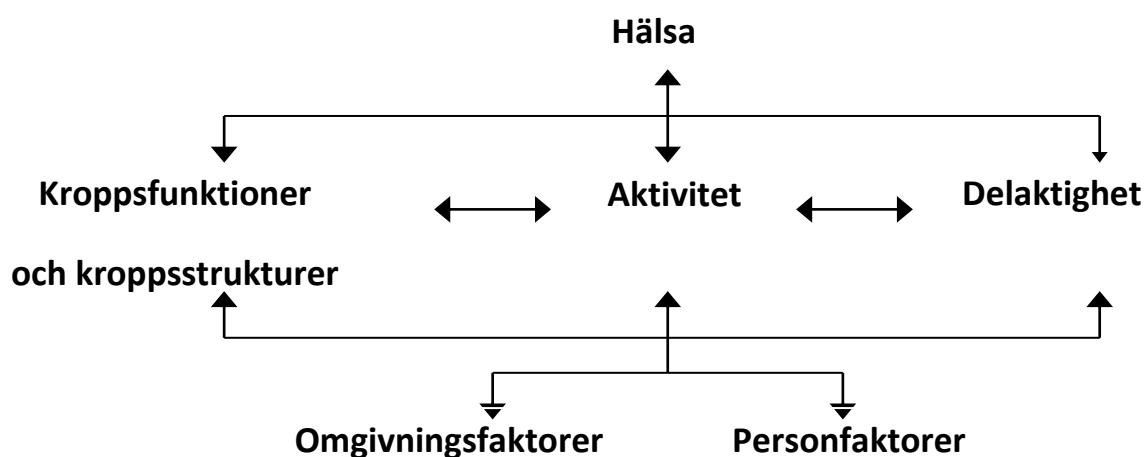
sättas ut efter en tids behandling, medan den i andra fall behöver fortgå även efter utskrivningen. Kognitiva svårigheter kan sällan tränas bort helt. Många patienter har kvarstående kognitiva svårigheter efter avslutad rehabiliteringsperiod. Patienten behöver i stället bli medveten om det som inte fungerar som tidigare och lära sig att använda olika former av kompensationsstrategier/alternativa strategier. Eftersom personer med en hjärnskada dessutom ofta har svårt att generalisera, att överföra en erfarenhet eller kunskap från en situation till en annan, sker träningen i många olika aktiviteter med möjlighet till upprepad inlärning i egen takt och så långt som möjligt i vardagsnära situationer och miljöer.

## Teamets sammansättning och arbetssätt

Hjärnskadeteamet arbetar med rehabilitering utifrån WHO's Klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder (ICF), som beskriver hälsa utifrån två områden: *kroppsfunktioner och kroppsstrukturer* och *aktivitet och delaktighet*. Begreppen definieras på följande sätt:

- *Kroppsfunktioner* är kroppssystemens fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner. *Kroppsstrukturer* är anatomiska delar av kroppen såsom organ, lemmar och deras komponenter.
- *Aktivitet* är en persons genomförande av en uppgift eller handling och *delaktighet* är en persons engagemang i en livssituation.

Dessutom beskrivs miljöns påverkan som *Omgivningsfaktorer* och *Personliga faktorer*.



Figur 1. WHO's Klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder (ICF).

Teamet har ett interdisciplinärt arbetssätt. Det innebär att teamet utifrån patientens behov och förväntningar har gemensamma målsättningar av övergripande natur. Teamet är en dynamisk grupp, där graden av insatser kan förändras under rehabiliteringsperiodens gång. I teamet ingår patienten, läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast,



kurator, neuropsykolog och logoped. Teamet arbetar i nära samarbete med varandra och patientens anhöriga. Det finns även tillgång till fritidsassistent, rehabcoach och rehabingenjör.

