

Tänk rehab



Vad menar vi med Tänk rehab?

Ett **tanke- och arbetssätt** där vi på avdelningen arbetar aktivt för att patienten...

- ska **förbättra sina förutsättningar** under vårdtiden i syfte att
- kunna **återgå till sin vardag** och sin **tidigare funktionsnivå**.



Hur kan det bli så här?

- En patient kommer till avdelningen gåendes men åker rullstol hem.
- En annan patient är väldigt piffig när hon kommer till sjukhuset men efter några par dagar går hon med otvättat hår och med kläderna halvt påtagna.

*Vad händer när man blir "hospitaliserad"?
Tappar sin integritet? Motivation?*



Syfte med Tänk rehab

- Personcentrerad vård i praktiken!
- Bibehålla patienternas alla förmågor i högsta möjliga mån, och kanske till och med förbättrar dem.
- Rehab ingår i patientens vård och omvårdnad.
- Vi ställer rimliga krav på patienten, utifrån den bedömning vi gör av patientens tillstånd.
- Vårdpersonalen blir en naturlig del i omvårdnaden och rehabiliteringen.
- Patienten är mer förberedd på hemgång
- Minska vårdtiden.



Bakgrund

- Startade våren 2019 på uppdrag av sjukhuschef Maria Wiltz
- Efterfrågade rehab även då inte rehabpersonal finns på plats
- Hjärtavdelning 1 har varit piloter
- Börja med fysioterapeutens område
- Verksamhetsutvecklare, chefer, undersköterskor och sjuksköterskor i projektet
- Under början av 2021 kopplades arbetsterapeuten in



Skörhetsskattning

Grunden för att bedöma behov av/möjlighet till rehab:

- Fysiska, psykiska och kognitiva funktionsförmåga
- Habitualtillstånd
- Kapacitet att återhämta sig
- Vilka krav vi kan ställa på patienten



Vem är människan bakom patienten?



CLINICAL FRAILITY SCALE SWEDISH

	1	MYCKET VITAL	Personer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De tränar regelbundet och hör till dem som är mest vitala för sin ålder.
	2	VITAL	Personer som inte har några sjukdomssymtom men som är mindre vitala än personer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva , t.ex. beroende på årstid.
	3	KLARAR SIG BRA	Personer vars medicinska problem är väl kontrollerade , även om de emellanåt har symtom. De är sällan regelbundet aktiva utöver vanliga promenader.
	4	LEVER MED MYCKET LINDRIG SKÖRHHET	Denna kategori markerar en tidig övergång från fullständigt oberoende. Är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter . Ett vanligt klagomål är att de "saktar ned" och/eller är trötta under dagen.
	5	LEVER MED LINDRIG SKÖRHHET	Dessa personer är ofta uppenbart långsammare och behöver hjälp med komplexa instrumentella aktiviteter i det dagliga livet (IADL) (ekonomi, resor, tungt hushållsarbete). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, förbereda måltid, sköta medicinering och börjar begränsa lättare hushållsarbete.

	6	LEVER MED MÅTTLIG SKÖRHHET	Personer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete . Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.
	7	LEVER MED ALLVARLIG SKÖRHHET	Är helt beroende av andra för sin personliga vård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
	8	LEVER MED MYCKET ALLVARLIG SKÖRHHET	Är helt beroende av andra för sin personliga vård , och närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
	9	TERMINALT SJUK	Närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår personer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader , men som inte i övrigt lever med allvarlig skörhet (Många terminalt sjuka kan fortfarande träna fram till mycket nära sin bortgång).

ATT SKATTA SKÖRHHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skörhet motsvarar i allmänhet graden av demens. Vanliga symtom vid **lindrig demens** är att glömma bort detaljer om en nyligen inträffad händelse, men minnas själva händelsen, att upprepa samma fråga/berättelse och att dra sig undan socialt.

Vid **måttlig demens** är närminnet mycket försämrat, samtidigt som personen kan ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga vård på uppmaning.

Vid **svår demens** kan de inte utföra sin personliga vård utan hjälp.

Vid **mycket svår demens** är de ofta sängliggande. Många är praktiskt taget stumma.

Clinical Frailty Scale © 2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (SV). Alla rättigheter förbehålles. För tillstånd: www.geriatricmedicine-research.ca

Translated with permission to Swedish by Niklas Ekerstad, Anne-Marie Boström, Susanne Guidetti and Kristina Ahlund, Trollhättan-Linköping-Stockholm, 2020.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.



