



**Skånes universitetssjukhus**

En del av Region Skåne

**VO neurologi rehabiliteringsmedicin minnessjukdomar och geriatrik**



# Rehabilitering av personer med stroke eller medicinskt komplexa tillstånd

---

Rehabiliteringsprogram

**Specialiserad rehabilitering**

**VE rehabiliteringsmedicin**

**VO neurologi rehabiliteringsmedicin minnessjukdomar geriatrik**

**Skånes universitetssjukhus**

©

2024



### Inledning

Inom verksamhetsområde (VO) neurologi rehabiliteringsmedicin minnessjukdomar geriatrik, Skånes universitetssjukhus (SUS), ingår enheten specialiserad rehabilitering. Det innebär att rehabiliteringen kräver särskilda resurser och är specialistledd. Rehabiliteringen sker i enlighet med utvärderade behandlingsmetoder och resultatmätning med internationellt accepterade instrument. Kompetens finns för diagnostik och behandling av perceptuella och kognitiva svårigheter.

Flera rehabiliteringsprogram inom rehabiliteringsmedicin är sedan 1996 ackrediterade enligt Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF). Detta innebär att de ska följa de standards som CARF har satt upp. Som standards kan nämnas det interdisciplinära teamarbetet, som strävar efter att individuella målsättningar, som utgår från patientens behov och önskemål, integreras utifrån de olika professionernas kunskap. Personalen arbetar evidensbaserat och patienten medverkar aktivt enligt ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt. CARF granskar även patientens delaktighet i rehabiliteringen, kvalitetsuppföljningar samt hur vi arbetar med att förbättra kvalitén och utvecklingen i rehabiliteringsarbetet.

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.*

Socialstyrelsen anger följande definition: *Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.*

Det övergripande målet med rehabiliteringen 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 hälsofrämjande utbildning och information ingår i vår övergripande målsättning. Hälsofrämjande åtgärder vidtas utifrån individuella behov.

### Specialiserad rehabilitering

I vår verksamhet bedrivs specialiserad rehabilitering i både öppen- och slutenvård för personer som drabbats av stroke eller annan neurologisk åkomma och personer som drabbats av komplexa sjukdomstillstånd utanför neurologiområdet. Rehabilitering i slutenvård är placerat på Orupssjukhuset och öppenvården är placerat i Lund (rehabiliteringsmedicinsk mottagning, RMM).



Enheten disponerar en avdelning med upp till 12 platser i slutenvård, där rehabilitering av både strokepatienter och patienter med funktionsnedsättningar i rörelse- och cirkulationsorganen sker. Det finns möjlighet till boendeträning i två rum för träningsboende som är knutna till vårdavdelningen via larm samt boende utanför avdelningen i träningslägenhet.

Verksamheten inriktas i huvudsak på patienter i yrkesverksam ålder, men rehabiliteringspotentialen är i hög grad avgörande. I tveksamma fall görs bedömningar av vårt konsultteam antingen på mottagningen, i hemmet eller hos remitterande instans. Vi tar främst emot patienter från SUS upptagningsområde. Patienten förutsätts vara motiverad till rehabiliteringen och aktivt orka medverka i sin behandling samt behöva insatser från flera yrkeskategorier i rehabiliteringsteamet. Rehabiliteringsperioden är vanligtvis 4-5 veckor.

### **Konsulter och specialistbedömningar**

Verksamheten har tillgång till Universitetssjukhusets samtliga verksamhetsområden och kan konsultera deras specialister vid behov. På Orup finns möjligheter till utförande och analys av vissa enklare undersökningar och prover. Det finns ett lokalt läkemedelsförråd. Många tjänster för medicinsk diagnostik finns i Malmö eller Lund och vid behov sker transport till och från Orup 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.

### **Stroke**

Specialiserad rehabilitering för personer som drabbats av stroke.

Stroke definieras av världshälsoorganisationen (WHO) som

*”snabbt påkommande fokalt störning av hjärnans funktion med symtom som varar minst 24 timmar eller leder till döden, där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär”*

och är en av de mest resurskrävande sjukdomarna i Sverige. 2019 inträffade drygt 27 500 strokefall. Mindre än 4% var yngre än 50 år, och majoriteten 74%, var äldre än 70 år. 20 % är i yrkesverksam ålder och i samtliga åldersgrupper har män högre insjuknande än kvinnor.

För strokepatienter är slutenvården placerad på Orupssjukhuset och öppenvårdsrehabiliteringen sker på rehabiliteringsmedicinsk mottagning (RMM) i Lund. Denna mottagning tar även emot strokepatienter för bedömning/rehabilitering inför arbetsåtergång.



## Komplexa sjukdomstillstånd, transplantationer och multitrauma

Rehabilitering av personer med komplexa medicinska tillstånd utanför neurologiområdet är placerat på Orupssjukhuset med verksamhet i slutenvård. Patientgrupper som är aktuella är:

- Multitraumapatienter med komplicerade frakturer och/eller amputation. Årligen sker 2250 benamputationer i Sverige. Orsaken är oftast svårläkta sår, olycksfall, tumörsjukdomar och sepsis.
- Organtransplantationer - rehabilitering inför och/eller efter en transplantation av främst hjärta (tas i stället på Thorax nu) eller lungor. På Kardiologen SUS Lund har man under åren 2018-20 utfört, i medeltal, 25 hjärtransplantationer samt 15 lungtransplantationer (dubbla och enkla).
- Hjärtsviktspatienter med eller utan HeartMate/mekanisk hjärtpump - rehabilitering för att öka förmågan att vara aktiv och orka med vardagen, förbättra förutsättningarna att fysiskt/psykiskt kunna orka med hjärtransplantation alternativt undvika operation.
- Komplexa medicinska sjukdomstillstånd, t ex Guillian-Barrés syndrom (GBS), critical illness och i efterförloppet av intensivvård, exempelvis ECMO-vårdade patienter. GBS är den vanligaste orsaken till akut/subakut polyneuropati. GBS har en incident på 1-2/100 000.
- Patienter som genomgått vårdkrävande covid-19 infektion och har behov av fortsatt inläggande teambaserad rehabilitering på specialistnivå. Denna patientgrupp tas även emot i öppenvård vid RMM i Lund.

