

# Rehabilitering av patienter med ryggmärgsskada

Gäller för: Region Kronoberg

## Innehåll

Rehabilitering av patienter med ryggmärgsskada .....	1
1 Inledning.....	2
1.1 Målgrupp.....	2
1.2 Förutsättningar utifrån aktuell patientgrupp .....	2
1.3 Resurser/kompetens .....	2
1.4 Definitioner .....	3
2 Flöde/process.....	3
3 Rehabilitering.....	5
3.1 Utredning/bedömning .....	5
3.2 Patientsäkerhet, riskanalys.....	6
3.3 Mål och mätetal.....	6
3.4 Dokumentation.....	7
4 Samordning .....	7
5 Sjukskrivningsprocessen .....	7
6 Patientorganisationer .....	7
7 Kvalitetsindikatorer.....	7
8 Referenser.....	8
9 Länkar .....	9

## 1 Inledning

Att personer med ryggmärgsskada i Kronobergs län skall erbjudas likvärdig rehabilitering i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om God Vård 2005:12 och Region Kronobergs Vision, Mål och Värderingar.

Att åstadkomma en vård som kännetecknas av god tillgänglighet på alla vårdnivåer och ett smidigt flöde för patienten. Att synliggöra och använda rehabiliteringsresurser så effektivt som möjligt, för att ge patienten bästa möjliga rehabilitering i rätt tid, samt att förebygga sekundära komplikationer. Patienten skall ha tillgång till vårdgivare med specialistkunskap om ryggmärgsskador.

### 1.1 Målgrupp

Personer över 18 år med ryggmärgsskada. Varje år skadas omkring 120 personer i vårt land så allvarligt att de får en bestående ryggmärgsskada. Orsaken är främst trafikolyckor, fall- och idrottsolyckor. Cirka 70% av de som skadas är män. Medelåldern har varit ca 44 år de senaste åren. Ryggmärgen kan också skadas genom olika sjukdomar, tumörer, infarkt, blödning, diskbråck och andra infektioner.

Fördelningen av traumatiska och icke-traumatiska ryggmärgsskador nationellt är ungefär 50/50. I Kronobergs län finns i dagsläget ca 81 ryggmärgsskadade registrerade i RMS teamet vid Rehabiliteringskliniken. Av dessa är 55 män och 26 kvinnor. Över hälften är bosatta i Växjö kommun. En tredjedel är fördelade i Alvesta, Ljungby och Älmhults kommuner. Endast enstaka personer bor i övriga kommuner. Åldersfördelning: födda 1930-1949: 21 patienter, 1950-1969: 30 patienter. Från 1970: 30 patienter. Årligen tillkommer 3-5 nya fall i Kronoberg.

### 1.2 Förutsättningar utifrån aktuell patientgrupp

Ryggmärgsskador kräver ett specialiserat omhändertagande för ett gott rehabiliteringsresultat. Att drabbas av en ryggmärgsskada innebär en stor livsomställning, för såväl den ryggmärgsskadade individen som dennes närstående. Utöver ett livslångt funktionshinder, innebär ryggmärgsskadan stor risk att drabbas av komplikationer. Beroende av skadenivå varierar risken att drabbas av olika komplikationer.

Cervikala och höga thorakala skador leder ofta till nedsatt andningsfunktion, autonom dysreflexi och ortostatisk hypotension. Oberoende av skadenivån så förekommer komplikationer som urinvägsinfektion, nedsatt njurfunktion, progressiv myelopati, smärta, kontrakturer, hjärt-kärlsjukdomar, övervikt, trycksår. Dessa komplikationer kan orsaka ett stort lidande för individen. Komplikationer kan förebyggas och effektivt behandlas om de upptäcks tidigt, vilket kräver specialkunskap och organiserad långtidsuppföljning.

### 1.3 Resurser/kompetens

Vid bedömning och rehabilitering av patienter med ryggmärgsskada krävs det multiprofessionella team med specialistkompetens inom området.

