

Rehabilitering för patient med lätt - medelsvår traumatisk hjärnskada

Gäller för: Region Kronoberg

Innehåll

Rehabilitering för patient med lätt - medelsvår traumatisk hjärnskada.....	1
1 Inledning.....	2
2 Målgrupp	2
3 Förutsättningar	2
4 Resurser/kompetens.....	2
5 Definitioner.....	3
5.1 Interdisciplinärt team.....	3
6 Flöde/process.....	4
6.1 Lätt traumatisk hjärnskada från 18 år.....	4
6.2 Medelsvår traumatisk hjärnskada från 18 år.....	4
7 Rehabilitering vid lätt/medelsvår traumatisk hjärnskada från 18 år.....	5
7.1 Utredning/bedömning.....	5
7.2 Indikationer för behandling.....	5
7.3 Behandling.....	5
8 Sjukskrivningsprocessen.....	6
9 Egenvård	6
10 Uppföljning/avslut	6
11 Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående	6
12 Patientsäkerhet, riskanalys	6
13 Mål och mätetal	6
14 Dokumentation inklusive KVÅ.....	7
15 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring.....	7
16 Patientorganisationer	7
17 Kvalitetsindikatorer.....	7
18 Referenser.....	8
19 Länkar	8
20 Bilagor.....	8
21 Evidensunderlag.....	8

1 Inledning

Att patienter med lätt/medelsvår traumatisk hjärnskada boende i Kronobergslän ska erbjudas likvärdig rehabilitering i enlighet med socialstyrelsen föreskrifter om God Vård (SOSFS 2011:9) och Region Kronobergs mål och värderingar.

2 Målgrupp

Målgruppen innefattar patienter från 18 år och uppåt med lätt- medelsvår traumatisk hjärnskada. Omhändertagandet vid svår traumatisk hjärnskada ingår inte i målgruppen för denna riktlinje. I avvaktan på riktlinjer för denna patientgrupp bör de remitteras till rehabiliteringskliniken för bedömning i tidigt skede.

Skallskador är mycket vanliga i såväl Sverige som resten av världen. Incidensen är något osäker och detta bl a på grund av att alla inte söker sjukhusvård. Ungefärlig incidens anges till 400-600/100 000/år vilket motsvarar ca 1000/år i Kronobergs län.

Av dessa är 80-97 % lätta skallskador med en incidenstopp i åldersgrupperna 16-20 år respektive över 65 år. Trafikolyckor och fallolyckor är dominerande orsaker.

3 Förutsättningar

Traumatisk hjärnskada betraktas som ett globalt folkhälsoproblem och är en av de vanligaste orsakerna till nedsatt funktion och aktivitetsförmåga, motsvarande stora mänskliga och ekonomiska kostnader.

Ur behandlingssynpunkt skiljer man mellan lätta, medelsvåra och svåra hjärnskador.

Symtomen vid en lätt hjärnskada är initialt ofta huvudvärk, illamående, kräkning, yrsel, dubbelseende, ljud- och ljuskänslighet. Kognitiva symtom som koncentrationssvårigheter och minnessvårigheter samt affektiva symtom som irritabilitet, lättroddhet, rastlöshet och känsla av att vara deprimerad hör till de symtom som patienten kan rapportera något senare.

Vid en medelsvår hjärnskada ser man ofta en blandning av olika neurologiska symtom som kraft-, koordinations- eller känselstörningar i tillägg med kognitiva symtom samt beteendemässiga och emotionella förändringar. Då restsymtomen många gånger kan vara diffusa och inte alltid kopplas till skallskadan behövs en väldefinierad vårdkedja mellan första linjens sjukvård och fortsatt uppföljning/rehabilitering för att ge denna patientgrupp ett adekvat omhändertagande.

Rehabilitering efter en hjärnskada är en lång process som kräver stor individualisering och därmed svårt att dra generella slutsatser från aktuell evidens. Man vet oftast först efter två-tre år vilka personens kvarstående problem är varför det är viktigt att uppföljning och utvärdering efter hjärnskada sker med långsiktighet.

4 Resurser/kompetens

Läkare specialistvård och primärvård ska ha god kännedom om patientgruppen för att på ett säkert sätt fastställa diagnos och ha kunskap om när patienten har behov av paramedicinsk bedömning, företrädesvis av arbetsterapeut och

sjukgymnast med god kompetens inom området. Läkaren ska även ha god kännedom om det fortsatta vårdflödet och vid behov remittera till rehabiliteringskliniken. Teamet på rehabiliteringskliniken består av läkare, omvårdnadspersonal, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, logoped och neuropsykolog. Teamet ska arbeta interdisciplinärt och arbetar framförallt i patientens närmiljö, i hemmet, på arbetet eller i skolan. För att detta ska fungera optimalt krävs ett nära samarbete med andra samhällsaktörer. Eftersom problemen som följer en traumatisk hjärnskada visar stor variation behövs god kompetens i bedömning och kartläggning för att ge varje individ adekvata rehabiliteringsinsatser och är därmed viktigt att teamet fortlöpande deltar i utbildningar och konferenser inom området.