## Mål, visioner och ideologi

Vi arbetar för att patient och anhöriga ska få kunskap och insikt om sin sjukdom/skada och dess konsekvenser för att bli medveten om sina möjligheter utifrån sitt funktionshinder.

Vår vision är att erbjuda ett nationellt ledande rehabiliteringsprogram, där vi vidareutvecklar strategier och modeller utifrån våra egna och andras erfarenheter för att den enskilda patienten ska uppnå bästa möjliga resultat. Vi arbetar utifrån en holistisk 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 vara en attraktiv arbetsplats med utvecklingsmöjligheter. Vi arbetar ständigt med förbättringsarbeten inom både rehabiliteringsprocess och arbetsmiljö.

## Remissförfarande

Personerna kan komma till teamet via remiss från enheter inom sjukvården. Intag sker via remissförfarande. Vid behov görs bedömningar av läkare/konsultteam antingen polikliniskt på vår mottagning eller av läkare/konsultteam på akutklinik alternativt i hemmet. I de fall där patienten av någon anledning inte är aktuell för rehabilitering i något av våra program motiveras detta tydligt i



remissvar. Om rehabiliteringsbehov föreligger ger vi rekommendationer för hur rehabiliteringsprocessen kan bedrivas i annan regi. I de fall patient eller remittent inte är nöjda med rekommendationerna är de välkomna att kontakta enhetschef eller medicinskt ansvarig läkare.

### Intagningskriterier

- Patienter som bedöms vara i behov av specialiserad rehabilitering, där rehabiliteringspotentialen i hög grad är avgörande.
- Patienten ska vara cirkulatoriskt stabil, med låg risk för potentiell medicinsk instabilitet.
- Patienten förutsätts vara motiverad till rehabiliteringen och aktivt orka medverka i sin behandling i snitt 2-3 timmar per dag samt behöva insatser från flera yrkeskategorier i rehabiliteringsteamet.
- Patienten förväntas kunna återgå till sitt vardagsliv utifrån sina förutsättningar efter 4-6 veckors rehabilitering.

Patienter utanför Region Skåne tas emot efter förberedande teambedömning i den mån inremitterande verksamhetschef beviljar specialistvårdsremiss (= betalningsförbindelse).

### Exklusionskriterier

- Uttalad beteendestörning eller pågående missbruk. För patienter med uttalad beteendestörning bör kontakt i stället tas med psykiatri, man bör överväga om vi kan fungera som konsulter i det enskilda fallet på annan klinik.
- Dominerande smärtproblematik. För patienter med huvudproblematik icke-malign smärta finns möjlighet att hänvisa till smärtrehab SUS.

### Utskrivnings-/överflyttningskriterier

- Uppnådd målsättning i rehabiliteringsplanen inom planerad vårdtid
- Liten möjlighet för ytterligare utveckling/träningsvinst inom befintligt program. Patienten och övriga teamet är överens om att annat program med lägre träningsintensitet är lämpligt.
- Nyttillkommen medicinsk instabilitet av akut karaktär.
- Avvikande beteende som inte bedöms kunna hanteras inom programmet

I övrigt gäller kriterier för utskrivning ur slutenvård som är fastställda i dokument från 1 januari 2018 om samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne.

### Avbrytande av pågående rehabilitering

1. På patientens egen begäran  
All behandling är frivillig. Innan patienten skrivs ut är det önskvärt att utreda orsaken till patientens önskan om utskrivning, så att eventuella missförstånd eller missförhållanden kan



redas ut. Vid behov och med patientens medgivande kan anhöriga kontaktas för diskussioner. Skulle patienten fortsatt önska utskrivning efter dessa åtgärder skall i samråd med patienten lämplig nivå för fortsatt träning/aktivering rekommenderas. Patienten skall också via epikris och/eller remiss få möjlighet till återupptagande av kontakt med tidigare behandlande läkare.

2. Utskrivning från programmet på rehabiliteringsteamets begäran, d v s mot patientens vilja kan ske vid följande omständigheter:
  - a) aktivt missbruk av tabletter, narkotika eller alkohol som gör att patienten inte är motiverad/inte kan delta i rehabiliteringsprogrammet
  - b) uttalad beteendestörning som ej var känd vid inskrivning
  - c) deltagaren nekar att medverka aktivt i utformningen eller genomförandet av den individuella rehabiliteringsplanen
  - d) vid frånvaro som är så frekvent att patienten inte bedöms kunna tillgodogöra sig rehabiliteringen enligt planering
  - e) patienten har ett så störande beteende att rehabiliteringen för övriga deltagare i programmet äventyras

I samband med utskrivning mot patientens vilja skall åtgärder vidtas för att säkra den medicinska uppföljningen på hemort eller hos tidigare vårdgivare. Man skall också i möjligaste mån försöka ge möjlighet för patienten att bedriva rehabiliteringsprocessen på annat ställe.

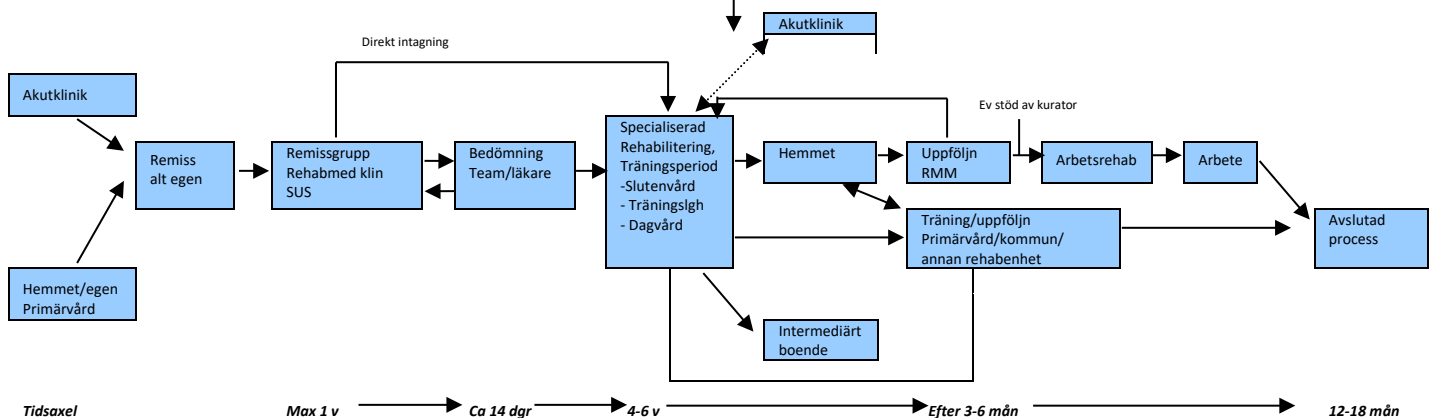
### **Programmets roll och plats i vårdkedjan**

Vår ambition är att patienterna ska tas emot så snart som möjligt efter att remiss anlänt. Inkommen remiss bedöms av läkare inom 72 h. Vid remiss från akutsjukvården skall en första kontakt med kliniken/patienten tas inom en vecka.

