

## Indhold

<b>INDHOLD</b> .....	<b>2</b>
<b>1.0 INDLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>2.0. DEFINITIONER OG REFERENCERAMMER</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 DEFINITION AF HJERNESKADEREHABILITERING</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2 DEFINITION TVÆRFAGLIGHED</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3 INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTION, DISABILITY AND HEALTH (ICF)</b> .....	<b>9</b>
<b>2.4 TVÆRFAGLIG MÅLSÆTNING-SMART-MÅL</b> .....	<b>11</b>
<b>2.5 DEFINITION TVÆRFAGLIGT TEAM</b> .....	<b>12</b>
<b>3.0 PATIENTFORLØB NNB</b> .....	<b>12</b>
<b>MØDER:</b> .....	<b>13</b>
<b>3.1. SAMTALER MED PATIENT OG PÅRØRENDE</b> .....	<b>14</b>
3.1.1 Indlæggelsessamtalen .....	14
3.1.2 Første samtale om mål og plan .....	16
3.1.3 Anden samtale om mål og plan .....	18
3.1.4. Efterfølgende samtaler om mål og plan .....	18
3.1.5. Sidste samtale om mål og plan/udskrivelsessamtale .....	19
3.1.6. Samtale med læge .....	19
3.1.7. Stuegang .....	20
<b>3.2. MØDER – FAGPROFESSIONEL TID</b> .....	<b>20</b>
3.2.1 Første Teammøde .....	21
3.2.2. Følgende Teammøder .....	22
3.2.3 Tværfaglig konference .....	22
3.2.4 Morgenmøde .....	23
3.2.5 Møder med kommune- Formøde og Eftermøde .....	24

3.2.6 Afsluttende teammøde/FIM UD .....	25
3.2.7 Samarbejds møde i gruppen/ 14 dags møder .....	26
3.2.8 Gruppemøder .....	27
<b>4.0 FØR PATIENTEN ANKOMMER .....</b>	<b>27</b>
<b>4.1. VISITATION .....</b>	<b>27</b>
<b>4.2. FORBEREDELSE – FØR PATIENTENS ANKOMST .....</b>	<b>28</b>
4.2.1 Teamet .....	28
4.2.2 Sygeplejefagligt personale .....	28
4.2.3 Ergoterapeuter .....	29
4.2.4 Fysioterapeuter .....	29
4.2.5 Logopæder .....	29
4.2.6. Neuropsykologer .....	29
4.2.7 Socialrådgiver .....	29
4.2.8. Sekretærer .....	29
4.2.9 Læger .....	30
<b>5.0 OPGAVER I INDLÆGGELSESFASEN .....</b>	<b>30</b>
<b>5.1 TEAMETS OPGAVER .....</b>	<b>30</b>
<b>5.2 SYGEPLEJEFAGLIGT PERSONALES OPGAVER .....</b>	<b>32</b>
<b>5.3 ERGOTERAPEUTERS OPGAVER .....</b>	<b>35</b>
<b>5.4 FYSIOTERAPEUTERS OPGAVER .....</b>	<b>37</b>
<b>5.5. LOGOPÆDERS OPGAVER .....</b>	<b>40</b>
<b>5.6 NEUROPSYKOLOGERS OPGAVER .....</b>	<b>40</b>
<b>5.7 SOCIALRÅDGIVERS OPGAVER .....</b>	<b>40</b>
<b>5.8 LÆGERS OPGAVER .....</b>	<b>41</b>
<b>6.0 OPGAVER I REHABILITERINGSFASEN .....</b>	<b>41</b>
<b>6.1 TEAMETS OPGAVER .....</b>	<b>41</b>

<b>6.2 SYGPLEJEFAGLIGT PERSONALET'S OPGAVER</b> .....	<b>42</b>
<b>6.3 ERGOTERAPEUTERS OPGAVER</b> .....	<b>44</b>
<b>6.4 FYSIOTERAPEUTERS OPGAVER</b> .....	<b>45</b>
<b>6.5 NEUROPSYKOLOGERS OPGAVER</b> .....	<b>46</b>
<b>6.6 TALEPÆDAGOGERS OPGAVER</b> .....	<b>47</b>
<b>6.7 LÆGERS OPGAVER</b> .....	<b>47</b>
<b>6.8 SOCIALRÅDGIVERENS OPGAVER</b> .....	<b>47</b>
<b>6.9 VURDERING AF PATIENTENS FUNKTIONSEVNE I HJEMMET</b> .....	<b>48</b>
6.9.1 Hjemmebesøg .....	48
6.9.2 Weekendorlov .....	48
<b>7.0 OPGAVER I UDSKRIVELSESFASEN</b> .....	<b>49</b>
<b>7.1 TEAMETS OPGAVE</b> .....	<b>49</b>
<b>7.2 SYGPLEJEFAGLIG PERSONALES OPGAVER</b> .....	<b>50</b>
<b>7.3 TERAPEUTERS OPGAVER</b> .....	<b>50</b>
<b>7.4 SEKRETÆRERS OPGAVER</b> .....	<b>52</b>
<b>7.5 NEUROPSYKOLOGERS OPGAVER</b> .....	<b>52</b>
<b>7.6 TALEPÆDAGOGERS OPGAVER</b> .....	<b>52</b>
<b>7.7 LÆGERS OPGAVER</b> .....	<b>52</b>
<b>8.0 PLANLÆGNING OG KOORDINERING</b> .....	<b>52</b>
<b>8.1 CETREA</b> .....	<b>52</b>
<b>8.2 PATIENTENS UGESKEMA</b> .....	<b>53</b>
8.2.1 Tværfaglig koordinering .....	55
8.2.2 Terapeutisk koordinering .....	55
8.2.3 Sygeplejefaglig koordinering .....	56

<b>9.0 UNDERVISNINGSTILBUD/ANDRE TILBUD .....</b>	<b>56</b>
<i>9.1 Patientundervisning – Hjerneklassen .....</i>	<i>56</i>
<i>9.2 Pårørende undervisning/Informationsaften for pårørende .....</i>	<i>57</i>
<i>9.3 Omsorgssamtaler .....</i>	<i>58</i>
<b>10.0 BILAGSLISTE .....</b>	<b>59</b>
<b>11.0 REFERENCELISTE .....</b>	<b>60</b>

## 1.0 Indledning

Formålet med denne tværfaglige samarbejdsmanual er at beskrive det grundlag og de procedurer, der skal medvirke til hensigtsmæssige patientforløb på Neuroenhed Nord, Brønderslev, NNB. Hensigtsmæssig i betydningen, at rehabiliteringsforløbet både ud fra patientens, fagpersonalets og samfundets synsvinkel har høj kvalitet med hensyn til såvel proces, indhold, ressourceforbrug og endelige resultat. Centrale elementer er her tværfaglig koordination, fokus på sammenhæng og målsætning, samt samarbejde med patienten og pårørende.

Samarbejdet mellem fagprofessionelle og patienten er på NNB kendetegnet ved at patient og evt. pårørende tidligt i forløbet deltager i samtaler, hvor fokus dels er på at drøfte patientens behov, ressourcer, forventninger og præferencer – dels på de professionelles forventninger til rehabiliteringsforløbet, rammerne og mulighederne i forløbet. Patienten og evt. pårørende inddrages i fælles planlægning, målsætning og beslutninger igennem hele forløbet.

Undersøgelser viser, at der er god evidens for en moderat til stor effekt på overlevelse, øget funktionsniveau og aktivitet efter sygehusbaseret specialiseret tværfaglig hjerneskaderehabilitering af patienter med apopleksi (1). Endvidere at god effekt af tværfaglig rehabilitering bedst opnås ved at arbejde mod fælles aktivitetsbaserede mål fastsat i samarbejde med patient/pårørende (2).

Samarbejdsmanualen er opbygget således, at der indledes med definitioner og referencerammer indenfor hjerneskaderehabilitering på NNB. Dernæst præsenteres struktur for patientforløb med beskrivelse af møder og samtaler i patientens forløb. Derfra beskrives mono- og tværfaglige handlinger/opgaver, der ydes i relation til patientens forløb fra indlæggelse til udskrivelse.

Samarbejdsmanualen er et dynamisk dokument, som løbende opdateres.

## 2.0. Definitioner og referencerammer

I afsnittet tydeliggøres de definitioner og begreber som danner afsæt for neurorehabiliteringsforløb for patienter, som er indlagt på NNB.

## 2.1 Definition af hjerneskaderehabilitering

Begrebet rehabilitering rummer en forståelse, nogle principper og metodiske tilgange, som samler indsatsen på flere områder til borgere med behov for hjælp til at genvinde og opretholde den bedst mulige funktionsevne.

Definition af rehabilitering:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.” Definitionen er udarbejdet af Rehabiliteringsforum Danmark i 2004 og udgives som Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet (3).

Definitionen indeholder vigtige elementer, hvoraf flere angår samarbejde og koordination mellem aktører i rehabiliteringsprocessen. 4 aspekter fra definitionen er centrale i Neuroenhed Nord:

- For det første at rehabilitering baseres på en samarbejdsproces. Hvidbogens baggrundsbeskrivelse angiver, at borgeren, de pårørende og relevante fagfolk samarbejder om, at definere mål og gennemføre processen, der sikrer at disse nås. Samarbejde defineres som ”en fælles anstrengelse for at løse en opgave, der kun kan løses ved fælles hjælp”.
- Dernæst at ”betydelig” angiver en afgrænsning af målgruppen for rehabilitering. ”Betydelig” funktionsnedsættelse, kan kun rehabiliteres ved sammensatte, komplekse og/eller længerevarende indsatser.
- For det tredje angives at rehabiliteringsprocessen skal sammensættes, planlægges og gennemføres på baggrund af en samlet vurdering af hele borgerens livssituation og borgerens egne beslutninger herom.
- Endelig at formålet med koordineringen er, at rehabiliteringsforløbet både ud fra borgerens, fagfolkernes og samfundets synsvinkler har høj kvalitet med hensyn til processen, indholdet, ressourceforbruget og det endelige resultat.

Jævnfør ovenstående forstås rehabilitering som en proces, hvor der er behov for at få tilgodeset flere og sammensatte behov/problemstillinger hos det enkelte menneske. Det primære argument for tværfaglig teambaseret samarbejde er baseret på det faktum, at løsninger af komplekse problemer kræver varierede og multiple kompetencer og viden.

De første tre måneder efter den erhvervede hjerneskade udgør en kritisk periode, hvor hjernen er særlig modtagelig for en gunstig effekt af neurerehabilitering, da hjernen er mest neuroplastisk i denne periode.

Patienterne på NNB har komplekse og mangesidede problemer sammensat af motoriske, sensoriske (ex. neglect og perceptionsproblemer), kognitive (ex. nedsat struktureringsevne, hukommelse, initiativ og indsigt), tale- og forståelsesproblemer samt følelsesmæssige og eksistentielle udfordringer. Mentale funktionsnedsættelser er ofte en større udfordring end de funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger, som relaterer sig til fysisk funktionsevne. Patientens mentale funktionsnedsættelse kræver en særlig indsats og har ofte gennemgribende indflydelse på hele patientens livssituation. De pårørende er ofte belastede både følelsesmæssigt og i forhold til en ændret livssituation, hvorfor indsatser rettet specifikt mod de pårørende er en del af neurorehabiliteringsforløbet.

Neurorehabilitering er således kendetegnet ved en helhedsorienteret indsats og koordinering af forløbet gennem et tæt tværfagligt samarbejde, så de relevante indsatser iværksættes på rette tidspunkt, i rette omfang og i rette rækkefølge hos patienten.

## **2.2 Definition tværfaglighed**

Kvaliteten af det tværfaglige samarbejde, har betydning for kvaliteten i neurorehabilitering. Et godt tværfagligt samarbejde kræver et tæt koordineret patientcentreret samarbejde mellem de forskellige fagpersoner.

Neuroenhed Nord definerer tværfagligt samarbejde som en fælles arbejdsproces der viser sig ved, at fagpersoner i teamet - i samspil med patienten - aftaler fælles mål, som hver fagperson efterfølgende støtter patienten i at nå ved at stille egen ekspertise til rådighed.

Den fælles arbejdsproces kendetegnes af fælles refleksion og prioritering af indsatsområder og et struktureret program efterfulgt af fælles evaluering og opfølgning.

Fagpersonen praktiserer som specialist indenfor sit monofaglige felt og superviserer samtidig teammedlemmer med anden faglig baggrund til at udføre opgaven på et mindre komplekst niveau.

Samarbejdet i det tværfaglige team giver kontinuerligt mulighed for prioritering af teammedlemmernes indsatser, så patientens skiftende behov er afgørende for, hvilke kompetencer og dermed fagprofiler, der primært efterspørges. For at opnå stærk tværfaglighed

kræves at hver monofaglige gruppe har stor kompetence og kvalifikationer indenfor hver deres faglige felt.

I praksis bliver det derfor en vigtig del af udviklingen i afdelingen, kontinuerligt at lære andre faggrupper viden og kunnen at kende i den enkelte situation, så teamet kan anvende de forskellige synsvinkler til at skabe en helhedsorienteret rehabilitering. Ideen er, at flere forskellige ser flere sider af samme sag, og derved fås ny viden, helhedssyn og en synergieffekt ud af rehabiliteringsprocessen. Beslutninger og løsninger på opgaver bliver på denne måde vidt forskellige og individuelle, alt efter patientens behov på det pågældende tidspunkt i rehabiliteringsforløbet.

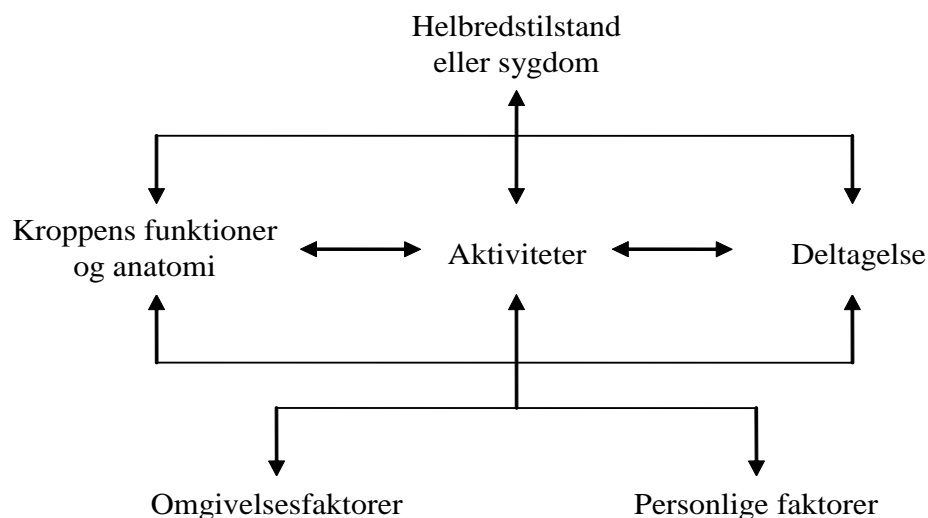
I dette kontinuerlige teamsamarbejde omkring rehabilitering er det af betydning at arbejde ud fra en fælles overordnet referenceramme.

### ***2.3 International Classification of Function, Disability and Health (ICF)***

Som fælles referenceramme for rehabiliteringen på NNB bruges International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF). Den har til formål at skabe en fælles forståelsesramme for beskrivelse af patientens funktionsevne, samt skabe et fælles sprog blandt personalet (4). Modellen beskriver patientens funktionsevne i sammenhæng med omgivelserne.

Funktionsevnen beskrives ud fra 3 komponenter og 2 faktorer, hvor der er fokus på henholdsvis det positive og det negative samspil mellem patientens helbredstilstand og de kontekstuelle faktorer. Samspillet imellem komponenter og faktorer er skitseret i figur 1.