Då patienter med hjärnskada är stimuluskänsliga är det lämpligt att bedömning, behandling och vård sker i lugn och avskild miljö. Vid slutenvård är enkelrum att föredra.

Öppenvårdspatienter med långa resor bör ha övernattningsmöjligheter för att tillgodogöra sig rehabiliteringen.

5 Definitioner

5.1 Interdisciplinärt team

Olika professioner som arbetar med samma patienter. Samordnad utredning och behandling med integrerade målsättningar utifrån de olika professionernas kunskap och patientens behov. Behandlarna arbetar i nära samverkan med patienten samt dennes anhöriga och med varandra för att uppnå gemensamma mål. Horisontell interaktion i teamet.

Terminologi och definitioner skiftar. Skallskada används initialt i handläggningen innan man diagnostiserat eventuell hjärnskada.

Glasgow coma scale (GCS) är en skala som värderar medvetandegraden eller reaktionsgraden hos patienter med skalltrauma eller andra intrakraniella skador. Skalan består av tre tester - ögonöppning (1-4 poäng), verbalt svar (1-5 poäng) och motoriskt svar (1-6 poäng).

Reaction Level Scale (RLS 85) är ett skattningssystem för vakenhetsgrad som utvecklats i Sverige 1985. Till skillnad från Glasgow coma scale tar RLS-85 endast hänsyn till det motoriska svaret vid undersökningen av en vakenhetsänkt patient.

Lätt skallskada (hjärnskakning, commotio cerebri)

- GCS 14–15/RLS 1–2 och/eller
- Medvetlöshet mindre än 5 min och/eller amnesi
- Inga fokala neurologiska bortfall

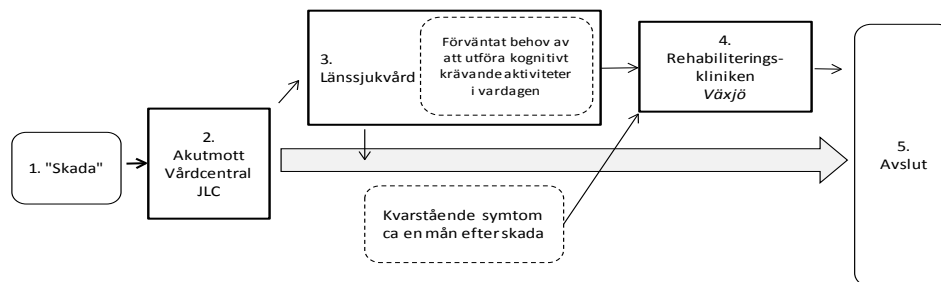
Medelsvår skalldaga

- GCS 9–13 RLS 3 eller
- Medvetlöshet 5 minuter eller mer eller

- Fokala neurologiska bortfall

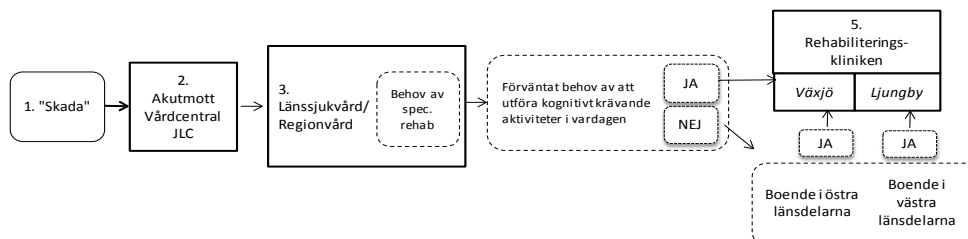
6 Flöde/process

6.1 Lätt traumatisk hjärnskada från 18 år



1. Skadetillfälle.
2. Patienten kan söka akut på olika vårdnivåer för sina besvär. Läkare bedömer om patienten behöver inläggning på sjukhus. Vid besöket får patienten muntlig och skriftlig information (informationsblad) om skadan och dess eventuella konsekvenser samt vad patienten kan vända sig vid behov för råd eller ny bedömning.
3. I vissa fall behöver patienten läggas in för observation och/eller fortsatt utredning. Läkare på sjukhus bedömer om behov finns av paramedicinsk bedömning i första hand av arbetsterapeut och sjukgymnast. Vid utskrivning får patienten muntlig och skriftlig information (utarbetat informationsblad) om skadan och dess eventuella konsekvenser samt vad patienten kan vända sig vid behov för råd och/eller ny bedömning.
4. Om läkare i samråd med paramedicinsk kompetens bedömer att behov finns för fortsatta rehabiliteringsinsatser skrivs remiss till Rehabiliteringskliniken Växjö.