Vi tar del av relevant information genom journal i vårt journaldatasystem Melior. Efter medgivande från patienten kan vi vid behov rekvirera journalkopior, röntgenutlåtande med mera. Både i samband med rehabiliteringen och vid utskrivning tas, om patienten samtycker, lämpliga kontakter med anhöriga, hemkommun och primärvård samt läkaren som har ansvar för den fortsatta uppföljningen av patienten. Vid behov kontaktas arbetsgivare och försäkringskassa.



## Vårdkedjan för Specialiserad rehabilitering

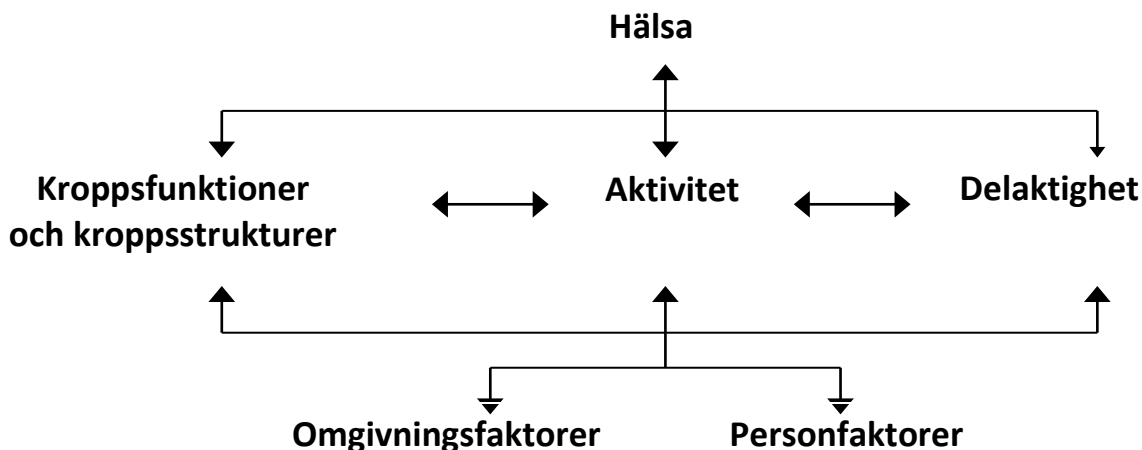


## Rehabiliteringsteamet

Vi arbetar med rehabilitering utifrån WHO's klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder (ICF), som beskriver hälsa utifrån två områden; kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt aktivitet och delaktighet. Begreppen definieras enligt följande:

- 1) *Kroppsfunktioner* är kroppssystemens fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner och *kroppsstrukturer* är anatomiska delar av kroppen såsom organ, lemmar och deras komponenter
- 2) *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 international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

För att nå bästa möjliga resultat arbetar vi interdisciplinärt i team. Vi arbetar med samordning kring bedömning och behandling samt formulerar övergripande mål tillsammans med patienten. Teamet är en dynamisk grupp, där graden av insatser styrs utifrån patientens behov och kan förändras



under rehabiliteringsperiodens gång. I teamet ingår patient, läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och logoped samt medicinsk sekreterare. Tillgång till neuropsykolog finns. Se bilaga II-XI. Teamet arbetar i nära samarbete med varandra och patientens anhöriga. Teamet träffas regelbundet i gemensamma möten för utvärdering. Det finns även tillgång till fritidsledare och idrottsinstruktör. Rehabiliteringsmedicin är en verksamhet som tillhör Skånes universitetssjukhus. Detta innebär att vi har tillgång till universitetssjukhusets samtliga verksamhetsområden och kan konsultera deras specialister vid behov.

### **Rehabiliteringsprocessen**

#### **Information vid inskrivning**

Vid inskrivning informeras patienten om programmets mål, innehåll och dagliga rutiner. Patienten får information om vilken undersköterska som är patientens kontaktperson samt vem som är enhetschef på avdelningen. Patienten och om möjligt även anhöriga, får träffa ansvarig samordnare och delges information om samordnarens roll. Under den första veckan får patienten även praktisk information både muntligt och skriftligt t ex i form av genomgång av patientpärm.

#### **Inledande bedömning**

Bedömning och utredning sker inför rehabiliteringsplanering men även fortlöpande under rehabiliteringsperioden. De första dagarna träffar patienten alla teammedlemmar och en fördjupad intervju och bedömning påbörjas utifrån ICF domänerna kroppsfunction, aktivitet och delaktighet. Inom 72 h från inskrivningen görs även en bedömning enligt bedömningsinstrumentet Functional Independence Measure (FIM).

#### **Rehabiliteringsplan**

Inför rehabiliteringsplaneringen får patienten själv/med stöttning fylla i dokumentet *Underlag för rehabplan*. Här får patienten själv/med stöttning reflektera över både vilka svårigheter och resurser hen har efter sin skada/sjukdom och formulera förväntningar på vad rehabiliteringen ska leda till. Tillsammans upprättar team och patient en detaljerad skriftlig rehabiliteringsplan som beskriver patientens egna förväntningar och de mål som är möjliga att uppnå under rehabiliteringsperioden. I de fall patienten har svårigheter att ta till sig skriftlig information ges informationen anpassat efter patientens förmåga, t ex i den konkreta situation där färdigheten/delmålet tränas. Delmålen skrivs utifrån ICF domänerna *Aktivitet och delaktighet* samt *Omgivningsfaktorer* (bilaga I). Rehabiliteringsperiodens längd bestäms utifrån de individuella mål som sätts med patienten. Målen som upprättas i rehabiliteringsplanen utvärderar patienten tillsammans med team/ kontaktperson en gång i veckan under löpande rehabiliteringsperiod. I samråd med patienten ändras eller kompletteras rehabiliteringsplanen vid behov.