## **Samordnare**

Vid teamets första möte efter inskrivningen utses en samordnare ur teamets behandlingspersonal. Huvuduppgiften är att hjälpa patienten att vara delaktig i att planera och utvärdera sin rehabilitering. Samordnarens arbetsuppgifter räknas som rehabilitering och är en viktig del i den kognitiva träningen.

Arbetsuppgifterna består i att:

- hjälpa patienten att sätta mål för sin rehabilitering
- hjälpa patienten att förstå rehabiliteringsplanen
- förbereda patienten inför rehabiliteringsplaner och andra möten
- vid behov sammanställa kort skriftlig information till patienten
- avgöra i samråd med patient, anhöriga och team när och i vilken omfattning patienten kan och vill medverka vid olika möten samt kring vilka andra personer som ska delta
- fungera som bisittare till patienten vid de möten då patienten själv medverkar, eventuellt hjälpa hen att föra anteckningar
- fungera som representant för patienten då denne inte själv klarar att medverka.

De kognitiva brister som är vanliga hos patienter med hjärnskada gör att samordning av arbetet inom teamet är av största vikt. Varje teammedlem hjälper patienten att integrera den kognitiva träningen i alla aktiviteter, att se sambanden mellan och betydelsen av olika träningsmoment och att tillämpa kompensatoriska strategier i varierande situationer.

## **Konsulter och specialistbedömningar**

Verksamheten har tillgång till Universitetssjukhusets samtliga verksamhetsområden och kan konsultera deras specialister vid behov. På Orupssjukhuset finns möjligheter till utförande av vissa enklare prover. Det finns ett lokalt läkemedelsförråd. Många tjänster för medicinsk diagnostik finns i Malmö eller Lund och vid behov sker transport till och från Orupssjukhuset via logistikförsörjningssystem, taxi eller ambulans utefter medicinskt behov. Undersökningar och analyser sker utefter medicinsk prioritering inom respektive verksamhet och sjukhusets riktlinjer. Resultat på akuta undersökningar är tillgängliga så fort undersökning utförts, icke-akuta undersökningar oftast tillgängliga inom en till tre dagar.

## **REHABILITERINGSPROCESSEN**

### **Inledande bedömning**





Vid inskrivning informeras patienten om rehabiliteringens mål och innehåll, samt vem i teamet som är samordnare och kontaktperson. Informationen ges såväl muntligt som skriftligt. Den skriftliga informationen är sammanfattad i en rehabiliteringspärm som patienten får vid inskrivningen. Bedömning och utredning sker under en inledande bedömningsperiod på ca två veckor. Då träffar patienten alla teammedlemmar och en fördjupad bedömning görs utifrån ICF-domänerna kroppsfunction, struktur, aktivitet och delaktighet. Bedömningsperioden kan sedan gå över i en påföljande rehabiliteringsperiod som anpassas efter patientens rehabiliteringsbehov.

Om bedömningen mynnar ut i att rehabiliteringsinsatser kan ske på hemorten skrivs patienten ut efter bedömningsperioden. Teamet bistår i så fall med rekommendationer, planering med andra vårdinstanser, intyg och uppföljning.

## **Rehabiliteringsplan**

För alla patienter upprättas en individuell rehabiliteringsplan. Inför rehabiliteringsplaneringen får patienten, med stöttning av samordnaren, fylla i dokumentet *Underlag för rehabplan*. Här får patienten hjälp att reflektera över både vilka svårigheter och resurser hen har efter sin skada/sjukdom och formulera förväntningar på vad rehabiliteringen ska leda till. Tillsammans med patienten och anhöriga upprättas därefter en skriftlig rehabiliteringsplan som beskriver patientens egna förväntningar och de mål som är möjliga att uppnå under rehabiliteringsperioden. Delmålen sätts utifrån patientens önskemål och teamets bedömningar.

Rehabiliteringsperioden varierar mellan 1–12 veckor och bestäms utifrån de individuella mål som patienten sätter tillsammans med teamet. Varje vecka uppdateras rehabiliteringsplanen och målen utvärderas. Rehabiliteringsplanen är ett levande dokument som i samverkan med patient ändras eller kompletteras vid behov.