6.2 Medelsvår traumatisk hjärnskada från 18 år



1. Skadetillfälle.
2. Patienten kan söka på olika vårdnivåer för sin sina besvär.

3. Inläggning på sjukhus för fortsatt utredning och bedömning. Bedömning av sjukgymnast och arbetsterapeut, övriga paramedicinska bedömningar vid behov.
4. Denna patientgrupp ska erbjudas bedömning inom rehabiliteringsklinik. Patient med förväntat behov av att utföra kognitivt krävande aktiviteter i vardagen ska remitteras till rehabiliteringskliniken i Växjö. Patient med ej förväntat behov av att utföra kognitivt krävande aktiviteter i vardagen ska, boende i östra länsdelarna remitteras till rehabiliteringskliniken i Växjö och boende i västra länsdelarna till rehabiliteringskliniken i Ljungby. Utifrån läkarens bedömning kan patienten eventuellt gå hem i väntan på uppföljning på rehabiliteringskliniken. Om behov inte finns av specialistrehab ska patienten erbjudas uppföljning på vårdcentral. Patienter med långsiktiga behov ska erbjudas insatser av specialistteam under hela rehabiliteringsperioden d v s ett hjärnskadeteam.

7 Rehabilitering vid lätt/medelsvår traumatisk hjärnskada från 18 år

7.1 Utredning/bedömning

Den initiala bedömningen på sjukhuset av främst arbetsterapeut och sjukgymnast syftar till övergripande funktions och aktivitetsbedömning.

På rehabiliteringskliniken görs yrkesspecifika bedömningar i syfte att kartlägga det aktuella rehabiliteringsbehovet. Företrädesvis görs medicinsk, neuropsykologisk och social utredning samt bedömning av funktion och i aktivitet.

7.2 Indikationer för behandling

Vid nedsatt aktivitetsförmåga och/eller fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning erbjuds fortsatta åtgärder enligt flödesschema.

7.3 Behandling

På sjukhuset syftar behandlingen främst till mobilisering samt att komma igång i primär- ADL.

Vid behov kan samtalskontakt erbjudas till patient och närstående för krisbearbetning. Läkaren ansvarar för att ge medicinsk information till patient och närstående om skadan och eventuella konsekvenser.

På rehabiliteringskliniken erbjuds i första hand individanpassad rehabilitering men gruppbehandlingar i olika former kan vara av stort värde för denna patientgrupp. Förutom åtgärder kopplade till den utredning som genomförs är det viktigt att lyfta fram vikten av fortlöpande information och utbildning om hjärnskadan till såväl patient som närstående samt den samordning som ofta sker med andra samhällsaktörer. Uppföljning i primärvården syftar till att ge patienten en adekvat förklaring och behandling av eventuella restsymtom. Kontakt kan ske med kommunen för insatser i hemmet.

8 Sjukskrivningsprocessen

Arbetsförmågan påverkas av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar (kognitiva inkl språkliga nedsättningar) samt hjärntrötthet. Även lättare psykiska funktionsnedsättningar och trötthet påverkar i högre grad än patienten kanske föreställer sig. Detta kan medföra onödigt lidande för både patient och närstående om arbetsåtergången påbörjas för tidigt och utan stöd. Bedömning av arbetsförmåga och åtgärder i form av råd och stöd, anpassningar av arbetsuppgifter och arbetstid samt förberedande arbetsträning bidrar till att återfå arbetsförmåga. Initialt sker sjukskrivningen av läkare från specialistvård och primärvård. Om behov finns av specialiserade rehabiliteringsinsatser remitteras patienten till rehabiliteringskliniken för kontakt med team med expertkunskap inom arbetsrehabilitering. Arbetsförmågebedömning, åtgärder i form av råd och stöd och behandling ges. Vid behov av fortsatt sjukskrivning görs detta av enheten så länge patienten är inskriven i program. När arbetsrehabiliterande åtgärder avslutas övergår ansvaret för sjukskrivning till läkare i primärvården.

9 Egenvård

Rekommendationer för fysisk aktivitet vid traumatisk hjärnskada finns ej i FYSS. Alla patienter bör rekommenderas egenvård i någon form utifrån den enskilda personens förutsättningar. För denna patientgrupp är det viktigt att ta eget ansvar för att få god balans mellan aktivitet och vila med hjälp av olika strategier.