#### **Rehabiliteringsinsatser**

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





av betydelse för rehabiliteringen sker individuellt eller i samband med gruppverksamhet exempelvis livsstilsföreläsningar.

Rehabiliteringsarbetet utgår från tre olika delkomponenter: elimination, compensation och träning. Med **1) elimination** menas att undanröja ett (ofta) medicinskt problem eller minimera konsekvenserna av problemet. **2) Träning** genomförs i syfte att förbättra en funktion som till exempel träning av muskelstyrka, kondition, talförmåga eller kognitiv förmåga - eller en aktivitetsförmåga som till exempel förmågan att gå, klä sig eller att tillaga en måltid. **3) Kompensation** innebär en anpassning till en funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning genom utprovning eller anpassning av hjälpmedel, eller genom att lära in ett nytt sätt att utföra en aktivitet.

De tre delkomponenterna integreras i rehabiliteringsarbetet utifrån det interdisciplinära arbetssättet. Målsättningen är att uppnå ökad aktivitet och delaktighet enligt patientens förväntningar. Helgpermission ingår som ett moment under rehabiliteringsperioden då patienten får möjlighet att träna och utvärdera aktiviteter och eventuella hjälpmedel i sin egen miljö inför planerad hemgång. Detta kan även ske genom hemträning under vardag tillsammans med exempelvis kontaktpersonen.

### **Fortsatt rehabilitering/ uppföljning**

Rehabilitering efter en skada eller sjukdom är en långvarig process. Våra patienter uppmärksammas redan från början om att de kan ha fortsatt behov av rehabilitering efter utskrivning från oss. Tidigt under rehabiliteringsperioden börjar patienten tillsammans med teamet att planera för var och hur den fortsatta träningen/uppföljningen efter utskrivning ska ske. Detta kan t ex handla om vilken primärvårdsläkare/vårdcentral och eventuell akutklinik som kommer att sköta uppföljningen, *samt hur den fortsatta rehabiliteringen ska läggas upp*. Den fortsatta rehabiliteringen kan bedrivas på egen hand, i primärvården, inom regionen och/eller via hemkommunen. Teamet tar vid behov kontakt med efterföljande behandlare i vårdkedjan via Mina planer, telefonkontakt eller via remiss. Detta dokumenteras i rehabiliteringsplanen och i patientens utskrivningsplan. En del patienter erbjuds ett uppföljningsbesök hos läkare eller team. Syftet med uppföljningsbesöken kan vara att bedöma hur mål under rehabperioden, såsom aktivitetsbalans, utförandet av vardagliga aktiviteter samt träning, fungerat efter utskrivning.

### **Kvalitetsuppföljning**

Uppföljning sker för alla patienter via telefonintervju 12 månader efter utskrivning. Uppföljningen innefattar uppföljning av hushåll, boende, körkort, rökning, försörjning, komplikationer, EQ5D, livstillfredsställelse, om rehabiliteringsplanplan upprättats efter utskrivning via annan vårdenhet samt patientens upplevelse av sina samlade rehabiliteringsinsatser under året.



Verksamheten samlar in data för varje patient i en databas (SveReh). Den data som samlas in täcker olika aspekter av processen. Ett av huvudsyftena är att utvärdera rehabiliteringsprocessens kvalitet. Uppgifter från databasen sammanställs i vår Managementrapport vilken ingår som en del av vårt kontinuerliga förbättringsarbete.

### **Forskning och utveckling**

Inom medicinsk rehabilitering betonas vikten av metod- och kvalitetsutveckling. Vi arbetar kontinuerligt med utveckling av teamarbete, arbetsmetoder och metodutveckling.

Forskningsprojekt som tidigare gjorts inom enheten har innefattat återgång i arbete, forcerad arm/handträning, excentrisk styrketräning för nedre extremiteter och hur känselnedsättning i arm och hand efter stroke påverkar individerna i sin vardag, om specifik känselträning kunde förbättra känseln i armen och handen och dess påverkan på förmågan att använda handen i vardagliga aktiviteter. Dessa studier finns publicerade i internationella rehabiliteringsmedicinska tidskrifter samt har presenterats på internationella konferenser. En fyraårsuppföljning av intensiv, forcerad arm och handträning är publicerad i Clinical Rehabilitation. Pågående forskning undersöker bland annat hur en nedsatt sensomotorisk funktion i benet efter stroke påverkar personens vardagsaktiviteter och livssituation.

En doktorand (sjuksköterska) från hjärnskadeavdelningen utför en forskningsstudie om sexualitetsfrågor inom hjärnskaderehabilitering utifrån personalperspektiv. Projektet handlar om vilka erfarenheter personal har angående sexualitetsrelaterade frågor vid rehabilitering av personer som förvärvat en hjärnskada. Med denna kunskap vill vi belysa vilka hinder och möjligheter som finns i rehabilitering när det gäller frågor om sexualitet hos personer som förvärvat en hjärnskada. Forskningshuvudman för projektet är Malmö universitet.

Verksamhetens logoped har under våren 2021 deltagit i en nationellt pågående behandlingsstudie gällande intensiv multimodal afasirehabilitering (MIRAA) vilken leds från Karolinska Institutet i Stockholm. Logoped sitter 2023-24 med i LAG (Lokal arbetsgrupp) med målsättning att skapa en regional medicinsk riktlinje för dysfagi.

Under 2023-2024 kommer vi att ta del av vårdförlopp stroke som har utarbetats av en styrgrupp inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS). Det övergripande målet för vårdförloppet är god och jämlik vård. Vårdförloppet utgör ett stöd för evidensbaserad vård, inklusive rehabilitering och uppföljning, liksom ökad nöjdhet, förbättrad hälsa och livskvalitet efter tidiga insatser och vård vid stroke. Det säkrar också övergångar mellan olika aktörer i vårdkedjan.