Under hela rehabiliteringen gör teamet kontinuerligt bedömning av i vilken grad patienten har förmåga att delta i planering och beslut avseende sin rehabilitering och viktiga livsbeslut. Formella beslut krävs om patienten bedöms ha behov av god man. Detta görs i samverkan med läkare, kurator och, om patienten samtycker, även anhöriga.

## **Rehabiliteringsinsatser**

Rehabiliteringsinsatserna baseras på evidensbaserade metoder och klinisk erfarenhet, är individuellt anpassade och kan ske både individuellt och i grupp.

Rehabiliteringsarbetet delas upp i tre delar: *elimination*, *träning* och *kompensation*. Med *elimination* menas att undanröja ett medicinskt problem eller att minimera konsekvensen av problemet. *Träning* genomförs i syfte att förbättra en funktion, som till exempel träning av



muskelstyrka, kondition, talförmåga eller kognitiv förmåga. Träning kan även ske i en specifik aktivitet, som till exempel att gå, att klä sig eller tillaga en måltid. *Kompensation* innebär en anpassning till en funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning. Detta kan ske genom utprovning och/eller anpassning av hjälpmedel, eller genom att lära in ett nytt sätt att utföra en aktivitet.

I praktiken integreras alla delarna och genomförs i samverkan mellan patienten och olika teammedlemmar utifrån det interdisciplinära arbetssättet. Målsättningen är att uppnå ökad aktivitet och delaktighet enligt patientens förväntningar, genom förändringar av nedsättningar i kroppsfunction, begränsningar i aktivitet och inskränkningar i delaktighet. Nedan följer en genomgång av de områden enligt ICF som teamet tar hänsyn till i bedömning och målsättning för den fortsatta rehabiliteringen.

## Aktivitet och delaktighet

### Lärande och att tillämpa kunskap

Innefattar lärande och att använda den kunskap som är inlärd: tänkande, problemlösning och beslutsfattande. Systematiskt tränas förmågor som till exempel att läsa, räkna, lösa problem och fatta beslut, alternativt lära patienten att använda kompensatoriska strategier.

### Allmänna uppgifter och krav

Innefattar att genomföra enstaka eller mångfaldiga uppgifter, organisera sina arbetsuppgifter och att hantera stress. Systematiskt tränas förmågor som till exempel att utföra enkla respektive sammansatta uppgifter i förhållande till tidsaspekt, alternativt lära patienten att använda kompensatoriska strategier som till exempel vardagsplanering och aktivitetsbalans utifrån hjärntrötthet.

### Kommunikation

Innefattar kommunikation genom språk, tecken och symboler. Det handlar både om att ta emot respektive förmedla budskap. Utifrån behov och grad av svårigheter ges stimulering eller behandling för att främja språk och kommunikation. Funktionell träning av språk kan ges och/eller inläring av kompensatoriska strategier. Vid behov finns möjlighet att träna alternativa kommunikationssätt med patienten och omgivningen.

### Förflyttning

Innefattar all förflyttning, från att ändra kroppsställning till att förflytta sig med något transportmedel. Träningen är specifik och relaterad till den aktivitet där förflyttningen/rörelsen skall användas. Förflyttningen tränas om möjligt praktiskt i en vardagssituation inomhus alternativt utomhus, till exempel förflyttning från rullstol till toalett, gångträning utomhus eller använda allmänna kommunikationsmedel. Här innefattas även utredning/träning för att återuppta bilkörning efter skada/sjukdom. I början är träningen inriktad på att bibehålla och/eller förbättra fysiska förutsättningar och förmågor. Om begränsningarna kvarstår får patienten



lära sig använda kompensatoriska strategier, såsom till exempel gånghjälpmedel eller intyg för färdtjänst.

Det handlar om att med handen hantera föremål genom att till exempel greppa, hålla och släppa samt att kunna lyfta upp ett föremål för att ta det från en plats till en annan.