Att skatta skörhet vid demens

Graden av skörhet motsvarar graden av demens

- Vanliga symtom vid **lindrig demens CFS-5** är att glömma bort detaljer om en nyligen inträffad händelse men minnas själva händelsen. Upprepa samma fråga/berättelse och dra sig undan socialt
- Vid **måttlig demens CFS-6** är närminnet mycket försämrat samtidigt som personen kan ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga vård på uppmaning
- Vid **svår demens CFS-7** kan de inte utföra sin personliga vård utan hjälp
- Vid **mycket svår demens CFS-8** är de ofta sängliggande. Många praktiskt taget stumma.
- Vid tecken till kognitiv svikt eller demens bör man genomgå utredning enligt vårdförloppet kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. Misstanke om sådan kognitiv svikt föreligger om annan orsak till den kognitiva svikten inte är känd sedan tidigare och den kognitiva svikten kan antas ha funnits sedan minst sex månader.

Hur dokumenterar vi?

Skörhet   

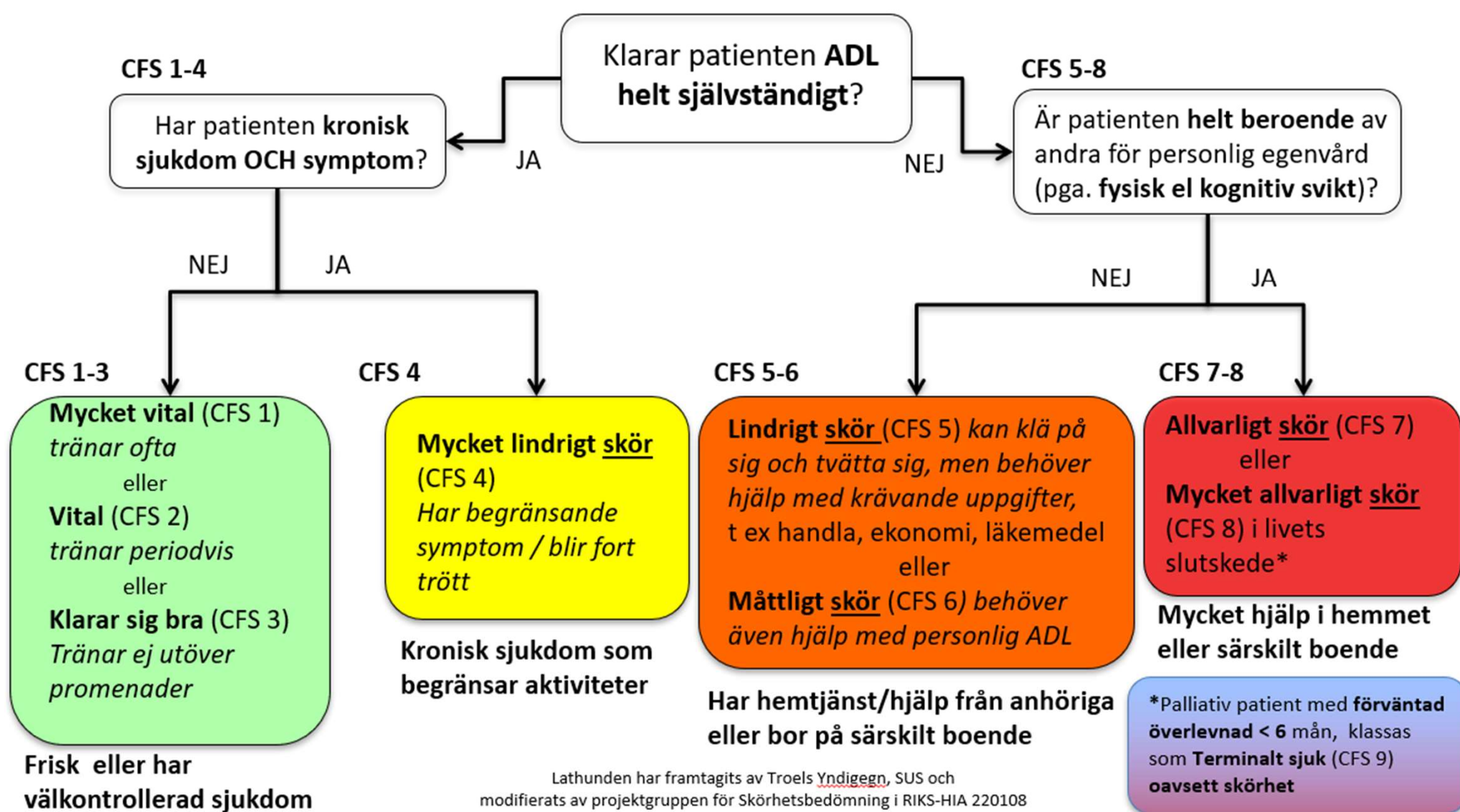
1. Mycket vital	2. Vital	3. Klarar sig bra	4. Mycket lindrig skörhet	5. Lindrig skörhet	6. Måttlig skörhet
7. Allvarlig skörhet	8. Mycket allvarlig skörhet	9. Terminalt sjuk			

