



ERFAringsforum Vestdanmark

Dato

Tirsdag den 17. september 2024, kl. 9.45-15.00

Sted

Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Værter

Region Syddanmark: Neurorehabiliteringen OUH Svendborg Sygehus

REFERAT

Nye projekter/initiativer:

NR Svendborg:

Projekt med midler fra Region Syddanmark i forhold til at styrke indsatsen til børn og unge som pårørende omhandlende:

Systematisk opsporing af børnepårørende.

Kompetenceudvikling af pårørendegruppen samt alt øvrigt personale i forhold til at støtte forældre i at involvere deres børn og unge, afvikle forældresamtaler og familiesamtaler, samt sikre alderstilpasset information til børn og unge pårørende.

Indretning af to familiehjørner, der indbyder til samvær for familierne.

Den gode samtale: Afviklet kursus for omtrent 60 medarbejdere. Tager udgangspunkt i Calgary Cambridge Guiden. Kursusdeltagere afprøver mulige formuleringer, verbal og nonverbal kommunikation. De teoretiske moduler omhandler den gode samtale, samtaler med udfordringer, samtaler med pårørende, inddragelse af patientens perspektiv, den alvorlige besked, kollegiale samtaler og samtalen om en fælles plan.

Den gode samtale anvendes ind i projekt om indsats til børn og unge som pårørende.

Vestdansk Videnscenter for Neurorehabilitering:

Ernæringsprojekt KUF: dokumentationspraksis ift. ernæringsområdet. Workshops og fokusgruppe interviews. Medicinsk, geriatrisk, medicinske afdelinger. Ernærings-SFI'er skal ligne hinanden og hænge sammen fra afdeling til afdeling. Der ses på, om der ernæringscreens og dokumenteres ift. den nye nationale retningslinje. Der laves journalaudit fra dag til dag mhp. at kunne optimere mens patienten er indlagt.

Oplæg

"HIGT high intensity gait training – implementeringsprocessen" v/Phd Associate professor Iris Brunner, Forskningsenheden Hammel Neurocenter.

Slides med links til videomat.

Hvad er HIGT: Der gives vægtaflastning ved behov. Starter så tidligt som muligt. Er mange skridt mange steder. Høj kardiovaskulær intensitet 70 -85 % max. Fokus på gangtræning ikke andre forberedende aktiviteter. Ikke behov for flere ressourcer, ikke en ad on.

Vigtigt ift neuroplasticitet

Specificet, repetition, variation, intensitet –

Litteratur: Klassen et al: Pt. 1 måned efter stroke. Ingen ændring ift tidsforbrug, samme effekt af 1 times behandling, som 2 timer om dagen.

Hornby: HIGT sammenlignet med en historisk kohorte (HK) – HK dårligere på alle gangrelaterede aktiviteter, balancen bedres selvom den ikke trænes.

Hornby 2020 den gruppe der havde trænet med stor variation følte sig balancemæssigt tryggere.

Samlet set er den kardio vaskulære aktivitet ganske vigtigt. Ift til ganghastighed og længere gangdistance. Effekt varer ved efter stroke. Personer i kronisk fase behov for længere intervention

Gennemført feasibilitystudie mhp. at afdække om kan HIGT gennemføres og hvilke tilpasninger der er behov for.

Der er anvendt CFIR som rammeværk – vigtigt at have fokus på kerneelementet

Svært at progredierte træningen - stor variation i intensitet

Der var en stor gruppe af kørestolsbrugere i interventionsgruppen uden gangfunktion, men muligt at inkludere disse patienter, dog svært at få pulsen tilstrækkeligt op

De fleste patienter var godt tilfredse med træningen.

Feed back fra projektperioden, at man vender hønen og ægget ift til at afvente et perfekt bevægelsesmønster inden man igangsætter gangtræning. Ved HIGT igangsættes gangtræning for at opnå et mere hensigtsmæssigt bevægelsesmønster.

HIGT kan gennemføres som holdtræning.

Det anbefales at "Walk the Walk" anvendes som onlinekursus.

”Faldrisiko og faldforebyggelse” – oplæg og dialog omkring emnet, herunder særligt faldforebyggelse til kognitivt svækkede patienter.

v/Klinisk sygeplejespecialist Rosemarie Andreasen og fysioterapeut Kathrine Islin Frisdahl, Rehabilitering for hjerne- og nervesygdomme, Grindsted.