## Personlig vård

Innefattar egen personlig vård, att ta hand om sin kropp och sin hälsa. Personlig vård tränas i den faktiska situationen, till exempel vid morgonrutiner och måltidssituationer. Att sköta sin egen hälsa kan innebära träning i att ansvara för att ta mediciner själv. Om begränsningarna kvarstår får patienten lära sig använda kompensatoriska strategier, alternativt utprovning av kompenserande hjälpmedel.

## Hemliv

Innefattar att genomföra husliga och dagliga sysslor och uppgifter, till exempel att skaffa mat och kläder, hålla rent samt ta hand om personliga och andra hushållsföremål. Utifrån patientens aktivitetsrepertoar tränas aktiviteter praktiskt i vardagssituationer, till exempel att planera och göra inköp, laga måltid eller sköta städning. Om begränsningarna kvarstår får patienten lära sig använda kompensatoriska strategier.

## Mellanmänskliga interaktioner och relationer

Innefattar att genomföra handlingar som behövs för interaktioner med människor på lämpligt och socialt passande sätt. Här innefattas även intima relationer. Interaktioner observeras i olika situationer. Förmågor tränas systematiskt genom samtal, träning i olika gruppkonstellationer, umgås med familj och vänner. Samtalsstöd till anhöriga ges fortlöpande under rehabiliteringsperioden. Om begränsningar kvarstår får patienten/anhöriga lära sig att använda kompensatoriska strategier.

## Viktiga livsområden

Innefattar att engagera sig och utföra uppgifter som krävs vid utbildning, arbete, anställning och ekonomiska transaktioner. Arbetsplats-/utbildningsbesök kan vara aktuellt, då i samråd med arbetsgivare/skola, försäkringskassa och/eller andra intressenter. Uppgifter kopplade till arbete/utbildning kan vara aktuellt att träna på kliniken, då med strävan att uppgifterna ska vara så reella som möjligt. Om begränsningarna kvarstår får patienten kanske utföra andra arbetsuppgifter på sin arbetsplats/byta arbete eller lära sig använda kompensatoriska strategier.

## Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv

Innefattar uppgifter som krävs för att engagera sig i organiserat socialt liv utanför familjen. Utifrån patientens aktivitetsrepertoar tränas/provas, i den mån det är praktiskt möjligt, aktiviteter inom och utanför kliniken. Om begränsningarna kvarstår får patienten kanske utföra andra fritidsaktiviteter eller lära sig använda kompensatoriska strategier. Inom kliniken finns möjlighet att prova på olika idrotts- och hantverksaktiviteter.



Någon kväll i veckan erbjuds filmvisning alternativt någon annan kvällsaktivitet på kliniken.

## Omgivningsfaktorer

### Produkter och teknik

Innefattar all form av tekniska hjälpmedel som underlättar i personens omedelbara omgivning. Hjälpmedelsutprovning sker utifrån de behov som kommer fram under bedömningen och under behandlingen. Tillgängligheten i och utanför bostaden ses över för att möjliggöra aktivitet och delaktighet i hemmet. Finns begränsningar i bostaden ges förslag till förändringar i samarbete med hemkommunen. Kompensatoriska hjälpmedel kan vara aktuellt inom flera olika områden, till exempel förflyttning, personlig vård, hemliv, kommunikation och viktiga livsområden. Smarta telefoner, datorplattor och olika applikationer är exempel på hjälpmedel som personen kan använda för att kompensera kognitiva nedsättningar, till exempel påminnefunktioner i form av alarmsignaler.