Denna kategori markerar en tidig övergång från fullständigt oberoende. Är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de "saktar ned" och/ eller är trötta under dagen.

Kommentar

Vad gör vi med informationen från CFS-9?

- Vem är människan bakom patienten?
- Vilka krav kan vi ställa på patienten?
- Vad kan patienten ha för mål på avdelningen?
- Vad ska patienten tillbaka till?



Scenarier

- **Kvinna 92 år** söker för bröstsmärtor som visar sig vara en STEMI.
- Karlskrona vill inte ta emot henne pga hennes ålder
- Hon är skörhetsskattad och hamnar på **4 i skörhetsgrad**.
- KOL
- När Växjö ringer igen säger de att det gått för lång tid sedan debuten av symtom och att det sannolikt inte skulle tjäna något syfte med en intervention.

Skulle hon klarat intervention i första läget?



- Man 72 år, sitter i rullstol, bor på demensboende, tas med lyft.
- Skörhetsgrad 8.
- Har en konstaterad dålig aortaklaff som följts i många år. Som nu diskuteras för operation.
- Mannen själv känner aldrig av sin dåliga klaff pga att han aldrig anstränger sig så pass mycket.

Nytta med vården vs risken med vård.



På våra "Tänk rehabavdelningar" innebär det att:

- Vi **skörhetsskattar alla** patienter
- Skörhetsskattning syns tydligt i **Nova**
- Vi har **"Tänk rehab" veckor**
- Vi har uppdaterat välkomstbroschyren med "Tänk rehab" info.
- Vi har satt upp **infotavla** på alla patientrum



Det är viktigt att du rör på dig, ta gärna en promenad i korridoren.



Ät dina måltider vid bordet eller i dagrummet.



Sitt upp när du orkar, det är bra för lungorna.



Bädda gärna din säng.



Gör det du kan av din dagliga hygien.



MÅ BRA OCH TILLFRISKNA SNABBARE UNDER DIN TID HOS OSS

Skörhetsskattning: riktlinje i hela vårdkedjan

- Parallellt med Tänk rehabarbetet tillsattes en arbetsgrupp för att ta fram riktlinjer kring arbetssättet.
- Hälso- och sjukhusledningen klubbade under hösten 2021 igenom riktlinjen **Skörhet och användning av CFS**.
- Bilagor - **Skörhet Primärvård/kommun**,
 - **Skörhet och fördjupad geriatrisk bedömning**,
 - **Skörhet och rehab. insatser**.

Vårdgivarwebben - Allmänna medicinska riktlinjer (regionkronoberg.se)

- **Projektledare**
- Nu väntar implementeringen i kommun, primärvård, sjukhusvård, psykiatri, rättspsykiatri och tandvården.

Målet

- Sprida kunskap om skörhetsskattning och dess innebörd
- Veta varför? Hur? Och När?
- Hur planera vård, omvårdnad och rehabilitering utefter skörhetsskattningen?
- Se till patientens förmågor snarare än ålder och diagnoser
- Rätt vård för rätt patient på rätt nivå
- Minska vårdtiderna
- En del i omställningen till Nära vård

Vad kan det innebära rent konkret?

Ofta handlar det om att tänka till för att bryta våra invanda tankesätt och arbetsrutiner.