Figur 1: Samspillet mellem komponenter og faktorer i ICF (4)

Den første komponent er **Krop**, der er underopdelt i 2 (henholdsvis funktioner og anatomi), og refererer til den menneskelige organisme. Dette indeholder også psykologiske og mentale funktioner. Den anden komponent er **Aktivitet**, som beskriver udførelse af daglige handlinger og opgaver. Den tredje komponent er **Deltagelse**, som beskriver den daglige interaktion i samfundslivet med andre, dvs. job, fritidsinteresser, roller i familielivet mv. Ydermere beskriver modellen to kontekstuelle faktorer, der er delt i **Omgivelses** og **Personlige faktorer**, som refererer til de påvirkninger, der er fra miljøet omkring os, samt eget liv og erfaringer.

Målet med modellen er således at beskrive en persons ressourcer og begrænsninger på flere planer samt at angive omgivelsers og miljøets indflydelse herpå.

Komponenter		Kontekstuelle faktorer
Kroppens funktioner og anatomi	Aktivitet og deltagelse	Omgivelser og Personlige faktorer
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrke/udholdenhed</li> <li>• Kontrakturer</li> <li>• Bevægelighed</li> <li>• Tonus</li> <li>• Balance</li> <li>• Siddestilling</li> <li>• Smerter</li> <li>• Sanser</li> <li>• Executive funktioner</li> <li>• Sprogfunktioner</li> <li>• Arousel</li> <li>• Hukommelse</li> <li>• Orienteringsevne</li> <li>• Personlighed/Følelser</li> <li>• Opmærksomhed</li> <li>• Informationsbearbejdning</li> <li>• Træthed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADL</li> <li>• Forflytning</li> <li>• Spisefunktioner</li> <li>• Trafiksikkerhed</li> <li>• Kommunikation (mundtlig og skriftlige meddelelser)</li> <li>• Problemløsning</li> <li>• Planlægning</li> <li>• Organisering</li> <li>• Indlæring</li> <li>• Bevægelse og færden</li> <li>• Interpersonel samspil og kontakt</li> <li>• Samfundsliv</li> <li>• Social liv</li> <li>• Erkendelse</li> <li>• Accept.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjælpemidler</li> <li>• Struktur</li> <li>• Skærmning/afgrænsning</li> <li>• Støtte og kontakt</li> <li>• Holdninger</li> <li>• Mestringsevne</li> <li>• Livserfaring</li> </ul>

Figur 2: Inddeling af komponenter og personlige faktorer (4 )

## 2.4 Tværfaglig målsætning-SMART-mål

Målsætning er ifølge McLellan essentiel for en succesfuld rehabilitering (5). Det kræver, at der udarbejdes patientcentrerede mål i samarbejde med patienten. Teamets faglighed og erfaringer spiller en vigtig rolle i forhold til at gøre målene specifikke, målbare, acceptable, realistiske og tidsbestemte. SMART modellen er en retningslinje og huskeregel, som kan være medvirkende til at målene bliver mere konkrete, bliver lettere at kommunikere til andre samt at følge op på. Det kræver, at alle faggrupper kender deres rolle for at opnå målene. Målene er således retningsgivende i forhold til, hvilke interventioner teamet skal sætte ind med. For at patienten kan

se det meningsfulde i målene og indsatsen er relevant for patientens dagligdag, er det vigtigt, at målene er koblet op på en aktivitet.

Definition på SMART-mål:

S-Specifikke	M-Målbare	A: Acceptable	R: Realistiske	T. Tidsbestemt
<p>Målet skal være vel defineret og afgrænset.</p> <p>Hjælpe spørgsmål for at afgøre om målet er specifikt:</p> <p>Forstår patienten målet? Er det nemt at forklare målet til andre?</p>	<p>Det skal være let at konkludere om målet er nået, hverken teamet eller patient skal være uenige om målet er opnået.</p> <p>Det er vigtigt, at målet er målbart enten ved angivelse af en størrelse i tal eller ved en ADL aktivitet der udføres med en specifikt beskrevet støtte og hvordan.</p>	<p>Målet skal være acceptabelt for patienten. Patientens skal kunne se meningen med det. Målet skal være styrende i patientens motivation. Patientens skal støttes til at se sammenhængen imellem mindre delmål, og deres evt. mere langsigtede mål.</p>	<p>Målet skal være realistisk at nå inden for en given tidsperiode. Det er her brug for faglig ekspertise til at hjælpe med denne analyse og vurdering. Teamet er medhjælpende via faglig vurdering at nedgraduerer patienternes mål, hvor der er behov.</p>	<p>Det er vigtigt med en tidshorizont, hvor målene skal evalueres, så de kan vinges af eller nedgraderes. Det er vigtigt, at patienten ikke har følelsen af, at det er de samme mål der arbejdes med i mange uger. På NNB arbejder vi med tydelige tidsangivelser for mål. Dette er med til at bibeholde patientens motivation.</p>

Figur 3: Definition af SMART mål (6).

## 2.5 Definition tværfagligt team

Patientens vanskeligheder afgør sammensætningen af det tværfaglige team. For hovedparten af patienterne består det tværfaglige team af sygeplejefaglig kontaktpersoner, primære ergo – og fysioterapeut, læge, neuropsykolog, og talepædagog samt socialrådgiver.

## 3.0 Patientforløb NNB

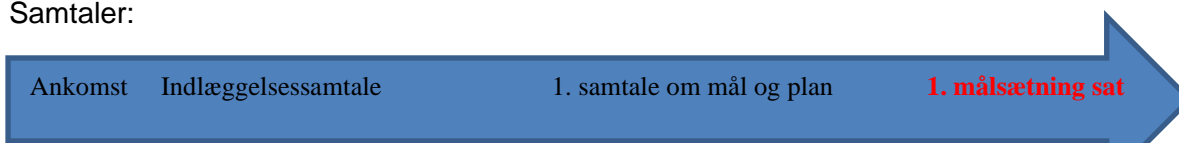
Patientforløbet er inddelt i tre faser: Indlæggelsesfasen, Rehabiliteringsfasen og Udskrivelsesfasen. I alle tre faser afholdes samtaler, som altid er med deltagelse af patient og

pårørende. Endvidere afholdes møder mellem fagpersoner. Disse møder sikrer fagprofessionelle drøftelser, refleksioner og afklaringer, som understøtter patientens forløb, hvor hensigten er at sikre et personligt, kvalificeret og struktureret rehabiliteringsforløb.

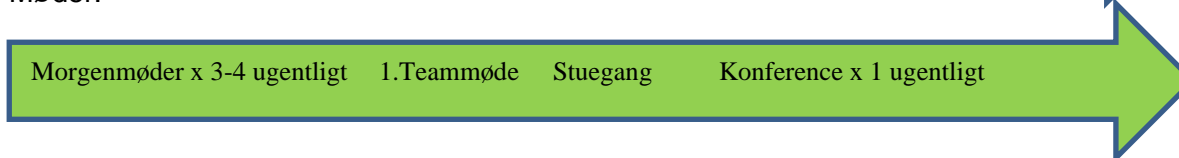
Dette er illustreret fasevis i to linier nedenfor, den blå linie illustrerer samtaler med patienten. Den grønne linie omhandler møder mellem fagprofessionelle. Efter illustrationen beskrives de enkelte møder og samtaler. Der er tale om en glidende overgang mellem faserne.

### Indlæggelsesfasen:

Samtaler:

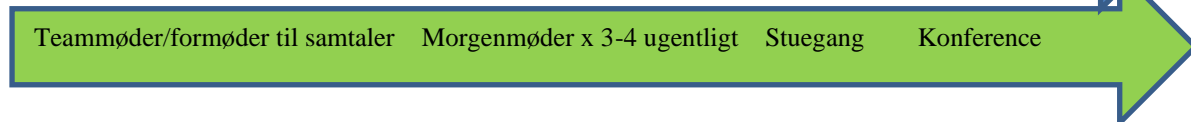
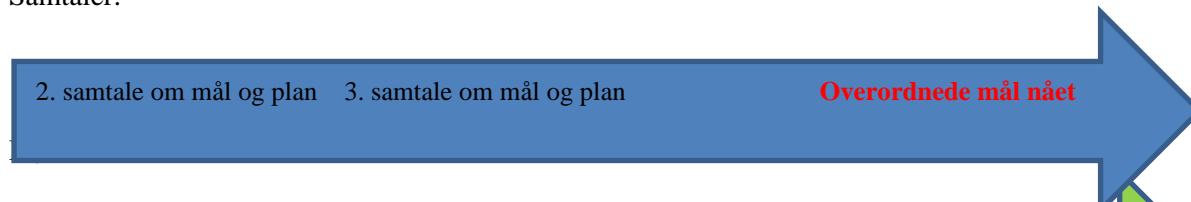


Møder:



### Rehabiliteringsfasen:

Samtaler:

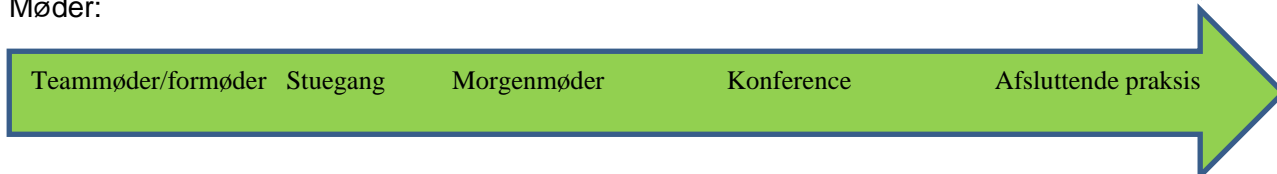


### Udskrivelsesfasen:

Samtaler:



Møder:



Se endvidere bilag 1, Quick-Card: "Oversigt over patientforløb på NNB relateret til samtaler om mål og plan og tværfaglig mødeaktivitet"

### **3.1. Samtaler med patient og pårørende**

Samtaler har fokus på fremtidig plan, mål og samarbejde med patient og pårørende.

Det anbefales at indlede samtaler med den overordnede plan for patientens rehabilitering da patient og pårørendes fokus ofte er på den videre plan. Altid under hensyntagen til patientens kommunikative, kognitive og emotionelle status, herunder strategi ved indsichtsproblemer. Med baggrund i patientens problematikker kan det fagligt vurderes, at det ikke er hensigtsmæssigt for patienten at deltage i dele af eller hele samtalen.

Før hver samtale udpeges ordstyrer og referent, evt. på morgenmøder (se bilag 3: Morgenmøder – dagsorden). Ordstyreren har til opgave at lede samtalen, fremlægger og følger dagsordenen, sørger for at få inddraget patienten og pårørendes perspektiver, og sikrer fremlæggelse af de faglige perspektiver ved teammedlem og at disse sammenfattes med patient og pårørendes perspektiver. Referenten skriver beslutningsreferatet i EPJ (Se bilag 2: manual til brug af EPJ). Referenten kan stille afklarende spørgsmål til indholdet af referatet, og ordstyrer kan uddelegere opgaver. Kopi af referatet printes og udleveres til patient og pårørende. Referatet sendes efter aftale med og accept fra patienten via Plejeforløbsplanen ( PFP) til eksterne samarbejdspartnere.

#### **3.1.1 Indlæggelsessamtalen**

Foregår på dagen for patientens ankomst og indlæggelse på NNB.

I samtalen deltager patient og så vidt muligt pårørende, sygeplejefaglig kontaktperson, læge og eventuelt tilknyttet fysio- og ergoterapeut. Tidspunkt for samtalen aftales på morgenmøde (bilag 3), hvis muligt dagen før. Patient og pårørende informeres af afgivende afdeling om indlæggelsessamtalen, der foregår på NNB på indlæggelsesdagen, ofte i tidsrummet 10.30-12.00. Ved ankomsten informeres patient og eventuelle pårørende om det planlagte tidspunkt. Patienten er ofte er træt på ankomstdagen, hvorfor patientens situation er afgørende for samtalsens varighed, indhold og hvem der deltager.

Formålet med samtalen er, at patienten oplever en imødekommende og planlagt modtagelse. At patienten orienteres om NNB og det forventede forløb, samt at få viden om patientens udfordringer

og umiddelbare behov, præferencer og førniveau for at kunne igangsætte en personorienteret behandling og rehabilitering.

Både læge og sygeplejen søger oplysninger fra patient og pårørende, som er vigtige for videre planlægning af forløbet:

Lægens interviewguide relateres til journaloptagelse og objektiv undersøgelse omhandlende:

- Tidligere funktionsniveau, herunder tidligere diagnoser og opfølgning i forhold til lægelig behandling heraf og betydning for aktuelle rehabiliteringsproces
- Aktuelle sygdomsforløb, herunder plan for videre udredning af årsag og plan for videre behandling
- Nuværende funktionsniveau, herunder objektiv neurologisk undersøgelse
- Allergier og plan for genoplivning
- Medicin afstemning

Dokumentation: Foregår i journaloptagelse i EPJ

Sygeplejefaglige kontakt person optager anamnese jf. de 12 sygeplejefaglige områder (se bilag 4: Indlæggelsessamtale- sygeplejefaglig del).

Målet er at få et indblik i patientens typiske hverdag og liv derhjemme, herunder:

- Evne til at klare sig selv i hverdagen(funktionsniveau)
  - Daglige aktiviteter ex. personlig hygiejne, madlavning, indkøb, rengøring, tøjvask, havearbejde. Hvor ofte udføres de forskellige aktiviteter?
  - Hjælp ude fra ex. fra kommunen, familie eller nabo?
  - Medicin og dosering – hvem varetager dette?
  - Fritidsaktiviteter, sport og interesser ex. banko, gymnastik, motion eller lign.
- Mobilitet og bevægeapparat
  - Selvstændig færden inden og ude? Brug af hjælpemidler? Bilkørsel eller lign.?
- Ernæring
  - Kostvaner og appetit? Obs på hoste/fejlsynkning? Evt. vægttab.
- Kommunikation
  - Evne til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen? Svært ved at finde/sige ord?
- Psykosociale forhold

- Boligsituation, badeværelset, tæpper, trapper og trin? Hvordan er huset fremkommeligt?
- Netværk og støtte i dagligdagen. Telefonnumre på pårørende
- Arbejdsevne, livsstilsproblemer?
- Smerteproblematikker og sygdom
  - nuværende og tidligere, der kan have indflydelse på rehabiliteringen?
- Seksualitet
  - vaner, behov, problemer?
- Søvn og hvile
  - døgnrytme? Hvad fremmer eller hindrer søvn?
- Viden og udvikling
  - behov for information, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse, hvordan bedst deltage i undervisning?
- Udskillelse af kroppens affaldsstoffer
  - toiletvaner dag og nat, inkontinensproblemer, tendens til obstipation eller diaré?
- Praktiske forhold –
  - brug af egen telefon, PC og IPAD
  - brug af eget tøj, behovet for en stabil sko og vask af tøj
  - Indretning af stue med private fotos mm.

Dokumentation sker i EPJ (se bilag 2).

I de næste afsnit følger en gennemgang af fortløbende samtaler med patient og pårørende. På NNB er der aftale om at kommuner deltager i mindst to samtaler: 2. samtale om mål og plan og Sidste samtale om mål og plan/udskrivelsessamtale (tidligere betegnelse: Statusmøde og Udskrivelsesmøde) (7)(8).

### 3.1.2 Første samtale om mål og plan

Første samtale om mål og plan afholdes indenfor 5.-10. dag af indlæggelsen. Samtalen varer 45 - 60 min.

Deltagerne i samtalen er ergoterapeut, fysioterapeut, sygeplejefaglig kontaktperson, patienten og pårørende. Talepædagog, neuropsykolog og socialrådgiver deltager i særlige tilfælde.