## Rehabiliteringsinsatser enligt ICF (bilaga I)

### **Aktivitet och delaktighet**

#### Lärande och att tillämpa kunskap

Innefattar lärande och att använda den kunskap som är inlärd; tänkande, problemlösning och beslutsfattande. I aktivitet tränas förmågor som t ex att läsa, räkna, lösa problem och fatta beslut, alternativt lära patienten att använda kompensatoriska strategier. Att lägga upp en plan för fortsatt rehabilitering i och utanför hemmet.

#### Allmänna uppgifter och krav

Innefattar att genomföra enstaka eller mångfaldiga uppgifter, organisera sitt arbete och att hantera stress. I aktivitet tränas förmågor som till exempel att utföra enkla respektive sammansatta uppgifter i förhållande till tidsaspekt, alternativt lära patienten att använda kompensatoriska strategier.

#### Kommunikation

Innefattar kommunikation genom språk, tecken och symboler. Det handlar både om att ta emot respektive förmedla budskap. I ett första skede ges behandling i form av en allmän språklig stimulering som en uppmuntran till kommunikation, därefter sker strukturerad träning av förmågor och/eller inläring av kompensatoriska strategier. Vid behov finns möjlighet att prova alternativa kommunikationssätt.

#### 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, till exempel förflyttning från rullstol till toalett, rullstolsteknik, gångträning inomhus/utomhus eller använda allmänna kommunikationsmedel. Här innefattas även bedömning för att eventuellt 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, som till exempel gånghjälpmedel. Teamet är även behjälpliga med intyg för färdtjänst samt sjukresor.

#### 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 vardagliga sysslor, till exempel inköp, matlagning, tvätt och städning. Utifrån patientens aktivitetsrepertoar tränas aktiviteter praktiskt i vardagssituationer. Om begränsningarna kvarstår får patienten lära sig använda kompensatoriska strategier eller hjälpmedel. Träning i hemmet tillsammans med personal ur teamet förekommer.



### 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 med maka/make/annan partner.

Interaktioner observeras och kan tränas i olika situationer; genom samtal, olika gruppaktiviteter samt umgänge med familj/vänner vid besök eller under permission.

Samtalsstöd till anhöriga ges fortlöpande under rehabiliteringsperioden. Om begränsningar kvarstår får patient/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.

Tillsammans med patient identifieras uppgifter kopplade till arbetet och att reflektera över dessa.

### 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 social aktivitet. I samtal med kurator får varje patient individanpassad muntlig och skriftlig information om patient- och brukarorganisationer. Om önskemål finns kan kurator vara stöd i att ta den första kontakten. Någon gång per termin bjuds relevanta patientorganisationer in till avdelningen och berättar om sin verksamhet. Om möjligt erbjuds även nyligen utskrivna patienter att delta vid dessa tillfällen.

### **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. Behovet kan förändras under rehabiliteringsperiodens gång. Kompensatoriska hjälpmedel kan vara aktuellt inom flera olika områden, t ex förflyttning, personlig vård, hemliv, kommunikation och viktiga livsområden. När hjälpmedel är aktuellt, tas kontakt med patientens hemkommun alternativt regionen. Vissa hjälpmedel är patientens eget ansvar att bekosta.

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 (ansökan om bostadsanpassningsbidrag).



### 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.



(bilaga II)

## **Samordnare**

Någon i teamet ansvarar för att verka som samordnare för varje patient. Samordnarens uppdrag är att ha helhetsperspektiv på patientens rehabiliteringsprocess och att hjälpa till att driva processen framåt. Vad gäller praktisk planering av möten och annat med patient och anhöriga, både internt och externt, tillser samordnaren att patient och anhöriga är underrättade om tid, plats och syfte, att mötet anpassas efter patientens förutsättningar och behov och att det dokumenteras. Vid behov kan samordnaren vara ett stöd för patienten i olika möten dels för att bevaka att patientens talan förs fram om det är svårt för patienten, dels för att hjälpa patienten att ta emot, förstå och komma ihåg information.

## **Sjuksköterska/undersköterska**

### **Bedömning**

Bedömning av omvårdnadsbehov sker utifrån ett helhetsperspektiv genom intervju med patient och eventuella anhöriga, rapport från föregående vårdgivare samt dagliga observationer i omvårdnadsarbetet. Detta dokumenteras i omvårdnadsjournalen enligt VIPS-modellen. Vi använder standardiserade bedömningsinstrument kring till exempel fall, trycksår och nutrition.

### **Behandling/Åtgärder**

Behandling/åtgärder riktar sig mot de problemområden som framkommer i omvårdnadsjournalen. Det kan exempelvis vara att eliminera smärta/optimera smärtbehandling och kunna tömma blåsan fullständigt.

På avdelningen tränar patienten tillsammans med undersköterskor och sjuksköterskor för att få möjlighet att bli så självständig som möjligt i exempelvis personlig vård, förflyttningar, sköta läkemedel och såromläggningar. Patienten motiveras och får stöd att delta och träna praktiskt i de olika momenten. Viss delegerad träning sker efter instruktioner från fysioterapeut, arbetsterapeut och logoped.

Undersköterskorna bedriver även träning med patienten i dess hemmiljö, så kallad hemträning där specifika moment från rehabiliteringsplanen tränas.

### **Övriga åtgärder**



Prover, undersökningar och behandlingar utförs efter ordination. Samarbete sker med specialistkliniker där detta krävs. För varje patient utses en av undersköterskorna till kontaktperson. Hen ansvarar för vissa rutiner som att inför rehabplanen gå igenom patientens förväntningar kring målsättningar för rehabiliteringen samt att löpande gå igenom den reviderade rehabplanen. Kontaktpersonen följer även med patienten på hemträning och/eller konsultbesök samt har den övergripande kontrollen av patientens hjälpbehov.

Inför permissioner och utskrivningar sker en överslagssamtal till distriktssköterska för hjälp med medicinska insatser. Om patienten behöver hjälp efter hemgång har man en vårdplanering med kommunen/primärvården, sjuksköterskan ansvarar för att ett inskrivningsmeddelande skickas.

## Överläkare/enhetsansvarig läkare (EAL)

### Bedömning

I anslutning till patientens ankomst till avdelningen görs en medicinsk bedömning, uppgifter tas om tidigare och aktuell sjukdom samt akmediciner och eventuell allergi/överkänslighet. Läkaren bedömer behovet av samt remitterar patienten för nödvändiga undersökningar på annan klinik som ett led i rehabiliteringen.