Det finns ett länsövergripande interdisciplinärt team med viss mottagningsverksamhet. Teamet är stationerat på Rehabiliteringskliniken och ska vara en expertresurs för andra vårdgivare i länet.

Det ska även finnas kompetens inom primärvård och kommun för att ge behandling för exempelvis UVI, axelsmärta, omläggning av sår samt förskrivning av hjälpmedel.

Lokaler och utrustning bör finnas anpassade till patientgruppens behov exempelvis varmvattenbassäng med liftanordning, välutrustade och rullstolstillgängliga träningslokaler, anpassat träningskök, med höj- och sänkbara skåp och arbetsytor. De som arbetar med patientgruppen bör fortlöpande delta i utbildningar och konferenser inom området.

## 1.4 Definitioner

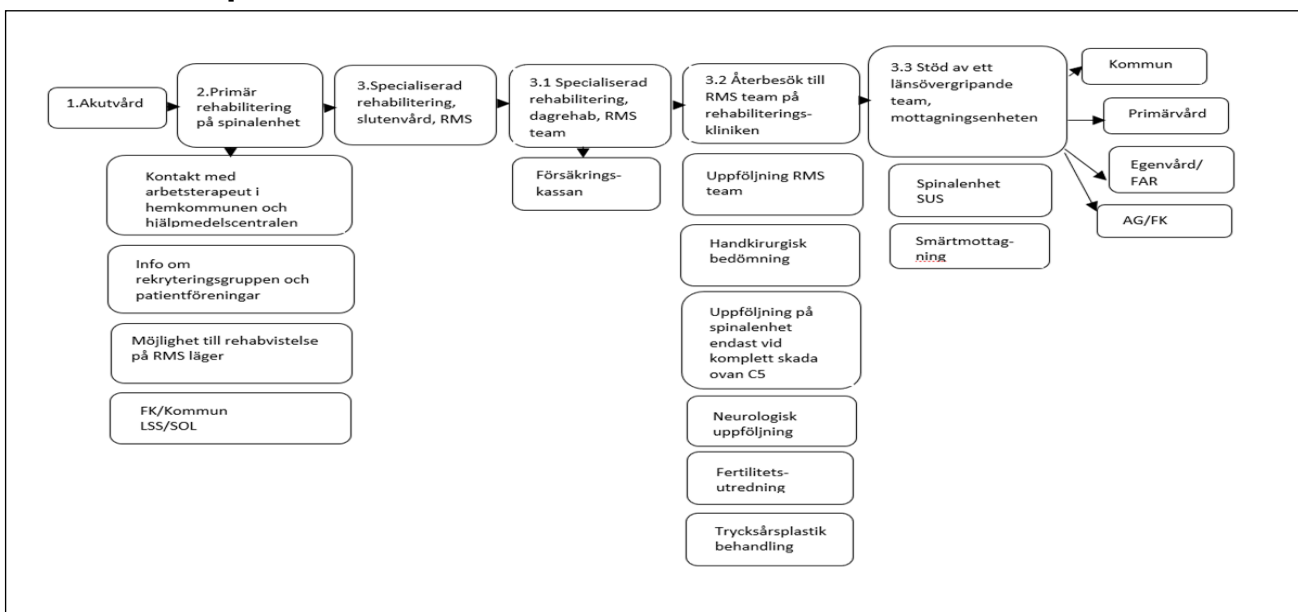
En ryggmärgsskada kan medföra förlamning och känselbortfall nedom skadenivån. Förmågan att kontrollera urinblåsa, tarm och sexualfunktion kan påverkas.

*Pares* innebär inkomplett skada, det vill säga viss neurologisk restfunktion finns kvar nedom skadenivån. *Plegi* avser komplett skada, totalt bortfall nedom skadenivån.

Skador i bröst och ländrygg leder till *parapares/paraplegi*, nedsättning/bortfall av motorik och känsel i nedre extremiteter.

Skador i halsryggmärgen ger nedsättning eller bortfall av motorik och känsel i alla fyra extremiteter, *tetrapares/tetraplegi*. Vid nackskador kan även andningsmuskulaturen påverkas.