Avdelning 1, som varit pilot, har gjort följande:

- ✓ Börjat skörhetsskatta patienten
- ✓ Etikett i Nova och inskrivningspaketet
- ✓ Flyttat matvagnen till dagrummet
- ✓ Hängt upp skylt i taket "Dagrum" för att patienten lättare ska hitta dit
- ✓ Försett dagrummet med spel och annat som inbjuder till att patienten kommer ut dit
- ✓ Maten serveras i dagrummet för så många patienter som möjligt ska röra sig
- ✓ Bjällra som servicevärden ringer i
- ✓ Coronaanpassat dagrummet för att möjliggöra för så många som möjligt att vistas där
- ✓ Följt upp antal som sitter i dagrummet vid måltiderna
- ✓ Temavecka för att få igång diskussion och arbetssätt
- ✓ Uppdaterat välkomstbroschyren
- ✓ Tavla där patienten uppmanas att vara aktiv, t ex bädda sin säng, gå extra promenader i korridoren, äta måltiderna i dagrummet

Vad gör vi med informationen från CFS-9?

- Vad kan patienten ha för mål på avdelningen?
- Vilka krav kan vi ställa på patienten?

CFS 1–3: Ej sköra

Patienten:

- Sköta sin hygien, äta sina måltider i dagrummet, ta egna initiativ till mobilisering och hygienrutiner, va fysiskt aktiv,, bädda sin säng, ta själv kontakt med kommun/biståndshandläggare, gå själv/med transportör till undersökningar.

Personalen:

- Informera patienten om sitt egenansvar i sin vård vad gäller hygien, matsituation, uppmuntra till rörelse i vardagen och att bibehålla vardagsrutinerna.

Rehabresurser:

- Träning, bedömning, info om egenansvar. Informera avd personal

CFS 4: Lever med mycket lindrig skörhet (klarar sig själva men är begränsade)

Patienten:

- Erbjudas promenad i korridoren, Äta i dagrummet, sitta uppe mycket, sköta P-ADL ev med tillsyn, ta själv kontakt med kommun/ biståndshandläggare

Personalen:

- Informera om egenansvar i sin vård, att bibehålla vardagsrutinerna.

Rehabresurser:

- Förflyttningsbedömning, träning, träna i aktivitet, hitta strategier för I-ADL, rekommendera PVR för vidare träning och ev kommun rehab.

CFS 5-6: Lever med skörhet (har ofta hemtjänst eller hjälp från anhöriga)

Patienten:

- Sitta i stol vid bordet på rummet och äta/hjälpa ut till dagrummet, göra det de gör hemma, få tillsyn/stöttning/handräckning vid P-ADL, inte passiva förflyttningar i onödan.

Personalen:

- Informera om egenansvar, uppmuntra till rörelse i vardagen, stöd vid ADL, inkludera patienterna vid förflyttningar.

Rehabresurser:

- Säker hemgång med samma insatser som tidigare, träning, bedömning.

CFS 7-8: Lever med allvarlig skörhet (bor ofta på särskilt boende)

Patienten:

- Göra så mycket som möjligt själva vid P-ADL och matsituation, flytta över till rullstol/stol/hjärtläge i sängen

Personalen:

- Förebygga trycksår och infektioner, lägesändring, låta patienten göra så mycket av P-ADL som hen kan.

Rehabresurser:

- Bedömning, hjälpmedel, se över insatser
-

Ansökt till
Region
Kronobergs
kvalitetspris

Tre kandidater kvar till Årets fysioterapeut 2022



Fanny Simonsson på Lasarettssrehab i Växjö har blivit nominerad för arbetssättet tänk rehab och sitt arbete med att skörhetsskatta patienter. Utmärkelsen delas ut av Fysioterapeuterna och tilldelas en fysioterapeut som genom sina insatser på ett avgörande sätt bidragit till professionens utveckling. Fanny är en av tre personer som har gått vidare i nomineringsprocessen.

Att fundera över...

- ☐ "Får" patienten ha sina egna kläder under sjukhusvistelsen?
Finns det något som talar emot?
- ☐ "Får" patienten vara ute och promenera i korridoren eller vill vi helst att hen vistas på sitt rum?
- ☐ "Får" vi ställa krav på att patienten ska bädda sin säng, duscha regelbundet och äta mat i dagrummet?

Tänk om vi skulle förvänta oss att patienter med skörhet 1-5 äter i matsalen och bäddar sin säng?

Vad gör vi för att stötta det beteende vi vill att patienten ska ha?



Tack för mig!

För mer information kontakta:

Fanny Simonsson

Sjukgymnast

0470-58 66 67

fanny.simonsson@kronoberg.se

Tack för mig!