Läkaren bedömer även patientens lämplighet som bilförare och förmedlar eventuell rekommendation om förbud mot bilkörning samt för hur lång tid.

Läkaren efterfrågar eventuell vapenlicens och gör ett aktivt ställningstagande till fortsatt förmåga att hantera vapen.

### Behandling/åtgärder

Läkaren deltar tillsammans med patient och övriga i teamet i arbetet med rehabplanen med inriktning på medicinska frågeställningar och övergripande planering. En planering görs för rehabiliteringsperiodens längd samt eventuella fortsatta insatser efter utskrivning inom exempelvis öppenvård.

Läkaren har observans på medicinska komplikationer och åtgärdande av dessa, såsom infektioner, tromboser, smärta och/eller depressioner. Detta görs fortlöpande under rehabiliteringsperioden.

Läkaren samtalar med patient om riskfaktorer och hjälper om möjligt till att undanröja dessa.

Samtal sker även med patient och eventuell partner om sex och samlevnad.

### Övriga åtgärder

Läkaren utfärdar vid behov sjukskrivningsintyg, intyg för färdtjänst, parkeringstillstånd, personlig assistent och ledsagare.



## Neuropsykolog

### Bedömning

Neuropsykologisk utredning har som syfte att beskriva aktuella problemområden såväl som välbevarade färdigheter. Vid utredning används väletablerade bedömningsinstrument som ger kvantitativa resultat. Med kvalitativa observationer och skattningar kompletteras bilden av patientens svårigheter. Viktiga undersökningsområden är minne och inlärning, visuell och rumslig uppfattning, samt vissa delar av språkliga förmågan. Även exekutiva funktioner, så som koncentrationsförmåga, planeringsförmåga och flexibilitet undersöks. Grad av insikt uppmärksammas också.

Utredningen initieras med ett fördjupat samtal med patienten, där neuropsykologisk utredning introduceras och frågor som sjukdom, familjen, arbete, utbildning och viktiga sysselsättningar berörs. Vidare bedöms de psykologiska reaktioner på insjuknande och situation.

### Behandling

Patienten och eventuellt anhöriga erbjuds återkopplingsamtal, där fokus ligger på att informera om neuropsykologiska fynd samt konsekvenser av dessa för vardagen. Denna funktionsbeskrivning kan sedan ligga till grund för fortsatt arbete med patienten. Vid vidarearbete med patienten kretsar samtal runt återgång till eller etablering av rutiner vid hemkomsten, för att höja upplevelse av egen kontroll och förebygga psykisk ohälsa. Finns upplevelser eller beteenden som hindrar patienten i sin rehabilitering ges möjlighet att arbeta med detta. Målet är en hög grad av sjukdomsinsikt, acceptans för sjukdomens konsekvenser och goda förutsättningar att efter utskrivning återgå till en värdegivande vardag.

### Övriga åtgärder

Bland övriga åtgärder kan nämnas löpande information till teamet om resultat från den neuropsykologiska utredningen och rekommendationer till mål och uppläggning av fortsatt träning. Vid behov informeras även externa handläggare vid planeringsmöten. Vid behov kan patienten remitteras vidare för psykologiska insatser på hemorten.

## Logoped

### Bedömning





Logopeden bedömer kommunikationsförmåga samt ätande/sväljning. Syftet med den logopediska bedömningen är att få en helhetsbild av personens nuvarande funktion och aktivitetsförmåga. Bedömningen görs genom att kartlägga och analysera den aktuella funktionsnedsättningen via tester samt via observation av utförande/beteende i aktivitet. Anhöriga spelar en viktig roll för komplettering av anamnes, premorbid förmåga samt livssituation när patienten har svårt att kommunicera.

Kommunikationsbedömningen anpassas efter patientens svårigheter och kan innefatta bedömning av språk (talförståelse, talproduktion, läs- och skrivförmåga) samt sifferuppfattning, bedömning av röst- och talmuskulatur samt hur dessa nedsättningar påverkar kommunikationsförmågan i sin helhet. Även kognitiva nedsättningar som kan påverka kommunikationsförmågan tas med i beaktande. Vidare bedöms tugg- och sväljförmåga och hur funktionsnedsättningen påverkar ätande. Detta görs via en klinisk sväljbedömning". Patienten har ofta bedömts instrumentellt i akutskedet och den information som undersökningen gett används som underlag för den kliniska bedömningen. Vid behov av en förnyad instrumentell bedömning av sväljförmågan, antingen terapeutisk sväljröntgen (TVSS) eller fiberendoskopisk undersökning av sväljförmågan (FUS). Dessa undersökningar utförs efter remiss, vid Bild och Funktion SUS Malmö eller vid hemortslasarett. Logopeden följer med patienten vid dessa undersökningar som sedan utgör ett underlag för en utförligare bedömning.

## Behandling/Åtgärder

Utifrån bedömningen och patientens egna önskemål och behov, läggs en individuell behandlingsplan upp. Behandlingen är målinriktad och individuellt anpassad. Logopeden arbetar både på funktions- och aktivitets/delaktighetsnivå och behandlingen innefattar såväl specifik träning, som inläring/användning av kompensatoriska strategier/åtgärder. Träningen kan ske för att förbättra en funktion eller aktivitet.

Exempel på logopedisk behandling kan vara:

Ät- och sväljsvårigheter: Övningar med fokus på ökad styrka och koordination för specifika muskelgrupper viktiga vid sväljning.

Direkt sväljträning med salivsväljning eller sväljning av någon typ av mat eller dryck. Sväljträningen kan ske med eller utan sväljteknik.



Användning/inläring av kompensatoriska åtgärder/strategier i form av konsistensanpassning, anpassningar i måltidssituationen, posturala tekniker, sväljtekniker eller sensorisk stimulering.

Kommunikation: Röst- och talövningar. Direkt språklig träning av talförståelse, uttrycksförmåga, läsning eller skrivning. Träning av funktionell kommunikation och användning av kompensatoriska strategier eller alternativa kommunikationssätt, både naturliga samt låg- och högteknologiska. Uppgifter med syfte att öka medvetenheten hos patienten om hens begränsningar/styrkor samt hitta strategier och träna tekniker för att hantera och kompensera för dessa.