Formålet med samtalen er at fastsætte mål for patientens rehabiliteringsforløb. Samtalen tager udgangspunkt i faglige observationer, samt patient og evt. pårørendes behov og præferencer i forhold til mål og plan. I fællesskab præciseres retning og mål for rehabiliteringsforløbet (se bilag 5: Dagsorden til Samtale om mål og plan).

Som forberedelse har ergoterapeuten inden samtalen lavet et interview med udgangspunkt i COPM (vedr. COPM, se afsnit 5.3) hvor patienten har angivet de mål, han ønsker at opnå under indlæggelsen. På første samtale om mål og plan gengiver ergoterapeuten resultatet fra COPM interviewet, og patient og teamet drøfter mål fra COPM i forhold til aktuelle funktionsevne.

Målene sammenholdes med den faglige viden, teamet besidder, og de endelige mål for det videre forløb aftales med patienten i relation til patientens angivne COPM mål. Det ses ofte, at patientens mål er angivet på aktivitets- og deltagelsesniveau, og det er derfor teamets opgave at vurdere, hvilke tiltag på kropsniveau, der skal være opfyldt før det endelig aktivitetsmål kan nås.

På teammødet efter Første samtale om mål og plan finpudses målbeskrivelsens handlinger til mål. Det tydeliggøres, hvordan man kommer fra patientens mål til de maksimalt 4 SMARTmål, der dokumenteres i EPJ.

Dokumentation: Deltagere i Første samtale om mål og plan noteres, hvis patienten ikke deltager noteres årsag. Teamet beskriver i fællesskab handlinger til mål i referatet i EPJ. Handlinger er såvel tværfaglige som monofaglige (se bilag 2 og bilag 4a: Referatskabelon til Samtaler om mål og plan).

Inden samtalen er aftalt, hvem der er referent og mødeleder (se bilag 6: mødeleder/ordstyrers funktion).

Terapeut udleverer målene som placeres synligt på patientens stue. Terapeuten opretter problemark med mål.

Mål revideres senest på efterfølgende samtaler om mål og plan og kan endvidere revideres mellem samtaler om mål og plan, da målopfyldelse kan forekomme mellem samtaler. Denne revision af mål dokumenteres i konferencenotat og dokumenteres også i næste samtale om mål og plan i EPJ under "samtale med patient".

Er målet eller dele af målet ikke opnået, skal det evalueres i EPJ (se bilag 2).



På Første samtale om mål og plan aftales tidspunkt for Anden samtale om mål og plan. Tidspunkt skrives på Cetrea. Se K-drev for vejledning i forhold til Cetrea: <K:\SVE-Neuro-EnhedNord\NN Tværmatrikulært\IT-vejledninger fælles\Cetrea>

Patient og pårørende informeres om at kommunal repræsentant(er) indkaldes til deltagelse på Anden samtale om mål og plan.

Sygeplejefagligt personale tilsender kommunen(via PFP) referat fra Første samtale om mål og plan umiddelbart efter samtalen. Dette sker efter aftale med patient og pårørende.

### 3.1.3 Anden samtale om mål og plan.

Tidspunktet for afholdelse af Anden samtale om mål og plan varierer fra forløb til forløb. Samtalen varer 45-60 min.

Deltagere i samtalen er kommunal repræsentant, patient, pårørende og repræsentanter fra teamet. Kommunale parter bliver af sygeplejepersonalet indbudt via E-brev til samtaler om mål og plan (Se bilag 2). Ved behov kan ledelsesrepræsentant eller læge deltage i samtalen.

Kommunen skal 7 dage inden denne samtale have tilsendt en tværfaglig statusbeskrivelse via plejeforløbsplanen(PFP) ved sygeplejefagligt personale. For indhold i PFP, se afsnit 6.2.

Teamet vurderer i hvert patientforløb om kommunen skal inviteres til formøde og/ eller eftermøde (jf. punkt 3.2.5). Kommunen kan rette henvendelse, hvis de ser behov for for- eller eftermøde ud fra oplysninger i tilsendte PFP.

Formålet med Anden samtale om mål og plan er gensidig information/drøftelse mellem patient, pårørende, teamet og kommunale samarbejdspartnere om patientens mål og rehabiliteringsplan, weekendbesøg/hjemmebesøg, fremtidig boligsituation samt indledende dialog om forhold efter udskrivelse( se bilag 5 og 5a).

Anden samtale om mål og plan kan være udskrivelsessamtale.

### 3.1.4. Efterfølgende samtaler om mål og plan

Samtaler afholdes ved behov.

Deltagerne er patienten, pårørende, repræsentanter fra teamet, samt eventuelt samarbejdspartnere fra patientens hjemkommune. Teamet vurderer i hver patientsituation om

kommunen skal inviteres til formøde og eller eftermøde (jvf punkt 3.2.5). Kommunen kan rette henvendelse hvis de ser behov for formøde eller eftermøde ud fra oplysninger i tilsendte PFP.

Formålet er gensidig information/drøftelse mellem patient, pårørende og teamet samt eksterne samarbejdspartnere om patientens mål og rehabiliteringsplan, weekendbesøg/hjemmebesøg, fremtidig boligsituation samt indledende dialog om forhold efter udskrivelse.

### 3.1.5. Sidste samtale om mål og plan/udskrivelsessamtale

Samtalen afholdes i alle forløb og aftales afhængig af den enkelte patientets rehabiliteringsforløb (kan være Anden samtale om mål og plan i et kortere forløb)

I samtalen deltager patienten, pårørende samt repræsentanter for teamet. Hjemkommunen inviteres (se bilag 2) og deltager jf. den Tværsektorielle grundaftale/ sygdomspecifikke sundhedsaftale (7).

Formålet med samtalen er at sikre patient og pårørendes inddragelse i beslutninger vedrørende udskrivelse, herunder at fremtidig samarbejde med hjemkommunen er afklaret, koordineret og dokumenteret, således at der opnås bedst mulig kvalitet og effektivitet i sektorovergangen (se bilag 7: dagsorden til sidste samtale om mål og plan/udskrivelsessamtale og bilag 6a: referatskabelon til udskrivelsessamtale).

Efter Samtale om mål og plan/Udskrivelsessamtale revideres plejeforløbsplanen i E-brev, og datoer for udskrivelse og færdigbehandling til kommune ændres til det aftalte (9).

### 3.1.6. Samtale med læge

Der afholdes samtaler med læge ved behov, enten ud fra familiens ønske eller ud fra en faglig vurdering.

Patienten og pårørende kan kontinuerligt tilbydes samtaler med læge. Ved lægesamtalen deltager patienten og de pårørende som patienten ønsker med. Der tages fra samtale til samtale stilling til om primær kontaktperson fra sygeplejen deltager, da det i nogle tilfælde kan være godt, at sygeplejepersonalet kan følge op på det, der er sagt til samtalen.

Lægen dokumenterer deltagere og kort referat af samtalen i EPJ.

Formålet med samtalen er at afklare spørgsmål vedrørende behandlingsplan og helbredstilstand, samt løbende sikre at patient og pårørende oplever sig inddraget og informeret.

### 3.1.7. Stuegang

Stuegang består dagligt i vurdering af TOKS og biokemi samt medicingennemgang. Stuegang med patienten er ad hoc, afhængigt af patientens situation.

I stuegang deltager patienten, læge og evt en repræsentant fra sygeplejegruppe. Dette afhænger af patientens problemstilling og situation, da det i nogle tilfælde kan være godt, at sygeplejepersonalet kan følge op på det, der er sagt til stuegang.

Formålet med stuegang er at sikre, at problematikker omkring patienten, der kræver lægefaglighed involvering bliver løst. Lægen er ansvarlig for, at den medicinske behandling er optimal, så patienten kan deltage aktivt i rehabiliteringen. Lægen følger op på om der er foretaget sufficient udredning af årsagen til patientens skade, eller om der er mangler, som patienten skal henvises til. Sygeplejefagligt personale kan notere observerede problemstillinger på stuegangsark (se bilag 8: Stuegangsark).

Lægen har før udskrivelse samtale med patient og pårørende vedr skade, forebyggelse og sekundær profylakse samt plan for den videre medicinske behandling.

Lægen har fokus på epikriserne, således at egen læge understøttes i at være tovholder for pt. på sigt.

På hvert tværfagligt gruppekontor findes en "Stuegangsbog", som anvendes til at skrive emner og spørgsmål til stuegang. Her kan lægen skrive tilbagemeldinger på de emner, som ikke fører til direkte ændringer i patientens behandling.

## 3.2. Møder – fagprofessionel tid

I det følgende beskrives de møder mellem professionelle, som afholdes i forbindelse med den enkelte patients forløb på NNB. Sidst i afsnittet beskrives møder, der afholdes blandt professionelle uafhængig af patienters forløb og som primært handler om gruppens tværfaglige samarbejde.

### 3.2.1 Første Teammøde

Første teammøde afholdes 5-10 dage efter indlæggelse, før og efter første samtale om mål og plan. Teammødet før første samtale om mål og plan med det samlede team varer 30 minutter. Teammødet efter samtalen om mål og plan varer 15 minutter.

Deltagerne i første del af teammødet er hele teamet omkring den enkelte patient: Sygeplejefaglig kontaktperson, talepædagog, neuropsykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, socialrådgiver og evt. læge. I anden del af teammødet (efter samtalen med patienten og pårørende) deltager ergo - og fysioterapeut samt sygeplejefaglige kontaktperson.

Formålet med teammødet er, at afstemme gensidige forventninger, sammen at reflektere over faglige og tværfaglige problemstillinger omkring patienten, samt mål og plan. Dagsorden for mødet (se bilag 9:Første teammøde- dagsorden).

På indlæggelsesdagen aftaler ergo, fys og sygepleje tidspunkt for første teammøde og sygeplejefaglig personale noterer dette på cetreatavlen I forbindelse med lokalebooking i outlook indkaldes læge, talepædagog, neuropsykolog og socialrådgiver. Endvidere kan disse orientere sig på cetrea i forhold til tidspunkter for første teammøde på nyindlagte patienter. Planlægningsstøtte i forhold til første teammøde kan være at orientere sig på cetrea i flere grupper: Observer om der er sammenfald med møde planlagt for lægen i gruppen på planet over eller under. Observer om der er sammenfald med møde planlagt for neuropsykologen og talepædagogen i anden gruppe på eget plan.

Inden teammødet udpeges referent til efterfølgende Første Samtale om mål og plan (fysio –, ergoterapeut eller sygeplejefaglig kontaktperson), dette kan med fordel ske på morgenmøde. Skabelonen "samtale med patient" i EPJ skal anvendes (se bilag 2 og bilag 5a).

Referatet påbegyndes ved teammødet for at give referenten mulighed for at dokumentere de faglige perspektiver relateret til fokuspunkter/mål for patientens forløb og tilgangsbeskrivelse. Hjælpeark til Model for tilgang til patienten/ Tilgangsbeskrivelse medtages til teammødet. Ark findes i indlæggelsesmappe, som findes hos sekretær.

Det færdige referat, fra første samtale om mål og plan, skal indeholde beskrivelse af mål og handlinger til mål, tilgang samt kommunikationsstrategi, f.eks SCA(10)(11). Tekst i referatet kan lyde: "For at opnå mål x skal der arbejdes med xx". Der oprettes problemark i EPJ for hvert træningsmål fx som følgende: "MÅL: "Stående selvstændigt trække bukser op indenfor 14 dage" ligesom der oprettes problemark "Kognition".

"FIM IND" drøftes og dokumenteres(12). "FIM IND" baseres på observationer af patientens funktionsniveau indenfor de første 72 timers indlæggelse. Hver faggruppe udfærdiger en monofaglig score, hvor scoren udtrykker det funktionsniveau, som beskriver patienten bedst på baggrund af de 3 dages observationer. Den monofaglige score medbringes til Første teammøde, hvor der sker en koncensus scoring.

Efter første samtale om mål og plan drøftes mål igen med patienten i forbindelse med at ark med mål opsættes på stuen og referat udleveres. På målarket skrives de tre – fire aftalte mål, og hvis det findes relevant medtages begrundelse for disse. Denne kan eksempelvis lyde: Mål 1 lyder: "Stående selvstændig trække bukser op indenfor 14 dage" da du har problemer med balance og funktion i venstre arm.

Der dokumenteres kontinuerligt vedr. tilgang og kognition på problemark "Kognition".

### 3.2.2. Følgende Teammøder

Der afholdes korte forberedende teammøder( 10-15 min) før samtaler om mål og plan samt udskrivelses samtale med patient og pårørende. Team møder kan afholdes mellem samtaler når der er behov tværfaglig drøftelse og stillingtagen. Eksempelvis ved behov for revision af mål eller ændringer i patientens situation.

### 3.2.3 Tværfaglig konference

Konferencen afholdes en gang ugentligt i hver gruppe i tidsrummet 8.30-9.30. I grupper med 7 patienter afsættes der 50 minutter og i grupper med 9 patienter 1 time.

Deltagere er gruppens sygeplejefaglige personale, terapeuter og talepædagog, socialrådgiver, neuropsykolog, læge samt studerende og elever.

Formålet med den tværfaglig konference er at sikre en fælles overordnet behandlingsplan. Konferencen er et refleksions, diskussions- og beslutningsforum, hvor overordnede beslutninger sker. Hver deltager har forud for konferencen forberedt sig på, hvilke væsentlige emner der skal op på konferencen, samt hvad budskabet er.

Væsentligt indhold er: Patientens hovedproblemer, tilgang/handlinger relateret hertil, patientens overordnede mål og plan som angår eksempelvis potentiale vurdering, udskrivelsesdestination og

længde af ophold. De primære indsatsområder, kognitivt som fysisk, og handlingerne relateret hertil debatteres og beskrives

Konferencen ledes efter fast dagorden (se bilag 10: Tværfaglig konference- dagsorden). Dagsordenen varierer efter, om det er første gang patienten præsenteres eller om det er opfølgende konferencer, eller sidste konference inden udskrivelse.

Prioritering af patientrækkefølge fremgår af liste, som den enkelte gruppe kan vælge at anvende. Patienter er som udgangspunkt ikke på konference den uge, hvor de udskrives, eller når der er lagt udskrivelsesplan, medmindre der opstår nye problemer.

Mødeleder er en fra gruppen. Hvem aftales på morgenmødet senest sidste hverdag før konferencen. Mødeleder sikrer, at dagsordenen følges, at prioritere rækkefølge af patienter og at tiden overholdes( se bilag 6).

Sekretær refererer i notat efter hver patient. Sekretær skriver konferencenotat på lægens ansvar. Det skal fremgå af notatet, hvilken plan der er lagt, samt hvem der er ansvarlig for udførelsen af denne (13) <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2018/530>.

Ved fravær af sekretær dikterer lægen.

Lægen redegør for, hvordan patientens helbredstilstand påvirker rehabiliteringsforløbet. Ved første præsentation af patienten på konference gennemgår lægen patientens skadestype- og lokalisation understøttet af scanningsbilleder. Herved bliver det muligt at drøfte forventninger, prognose og specifik tilgang.

Ved første præsentation af patienten gennemgår neuropsykologen forventede udfald samt adfærd i relation til skadestype.

### 3.2.4 Morgenmøde

3-4 gange om ugen afholdes der 15 minutters morgenmøde i hver gruppe.

Deltagerne er gruppens personale bestående af sygeplejefagligt personale, ergo- og fysioterapeuter samt studerende fra alle faggrupper. Neuropsykolog deltager på skift i morgenmøde i to grupper. Talepædagog, socialrådgiver samt læge deltager ad hoc.

Formålet med morgenmøderne er, at kvalitetssikre og koordinere gruppens opgaver, primært ud fra patientens tilstand og forløb, samt de personalemæssige ressourcer. Det planlagte dagsprogram ajourføres ved behov (se bilag 3).