### Personligt stöd och personliga relationer

Innefattar människor (till exempel familj, vänner, arbetskollegor) och djur som ger praktiskt eller emotionellt stöd. Teamet uppmuntrar patienten att ha kontakt med familj och vänner. Anhöriga erbjuds att delta i träningen på kliniken. Samtalsstöd till patienten och anhöriga ges fortlöpande under rehabiliteringsperioden

### Service, tjänster, system och policies

Innefattar service och tjänster inom olika samhällssektorer. Information om samhällets regelverk, rådgivning i sociala frågor samt hjälp i kontakter med myndigheter ges vid behov. Det finns möjlighet att få information och stöd i ekonomiska frågor, samt hjälp med ansökningar.

## Avbrytande av pågående rehabilitering

På deltagarens egen begäran:

All behandling är frivillig. Innan deltagaren skrivs ut är det av största vikt att utreda orsaken till patientens önskan om utskrivning.

På rehabiliteringsteamets begäran:

I första hand eftersträvas samförstånd men om det inte kan uppnås kan deltagaren kan mot sin vilja skrivas ut vid följande omständigheter:

- Uppenbart aktivt missbruk av tabletter, narkotika eller alkohol.
- Deltagaren medverkar inte, trots bedömd förmåga, aktivt i utformningen eller genomförandet av den individuella rehabiliteringsplanen.
- Vid svår psykisk sjukdom som bör behandlas på inneliggande psykiatrisk klinik.



- Nytt insjuknande som hindrar rehabilitering.

Vid utskrivning på grund av avbruten rehabilitering gör vi insatser för att förankra patienten medicinskt och vid behov rekommendera eller remittera till alternativ rehabilitering.

## UTSKRIVNINGSPLANERING

Inför kommande utskrivning är permissioner en mycket viktig del i rehabiliteringen, då patienten genom att vistas i sin hemmiljö ökar sin insikt kring sina svårigheter och får möjlighet att träna dessa i hemmiljö. Permissioner planeras utifrån patientens medicinska och sociala förutsättningar. Allt eftersom rehabiliteringen fortskrider kommer patienten att tillbringa mer och mer tid i hemmet. Som en förberedelse för detta gör teamet vid behov hembesök för att undersöka eventuellt behov av bostadsanpassning och/eller hjälpinsatser i hemmet. För att möjliggöra fortsatt träning i hemmet planerar respektive behandlare möjligheter och strategier tillsammans med patienten och anhöriga. Representanter från patientens hemkommun kallas till samordnad vårdplanering inför permissioner, utskrivning och fortsatt rehabilitering.

I övrigt gäller de kriterier för utskrivning ur slutenvård som är fastställda i Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård i Hälso- och sjukvård. Öppenvård, kommun och slutenvård ska vi behov ha en Samordnad Individuell Plan (SIP) med syfte att få en smidig och säker övergång mellan de olika vårdinstanserna.

Inför utskrivning utvärderas målen och det görs en planering för vad som ska hända efter utskrivningen. Rehabiliteringsmål och tidpunkt för utskrivning kan påverkas av:

- prioriteringsläge, det vill säga våra skyldigheter gentemot hela gruppen hjärnskadade ställt mot vårt begränsade antal vårdplatser
- oförutsett medicinskt behov som inte kan behandlas på ett tillfredställande sätt
- oförutsedd säkerhetsrisk som gör att vi inte kan ta ansvar för patienter eller personalens säkerhet
- om patienten avbryter rehabiliteringen på egen begäran.

I teamets arbete skall det vara tydligt i utskrivningsplaneringen dels om patienten nått sina mål för rehabiliteringsperioden, dels hur man planerat för eventuell fortsatt rehabilitering. Ytterst ansvarig för tidpunkten för utskrivningen är i senare skede medicinskt ansvarig överläkare. Patienten får en skriftlig utskrivningsplan. Varje yrkeskategori rapporterar till kollega i nästa vårdinstans. Efter avslutad rehabilitering planeras uppföljning efter behov. I vissa fall kan en förnyad rehabiliteringsperiod bli aktuell.



## UPPFÖLJNING

De patienter som inte följs upp av annan vårdgivare följs efter tre månader upp enligt ett av följande alternativ:

- Patienten träffar hela eller delar av teamet vid återbesök vanligtvis under en dag.
- Delar av teamet följer upp med besök i hemmet eller annat boende, på arbetsplats, i skola eller liknande.
- Telefonkontakt.