Information/undervisning till anhöriga kring strategier eller anpassningar för att underlätta kommunikation/ätande under permissioner och efter utskrivning. Vid behov individanpassad skriftlig information till hemtjänstpersonal.

### Övriga åtgärder

Skriftliga utlåtanden inför beslut om LSS. Planering tillsammans med patienten angående den fortsatta rehabiliteringen efter utskrivning med remiss till logoped på hemortslasarettet för uppföljning/träning.

### Fysioterapeut

#### Bedömning

Målet med den fysioterapeutiska bedömningen är att få en helhetsbild av personens funktion och aktivitetsförmåga med rörelse som ett centralt begrepp. Begreppet rörelse omfattar rörelseförutsättningar, rörelseförmåga och rörelsebetående. Bedömningen består både av manuell undersökning av personens kroppsfunktioner, samt analys i rörelse och aktivitet. Hänsyn tas även till omgivnings- och personfaktorers påverkan på aktivitet.

Funktionsanalysen innehåller bl.a.

- Förflyttningar: Långa förflyttningar inom- och utomhus t ex gång och/eller rullstol, gång i olika miljöer, trappgång. Korta förflyttningar t ex till och från säng/toalett, bil, upp-ned från golv.
- Postural kontroll: Bedömning av statisk och dynamisk balans i olika utgångspositioner som sittande, stående och i gående, bedömning av fallrisk.
- Motorik: Förmåga till aktiva viljemässiga rörelser, motorisk kontroll, koordination.
- Muskeltonus: Bedömning av hyper-/hypoton muskulatur.
- Sensorik: Innefattar förmågan att kunna uppfatta yttlig beröring, kyla- värme, tryck och smärta men även att kunna tolka beröringen och att känna ledens position och hur en rörelse utförs.



- Ledrörlighet: Undersökning av passiv rörlighet, muskelstramhet, bedömning av risk för kontrakturer.
- Styrka och uthållighet: Test av grov kraft, muskulär och kardiovaskulär uthållighet.

Exempel på bedömningsinstrument: Bergs balansskala, MiniBest, M-MAS UAS-99, 10 m gång, 2 eller 6 min gångtest, TUG.

### Behandling/åtgärder

Träningen är målinriktad och individuellt anpassad baserad på personens egna önskemål och behov. Specifika delmoment tränas men också olika aktiviteter så kallad uppgiftsspecifik träning med tillämpning i reella miljöer. Behandlingen innehåller träning både på funktions- och aktivitetsnivå.

Exempel på åtgärder på funktionsnivå är träning av:

- Styrka/ motorik
- Rörlighet
- Balans
- Töjningar av stram/tonusökad muskulatur
- Kondition/uthållighet

Exempel på åtgärder på aktivitetsnivå är träning av:

- Olika korta och långa förflyttningar inom- och utomhus, som t ex i och ur säng, på toalett, i och ur bil, gång i olika miljöer, trappgång, rullstolsteknik.

### Övriga åtgärder

Övriga åtgärder är exempelvis undervisning av personal och anhöriga, hembesök, utprovning av hjälpmedel som t ex rullstol, samt olika gånghjälpmedel som rollator, 4-punktsstöd, och kryckkäpp. Tillsammans med ortopedingenjör bedömning och utprovning av ortopedtekniska hjälpmedel. Planering görs tillsammans med personen angående den fortsatta rehabiliteringen, och i samband med utskrivning sker överrapportering till ansvarig fysioterapeut på nästa aktuella vårdnivå t ex dagrehabilitering, kommun eller vårdcentral.

### Arbetsterapeut (bilaga VIII)

### Bedömning

Bedömning sker genom intervju och observation vad det gäller:

- Personliga dagliga aktiviteter (personlig vård, förflyttning och att klara sig i samhället)
- Produktiva aktiviteter (arbete, hushållsarbete och utbildning)
- Fritidsaktiviteter (stillsam, aktiv fritid och social samvaro)

Arbetsterapeuten analyserar personens förmågor och färdigheter, aktiviteternas specifika egenskaper samt miljön där aktiviteterna ska utföras.

Exempel på bedömningsinstrument är:



- PRPP (Perceive, Recall, Plan, Perform System of Task)
  - COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
  - Sollermans greppfunktionstest
  - Jamar handstyrka
  - WEIS (The Work Environment Impact Scale),
  - WRI (The Worker Role Interview)
  - WCPA – SE (Veckoplanering av kalender - aktivitetsbaserat test av exekutiva funktioner)
  - AWP (Assessment of Work Performance)
  - MFS (Mental Fatigue Scale)

### Behandling/åtgärder

För att en person ska kunna utföra en aktivitet måste en samverkan äga rum mellan personens förmågor och önskemål, omgivningens resurser, krav och begränsningar samt uppgiftens/aktivitetens egenskaper.

Arbetsterapeuten arbetar för att personen ska återfå förmåga till aktivitet.

Åtgärderna är målorienterade och kan riktas mot både personen, aktiviteten och omgivningen samt vara av olika karaktär.

- Träningen av förmågor och funktioner kan ske i en hel aktivitet eller genom att aktiviteten bryts ner och vissa förmågor tränas separat. Åtgärder för att träna upp eller hitta ett sätt att kompensera för nedsatt förmåga, för att nå aktivitetsmålet.
- Förändring av aktiviteten kan göras så att den bättre passar personens förmågor och funktioner; kompensatoriska strategier, förändra miljön genom tekniska hjälpmedel och/eller anpassning t ex genom bostadsanpassning.
- Praktisk och teoretisk information gällande ergonomi, energibesparande strategier, vardagsplanering samt aktivitetsbalans.
- Instruktion/handledning till närstående personer, t ex anhöriga, personlig assistent, arbetsgivare.
- Arbetsterapeuten kan bistå personen att finna nya fritidsaktiviteter om de tidigare är svåra att utföra.
- Arbetsterapeuten kan bistå med underlag vid förskrivning av elrullstol och/eller till LSS-intyg.