Hver gruppe har dagsordenspunkter fordelt på specifikke uge dage. Herunder liste over faste dagsordenspunkter i alle grupper:

- Ændringer på dagen(sygdom, undersøgelser mm.)
- Opgaver fagprofessionelle: Referent og ordstyrer til møder og samtaler
- Aftaler for gruppens patienter vedr. Samtaler, Møder, FIM, PFP- opdatering,
- Patientens skema for næste uge (bad, hvil, sonde, ADL, træninger)
- Weekend: hvem på weekend orlov, hvem tidligt til lørdagstræning, opfølgning på weekend
- Interventioner: Undersøgelser, Hjerneklasse, GTIT , placering ved bord til spisning, Åben træning- herunder hvem behov for at følges kl. 14, Forflytning, Ernæring, Aktiviteter ud af huset mm
- Opgaver NV( f.eks lave kander til fortykket væske mm)
- Opgaver til frivillige
- Aftale faglig sparring i praksissituationer ved f.eks. afprøvning af ny lejring, forflytning, indretning af sengestue eller guidning i spisesituationen.

På morgenmøde koordineres og tydeliggøres den tværfaglige indsats på Cetreatavlen med evt. nye datoer for møder og samtaler, weekendorlov, udskrivelse eller færdigmelding samt undersøgelser. Det er den sygeplejefaglige kontaktpersons ansvar at sikre opdatering af cetrea.

### 3.2.5 Møder med kommune- Formøde og Eftermøde

For og eftermøder afholdes i efter behov. Deltagere er tværsektorielle fagpersoner involveret i patientforløbet. Kommunen indkaldes via PFP. Kommunen kan også tage initiativ til for- og eftermøder med udgangspunkt i det enkelte patientforløb.

Formøder og Eftermøder har til formål at drøfte patientens behov og mulige indsatser relateret hertil inden og efter samtalen med patient og pårørende.

Patient og pårørende skal informeres om for- og eftermøder samt hensigten med disse

Formøder afholdes ved behov for:

- Særlig tæt koordination. Det kan være begrundet i patientens adfærd som manglende indsigt, eller særlig krævende situation grundet familiær belastning, børn, syg ægtefælle, udbredt krisepræget eller dobbelt diagnoser
- Afstemning af planen nær udskrivelse

På formøder afklares roller, hvad der er vigtigt at nå under samtalen, herunder kommunikativ strategi og tilgang.

Eftermøder afholdes ved behov for:

- Debriefing, hvis der på mødet opstår uforudsete hændelser
- Når koordinations- og opsamlingsbehovet er særlig stort
- Uddybning af faglige forklaringer og perspektiver
- Drøftelse af præcis plan og afstemning af aftaler
- Faglige forklaringer på observerede problemstillinger bliver reflekteret i et tværfagligt, tværsektorielt felt.
- Afstemning af indsatser uden at patienten inddrages i konkrete organisatoriske forhold

### 3.2.6 Afsluttende teammøde/FIM UD

Afslutningsmøde afholdes indenfor de sidste 3 dage af indlæggelsen, som udgangspunkt lige efter morgenmødet eller andet tidspunkt, som bliver aftalt på morgenmødet. Deltagerne er teamet omkring patienten, herunder ved behov talepædagog, neuropsykolog, socialrådgiver og læge.

Formålet med afslutningsmødet er, at få FIM-UD scoret patienten, og at få afsluttet de åbne problemer i EPJ, samt kort få evalueret det samlede patientforløb. "Hvad gik godt- hvad skal vi udvikle på ? (Se bilag 11: Afsluttende teammøde - dagsorden). Teamet afklarer hvorvidt der er behov for opfølgende tiltag eksempelvis debriefing.

Mødet vil tage 20-30 min. Tekstfelt ved FIM ark i EPJ kan anvendes til dokumentation ved evaluering af mål (12).

"FIM UD"



På samme vis som ved FIM IND (jf. afsnit 5.1), vurderes patientens funktionsniveau baseret på de sidste 72 timers indlæggelse, og der scores monofaglig herudfra. FIM UD konsensusmøde sker på afslutningsmødet (jf. afsnit 3.2.6).

Blåt FIM konsensus Scoringsark placeres i journalen og arkiveres af sekretær. FIM scores skrives ind i EPJ under "Test og undersøgelser" i et Fysio- og ergoterapeutisk notat (Se Bilag 2).

Bemærkninger til monofaglig score er af stor værdi, da den der foretager scoren, ikke altid er tilstede ved konsensus scoren, dette er især gældende for vagter i plejen.

Sygeplejen kan være repræsenteret af en sygeplejestuderende på 12 modul, hvis den kliniske underviser vurderer, at det er en opgave, den studerende kan klare.

Følgende afsnit beskriver møder der afholdes blandt fagprofessionelle uafhængig af patienters forløb og som primært handler om gruppernes tværfaglige samarbejde og udvikling.

### 3.2.7 Samarbejds møde i gruppen/ 14 dags møder

Gruppen har mulighed for at afholde samarbejds møder hver 14. dag i tidsrummet 12.45-13.15.

Deltagere er sygeplejefagligt personale, fysio- og ergoterapeuter, talepædagog og neuropsykolog der har fremmøde på dagen for mødeafholdelse. Husassistenter kan deltage ad hoc efter aftale i tidsrummet 13-13.15. Terapiassistent og kliniske undervisere i terapien deltager efter aftale. Elever og studerende deltager ikke i mødet. Ledelses og udviklingspersoner deltager ved behov og efter aftale.

Formålet med mødet er at styrke det tværfaglige samarbejde samt reflektere over udfordrende patientforløb. På mødet er der desuden mulighed for at snakke trivsel og driftsmæssige løsninger af gruppens opgaver. Emner af større driftsmæssig betydning tages op med ledelsen.

Der er ingen forudsendt dagsorden til mødet og der er ingen fast ordstyrer. Mødeformen er uformel. Hvis relevant udpeges referent og der udarbejdes et beslutningsreferat. Det sker hvis der er emner, beslutninger og aftaler at dele med gruppens øvrige personale og ledelse. Referatet sendes via mail til gruppens medlemmer, ledelse og udviklingspersoner. Referatet gemmes på NNB's fællesdrev.

Grupper på samme plan er ansvarlige for at dække hinanden ind, når modsatte gruppe afholder 14.dagsmøde.

### 3.2.8 Gruppemøder

2 gange om året afholder gruppen gruppemøde i tidsrummet 13-14.55.

Deltagere er alt personale tilknyttet gruppen, herunder aften og nattevagter, ledelse og udviklingspersoner. Personale der ikke er fast tilknyttet bestemt gruppe( tværgående personale) deltager i gruppemøde(r) i grupper, hvor de indgår i patientforløb. Husassistenter deltager i gruppemøderne, når der er relevante emner for dem. Elever og studerende deltager ikke i gruppemøder.

Formålet med gruppemøderne er at drøfte og være medbestemmende i forbindelse med større tiltag og deres afledte driftsmæssige konsekvenser. Endvidere drøftes tværfaglige emner foreslået af gruppen samt nye tiltag og udviklingsemner.

Mødet ledes af leder eller udviklingsperson. Leder indkalder gruppens dagsordenspunkter senest 14 dage før mødet. Gruppen afstemmer sammen deres punkter til dagsorden og sender disse jf. mødeindkaldelsen. Udover gruppens punkter består dagsordenen typisk af emner som er ønsket af ledelse, udviklingspersoner og igangværende arbejdsgrupper. Den samlede dagsorden tilsendes den enkelte gruppe senest en uge før gruppemødet. Udviklingsperson eller leder er referent. Referat fra gruppemøder forfindes på NNBs fælles drev og udsendes af ledelse til alle ansatte samlet efter afholdelse i alle grupper.

## 4.0 Før patienten ankommer

### 4.1. Visitation

Regional visitation Nordjylland (RVN) er del af en samlet samarbejdsaftale mellem det neurologiske speciale på Aalborg Universitetshospital, Regionshospital Nordjylland, Neuroenhed Nord og Hammel Neurocenter, Region Midt.

Visitationen er en del af Neurologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, og er en fælles regional visitation vedrørende alle nordjyske patientforløb, hvor der vurderes behov for neurorehabilitering i hospitalsregi. Den klinisk ansvarlige er specialeansvarlig overlæge på Neurologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital.

Al henvendelse i forbindelse med henvisning af patienter til neurorehabilitering i Region Nordjylland skal ske via RVN, og der visiteres til niveau for hjerneskaderehabilitering jf. patientens behov. Hospitalsbaseret hjerneskaderehabilitering inddeles i 3 niveauer: hovedfunktions-, regionsniveau- og højtspecialiseret niveau . NNB er klassificeret som Regionsfunktionsniveau (8).

RVN kan også henvise til vurderingsophold (14).

Den regionale visitation har adgang til den lokale cetreatavle. Ventende og visiterede patienter står nederst på Cetrea.

## **4.2. Forberedelse – før patientens ankomst**

### **4.2.1 Teamet**

Som forberedelse til patientens ankomst orienterer alle sig i EPJ ud fra patientens CPR-nummer (Se Bilag 2). Ved modtagelse af patienter fra Hammel Neurocenter sendes Plejeforløbsplan fra Hammel på mail til alle medlemmer i den pågældende gruppe, inklusiv læge, neuropsykolog og talepædagog.

Kontaktpersoner i sygepleje og terapi udpeges. Terapeuterne udarbejder patientens første ugeskema. Teamet finder datoer og tidspunkt for afholdelse af "Første teammøde" og "Første samtale om mål og plan" ( se bilag 9 og bilag 5).

Patientens stue indrettes i forhold til placering af seng, bord og lænestol mv., således det både pleje- behandlings -og træningsmæssigt er mest fordelagtigt i forhold til patientens situation efter erhvervet hjerneskade.

### **4.2.2 Sygeplejefagligt personale**

Der aftales i sygeplejegruppen, hvem der er primær og sekundær kontaktperson og det koordineres, hvilken stue patienten skal ligge på. Der tages højde for specielle behov hos alle gruppens patienter, når stuen vælges, så patientens behov for rehabilitering, loftlift, natlige/hyppige tilsyn, særlige hygiejnemæssige forhold m.m. vægtes. Der bestilles seng hos portøren, sengen redes op ud fra patientens forventede behov( se bilag 12):Sygeplejefaglig tjekliste-indlæggelse/modtagelse af patient).

Sygeplejen orienterer sig om patienten i EPJ mhp forberede indlæggelsessamtale og der bestilles kost fra centralkøkkenet på Hjørring Sygehus i forhold til det konsistensniveau, patienten er vurderet til fra akutafdelingen – samt sikrer, at patientens ordinerede medicin er til rådighed.

Tidspunkt for første teammøde og første samtale om mål og plan afklares med resten af teamet og opføres med separate tidspunkter på Cetera.

#### 4.2.3 Ergoterapeuter

Ergoterapeuten orienterer sig i forhold til ADL og synkefunktion, samt finder hjælpemidler relevant for aktivitetsudførelse.

#### 4.2.4 Fysioterapeuter

Fysioterapeutens opgave inden patientens ankomst er at finde relevante hjælpemidler i forhold til mobilisering af patienten, og patientens selvstændige færden. Disse indstilles i de mål, der er angivet i EPJ fra akut-afdelingen, så de står klar, når patienten ankommer til NNB. (se bilag 2)

Forefindes hjælpemidlet ikke på NNB, rekvireres disse fra hjælpemiddeldepotet på Hjørring Sygehus(15).

#### 4.2.5 Logopæder

Talepædagogen orienterer sig om der er beskrevet behov for talepædagogisk indsats i EPJ.

#### 4.2.6. Neuropsykologer

Neuropsykologen orienterer sig om kommende patienter via EPJ og forholder sig til behov for neuropsykologisk indsats.

#### 4.2.7 Socialrådgiver

Socialrådgiveren orienterer sig om patienter via EPJ.

#### 4.2.8. Sekretærer

Forbereder mappe med informationsmateriale til patienten indeholdende:

Pjecer/informationspapirer omhandlende NNB, herunder NNB's pårørendearbejde, en pjece om træthed og håndhygiejne, generel information om NNBs undervisningsforpligtelse af studerende fra flere faggrupper, samt dagsorden til "Første samtale om mål og plan".

I patientens indlæggelseschatek placeres: FIM scoringsark: et ark til koncensuscore(blåt). 2 ark (et til FIM IND og til FIM UD) til plejens monofaglige scoring(hvidt). Hjælpearke til Tilgangsbeskrivelse, samt ark vedrørende "Åben Træning".

## 4.2.9 Læger

Læge orienterer sig om patienten i EPJ med henblik på forberedelse til indlæggelsessamtale.

# 5.0 Opgaver i indlæggelsesfasen

## 5.1 Teamets opgaver

Neurorehabilitering kræver tæt koordineret og målrettet samarbejde i teamet med fokus på samarbejde med patient og pårørende mhp understøtte patientens inddragelse, potentiale og motivation i forløbet. Grundstenene til dette lægges allerede ved ankomstdagen, hvor patient og pårørende modtages af teamet, som fortæller patient og pårørende om tilbud på NNB, spørger til deres forventninger og inddrager patienten i indlæggelsessamtale, de første undersøgelser og resultatet af disse.

Sygeplejefaglige kontaktperson og læge koordinerer, hvornår der afholdes indlæggelsessamtale på ankomstdagen og patienten oplyses ved ankomst om det forventede tidspunkt. Terapeuter kan deltage i indlæggelsessamtalen, hvis det vurderes hensigtsmæssigt i forhold til patientens situation, etablering af samarbejdsrelation eller i forhold til samarbejdet omkring patientens rehabilitering.

Alle i teamet hilser så vidt muligt på patient og pårørende på indlæggelsesdagen. Terapeuter koordinerer, hvornår de undersøger patienten. Derudover informerer hver enkelt fagperson patienten om, hvilke opgaver de varetager i patientens rehabiliteringsforløb.

Det tilstræbes, at pårørende er med, når patienter ankommer til NNB. Formålet med pårørendes tilstedeværelse er, at de får mødt teamet og bliver informeret om NNB's tilbud om et tilsigtet sammenhængende forløb med inddragelse af patienten og pårørende. Endvidere kan de pårørende bidrage med værdifulde oplysninger om patientens liv nu og før hjerneskaden.

Ved patientens ankomst modtager sygeplejepersonalet patienten. Fysioterapeuten hjælper til med forflytning af patienten til seng eller kørestol evt. med hjælp fra sygeplejepersonalet - i samarbejde aftales på hvilket niveau basis-forflytningerne skal foregå (jf afsnit 5.4). Ergoterapeuten foretager dysfagiscreening, se instruks for ernæring og dysfagi NN (16).

Beskrivelse af procedure for samtalestøtte SCA og Tilgang påbegyndes.

På baggrund af observationer i forhold til patientens funktionsevne, udredes patientens rehabiliteringspotentiale og behov med afsæt i ICF (jf afsnit 2.3.) indenfor de første dage. Der årsagsanalyseres i forhold til patientens funktionsevne. Den specifikke udredning kræver, at der laves undersøgelse på kropsniveau. Her er det vigtigt, at de forskellige faggrupper understøtter hinanden med hver deres kompetenceområde i forhold til at undersøge på krops- aktivitets – og deltagelsesniveau. Valget af undersøgelser afhænger af den enkeltes patients problemområde og mål.

Der oprettes problemark i forhold til patientens udfordringer og behov, herunder også ”kommunikationsevne” hos de patienter, som har kommunikative problematikker.

### **FIM IND – Functional Independent Measure**

Alle patienter på NNB scores ud fra FIM, og scoringen udføres ved indlæggelse og udskrivelse. FIM anvendes til at vurdere patientens motoriske og kognitive funktionsniveau i forhold til selvstændighed (4).