Vid behov av fortsatta rehabiliteringsinsatser efter utskrivning från Hjärnskadeavdelningen kan patienten även överföras till rehabiliteringsklinik på hemorten. Om patienten bor inom klinikens upptagningsområde och behöver fortsatta insatser kan öppenvårdsteamet ta över i senare skede.

## Mobila hjärnskadeteamet

I Skåne finns flera olika rehabiliteringsverksamheter för personer med hjärnskador, såväl öppen- som och slutenvård, och personer med förvärvad hjärnskada får också under perioder sin rehabilitering inom kommunala verksamheter, och vårdcentraler. I flertalet av verksamheterna finns dock inte tillgång till ett interdisciplinärt rehabiliteringsteam, och ett fåtal av dem innefattar samtliga professionsperspektiv med specialisering på hjärnskador. Mot bakgrunden av att flera tidigare utredningar på både nationell nivå (1, 2) och regional nivå (3), identifierat en ojämlik och otillräcklig tillgång till rehabilitering på rätt nivå och ett behov av ökad kunskap och samverkan i vårdkedjan, inrättades ett mobilt hjärnskadeteam i Skåne under 2014.

Detta team har ett regionalt uppdrag att förbättra rehabiliteringsprocessen, och öka förutsättningarna för en sammanhållen och tydlig vårdkedja för vuxna personer i Skåne som råkat ut för en medelsvår eller svår traumatisk hjärnskada högst ett år tillbaka i tiden. Övergångarna från sjukvård till eget boende, eller kommunal vård och omsorg, är exempel på kritiska punkter i rehabiliteringsprocessen som uppmärksammats som viktiga förbättringsområden i utredningarna, och är i fokus för Mobila hjärnskadeteamet.

För att skapa en mer jämlik rehabilitering, med tillgång till de specifika kompetenser det kan finnas ett individanpassat behov av, har Mobila hjärnskadeteamet uppdraget att stödja processen oaktat hur vårdkedjan ser ut. Således görs besök även i andra verksamheter och i hemmet.

Basen i det mobila hjärnskadeteamet utgörs av en samordnare (leg. arbetsterapeut) och specialistläkare. Övriga personalkategorier inom den högspecialiserade hjärnskaderehabiliteringen (sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, neuro-



psykolog och kurator) knyts till teamet på konsultbasis utifrån den skadades individuella behov.

En tidig och återkommande rehabiliteringsbedömning görs under perioden för uppföljningen för att öka kunskapen kring effekterna av skadan, och för att kunna stödja och bistå vid åtgärdsplanering i vår samverkan med patienten, anhöriga, personliga assistenter, andra vårdnivåer samt myndigheter som försäkringskassa, och arbetsförmedling. Verksamheten riktar sig även till de personer som vid remisstillfället inte kan erbjudas vårdplats för att delta i tillgängliga rehabiliteringsprogram inom hjärnskadeenheten. Därigenom förbättras förutsättningarna för kompetenta bedömningar och att rätt insats ges vid rätt tidpunkt.

Den skadades behov följs upp under två år genom återkommande bedömningar med väletablerade instrument för att bedöma kroppsfunction, aktivitet och delaktighet.

Uppföljningar sker i den miljö personen vistas i, eller genom telefonkontakt. Initiativ till åtgärder tas fortlöpande. En kontakttelefon för patienter/rehabiliteringsaktörer/personliga assistenter i behov av konsultation ökar tillgängligheten.

Ett delsyfte för mobila hjärnskadeteamets verksamhet är att uppnå en ökad överblick av gruppen traumatiskt hjärnskadade personer i Skåne, och att bistå i att deras behov kan tillgodoses.