10 Uppföljning/avslut

Rehabiliteringsplanen ligger som grund för hela rehabiliteringsarbetet. När målen i denna är uppfyllda avslutas kontakten med rehabiliteringskliniken. Möjlighet finns att vid behov ta ny kontakt för rådgivning eller kortare insatser. Uppföljning sker via vårdcentral där det är av stor vikt att även närstående får information om skadan och dess konsekvenser.

11 Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

Patientens delaktighet är avgörande för rehabiliteringens resultat. Patienten formulerar sin rehabiliteringsplan med stöd av teamet. Kontinuerliga rehabiliteringssamtal för patient och eventuellt närstående med upprättande och utvärdering av rehabiliteringsplan. Närstående erbjuds att delta aktivt i rehabiliteringen. Information kan ges individuellt och i grupp vid behov.

12 Patientsäkerhet, riskanalys

Den stora risken för denna patientgrupp är att inte bli identifierad på ett adekvat sätt. Då restsymtomen kan vara kognitiva eller beteendemässiga finns en stor risk för missförstånd i samverkan med andra människor samt svårigheter att klara av samhällets krav.

13 Mål och mätetal

Målsättningen är att uppnå högsta möjliga funktions- och aktivitetsnivå samt livskvalitet utifrån patienternas förutsättningar. Patienten ska vara välinformerad om sin skada och dess konsekvenser. Mäts med patientnöjdhet om information och delaktighet i rehabilitering.

14 Dokumentation inklusive KVÅ

Journalföring och rehabplan i Cosmic och registrering i Webrehab Sweden. Från specialistvård och primärvård: Skriftlig och muntlig information om skadans eventuella konsekvenser, råd och stöd samt var patienten kan vända sig vid behov.

KVÅ-kåder

QV002	Information och undervisning om sjukdom, skador och funktionshinder och deras behandling. Innefattar även sekundärprevention
DV093	Upprättande av rehabiliteringsplan
DV094	Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan

15 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring

Rehabplan ska upprättas för alla patienter med pågående rehabilitering. Rehabplanen följer instrument för informationsöverföring i alla led. Rutiner ska finnas i syfte att säkerställa samordning och smidighet vid överföring mellan olika vårdgivare/instanser/aktörer.

16 Patientorganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet. Det går att hitta kontaktpersoner och mera information om föreningens verksamhet och målsättning i en pärm i väntrummen i regionens olika mottagningar. Pärmerna är märkt "Patientinformation".

17 Kvalitetsindikatorer

Alla patienter som erhåller specialiserad rehabilitering ska tillfrågas om medverkan i Webrehab. Det innehåller ett flertal mätinstrument för olika områden såsom fysisk och social funktionsnedsättning, grad av beroende av hjälp (FIM), livstillfredsställelse (Fugl-Meyer) mm. Förekomst på fysisk, psykisk och kognitiv funktionsnedsättning enligt ICF:s domäner. Medvetandepåverkan enligt Giaccino.

- Andel patienter med medelsvår hjärnskada som bedömts av arbetsterapeut och fysioterapeut på sjukhuset 100%.
- Andel patienter med medelsvår hjärnskada som erbjudits uppföljning på specialistrehab 100%.
- Andel patienter med medelsvår hjärnskada ska ha en rehabplan 100%.

18 Referenser

Borg J. (2008) Läkartidningen 2008:105:24-25:1828-1829

Hjärnskakning kan ge långvariga besvär

SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)

Early management of patients with a head injury – A national clinical guideline

Turner-Stokes L, Nair A, Sedki I, Disler PB, Wade DT,

Review The Cochrane Collaboration, 2009

Multidisciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age

Stålnacke Britt-Marie , Sojka Peter Läkartidningen 2008:105:24-25:1840-1845

S100B för diagnostik och prediktion av sequele efter lätt skallskada

Läkartidningen 2000; 97: 3186-92. The Scandinavian Neurotrauma Committee

19 Länkar

Intresseföreningar

[Riksförbundet för trafik- och polioskadade, RTP](#)

[Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft](#)

[Neurologiskt handikappades riksförbund](#)

[Medicinska riktlinjer för levnadsvanor](#)

20 Bilagor

Prioriterade åtgärder vid:

- lätt traumatisk hjärnskada 18- år.
- medelsvår traumatisk hjärnskada 18- år.
- lätt traumatisk hjärnskada äldre med nedsatt funktions- och aktivitetsförmåga innan skada.
- medelsvår traumatisk hjärnskada äldre med nedsatt funktions- och aktivitetsförmåga innan skada.

Till dig som slagit i huvudet - informationsbroschyr

21 Evidensunderlag

Evidensunderlagen baseras på sökningar som har gjorts under mars 2010 på thecochranelibrary.com och google.com. där några översikter har hittades.

Kompletterande uppgifter har inhämtats i olika enstaka artiklar och skotska nationella riktlinjer.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.