FIM IND baseres på observationer af patienten indenfor de første 72 timers indlæggelse. Hver faggruppe udfærdiger en monofaglig score, hvor scoren udtrykker det funktionsniveau, som beskriver patienten bedst på baggrund af de 3 dages observationer.

Den monofaglige score medbringes til første teammøde, hvor der sker en koncensusscoring.

Det er patientens første og anden kontaktperson fra plejen, der er ansvarlig for den monofaglige score på tværs af de 3 vagthold. Kontaktpersonen angiver på plejens monofaglige FIM-scoringsskema i, hvilken periode scoringen skal finde sted. Dag-, aften- og nattevagter scorer indenfor den givne periode. Der er områder, som kan kræve mere end 3 dages observationsperiode for at kunne scores relevant, f.eks udskillelse.

Bemærkninger til scoren er af stor værdi, da den, der foretager scoren, ikke altid er tilstede ved koncensuscoren, dette er især gældende for vagter i plejen.

Terapien har egne monofaglige scoringsskema på gruppekontorerne. Blå koncensus scoringsskema opbevares i journalen. Derudover skrives FIM-scoren ind i EPJ under Test og undersøgelser i et Fysio- og ergoterapeutisk notat ( Se bilag 2 ).

### **FIM scoring ved overflytning:**

Proceduren afhænger af længden og årsagen til overflytning. Drejer det sig om kortere periode, fortsættes scoringsproceduren. Hvis det er en overflytning af længere varighed eller patienten genhenvises, eller der er klart ændret funktionsniveau laves en ny IND-scoring, så man måler effekten af neurorehabiliteringen ud fra det mest realistiske udgangspunkt.

## **5.2 Sygeplejefagligt personales opgaver**

Cetreatavlen samt patienttavlen på stuen udfyldes af sygeplejefagligt personale med navne på teammedlemmerne, og der gøres plads til beskrivelse af forflytningsniveau (jf. afsnit 5.4), lejringer (jf. afsnit 5.4) og konsistensniveau på mad og drikke (jf. afsnit 5.3). (Se bilag 12)

Der udleveres en mappe til patienten, som indeholder pjecer/informationspapirer omhandlende NNB, herunder NNB's pårønderarbejde, en pjece om træthed og håndhygiejne, generel information om NNBs undervisningsforpligtelse af studerende fra mange personalegrupper, samt dagsorden til første samtale om mål og plan. Der påsættes identifikationsarmbånd på de patienter, der ikke har et fra akutafdelingen samt ved de patienter, der ikke overflyttes fra en afdeling i Region Nordjylland.

Kontaktpersonen fra sygeplejen afholder indlæggelsessamtale i samarbejde med den tilknyttede læge. Formålet er at få oplysninger fra patient og pårørende om patientens funktion og liv før hjerneskaden, at få indblik i patientens og pårørendes oplevelse af situationen, samt deres forventninger til patientens ophold på NNB (jf. afsnit 3.1.1 og bilag 3). Endvidere præsenteres teamet og der informeres om afdelingen og om rehabiliteringsforløb på NNB.

Patientens samtykke indhentes i forhold til videregivelse af oplysninger til egen læge, kommunale instanser og pårørende - det er vigtigt at samtykke dokumenteres i EPJ. Behovet for kommunikationsstøtte, evt SCA og udlevering af kommunikationsbog vurderes individuelt.

Dato og dagsorden for første samtale om mål og plan udleveres til patient og pårørende (se bilag 13: Sygeplejefaglig tjekliste – samtale om mål og plan). Patienten introduceres til ugeskema, og informeres om, at det udleveres af terapeut.

Der opstartes en plejeforløbsplan gennem E-brevet inden for de første 48 timer (Se bilag 2). Formålet er at påbegynde kommunikation mellem hjemkommunen og NNB. Den første plejeforløbsplan har til formål at oplyse hjemkommunen om, at patienten er indlagt på NNB og baggrunden, patientens nuværende funktionsevne og eventuelle plejebenhov beskrives. Patienten informeres om dette.

Sygeplejefagligt personale foretager følgende i indlæggelsesfasen:

### **Ernæringscreening**

I samarbejde med ergoterapeut udarbejder sygeplejepersonalet ernæringscreening. I forhold til ernæring samarbejder sygepleje og ergoterapeut tæt, idet ergoterapeutens dysfagiscreening ( jf. afsnit 5.3) af patienten er afgørende i forhold til at forebygge og behandle ernærings- og dysfagi-problematikker hos patienter (16). <https://pri.rn.dk/Assets/31162/Ernaering-og-dysfagi-instruks.pdf>

Formålet er at identificere patienter, der ikke spiser sufficient – og årsagerne til det. Målet er at fremme helbredelse, deltagelse i rehabilitering og undgå forlænget rekonvalescens.

Patienten vejes, måles og BMI udregnes. Her udfra - samt førnævnte screening- risikovurderes patienten i forhold til at kunne bibeholde et hensigtsmæssigt BMI.

Informationerne skrives i EPJ under "Ernæringscreening" (Se bilag 2).

Efter dialog med ergoterapeut udfyldes kostseddel.

### **Vitale værdier**

Patientens vitale værdier måles dagligt med det formål at undgå morbiditet, mortalitet og indlæggelser på intensiv. De vitale værdier er patientens respirationsfrekvens, blodtryk, puls, bevidsthed og temperatur.

Værdierne dokumenteres i EPJ under interventionen " TOKS" og herunder " Værdier"( se bilag 2).

### **Tryksårsscreening**

Indenfor de første 48 timer tryksårsscreenes patienten ud fra graden af patientens fysiske aktivitet, evne til selvstændige stillingskift samt om huden er udsat for fugt. Screening dokumenteres i EPJ under interventionen " Tryksårsscreening"( se bilag 2).

### **Lejring**

Ved første hvil (som ofte er middagshvilet på indlæggelsesdagen) vurderes patientens specifikke behov for lejring i samarbejde med fysioterapeuten, som beskriver lejring i EPJ. I aften- og nattevagt, såvel som i dagvagten, forholder man sig til, revurderer og dokumenterer fysioterapeutens indledende beskrevne lejringer. Re-vurderingen sker ud fra observationer af patientens positioner, smerter og søvnmønster - og deraf afledte behov for støtte.



Ændring i lejringsbeskrivelser skrives på patients tavle og dokumenteres i EPJ (Se bilag 2).

Lejringen af patienten sker ud fra en individuel vurdering af dennes behov. Som udgangspunkt forefindes der ikke standard lejringer, idet der søges at lejre mod det neutrale, hvor patienten bliver stabil og kan finde hvile. Herved opnås en optimal ledstilling, hvor kontaktur forebygges, og der sker en dæmpning af tonus(17).

Ved lejring i sengen er det vigtigt at være opmærksom på alle patientens problemstillinger, idet der fx ved en dysfagi-problematik vil være kontraindikationer ved ryg- og 30°-sidelejring på grund af aspiration. Derudover kan patienten have smerteproblematikker, der giver anledning til en specifik lejring.

### **Forflytning**

Sygeplejepersonalet er ansvarlig for vurdering og opdatering af basisniveauet for forflytningen (jf. afsnit 5.4).

Formålet med beskrivelsen er, at alle i sygeplejegruppen, uanset erfaringsniveau og kendskab til patienten, kan udføre forflytningen, så den er sikker både for patienten og hjælperen.

Basisniveauet for forflytning tager udgangspunkt i patientens laveste funktionsniveau set over hele døgnet, og den mindst erfarne hjælpers forflytningskompetencer.

Ændring i forflytningsbeskrivelse skrives på patientens tavle samt dokumenteres i EPJ under problemet/indikationen mobilitet(Se Bilag 2).

### **Inkontinens**

Indenfor det første indlæggelsesdøgn identificeres symptomer fra patientens nedre urinveje med henblik på at afdække behov for yderlige undersøgelser og tiltag(18).

Resultatet dokumenteres i EPJ under problemet "Udskillelse" – og afhængig af resultatet iværksættes handlinger, f.eks. kan der være behov for speciel tilrettelæggelse af dagens program fx i form af faste toilettider. Evt. tiltag oprettes som enkelt intervention (se bilag 2). Behovet for terapeutisk bækkenbundstræning vurderes i samarbejde med fysioterapeut med specialiseret viden og påbegyndes, hvis der findes identifikation for dette.

### **Kost Rygning Alkohol Motion, KRAM**

KRAM-screening foretages ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Når der identificeres sundhedsmæssige risikofaktorer, tilbydes patienten intervention under indlæggelsen(19).

Kost: ved BMI mindre end 18.5 og større end 25, er patienten i ernæringsrisiko, og der skal udføres en kostregistrering over 3 dage. Ud fra resultaterne udarbejdes en kostplan, og det vurderes, om der er brug for kontakt til en diætist(16).

Rygning: Patienter, der ryger, får et tilbud om hjælp til rygestop ved uddannet rygestop instruktør.

Alkohol: Ved øget alkoholforbrug drøfter sygeplejen med lægen på stuegang om der er behov for yderligere medicinske tiltag, end dem der vanligt er opstartet på akut sygehuset.

Motion: Teamet vil støtte patienten til at bibeholde eller øge sit aktivitetsniveau. Resultaterne skrives ind i patientens EPJ under interventionen "KRAM screening" (se Bilag 2).

Herudover observeres patientens evne til samarbejde, initiativ, håndtering af udfordringer, at kommunikere, huske og lære, samt behov for søvn og hvile mm. over døgnet. Sygeplejens observationer indgår i FIM-ind, monofaglig score. Med henblik på at dække observationer over døgnet anvendes "FIM- skema", som forefindes på gruppekontorer.

I tiden op til første samtale om mål og plan iværksættes, evalueres og justeres sygeplejefaglige interventioner med afsæt i en rehabiliterende og helhedspræget tilgang ud fra patientens behov fysisk, psykisk og socialt. Patientens respons og resultatet af disse interventioner påvirker valg af fælles målsætning for patientens rehabiliteringsforløb.

Sygeplejefaglige interventioner har i begyndelsen af patientens rehabiliteringsforløb ofte fokus på at bevare og sikre patientens basale livsbetingelser og oplæring til at mestre nyt over døgnet på nye eller forandrede betingelser. Endvidere fylder koordination af patientens samlede forløb en del.

### 5.3 Ergoterapeuters opgaver

#### Dysfagi screening

Alle patienter dysfagiscreenes ved første måltid efter ankomst til NNB, også selvom det fremgår af henvisningspapirerne, at patienten spiser sufficient og uden/ikke har tegn på dysfagi. Dette skyldes, at der er andre parameter på NNB, der kan influere på screeningen end tidligere vurderinger, f.eks. at pt. spiser i spisestuen. Af screeningen vil det også fremgå, hvilke udfordringer patienten har i den præorale fase i forbindelse med aktivitetsudførelsen.

Ernæres patienten ikke oralt, men primært gennem sonde, skal der inden 72 timer foretages en klinisk undersøgelse af mund og svælg ved brug af standardiseret test (16)

<https://pri.rn.dk/Assets/31162/Ernaering-og-dysfagi-instruks.pdf>

Formålet med at dysfagi-screene patienterne er at observere normale og unormale reaktioner i alle fire faser i synkeprocessen. Herefter er det muligt at vurdere patientens ressourcer og begrænsninger i forbindelse med sikker indtagelse af mad og drikke. Alt afhængig af patientens tilstand vurderes det, om undersøgelsen skal varetages på stuen, eller om det kan foregå i spisestuen.

Ud fra resultatet af screeningen konkluderes det, hvilken kost og væske konsistens patienten kan indtage. Dette skrives på patientens tavle og dokumenteres i EPJ (Se bilag 2). Det er således ergoterapeutens ansvar at holde denne opdateret. Ergoterapeuten har desuden ansvar for at sikre, at rette anbefaling vedrørende konsistens for kost- og væske er noteret på Cetrea, samt videreformidle resultat til sygeplejefagligt personale, der udfærdiger kostseddel.

Patient og/eller pårørende informeres, hvis der er specielle forhold, de skal forholde sig til ved specielt tilpasset kost og væske.

### **COPM - Undersøgelse af patientens egen vurdering af funktionsniveau og mål**

Ergoterapeuten udfører et semistruktureret interview med patienten inden første samtale om mål og plan, hvor patienten støttes til at redegøre for sin dagligdag. Patienten bliver bedt om at udpege de daglige aktiviteter, som patienten ønsker at lave, har brug for at lave eller forventes at lave for at få dagligdagen i hjemmet til at hænge sammen. Ved patienter, der har nedsat evne til at kommunikere, er de pårørende vigtige deltagere, idet hensigten er at få så mange informationer om patienten som muligt. Kan de pårørende ikke deltage i interviewet, vil det være muligt at udfylde et spørgeskema/aktivitetsoplysningskema. Interviewet tager udgangspunkt i COPM (Canadian Occupational Performance Measure) eventuelt suppleret med ADL-taxanomien.

Formålet med brugen af et COPM interview er, at få viden om patientens egen vurdering og prioritering af aktivitets- og deltagelsesproblematikker samt betydninger af disse med henblik på inddragelse i den videre målsætning for rehabilitering.

Der spørges ind til

- Egen omsorg (personlig hygiejne, spisning)
- Opgaver i hjemmet (rengøring, tøjvask, indkøb, madlavning, havearbejde, vedligeholdelse af bolig)
- Transport (køre bil, cykel, offentligt transportmiddel)

- Fritidsaktiviteter (herunder stille fritidsaktiviteter, fysisk krævende aktiviteter, sociale aktiviteter)
- Arbejde (herunder lønnet/ulønnet arbejde, husarbejde, uddannelse)
- Sociale aktiviteter (modtage gæster, tage på besøg, telefonere, skriftlig kommunikation)

Resultatet fra COPM/ADL-taxanomi dokumenteres i EPJ (Se bilag 2) og medbringes på første samtale om mål og plan, hvor der udarbejdes tværfaglige mål ud fra patientens ønsker kombineret med teamets faglige viden (jf. afsnit 3.1.2).

### **Vurdering af bad og påklædning**

På første træningsdag med ergoterapeuten observeres patienten under bad og påklædning. Det vurderes individuelt ved hvert patient forløb, om dette skal ske i samarbejde med en fra plejen eller evt. en fysioterapeut.

Formålet er, at vurdere patientens selvstændighedsniveau, i forhold til hvilke delprocesser patienten selv kan udføre, samt hvilke delprocesser patienten skal have hjælp/støtte til, og hvilke faciliteringsniveau der skal benyttes, taktilt eller verbalt. Der afprøves forflytningsstrategier og hjælpemidler med udgangspunkt i de informationer, fysioterapeuten har givet omkring forflytninger fra indlæggelsesdagen (jf. afsnit 5.4).

Ergoterapeuten dokumenterer efterfølgende sin observation og evaluering af aktiviteten i Fysio- og ergoterapeutisk notat i EPJ, hvor der også laves en handleplan til brug for tværfaglige samarbejdspartnere ( Se bilag 2).

Derudover benyttes resultatet til at lave monofaglig FIM-score (jf. afsnit 5.1)

## **5.4 Fysioterapeuters opgaver**

På dagen for patientens ankomst vurderer fysioterapeuten mobilitets- og forflytningsniveau. Der afprøves forflytning og lejring og hjælpemidler udleveres.

### **Forflytning**

Forflytningen vurderes ved ankomsten til NNB, hvor patienten forflyttes til henholdsvis seng eller kørestol. Der foretages yderligere en forflytning, når patienten skal have frokost samt hvil efter frokost. Det vurderes, hvilke basisforflytninger der skal benyttes, så de anvendte teknikker og principper har fokus på de ergonomiske og arbejdsmiljømæssige hensyn.