## 2 Flöde/process



1. Nyskadade patienter tas initialt om hand inom **akutsjukvården**. Kännedom ska finnas om spinalenhet på regionnivå och alla patienter ska erbjudas \*primärrehabilitering där. Om överflyttning dröjer ska ansvarig läkare kontakta rehabmedicinare på Rehabiliteringskliniken i Växjö för en tidig bedömning av patienten för att säkerställa adekvat vård. Tidigare uppkomna ryggmärgsskador som tex påträffats inom primärvården ska remitteras till Rehabiliteringskliniken i Växjö.

2. Primärrehabiliterande **spinalenhet** informerar Rehabiliteringskliniken Växjö i tidigt skede om att patienten vårdas där. Rehabiliteringskliniken Växjö förmedlar kontakt med arbetsterapeut i hemkommunen för att initiera hjälpmedel och bostadsanpassning. Primärrehabiliterande spinalenhet påbörjar utredningen kring LSS eller SOL och informerar om Rekryteringsgruppen och patientföreningar. Det ska ges möjlighet att delta i Rekryteringsgruppens läger för nyskadade.

3. Efter 2-3 månaders primärrehabilitering vid spinalenhet fortsätter primärrehabilitering vid Rehabiliteringskliniken i Växjö. Den specialiserade rehabiliteringen på Rehabiliteringskliniken innefattar insatser av ett **interdisciplinärt ryggmärgsskadeteam**. Detta team består av läkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator. Det finns tillgång till psykolog och dietist. Det är önskvärt att ha även tillgång till fritidsinstruktör och uppsökare i rekryteringsgruppen. Uroterapeut finns att tillgå på centrallasarettet i Växjö.

Patienter inom ramen för LSS-lagen kan erbjudas råd och stöd inom Habiliteringen. Alla rullstolsburna patienter ska erbjudas tryckmätning/sittanalys på Hjälpmedelcentralen.

3.1. Efter slutenvårdsrehabilitering erbjuds vid behov **dagrehabilitering** på Rehabiliteringskliniken. Kontakt med Försäkringskassan tas vid frågor angående ersättning vid återgång till arbete, bilstöd och studier. Teamet samverkar fortlöpande med kommun och primärvård.

3.2 Tre månader efter utskrivning och ett år efter skadan kallas patienten för **återbesök** hos ryggmärgsskadeteamet. Vid återbesök tar läkaren bl a upp frågan om handkirurgiska och neurourologiska åtgärder. **Livslång uppföljning** sker vart annat år hos ryggmärgs-skadeteamet på Rehabiliteringskliniken. Uppföljningen förbereds med telefonscreening för att bedöma behovet. Alla komplett ryggmärgsskadade på nivå C4 eller högre och inkompleta med hög risk för sekundärkomplikationer, ska ha livslång uppföljning på Spinalenheten Universitetssjukhuset SUS.

3.3 Patienten och olika vårdgivare ska kunna vända sig till ryggmärgsskadeteamet, även mellan uppföljningarna, med sina ryggmärgsskaderelaterade medicinska problem och rehabiliteringsbehov.

**Primärvård:** Patienten vänder sig till sin vårdcentral med besvär som inte är

relaterade till ryggmärgsskadan. Vid lättare besvär från rörelse-stöd organ och allmänt träningsbehov kan fysioterapeut/sjukgymnast behöva kopplas in.

**Kommunen** kan bistå med hemsjukvård och rehabilitering inklusive hjälpmedel i hemmiljö.

- **Spinalenheten Universitetssjukhuset SUS**, konsulteras vid behov av högspecialiserad vård som fertilitetsutredning, handkirurgisk bedömning, spasticitetsbehandling och kirurgikrävande trycksår samt vid behov av sexolog.

**Smärtmottagning i Kristianstad** konsulteras vid svårbehandlad smärta för ställningstagande till behov av Dorsal-column-stimulering (DCS behandling).