Åtgärder på funktionsnivå kan vara:

- Ödembehandling (kompressionshandske, lindning med cobanband, viloortos, handledsstöd).
- Kontrakturprofylax (ortoser, genomgång av töjningsövningar).
- Tonusnormaliserande övningar (töjningsövningar sittande vid bord och tillämpning i aktivitet).
- Sensibilitetsträning (aktivt greppa olika föremål, taggball, frotte´)



**Överrapportering** till dagrehab, hemrehab, kommunarbetsterapeut och/eller arbetsterapeut på vårdcentral för fortsatt träning och/eller uppföljning.

### Kurator

Socionomens/kuratorns uppgifter är

- att som social expert koppla de medicinska problemen till patientens psykosociala situation och bevaka att sociala aspekter integreras i behandling och fortsatt planering.
- att under vårdtiden ge stöd till patient och anhöriga i krisbearbetning samt informera, motivera och stödja i anpassning till en förändrad livssituation.
- att förmedla kontakt och samverka med samhällets organ utanför sjukvården. En viktig funktion är att förstärka kanaler till socialtjänst och andra myndigheter samt att ha kunskap om och bevaka det socialrättsliga området.

#### **Psykosocial utredning, stöd och information**

Vid hitkomsten görs utredning och bedömning av patientens psykosociala situation tillsammans med patient och anhörig/a. Information ges även om samhällets stöd- och serviceinsatser, rehabrutiner, försäkringar, transporter mm med kontinuerlig uppföljning.

#### **Samarbete med instanser i hemkommunen**

I tidigt skede samplanering med biståndshandläggare/ hemvårdsinspektör och vid be handläggare för planering av hjälpinsatser i hemmet och/eller förändringar avseende fortsatta boendet. Inför helgpermission planering tillsammans med anhöriga och vid hemtjänst även med biståndshandläggare på hemorten.

För att underlätta transporter utanför hemmet ansökes om färdtjänst respektive parkeringstillstånd för rörelsehindrad via hemkommunens handläggare.

Vid eventuellt ekonomiskt hjälpbehov kontakt med socialsekreterare på hemorten, o behov av god man kontakt med överförmyndaren.

#### **Samarbete med Försäkringskassan (FK)**

Vid hitkomst avcheckning av sjukskrivning - vid behov kontakter med FK och även praktisk hjälp med handläggning. Samarbete i övrigt med FK gällande sjukersättning, rehabersättning i samband med arbetsträning samt om handikappersättning, bilstöd assistansersättning.

#### **Arbetsrehabilitering**

Planering av arbetsrehabilitering sker i samråd med patient, arbetsgivare, eventuell företagshälsovård samt försäkringskassa, och i vissa fall även vid besök på arbetsplats

#### **Fortsatt stöd efter utskrivning samt uppföljning**

Inför utskrivning information om och vid önskemål förmedlande av kontakt med kura annan uppföljande instans på hemorten. Uppföljning vid återbesök på mottagning till



med läkare och i vissa fall hela teamet. Vid planering och uppföljning av arbetsträning sker vid behov arbetsplatsbesök tillsammans med arbetsterapeut och rehabassistent från FK.

### Medicinsk sekreterare

Medicinska sekreteraren hanterar det administrativa runt patienten inför, under och efter vårdtiden såsom remisshantering, faxa kallelse och information, utskrift av diktat, registrering i patientadministrativt system (PASiS) och journalsystem, skicka journalkopior samt skicka journalhandlingar för scanning till Comprima. Vidare ansvar för diagnoskodning av epikris (slutanteckning) som speglar vårdtillfället så att korrekta koder registreras i PASiS så att vårdtillfället hamnar i rätt DRG-grupp. Ansvar för att beställa tolk till olika möten utifrån patientens behov för att kunna tillgodogöra sig information samt ansvar för att vissa dokument såsom rehabiliteringsplan och utskrivningsinformation vid behov översätts till modersmål av tolk.

### Fritidskonsulent

På Orupssjukhuset finns det möjlighet att tillsammans med fritidskonsulenten utöva tidigare fritidsintressen eller prova på nya. Fritidsaktiviteter ute i samhället kan exempelvis vara att åka till köpcentra, naturreservat, fiska, restaurangbesök, bowling, bio- och teaterbesök samt idrottsevenemang. På kliniken finns det möjlighet att prova ett antal olika idrotter som till exempel boccia, luftgevärsskytte, rullstolsbasket, bågskytte, bordtennis, minitennis etc. För att kunna utöva olika fritidsintressen ges råd och tips på passande fritidshjälpmiddel.

Fritidskonsulenten hjälper också till att ta kontakt med olika fritids- och idrottsföreningar i ditt närområde, och ibland finns även möjlighet att tillsammans åka dit på ett första besök.

En kväll i veckan finns det möjlighet och delta i en kvällsaktivitet som varierar efter säsong och efterfrågan. Olika kvällsaktiviteter kan vara bio/filmvisning, tipspromenad, musikquiz, 5-kamp, frågesport etc.

På avdelningen och hos fritidskonsulenten finns informationsmaterial där du kan få tips om fritidsaktiviteter både på kliniken och ute i samhället.

### Rehabcoach

Rehabcoachen har en ryggmärgsskada och har själv genomgått rehabilitering. Med egen erfarenhet av att leva med en funktionsnedsättning, hur det är att genomgå medicinsk rehabilitering och återanpassning till samhället, kan rehabcoachen stödja personen mot största möjliga självständighet utifrån sina förutsättningar.

Rehabcoachen har pedagogisk utbildning och vana av att förmedla såväl praktisk som teoretisk kunskap och erfarenhet. Rehabcoachen är inte knuten till någon avdelning utan arbetar med samtliga patienter, oberoende av skada eller sjukdom.



# Skånes universitetssjukhus

En del av Region Skåne

## VO neurologi rehabiliteringsmedicin minnessjukdomar och geriatrik

Exempel på moment där rehabcoachen kan vara en del av rehabiliteringen:

- Förflyttningar mellan rullstol och – säng, brits, bil, golv
- Aktiviteter i Dagliga Livet (ADL) – på- och avklädning i rullstol, toalettbesök, förflyttningar
- Rullstolsteknik – köra, balansera, kanter
- Träning – styrketräning, konditionsträning
- Idrott – idrott i rullstol, aktiviteter efter utskrivning
- Kontaktperson för RG Aktiv Rehabilitering