Forflytningerne foregår med udgangspunkt i de naturlige bevægemønstre. Patienten gives mulighed for at være aktiv, med fokus på at inddrage hele kroppen med færrest mulige kompensatoriske bevægelser. Det vurderes, om forflytningen skal ske med fuld vægtbæring på benene (defineret som halvhøj stående/høj forflytning), eller hvor patienten er siddende og flytter sig sidelæns (defineret som siddende/lav forflytning). Der vil være forskellige niveauer for en siddende forflytning, fra at patienten klarer det selvstændigt, til behovet for 2 hjælpere, og / eller med forflytningshjælpemidler som f.eks. glidebræt, glidestykke eller lagen. Er patientens funktionsnedsættelse efter apopleksien så omfattende, at patienten ikke kan medvirke til aktiv forflytning forflyttes patienten via return, quick move, loftslift eller stålift (15).

Der arbejdes med 3 niveauer i forflytninger:

- Basis forflytning, er på et niveau, hvor den mindst erfarne i gruppen kan udføre forflytningen, og er en forflytning der kan udføres, selvom patienten er træt.

I samråd med sygeplejen, sættes basisniveauet ud fra patientens niveau samt den mindst erfarne kollegas niveau. Fysioterapeuten skriver denne på patientens tavle på dag 1. Efterfølgende er det plejens opgave at vurdere dette niveau og opdatere tavlen.

- Aktuelle forflytning, kan patienten lave med den korrekte støtte under normale omstændigheder. Det vil sige, at personalet kender patienten og håndteringen af denne, at personalet er kendt med forflytningen og er tryk ved den. Fysioterapeuten er ansvarlig for vurderingen i samarbejde med patientens kontaktperson fra plejen. Fysioterapeuten beskriver og opdaterer tavlen samt EPJ (Se bilag 2).
- Udviklingsniveau for forflytningen beskriver en forflytning, som patienten kan lave under de mest optimale forhold, det vil sige når patienten er udhvilet, når patienten ikke er påvirket af smerter og typisk i træningssammenhænge. På dette niveau arbejder kun fysioterapeuten og evt. teamet omkring patienten. Niveauet skrives ikke på tavlen.

Der gives en vurdering af flere forskellige forflytningsmetoder (basis - samt det aktuelle forflytningsniveau). Dette gøres, idet patienten ofte ikke kan medvirke til samme forflytning set over hele døgnet pga. træthed.

Forflytningen beskrives efterfølgende på patientens tavle samt i EPJ. Under handleplan i EPJ beskriver fysioterapeuten notat om forflytningen, og angiver overordnet den aktuelle og basis forflytningen. Indikationen "Mobilitet" anvendes. (Se Bilag 2).

Observationen benyttes også til at lave monofaglig FIM-score (jf. afsnit 5.1)

Er der behov for, at forflytninger, lejring eller lignende afprøves i teamet, aftales dette på morgenmøde. Forflytningsvejledere kan inddrages.

## **Lejring**

Ved første hvil (som ofte er middagshvilet på indlæggelsesdagen) vurderer fysioterapeuten sammen med plejepersonalet, patientens behov for lejring.

Lejringen af patienten sker ud fra en individuel vurdering af dennes behov. Som udgangspunkt forefindes der ikke standard lejring, idet der søges at lejre mod det neutrale, hvor patienten bliver stabil og kan finde hvile. Herved opnås en optimal ledstilling, hvor kontaktur forebygges, og der sker en dæmpning af tonus (Se K-drev for beskrivelse af LIN Lejring)

Ved lejring i sengen er det vigtigt at være opmærksom på alle patientens problemstillinger, idet der fx ved en dysfagi-problematik vil være kontraindikationer ved ryg- og 30°-sidelejring på grund af aspiration (16). Derudover kan der være kendte smerteproblematikker fra bevægeapparatet, der giver anledning til en specifik lejring.

I forbindelse med vurderingen af lejring laves efterfølgende en beskrivelse på patientens tavle på stuen samt i EPJ (Se Bilag 2; manual for brug af EPJ).

Derudover benyttes observationen til at lave monofaglig FIM-score (jf. afsnit 5.1)

## **Vurdering af det grovmotoriske funktionsniveau**

I løbet af de første træningsdage laver fysioterapeuten en vurdering af patientens grovmotoriske funktionsniveau. Formålet er at vurdere patientens funktionsniveau, til videre udarbejdelse af behandlingsplan samt for at give teamet en grundlæggende viden om patientens funktionsniveau.

Ligeledes vurderer fysioterapeuten patientens siddestilling i kørestolen, og der sker en opfølgende justering af denne.

Observationer og resultater dokumenteres i et Fysio- og ergoterapeutisk notat i EPJ (Se Bilag 2).

Der vurderes individuelt hvilke standardiserede tests, jf. test oversigt Fysioterapien NNB, der er relevante i forhold til den enkelte patient som støtte til baselinemåling og vurdering af fremskridt i rehabiliteringen. Alle patienter re-testes som minimum én gang inden udskrivelse, så resultaterne kan angives i EPJ og genoptræningsplan.

### **5.5. Logopæders opgaver**

Ved patienter med afatiske, stemme eller dysartriske vanskeligheder henviser NNBs læge til talepædagog via lægehenvielse til Taleinstituttet/Hjerneskadecenter Nord. Ofte med baggrund i tværfaglige observationer. Observationer kan både være tidligere beskrivelser fra det akutte forløb i Aalborg, fra Hammel Neurocenter eller tværfaglige observationer under forløbet ved Neuroenhed Nord. Er der behov, ordinerer lægen talepædagogik. Efterfølgende tilknytter sekretær talepædagogen til EPJ ( team med behandler relation).

Patienten oprettes i det regional EPJ samt i Taleinstituttet/Hjerneskadecenter Nord journalsystem. Herefter opstartes talepædagogisk behandling. Talepædagogerne tilser patient på første eller anden dag og laver bedside screening, der formidles til det tværfaglige team og i EPJ. Desuden vurderes behov for materiale til støttet samtale. Hvis dette er påbegyndt på akut afsnit eller Hjerneskadecenter Nordjylland/Taleinstituttet, fortsættes med dette, eller der findes relevant materiale.

### **5.6 Neuropsykologers opgaver**

Henvielse til neuropsykolog kan enten foretages af lægen på afdelingen eller kan formuleres tværfagligt. Derudover er neuropsykologen også opsøgende ift. relevante problemstillinger. Inddragelse af neuropsykolog sker ved behov for bidrag til den samlede rehabiliteringsindsats f.eks. afklaring af hvilke kognitive områder, der er ramt eller sparring ved tilgang til patienten. Det er således ikke alle patienter med kognitive og adfærdsmæssige funktionstab, der skal ses af neuropsykolog. Der er skærpet opmærksomhed på patienter med lettere sensomotoriske vanskeligheder, hvor det sandsynligt primært er kognitive funktionstab, der vil medføre forringelse af livsførelse.

Ved første konference efter indlæggelse bidrager neuropsykologen med forventelige kognitive vanskeligheder hos patienten. Videre deltager neuropsykologen ved første teammøde. Ved særlige behov kan neuropsykologen deltage i første samtale om mål og plan.

### **5.7 Socialrådgivers opgaver**

Socialrådgiver er selv opmærksom på, hvilke patienter der kommer ind i huset og vil tage kontakt. Dette er muligt, da socialrådgiveren er med på alle konferencer, hvilket giver et naturligt overblik i forhold til, om samtale med socialrådgiver er relevant for patienten. Kontakt til socialrådgiver kan

også ske ved at de tværfaglige teams bliver opmærksomme på socialfaglige problemstillinger, hvorefter der tages kontakt.

Ved behov deltager socialrådgiveren i første teammøde og i samtaler om mål og plan.

### **5.8 Lægers opgaver**

Lægen afholder indlæggelsessamtale sammen med sygeplejefagligt personale (jf. afsnit 3.1.1). Herudover henvises til relevante fagpersonale ud fra patientens problemstillinger og forholder sig til behov for videre udredning og behandling.

Lægen bidrager med en gennemgang af sygdomsforløbet og skade ved første konference – og kan, hvor det er relevant deltage i første teammøde (afklares på konference). Lægen deltager som udgangspunkt ikke i samtaler om mål og plan.

## **6.0 Opgaver i rehabiliteringsfasen**

### **6.1 Teamets opgaver**

Teamet er løbende i dialog om observationer, mål, retning og behov i patientforløbet mhp at støtte og hjælpe patienten til at opnå en bedre funktionsevne og livskvalitet, evt på et nyt og forandret funktionsniveau. Det betyder at teamet i hele forløbet påtager sig den krævende opgave det er, at integrere terapi og sygepleje over døgnet, herunder støtte, vejlede/guide patienten så patienten gennemfører så mange af dagliglivets funktioner i det omfang, der er behov for det.

Eksempelvis om der er behov for støtte og indsats rettet mod følelsesmæssige og eksistentielle udfordringer hos patient og/eller pårørende samt evt. inddragelse af ekstern indsats som synsudredning, tonusudredning/botox behandling, instrumentel synkefunktionsundersøgelser mv.

Man vurderer i fællesskab behov for Teammøder, Samtaler om mål og plan samt inddragelse af kommunale parter, herunder behovet for For- og Eftermøder med kommune.

Praksissituationer med patienten vurderes og afprøves i fællesskab. Strategier- fysiske/håndteringsmæssige som i relation til tilgang, justeres.

Overordnede behandlingsplan suppleres og justeres på konferencer.



## 6.2 Sygeplejefagligt personalets opgaver

De sygeplejemæssige interventioner evalueres og justeres løbende ud fra patientens behov i rehabiliteringsforløbet, herunder behov for støtte til aktiviteter, samtale, samarbejde, samt drøftelse af situation og fremtid.

En vigtig del af sygeplejen er at forebygge forværring i/bevare patientens helbredstilstand, samt tilrettelægge den sygeplejefaglige indsats ud fra et rehabiliterende sigte og patientens ressourcer. Herunder at patienten får mulighed for at genlære tabte funktioner gennem rehabiliterende sygepleje og fortsættelse af terapeutiske interventioner og aktiviteter over hele døgnet.

Daglige observationer noteres i forhold til mål i EPJ ( Se bilag 2).

Sygeplejen retter sig mod hele patientens situation, at etablere et tæt samarbejde med patient og pårørende, at sikre patientens basale livsbetingelser (krops- aktivitet -og deltagelsesniveau). Det fordrer sygepleje rettet mod at observere, evaluere og justere blandt andet indenfor følgende områder:

- omsorg til patienter og dennes pårørende omkring den ændrede livssituation
- at mestre nyt på nye eller forandrede betingelser
- at indgå i relationer med professionelle, pårørende og medpatienter
- optimering og justering af den lægeordnede behandling og sygdomsforbyggende foranstaltninger
- Sygepleje til patienter med
  - smerteproblematikker
  - ernæringsproblemer (16)  
<https://pri.rn.dk/Assets/31162/Ernaering-og-dysfagi-instruks.pdf>
  - obstipations problemer
  - inkontinensproblemer, herunder urinretention (link til instruks inkontinens)
  - kommunikative og kognitive problematikker
- tilrettelægge et rehabiliterende miljø
  - indretning af de nære omgivelser på stuen med afprøvning og valg af forflytningshjælpemidler, som både afhjælper funktionsnedsættelsen, forebygger sekundære følger og fremmer den fremtidige færden
  - at benytte de forskellige hverdagsopgaver og sociale fællesskaber, så de bliver en del af det samlede rehab miljø for patienten (bidrage til øget funktion, social hygge og glæde).

- løbende vurdering af patientens behov for speciel tilrettelagt tilgang i forbindelse med de ovennævnte områder
- omsorg for de pårørende.
- tæt samarbejde med kommunale instanser gennem hele forløbet og ved sektorovergang/udskrivelse.
- koordinere det sammenhængende patientforløb
- tilbyde støtte, trøst og opmuntring

## **PFP**

Plejeforløbsplanen indeholder relevante sundhedsfaglige oplysninger vedrørende patientens indlæggelsesforløb på NNB.

Senest 7 dage før Anden samtale om mål og plan sendes en opdateret PFP til kommunen, se bilag

PFP skal jf. sundhedsaftalen(7) indeholde følgende punkter:

- Alder
- Sygdomshistorie og forløb, herunder;
  - Tidligere funktionsevne
  - Skadestidspunkt
  - Skadens placering og type
- Funktionsniveau – fysisk, psykisk og socialt
- Information om tilgang og støtte- særligt forud for weekend ophold i hjemmet
- Foreløbige forventninger til forløbet, herunder;
- Præsentation af mål
- Om mødet forventes at have karakter af et udskrivningsmøde
- Sociale oplysninger
- Jobsituation
- Forsørgelsesgrundlag og om børn under 18 år i familien.
- Netværk
- Interesser
- Evt. misbrug, andre sygdomme (både somatiske og psykiatriske)
- Tidligere apopleksier

Det er sygeplejefaglige kontaktpersons ansvar at plejeforløbsplanen er opdateret forud for weekendbesøg, øvrige Samtaler om mål og plan samt ved større ændringer i status og situation.

### 6.3 Ergoterapeuters opgaver

Ergoterapeutens foretager løbende tests og kliniske ræssoneringer ved vurdering af patientens evne til at mestre hverdagslivet.

Observationer af patientens udførelse af kendte daglige aktiviteter foretages med det formål, at vurdere patientens effektivitet, anstrengelse og sikkerhed i udførelse, herunder vurdering af patientens procesmæssige og fysiske forudsætninger hhv. vanskeligheder. Når det er relevant, udføres en AMPS( Assessment of Motor and Proces Skills) test inden Anden samtale om mål og plan(20). Har patienten kommunikative ekspressive funktionstab, inddrages pårørende i udvælgelsen af aktiviteter. AMPS testen re-vurderes efter behov og som minimum én gang inden udskrivelse

Har patientens svære impressive og/eller kognitive vanskeligheder, fravælges AMPS testen, da patienten ikke kan indgå i kontrakten, og der vælges i stedet en ikke standardiseret ADL-observation. ADL-observationen kan udføres som en standardiseret observation ved brug af A-ONE.

Resultatet af testen/ADL-observationen dokumenteres i EPJ (Se Bilag 2) samt formidles til patienten, til teamet på den tværfaglige konference og til de pårørende til Første samtale om mål og plan.

#### **Fokus punkter**

Ergoterapeutens primære fokus er aktivitet og deltagelse. Ergoterapeuten er opmærksom på kroppens forudsætninger for at kunne udføre aktivitet og deltagelse. Ved patienter med fysiske funktionsnedsættelser er der behov for at lave undersøgelse og træning på kropsniveau.

Undersøgelse kan uddybes med anvendelse af en eller flere ergoterapeutiske undersøgelsesredskaber og test. I den samlede ergoterapeutisk vurdering, og interventioner relateret hertil, indgår fortløbende :

- Vurdering og intervention i forhold til patientens
  - funktionsniveau i relation til udførelse af relevante dagligdagsaktiviteter herunder spisning, inklusiv synkefunktion.
  - kognitive niveau under aktivitetsudførelse i samarbejde med neuropsykolog.