\*Primärrehabilitering= rehabilitering i anslutning till sjukdom/skada

## 3 Rehabilitering

### 3.1 Utredning/bedömning

Nyskadad/nydiagnostiserad patient får en bedömning och vid behov primär rehabilitering av specialistteam vid Universitetssjukhus. Fortsatt yrkesspecifik bedömning görs av ryggmärgskadeteamet på Rehabiliteringskliniken, Växjö. Bedömningsinstrument som används är bland andra ASIA, FIM, EQ5D, HAD och LiSat.

#### Indikationer för behandling

Rehabilitering är indicerad för samtliga patienter i målgruppen och utgår ifrån patientens behov och symtom.

#### Behandling

Specialiserad, interdisciplinär rehabilitering på Rehabiliteringskliniken:

Rehabiliteringsplanen ligger till grund för alla behandlingsinsatser, tidsplaneringen och innefattar gemensamt uppsatta mål.

Utifrån behov förmedlas kontakt med kommun och/eller hjälpmedelscentral för utprovning av hjälpmedel, med försäkringskassa och arbetsgivare för hjälp med arbetsåtergång.

Behandlingens syfte är att uppnå bästa möjliga aktivitets- och funktionsnivå samt delaktighet och att förebygga komplikationer. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder följs.

#### Egenvård

Patientens egenvård, med eller utan assistans, är avgörande för att undvika sekundär/kroniska komplikationer och för att uppnå ett psykosocialt välmående. Egenvård kan vara att förebygga trycksår, njurskada, problem med tarm-och blåsregim, luftvägs-infektioner, kontrakturer, övervikt med kardiovaskulära påföljder, autonom dysreflexi, smärta och överbelastningssyndrom i axlar. Det är av stor vikt för patienten med behov av personlig assistans att assistenterna ges regelbunden praktisk handledning av kompetenta vårdgivare.

## FaR

Fysisk aktivitet och träning är en central del av rehabiliteringen hos alla som har skadat ryggmärgen. Den innebär träning med hjälp av den muskulatur som inte är påverkad av ryggmärgsskadan. Det är väl dokumenterat att olika armträningssätt och träningsprogram ger en ökad kondition och därmed minskad belastning av hjärtat vid dagliga aktiviteter hos personer med ryggmärgsskada. Träningen skall anpassas efter skadenivå och skadeomfattning. Det är mycket viktigt att den ryggmärgsskadade själv och terapeuter har kunskap i ryggmärgsskadans konsekvenser och komplikationer i samband med träning.

## Uppföljning/avslut

När den tidsbestämda rehabiliteringsperioden enl rehabplanen har utvärderats avslutas de aktuella insatserna. Patienten ska ha möjlighet att vid problem eller frågeställning relaterade till ryggmärgsskadan vända sig till ryggmärgskadeteamet på Rehabiliteringskliniken. Regelbundna livslånga uppföljningar ska ske enligt skriftligt rutin och checklista, se länk

## Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

- Information om rehabiliteringsprocessen.
- Information om ryggmärgsskadans konsekvenser.
- Information om samhällets stöd och resurser.
- Information om Rekryteringsgruppen.
- Information och råd om egenvård och förebyggande av komplikationer.
- Rehabiliteringssamtal för patient och närstående med upprättande och utvärdering av rehabiliteringsplan.
- Närstående erbjuds att delta aktivt i rehabiliteringen.
- Personliga assistenter ska delta aktivt i rehabiliteringen.

## 3.2 Patientsäkerhet, riskanalys

Fallriskbedömning enligt Downton ska göras på alla patienter. Riskbedömning beträffande trycksår ska göras enligt Norton på alla patienter. Patienter med svåra trycksår ska remitteras till specialistklinik på regionnivå. Risk för njurskada samt progressiv myelopati ska särskilt beaktas. Vid risk för autonom dysreflexi ska detta införas i patientjournalen under "Varning". Patienten ska även föra information om detta vidare till andra vårdgivare. Överföring av information och planering av vård görs enligt SOFS 2008:20. Standardiserade bedömningsinstrument ska användas i möjligaste mån.