Referenser avseende mobila hjärnskadeteamet:

1. *Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft och Personskadeförbundet RTP*. Kartläggning av hjärnskaderehabilitering. 2012
2. *Socialstyrelsen*. Rehabilitering för personer med traumatisk hjärnskada. Dec 2012. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
3. *Hälso- och sjukvårdsavdelningen Region Skåne*. Harrysson B. Kartläggning av rehabilitering enligt HSL för personer med traumatiska hjärnskador i Skåne. Koncernkontoret, 130415.



## UTVÄRDERING OCH KVALITETSSÄKRING

### Utvärdering på personnivå

Varje yrkeskategori utvärderar kontinuerligt patientens framsteg och behandlingsmetoder med olika standardiserade mätinstrument, som i första hand mäter funktionsnedsättningar och förändringar i funktioner, men som även utvärderar aktivitet och delaktighet.

### Utvärdering på programnivå

Hjärnskadeenheten har ett fortgående kvalitetsutvecklingsarbete. Verksamhetsrapport för föregående år utformas och är en sammanställning av mått avseende demografi, process och utfall. Utfallet innehåller parametrar avseende funktion, aktivitet, delaktighet och patienttillfredsställelse och intensitet. Ett års uppföljningar inkluderas i rapporten. Verksamhetsrapportens syfte är att beskriva och kontinuerligt följa verksamhetsutfallet avseende demografi, process och resultatmått relativt uppsatta mål, för att bedriva förbättringsarbete.

Hjärnskadeenheten är anslutet till Svenskt register för rehabiliteringsmedicini Sverige, Sve-Reh, som är till för att säkra rehabiliteringen av personer med förvärvade hjärnskador, ryggmärgsskador eller andra komplexa tillstånd. Data samlas in med syfte att utveckla och säkra vårdkvalitet, ge möjlighet för vår enhet att följa upp den vård som ges och kunna jämföra resultat på gruppnivå mellan olika enheter i landet och ge kunskaper om vårdprocesser och patientgruppers hälsa över tid.

All data avidentifieras och medverkan i registren är frivillig. Patienten har rätt att avstå deltagande genom att meddela sin samordnare för rehabiliteringen, läkare eller sektionschefen. Vid missnöje/brister som framkommer i patienttillfredsställelsenkäten åtgärdas dessa, om möjligt, direkt.

## SAMVERKAN

### Funktionsrättsorganisationernas samarbete med slutenvårdsteamet

Slutenvårdsteamet har samarbete med funktionsrättsorganisationen Hjärnkraft. De, tillsammans med flera samverkande patientorganisationer träffar representanter för kliniken vid några tillfällen per år. Hjärnkraft har även eftermiddagstider inbokade på avdelningen då de finns tillhands för patienter samt anhöriga som finns på avdelningen. Dessa tider bokas i förväg i dialog med undersköterska på avdelningen. Utöver detta har slutenvårdsteamet samarbete med Hjärnkraft vid speciella tillfällen som till exempel konferenser etc.

### Hjärnskadekoordinator i Region Skåne





Slutenvårdsteamet har samarbete med Hjärnskadekoordinatorfunktionen inom Region Skåne, som arbetar utifrån specifikt klientuppdrag. Hjärnskadekoordinatorn är en resursperson som kan vara en kontinuerlig kontakt för skadade och deras anhöriga genom akut- och rehabiliteringsförloppet. Koordinatorfunktionen kan hjälpa till i kontakter med läkare, andra vårdgivare och myndigheter, informera om rehabiliteringsmöjligheter, boende, fritid och övriga samhällsservice samt ge stöd till närstående. Hjärnskadekoordinatorn har kontinuerliga möten tillsammans med slutenvårdsteamets kontaktpersoner, för information och ärendediskussion.

## **VIDARE LÄSNING**

Mer information finns på hemsidan, se länk nedan.

<https://vard.skane.se/skanes-universitetssjukhus-sus/mottagningar-och-avdelningar/rehabavdelning-hogspecialiserad-hjarnskada-orup/>