- sansemotoriske grundforudsætninger og behov for opbygning af dem via specifik sensorisk stimulering og / eller input via guidning
- evne til at opfatte og bearbejde sanseindtryk til hensigtsmæssig færden og ageren.
- evne til at sammensætte muskelaktivitet og facilitering til formålstjenlig daglig motorisk adfærd i forbindelse med dagens problemløsninger.
- evne til at opretholde fuld bevægelighed relateret til overekstremitet.
- sekundære smertetilstande fra bevægeapparatet samt ødemtilstande
- aktuelle behov for indretning af de nære omgivelser med afprøvning og valg af møbler, hjælpemidler og behandlingsredskaber som både afhjælper funktionsnedsættelsen, forebygger sekundære følger og fremmer den fremtidige færden.
- Stillingtagen til inddragelse af yderligere tværfaglige samarbejdspartnere, f.eks neuropsykolog, socialrådgiver, talepædagog. Eller udredning ved eksterne samarbejdspartnere f.eks FEES-us, tonus udredning mhp. botox, udredning af synsproblematik ved læge og synskonsulent, henvisning til bandagist.
- Vurdering af patientens
  - mulige udbytte af deltagelse i forskellig holdaktivitet, f.eks kognitivt hold, køkken hold samt alternative aktivitetsformer, herunder værkstedsaktivitet
  - behov for speciel tilrettelagt tilgang i forbindelse med de ovennævnte områder.
  - overførbare træningen fra NNB til aktiviteter i hjemme
  - reaktioner i egne omgivelser for at vurdere om, det er muligt, at patienten kan opholde/klare sig i eget hjem under hensyntagen til, at de kendte omgivelser påvirker funktionsevnen.
- Nært samarbejde med kommunale instanser ved sektorovergang/udskrivelse

## 6.4 Fysioterapeuters opgaver

Fysioterapeuten foretager løbende tests og kliniske ræssoneringer i forhold til patientens motoriske funktionsniveau.

### Fokus punkter

Fysioterapeuten forholder sig til følgende i forhold til vurdering af behov for tests og interventioner samt patientens tidligere og nuværende funktionsniveau

- Vurdering og intervention i forhold til patientens

- evne til at opretholde hensigtsmæssig balance i forskellige stillinger og under relevante stillingsskift.
- evne til at opretholde fuld bevægelighed i alle særligt udsatte kropsområder
- behov for støtte til respirationen, direkte og indirekte (21. Intruks for Respirationsterapi er under udarbejdelse).
- evne til at generere muskelaktivitet i kroppens forskellige områder og til at sammensætte muskelaktiviteten til formålstjenlig daglig motorisk adfærd i forbindelse med dagens problemløsninger.
- evne til at opfatte og bearbejde sanseindtryk til hensigtsmæssig færden og ageren.
- aktuelle kondition og udholdenhed.
- sekundære smertetilstande fra bevægeapparatet samt ødemtilstande.
- behov for støtte til aktivering af bækkenbunden.
- aktuelle behov for indretning af de nære omgivelser med afprøvning og valg af møbler, hjælpemidler og behandlingsredskaber som både afhjælper funktionsnedsættelsen, forebygger sekundære følger og fremmer den fremtidige færden.
- mulige udbytte af deltagelse i forskellig holdaktivitet og alternative aktivitetsformer.
- Stillingtagen til inddragelse af yderligere samarbejdspartnere, f.eks bandagist med specialerfaring, tonus udredning mhp. botox, udredning af synsproblematik ved læge og synskonsulent.
- Vurdering af patientens
  - behov for speciel tilrettelagt tilgang i forbindelse med de ovennævnte områder.
  - reaktioner i egne omgivelser for at vurdere om det er muligt at patienten kan opholde/klare sig i eget hjem under hensyn tagen til, at de kendte omgivelser påvirker funktionsevnen.
- Nært samarbejde med kommunale instanser ved sektorovergang/udskrivelse

## 6.5 Neuropsykologers opgaver

Neuropsykologen bidrager både ved patientrelaterede opgaver, i pårørendesamarbejde og i det tværfaglige team.

Patientrelaterede opgaver inkluderer neuropsykologisk undersøgelser, samtaleforløb med henblik på følelsesmæssige reaktioner og/eller som led i indsigts-og acceptbearbejdning. Der foretages ikke neuropsykologisk vurdering af hensyn til arbejdsevne. Herudover deltagelse i kognitive

træningsforløb både individuelt og på hold, samt holdundervisning(hjerneklasse) med henblik på at formidle viden til patienter.

Neuropsykologen deltager i pårørende aftener samt der kan i enkelte tilfælde tilbydes samtale til pårørende.

I tværfaglige teamsamarbejde deltager neuropsykologen i konferencer samt så vidt muligt ved morgenmøder og teammøder. Neuropsykologen er desuden løbende til rådighed i de tværfaglige drøftelser i dagligdagen. Herudover deltager neuropsykologen i udvalgte samtaler om mål og plan.

### **6.6 Talepædagogers opgaver**

Talepædagogen bidrager med udredning af tale- og sproglige vanskeligheder samt individuel undervisning i forhold hertil. Talepædagogen inddrager pårørende, når det er relevant, i forhold til at formidle viden om kommunikative vanskeligheder og individuelle kommunikationsstrategier. Videre bidrager talepædagogen ved konferencer, teammøder og evt. morgenmøder med formidling og vejledning af teamet i forhold til individuelle kommunikationsstrategier, som kan anvendes af det tværfaglige team. Ved behov deltager talepædagogen i Samtaler om mål og plan.

### **6.7 Lægers opgaver**

Lægen har daglig stuegang, hvor der er opfølgning af aktuelle behov i de individuelle patientforløb. Herudover er lægen til rådighed ved behov for drøftelse med det tværfaglige team.

Der kan afholdes lægesamtaler med patient og pårørende ved behov. Lægen udfærdiger lægeerklæringer, når dette er relevant.

Lægen deltager som udgangspunkt ikke i samtaler om mål og plan.

### **6.8 Socialrådgiverens opgaver**

Under forløbet har socialrådgiver til opgave at udrede og støtte ift. socialfaglige problemstillinger, som er opstået på baggrund af sygdom eller som var uafsluttede inden aktuel sygdomsforløb. Disse problemstillinger bliver socialrådgiveren klar over under samtale med pt. og pårørende, på tværfaglige konferencer eller fra det tværfaglige team.

Ved yngre patienter kontakter socialrådgiveren altid patienten for at følge op på sygemelding, forsikring m.v. Pårørende har også mulighed for samtale med socialrådgiver.

Ved behov deltager socialrådgiveren i Samtaler om mål og plan. Videre har socialrådgiver kontakt til tværsektorielle samarbejdspartnere ved behov og efter accept fra patient og/eller pårørende.

Socialrådgiveren koordinerer sammen med de tværfaglige teams forløbene med kommunen og socialrådgiveren bliver ofte kontaktet af de kommunale samarbejdspartnere (hjerneskadekoordinatorer) i forhold til spørgsmål og udvikling af patientforløbene. Viden socialrådgiveren bringer videre til det tværfaglige team.

## 6.9 Vurdering af patientens funktionsevne i hjemmet

### 6.9.1 Hjemmebesøg

Med henblik på fremtidig udskrivelse eller weekendorlov vurderes det individuelt, om der er brug for et hjemmebesøg.

Formålet med hjemmebesøget er primært at vurdere patientens funktionsniveau i hjemmet. Der kan være brug for at afprøve indgangsforholdene til boligen, patientens mulighed for færden i eget hjem f.eks. med henblik på toiletbesøg og ind/ud af seng eller patientens kognitive niveau ved aktiviteter i kendte omgivelser. Hjemmebesøg kan også bruges som indsigtssbearbejdning til patienten i forhold til at vurdere/acceptere, at der er brug for en ny bolig grundet nuværende situation.

Ved hjemmebesøg deltager patienten, en eller to terapeuter fra NNB, pårørende samt evt. samarbejdspartnere fra patientens hjemkommune.

Patientens hjemkommune orienteres, hvis det vurderes relevant med kommunal deltagelse, om hjemmebesøget via E-brev (Se Bilag 2). Heri orienteres om dato, tid og formål med besøget. I situationer, hvor det vurderes, at patienten har brug for massiv støtte fra hjemmeplejen samt/eller brug for boligændringer, orienteres kommunen om dette i E-brevet. Det vil i dette tilfælde være relevant med kommunal deltagelse ved hjemmebesøget.

### 6.9.2 Weekendorlov

På NNB er det en vigtig del af patientens rehabilitering at være hjemme i weekenden eventuelt med overnatning. Patienten får mulighed for at afprøve genindlærte færdigheder i eget hjem, og det kan give patienten en vis erkendelse for egne problematikker. Det vil/kan for de fleste patienter opretholde motivationen til rehabiliteringen, at de kommer hjem til vante rutiner og omgivelser.

Det vurderes individuelt af teamet, hvor mange timer og / eller overnatninger patienten kan klare i forbindelse med weekendorlov.

Ved planlægning af weekendorlov kontakter plejepersonalet hjemkommunen via E-brev, plejeforløbsplanen (Se bilag 2) og informerer om antallet af overnatninger samt patientens behov for hjælp i hjemmet, tilgang ved kognitive forstyrrelser herunder energiforvaltning, behov for hjælpemidler(ex. plejeseng), samtalestøtte og sociale forhold.

Der kan være behov for forskellige foranstaltninger i hjemmet, fx badebænk, plejeseng, ramper og lignende, for at patienten kan komme hjem med overnatning i weekenden.

Terapeuter har ansvaret for udlevering af badebænk, bækkenstol, kørestol og rollator til hjemmebesøg samt ramper. Plejepersonalet har ansvar for udlevering af medicin, bleer, kolbe og evt. madpakke.

De patienter der har brug for transport til hjemmebesøg planlægges senest onsdag på morgenmødet af hensyn til hjemmeplejen. Man afgør type transport og om der skal hjælpemidler med hjem. Alle patienter har ret til transport til og fra sygehuset, når hjemsendes på weekendophold, kortere ferie eller lignende og patientens tilstand udelukker befordring med offentlige transportmidler, herunder bus, tog og færge.

Transportbehov beskrives på weekendseddel beliggende i hver gruppe (se bilag 14: Aftaler omkring weekendorlov ). Her noteres ønsketider til afgang og afhentning. Hver plejegruppe kontakter kørselsafdelingen og bestiller transport, hvorefter de nøjagtige tidspunkter noteres og udleveres til patienterne. Hver patient må medbringe max. 2 hjælpemidler, hvor kørestol er det ene også ved kørestolstransport.

Plejepersonalet sikrer, at alt det udleverede (hjælpemidler, medicin mv.) sendes med patienten hjem, når patienten afhentes.

## 7.0 Opgaver i udskrivelsesfasen

### 7.1 Teamets opgave

Når dato for udskrivelse er fastsat indledes udskrivelsesfasen.

FIM UD foretages indenfor de sidste 3 dage af indlæggelsen



Alle dokumenter skal være færdiggjorte dagen før udskrivelse

## **FIM UD**

På samme vis som ved FIM IND (jf. afsnit 5.1), vurderes patientens aktivitetsniveau baseret på de sidste 72 timers indlæggelse, og der scores monofaglig herudfra. FIM UD konsensusmøde sker på afsluttende teammøde/FIM UD (jf. afsnit 3.2.6). Blåt FIM konsensus Scoringsark placeres i journalen og arkiveres af sekretær. FIM scores skrives ind i EPJ under "Test og undersøgelser" i et Fysio- og ergoterapeutisk notat (Se Bilag 2).

Plejen kan være repræsenteret af en sygeplejerskestuderende på 12 modul, hvis den kliniske underviser vurderer, at det er en opgave, den studerende kan klare. Bemærkninger til scoren er af stor værdi, da den der foretager scoren, ikke altid er tilstede ved konsensus scoren, dette er især gældende vagter i plejen

## **7.2 Sygeplejefaglig personales opgaver**

### **E-brev**

Efter sidste samtale mål og plan revideres plejeforløbsplanen i E-brev, og eventuelt fiktive datoer for udskrivelse og færdigmelding ændres til det aftalte (Se bilag 15: Sygeplejefaglig tjekliste: Udskrivelse af patient).

Plejeforløbsplanen indeholder relevante sundhedsfaglige oplysninger vedrørende patientens indlæggelsesforløb på NNB. Se afsnit 6.2.

Plejeforløbsplanen kopieres over i udskrivningsrapporten, og denne sendes på udskrivningsdagen (Se bilag 2).

## **7.3 Terapeuters opgaver**

### **Re-test**

Ved udskrivelse vil der være re-test af udvalgte tests og undersøgelser. Resultaterne formidles til patienten og beskrives i en genoptræningsplanen.

### **Genoptræningsplan, GOP**

Genoptræningsplanen er en henvisning til genoptræning/ rehabilitering efter udskrivelse fra sygehus. Afhængig af patientens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov udarbejdes planen på et af 3 specialiseringsniveauer: Almen genoptræning, specialiseret genoptræning( foregår på sygehus), samt rehabilitering på specialiseret niveau(22).

Teamet vurderer i samråd med lægen, om der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning i kommunalt regi. Fysio- og ergoterapeuterne udarbejder genoptræningsplanen i samarbejde med relevante faggrupper, fx neuropsykolog og talepædagog. Genoptræningsplanen udarbejdes desuden i samarbejde med patienten og pårørende ved at inddrage patients og pårørendes præferencer, behov og viden. Dette tilkendes gives løbende over for teamet på samtaler om mål og plan. Kort før udskrivelsen drøftes udkast til GOP med patienten.

Formålet med genoptræningsplanen er, at sikre at patienten modtager fortsat træning på relevant specialiseringsniveau. Dertil at sektorovergangen fra NNB samt det fortsatte genoptræningsforløb er så målrettet, sammenhængende og effektivt som muligt.

I GOP'en skal patientens funktionsevne og genoptræningsbehov og potentiale ved udskrivningstidspunktet beskrives. Herunder en angivelse af hvilke funktionsevnededsættelser, den kommunale genoptræningen skal rette sig imod. GOP`en indeholder desuden beskrivelse af patientens funktionsevne umiddelbart forud for aktuelle indlæggelse. Dertil indeholder GOP`en oplysninger om hvilke hjælpemidler der er behov for, målene på disse samt hvilke test der er udført. Resultatet af disse tiltag samt hvilken intervention patienten har modtaget under indlæggelse, noteres. Genoptræningsplanen skal senest på udskrivelses tidspunktet udskrives og udleveres til patienten samt sendes til patientens e-boks. Der sendes en elektronisk version inden udskrivelse til patientens praktiserende læge og kommune samt til patientens e-boks. Patientens informerede samtykke til GOP noteres i et Fysio- og ergoterapeutisk notat i EPJ samt i genoptræningsplanen (Se bilag 2).

### **Bestilling af hjælpemidler via E-brev**

Inden udskrivelse bestiller terapeuterne hjælpemidler via E-brevet. Hjælpemidlerne skrives ind i allerede eksisterende plejeforløbsplan, hvor der oplyses, hvilke hjælpemidler der er behov for (inklusiv mål / størrelse), om det er til træningsbrug, et varigt behov, eller om det er i forhold til hjemmeplejens arbejdsmiljø. (se Bilag 2).

## **7.4 Sekretærens opgaver**

Blåt FIM koncensus Scoringsark arkiveres af sekretær.

## **7.5 Neuropsykologers opgaver**

Neuropsykologen bidrager til genoptræningsplaner, når dette er relevant. Dette gør sig især gældende ved genoptræningsplaner for patienter med kognitive udfald og påvirket adfærd. Endvidere oplyser neuropsykologen om muligheder i forhold til psykologbehandling efter udskrivelse, når dette er relevant.

## **7.6 Talepædagogers opgaver**

Talepædagogen tager stilling til om der er behov for videre talepædagogisk indsats efter udskrivelse. Såfremt der er behov sendes henvisning til kommunen. Videre laves journalnotat i EPJ med statusbeskrivelse, som terapeuter kan indsætte i genoptræningsplanen.

## **7.7 Lægers opgaver**

Læge afholder udskrivelsessamtale med patient med fokus på videre opfølgning, behandling samt kørselsforbud. Lægen vurderer behov for genoptræning efter udskrivelse. Ved lægefagligt begrundet behov for genoptræning skal patienten have en skriftlig genoptræningsplan. Lægen ordinerer dette i journalen. Terapeuter indfører lægens kontaktoplysninger i genoptræningsplanen

Lægen udfærdiger epikrise med henblik på formidling af relevant viden til patientens privatpraktiserende læge, som efterfølgende skal varetage den videre lægefaglige behandling. Lægen opdaterer derudover det fælles medicinkort således recepter bliver frigivet.