## 3.3 Mål och mätetal

Målet är att uppnå bästa möjliga aktivitets- och funktionsnivå samt delaktighet och att förebygga komplikationer. Patienten ska vara nöjd med sin rehabilitering. Patientens livskvalité ska mätas med EQ5D och LiSat.

### 3.4 Dokumentation

Vid risk för autonom dysreflexi ska detta införas under "Varning". Ifyllt ASIA-bedömning skannas in under sökord "specifikt status". Ifyllt hälsoenkät inför uppföljningsbesök skannas in under sökord "hälsohistoria".

## 4 Samordning

### Rehabplan och informationsöverföring

Aktuell rehabiliteringsplan ska finnas enligt behandlande enhets rutiner. Den ägs av patienten och följer med genom hela vårdkedjan, i både region och kommun. Rehabiliteringsplanen upprättas/revideras och utvärderas vid nya rehabiliteringsinsatser.

## 5 Sjukskrivningsprocessen

Behandlingsansvarig läkare sjukskriver patienten. I de fall återgång till arbete blir aktuellt finns möjlighet till stöd från ryggmärgsskade-teamet. Vid nedsatt arbetsförmåga eller behov av invaliditetsintyg tas kontakt med ansvarig läkare på Rehabiliteringskliniken. Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut bidrar med funktions-, aktivitets- och arbetsförmågebedömningar.

## 6 Patientorganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet.

## 7 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsregister enligt WebRehab. Samtliga patienter ska vara nöjda med information om sin skada. Samtliga patienter ska vara nöjda med sin rehabilitering. Kvalitetsregistret Senior Alert.

Samtliga patienter ska ha deltagit i uppföljning ett år efter skadan.

Beroende på skadenivå bedöms fortsatt uppföljning ske med ett till fyra årsintervall.

Tillgång till ryggmärgskadeteam vid behov.

## 8 Referenser

Hill M., Jörgenssen S., Levi R. Ryggmärgsskada – ett ovanligt tillstånd med komplexa behov. **Läkartidningen** 36-37 2021

Holtz A., Azizi M. Rehabilitativ neurokirurgi. **Läkartidningen**, 11/2009

Holtz A, Levi R. Ryggmärgsskador - behandling och rehabilitering. Studentlitteratur 2006.

Borg J., Rehabiliteringsmedicin, teori och praktik, avsnitt om ryggmärgsskador 2015

Stenius M. Om tarm och blåsrubbning. Rehabstation Stockholm 2011  
Ericsson A, Stenius M, Åhlander A-C.

Trycksår, med livet som insats. Rehabstation Stockholm 2016

Levi R, Hulting C. Spinalishandboken: ny kraft för skadad ryggmärg. Stockholm 2011.

Lagerström A-C. och Wahman K., Livstilsboken. Stiftelsen Spinalis 2012.

Sophie Jörgensen, Older adults with long-term spinal cord injury, 2017.

Vernon W. Spinal Cord Medicine, Principles and Practice, Steven Kirsblum, Denise I Campagnolo, Philadelphia USA 2011

Levy R et. al., Neurologiska följdillstånd och komplikationer. Läkartidningen 2009.

Kvalitetsregister Svensk register för rehabiliteringsmedicin



## 9 Länkar

- [Ökad kunskap om ryggmärgsskador \(lakartidningen.se\)](https://lakartidningen.se)
- [Rehabilitation Evidence - Spinal Cord Injury Research Evidence](#)
- [www.spinalis.se](http://www.spinalis.se)
- [www.rehabstation.se/Rehabilitering/](http://www.rehabstation.se/Rehabilitering/)
- [Hem - RG Aktiv Rehabilitering](#)
- <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2015-1-1.pdf>
- [Vårdprogram sjukdomsförebyggande metoder Rehabiliteringskliniken](#)
- [Uppföljning av ryggmärgsskadade](#)
- [www.rtp.se](http://www.rtp.se)
- [www.SBU.se](http://www.SBU.se)
- [www.ryggmargsskada.se](http://www.ryggmargsskada.se)