## **8.0 Planlægning og koordinering**

### **8.1 Cetrea**

Cetrea anvendes som tværfagligt koordineringsredskab. Se link: Følger

## **8.2 Patientens ugeskema**

Alle patienter indlagt på NNB får hver fredag et skema for aktiviteter den kommende uge.

Ugentligt koordineres der mellem fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejefagligt personale, talepædagoger og neuropsykologer i grupperne forud for endelig udfærdigelse af ugeskemaer (se 8.2.2 og 8.2.3)

Nedenstående skema viser en tidslinje for udarbejdelse af ugeskema for uge 2 og 3. Dette er en arbejdsgang, som gør sig gældende uge for uge.

### Torsdag formiddag uge 1

Sekretæren tjekker ugeskemaerne for uge 2 og gør dem klar til tværfagligt koordineringsmøde Jvf. afsnit 3.2.4

### Torsdag middag uge 1:

Ugeskemaerne for uge 2 kommer med til tværfagligt koordineringsmøde Jf. afsnit 3.2.4

### Torsdag eftermiddag uge 1:

Sekretæren indsamler skemaerne for uge 2 efter koordineringsmødet og tjekker dem i forhold til cetreatavlen.

Sekretæren opstarter skema for uge 3 med navne, planlagte aftaler ud fra cetreatavlen samt fast hold f.eks. armhold

### Fredag uge 1:

Skemaerne for uge 2 kopieres og afleveres på vagtstuerne.

Sygeplejepersonalet udleverer efterfølgende en kopi til hver pt.

Ugeskema for uge 3 afleveres på vagtstuerne bagerst i mappen med ugeskemaer, for at grupperne kan begynde at skrive tider på jvf. ovenstående kasse Man-ons.

### Fre-onsdag uge 2

Sygeplejen påfører hvile - og sondetider , andre tidsbelagte plejehandlinger samt eksterne undersøgelser

Terapeuter opstarter skema uge 3 gruppevis Jvf. afsnit 3.2.1.

Neuropsykolog påfører testtidspunkt senest onsdag eller ad hoc. for uge 3. [\(ikke tidligere?\)](#)

### Torsdag formiddag uge 2

Sekretæren tjekker ugeskemaerne for uge 2 og gør dem klar til tværfagligt koordineringsmøde Jvf. afsnit 3.2.4

### Torsdag middag uge 2:

Ugeskemaerne for uge 3 kommer med til tværfagligt terapeut koordineringsmødet Jvf. afsnit 3.2.4. [Her deltager logopæd.](#)

### Torsdag eftermiddag uge 2:

Sekretæren indsamler skemaerne for uge 3 efter koordineringsmødet og tjekker dem i forhold til cetreatavlen.

Sekretæren opstarter skema for uge 4 med navne, planlagte aftaler ud fra cetreatavlen samt fast hold f.eks. armhold

### Fredag uge 2:

Skemaerne for uge 3 kopieres og afleveres på vagtstuerne.

Plejepersonalet udleverer efterfølgende en kopi til hver pt.

Ugeskema for uge 4 afleveres på vagtstuerne bagerst i mappen med ugeskemaer, for at grupperne kan begynde at skrive tider på jvf. ovenstående kasse Man-ons.

## 8.2.1 Tværfaglig koordinering

På morgenmøde drøftes planen for kommende uge herunder patientens ugeskema.

## 8.2.2 Terapeutisk koordinering

### Gruppevis terapeutisk koordinering

Terapeuter, der har relation til den enkelte gruppe afholder møder, hvor de koordinerer en gang om ugen. Terapeutstuderende, koblet på den enkelte gruppe, deltager som udgangspunkt i møderne. Hver gruppe har deres individuelle tidspunkt for afholdelse af disse møder.

Formålet med koordineringsmøder er, at terapeuterne prioriterer, hvilke indsatser der er vigtigst for den pågældende patient i den kommende uge med udgangspunkt i patientens mål. Derudover sikrer mødet ro til den fælles koordinering, da terapeuterne internt i gruppen har gennemgået patients behov samt vurderet behov for hjælp udefra til f.eks. afløsning ved ferie.

Koordineringen foregår foran 2 computere. En computer med ugeplan og den anden med adgang til patienternes mål i EPJ.

Ugeplanen (terapeutisk fremmødeprofil og patientoversigt. I daglig tale kaldet "regnbueskemaet") opdateres med patienter. Alle patienters mål gennemgås kort med henblik på særlige fokus områder den kommende uge, behov for sparring, behov for målmøde, snarlig udskrivelse, patientens primære fys/ergo behov, hvis patientens skema er presset, relevant med holdsdeltagelse. Der tages med udgangspunkt i patientens mål, beslutning om, om det er relevant med henvisning til holdtræning og værksted eller evt. gruppevis opretholdelse af ad hoc hold. Åben trænings mappen justeres efter behov.

Ved studerende i gruppen vurderes det, om det stadig er relevant for patienten at fortsætte med de studerendes træning, eller om der er andre patienter, der er mere relevante.

Patientens ugeskema opstartes i forhold til ovenstående, dette inklusiv faste hold.

Lørdagsvagt- oversigt over hvilke patienter der skal tilbydes træning lørdag udfyldes.

### Terapeutisk monofaglig koordinering af ugeskemaerne

Hver torsdag kl. 12.00-12.30 afholdes der monofaglig koordineringsmøde for henholdsvis ergoterapeuter, fysioterapeuter, terapiassistenter og terapeutstuderende.

Formålet er at få den sidste del koordineret i forhold til den kommende uge for patienternes skema.

Oversigt over terapeutisk fremmødeprofil og patientoversigt (Regnbueskemaet) opdateres. Der udarbejdes afløserplan, hvor der er behov for afløsning af patienter grundet f.eks. fravær af primær terapeut eller travlhed med andre arbejdsopgaver. Det drøftes, hvilke hold der er i kommende uge, og hvilke patienter, der tilbydes deltagelse på holdene. Faste hold er noteret inden på skemaet ved ergoterapeut. Ergoterapeut med værkstedsfunktion har tilføjet tider på henviste patienters skema.

### **Terapeutisk tværfaglig koordinering af ugeskemaerne ergo/fys**

Hver torsdag kl. 12.30-13.00 afholdes der tværfagligt koordineringsmøde.

Deltagerne er fysioterapeuter, ergoterapeuter, talepædagoger og terapiassistenter.

Formålet er at få udarbejdet en skematisk trænings og aktivitetsplan(ugeskema) for hver patient, at få koordineret de enkelte aftaler, som er indgået på de monofaglige koordineringsmøder, primært hold- og projektdeltagelse samt ture ud af huset.

Terapeuterne fordeler sig tværfagligt i de grupper, hvor de hører til. Herefter udfyldes ugeskemaerne.

### **8.2.3 Sygeplejefaglig koordinering**

I forhold til planlægning af de patientrettede sygeplejefaglige tiltag og opgaver, har sygeplejepersonalet mulighed for at notere dette på patienternes ugeskema inden terapeuterne, dette kan f.eks. være sonde og hviletider.

## **9.0 Undervisningstilbud/andre tilbud**

### **9.1 Patientundervisning – Hjerneklassen**

Hvert plan afholder, hver 6 uge fire lektioner af Hjerneklassen fordelt på to uger. Første lektion er undervisning ved ergoterapeut om tirsdagen og en efterfølgende opfølgende lektion om torsdagen også ved ergoterapeut. Ugen efter foretages undervisningen om tirsdagen af neuropsykolog, og undervisningen opfølges af ergoterapeut om torsdagen. Sygeplejefagligt personale er repræsenteret ved alle møderne. Deltagerne er patienterne. Det er tiltænkt, at alle patienter under

indlæggelse modtager undervisningen, med mindre der er særlige omstændigheder, der gør, at de ikke kan profitere af dette.

Hvor det skønnes relevant gives der individuel Hjerneklasse ved neuropsykolog, ergoterapeut eller talepædagog.

Formålet er at give patienterne en forklaring på, hvad der er sket i hjernen, så de kan forholde sig til deres funktionsnedsættelse, hvad enten de er synlige eller skjulte. Der gives generel viden omkring, hvad en blodprop, en blødning eller traume i hjernen er. Hvis en af deltagerne har haft hjertestop, meningitis eller hjernetumor tages denne information også med i undervisningen.

Der gives informationer om de fysiske, kognitive og psykiske konsekvenser ved erhvervet hjerneskade, herunder skjulte handicaps og ændrede roller i familien. Hjerneklassen tilbyder også et forum, hvor patienten kan tale med andre, der er i lignende situation, og derved drage nytte af andres erfaringer. Det er derfor ikke muligt for pårørende at deltage. Der afholdes særskilte pårørendeaftener. Undervisningen tager udgangspunkt i det, der står i pjecen "Lær om hjernen", som bliver udleveret til alle patienter under deres indlæggelsesforløb.

## 9.2 Pårørende undervisning/Informationsaften for pårørende

Der afholdes en pårørendeaften hver måned. Deltagerne er pårørende. Indholdet i undervisningen tager lig Hjerneklassen, udgangspunkt i det, der står i pjecen "Lær om hjernen". Der er oplæg ved neuropsykologen samt medlem af "pårørendegruppen". Pårørendegruppen er en tværfaglig sammensat arbejdsgruppe af dag og aftenpersonale med ansvar for tilrettelæggelse af informationsaftener for pårørende. Der deltager desuden en til to medlemmer fra pårørendegruppen som også bistår med at svare på spørgsmål.

Hvor det skønnes nødvendigt gives der individuel pårørendeoplæg ved neuropsykolog, ergoterapeut eller talepædagog.

Formålet med pårørendearrangementerne er både at give en generel information om det at få en blødning eller blodprop i hjernen, samt det at være pårørende. Når ens nærmeste rammes af en blødning eller en blodprop i hjernen, medfører det også ændret livssituation for de pårørende. Det er derfor også vigtigt, at give de pårørende forudsætninger til at kunne forstå og håndtere de funktionsnedsættelser, en erhvervet hjerneskade kan forårsage, både de synlige og de skjulte. Dette vil forberede og ruste pårørende bedre til dagligdagen efter udskrivelse. Pårørende får udleveret pjecen "Lær om Hjernen" som undervisningen tager udgangspunkt i.



Da én af grundtankerne bag arrangementerne er at skabe et forum for ligesindede, må patienterne ikke deltage i arrangement. Pårørendeaftener kan give rum til at drøfte emner, som kan være svære at tale om, når den ramte sidder ved siden af. Det giver også de pårørende et forum for udveksling af erfaring.

### 9.3 Omsorgssamtaler

Er pårørende børn kan der ved behov arrangeres omsorgssamtaler(23)

<https://pri.rn.dk/Sider/31575.aspx>

## 10.0 Bilagsliste

- Bilag 1: Quick-Card: "Oversigt over patientforløb på NNB relateret til samtaler og tværfaglig mødeaktivitet"
- Bilag 2: Manual for brug af EPJ – manual
- Bilag 3: Morgenmøder
- Bilag 4: Indlæggelsessamtale – sygeplejefagligt personale
- Bilag 5: Dagsorden til Samtale om mål og plan
- Bilag 5a: Referatskabelon til Samtale om mål og plan
- Bilag 6: Mødeleders/ordstyrers funktion.
- Bilag 7: Dagsorden til sidste samtale om mål og plan/udskrivesamtale
- Bilag 7a: Referatskabelon til udskrivesamtale
- Bilag 8: Stuegangssark
- Bilag 9: Første Teammøde – dagsorden
- Bilag 10: Tværfaglig konference - dagsorden
- Bilag 11: Afsluttende teammøde/FIM ud – dagsorden
- Bilag 12: Sygeplejefaglig tjekliste: Indlæggelse/Modtagelse af patient
- Bilag 13: Sygeplejefaglig tjekliste: Samtaler om mål og plan
- Bilag 14: Aftaler omkring weekendorlov
- Bilag 15: Sygeplejefaglig tjekliste: Udskrivelse af patient

## 11.0 Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation. Hjerneskaderehabilitering- en medicinsk teknologivurdering København: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation, 2011  
Serienavn 2011;13
2. Cullen N, Chundamala J, Bayley M et al:The efficacy of acquired brain injury rehabilitation. Brain Inj.2007 Feb;21(2):113-132) samt Turner- Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Multidisciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. Cochrane Database of Systematic.2005, Issue 3.
3. Johansen JS, Rahbek J, Møller K, Jensen L. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. 1st ed. Århus: MarselisborgCentret; 2004.
4. ”ICF og ICF-CY – en dansk vejledning til brug i praksis, International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand” MarselisborgCentret, region Midtjylland, maj 2011
5. McLellan DL, Introduction to rehabilitation. In: BA Wilson, DL McLellan eds. Rehabilitation Studies Handbook, 1997
6. BovendÉerd, Tamar JH, Botell, Rachel E et. al Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: A practical guide, 2009
7. Tværsektorielle grundaftale 2015-2018. Sundhedsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade. Samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde på hjerneskadeområdet omkring patienter, der udskrives fra Neuroenhed Nord.
8. Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade – apopleksi og transitorisk cerebral ishæmi (TCI) – traume, infektion, tumor, subarachnoidal blødning og encephalopati. 2020.
9. Klinisk instruks: ; Melding til kommuner om udskrivningsparate (færdigbehandlede) patienter  
  
PRI: <https://pri.rn.dk/Sider/13047.aspx>
10. Mathiesen LL. Forchammer H. Iversen KH. Jensen RL.Nyt redskab til kommunikation med afasiramte.Sygeplejersken 2014(11):66-69.
11. Turner S, Whitworth A. Conversational partner training programmes in aphasia:A review of key themes and participants’ roles. Aphasiology. 2006;20(6):483-510.

12. Rasmussen, Gitte og Whalley, Ane Lund: ”Vejledning i brug af FIM, Functional Independent Measure”, Oversat til dansk fra UDSMR (Adult FIM) version 5.2
13. BEK nr 530 af 24/05/2018 Sundheds- og Ældreministeriet; Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse. <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2018/530>
14. Klinisk instruks ” Vurderingsophold Neuroenhed Nord”. <https://pri.rn.dk/Sider/32531.aspx>
15. Klinisk instruks ”tidlig mobilisering – forflytning, stand og gang”.  
PRI: <https://pri.rn.dk/Sider/12521.aspx> (ny instruks: Forflytning følger efterår 2021)
16. Klinisk instruks: ”Ernæring- og dysfagi, Neuroenhed Nord”  
<https://pri.rn.dk/Assets/31162/Ernaering-og-dysfagi-instruks.pdf>
17. Lejring i neutral  
[www.lin-arge.de](http://www.lin-arge.de)
18. Klinisk instruks om ”Væske og vandladningsregistrering” (Klinisk instruks. Inkontinens – er under udarbejdelse og erstatter denne i efterår 2020)  
PRI: <https://pri.rn.dk/Sider/19105.aspx>
19. Klinisk retningslinje om ” Sundhedsmæssig risikovurdering for overvægt, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet”  
PRI: <https://pri.rn.dk/Sider/8512.aspx>
20. Fisher, Anne G. and Jones, Kristin Bray. ”Assessment of Motor and Process Skills”, 2012
21. Klinisk instruks: Respirationsterapi er under udarbejdelse, i PRI efterår 2020
22. [www.GGOP.dk](http://www.GGOP.dk)
23. Klinisk instruks: Omsorgssamtaler for børn. Neuroenhed Nord.  
<https://pri.rn.dk/Sider/31575.aspx>