Fysiske og kognitive skader -> risiko for fald.

Nedsat opmærksomhed, indsigt.

Trods forebyggende tiltag fortsat hyppigste anledning til UTH. Årsag: ofte ”Pt. manglende evne til at vurdere egen formåen”

National klinisk retningslinje: ICF til vurdering af faldrisiko.

Fys-vurdering ved indlæggelse ift. om pt. er i faldrisiko. Evt. placering af patient på stue tæt på kontoret. Øvrige forebyggende tiltag.

Observationer laves ift. bl.a. balance, koordinering af bevægelse, bange for at falde. Kognitive vanskeligheder.

Faldanamnese: læger(medicin), sygeplejerske (væske, ernæring mm), fysioterapeut, ergo: aktivitet.

Logopæd: kommunikation (skilte). Dette skal samlet føre til iværksættelse af ”falddpakke”.

Skema:

- markeres på døren + cetrea, udlevere foder ”vi hjælper dig med at forebygge fald”
- Behov for opsyn i diverse aktiviteter
- Interesser, der kan aktivere pt.
- Ekstra opmærksomhed på en faldtruet stue
- Stillingtagen til sengehest, indretning af stuen.
- Hjælpemidler: ropoxbord, tryghedsbælte, fodtøj, chip i sko, belysning
- Det dokumenteres, hvem der har været med til at beslutte anbefalingerne.

Skilte: til patienten f.eks. til rollatoren.

Pjece til patient og pårørende: der skrives individuelle løsninger/forebyggende tiltag hos den enkelte patient.

Kommunen informeres i PFP og udskrivningsrapport og anbefalinger gives videre.

Dialog fra salen:

De kognitivt ramte er fortsat udfordringen.

Grindsted og Aalborg bruger tryghedsbælte.

Der findes en instruks for overvågning af inhabile patienter med flowchart (den ligger i mappen i grupperummet)

Hvordan bruges ergoterapeuten: Svært at svare på. Men bruger f.eks. COPM ift. interesser /aktiviteter.

Neuropsykolog kan også bidrage ift. forskellige kognitive vanskeligheder.

Samtykke fra patienten. Inddrager altid pårørende, hvis en patient er faldet.

”Søvn – post stroke sleep from a patient perspective” v/Udviklingsansvarlig sygeplejerske Ida Westh, Stroke – Sengeafsnit og Rehabilitering, Neurologisk afdeling AUH.

Præsenterer foreløbige data, studiet er under publicering. Mix method studie.

Efter et stroke påvirkes søvnen som følge af mange tanker, personalets forstyrrelser. Svært at decifere hvad er træthed og hvad er en søvnforstyrrelse

Ikke klarlagt hvorfor vi sover, teori er at hjernen vaskes i løbet af søvnen. Efter stroke forstyrres søvncyklusser. Teori at stroke pt. husker deres vågne perioder og derfor oplever ikke at sove. Normalt huske de vågne perioder ikke.

Søvnncyklus forstyrrelser kan have baggrund i

- Søvnnapnø

- RLS (restless leg syndrome)

- Insomni, mange og tidlige opvågninger

I 2021 polysomnografi 2 nætter under indlæggelse. Efter 3 måneder laves kvalitative interview mhp på subjektiv oplevelse.

Måling af søvnen viste mange vågne perioder.

Udfordring at måling kun er foretaget på 2. nat, derfor vigtigt med udvikling af udstyr der kan bæres over længere tid.

Der er forud for dette studie ikke lavet kvalitative studier af emnet.

15 ptt blev interviewet

Inklusion: Pt. med stroke blev inkluderet i perioden 2021-22.

Karakteristika fra inkluderede er ikke repræsentativt for sædvanlig gruppe af patienter. Gennemgående for informanter er at de drømmer mere end de plejer.

Søvnen hang sammen med nedsat energiniveau hen over dagen.

Svært at skelne fatigue og træthed når informanter taler om symptomer.

Det er generelt et problem, at der ikke er udført langtidsmonitorering af stroke ptt.

Intervention ift ex effekt af musicure findes ikke rigtigt, der ligger få studier ift til mindfulness. God effekt af psykoedukation hos sygepleje.

"Rammers betydning for Neurorehabilitering"

v/udviklingssygeplejerske Jette Andreasen, Afdeling for Neurorehabilitering
Regionshospital Nordjylland.

Se Powerpoints i grupperummet i Plan2learn

Med afsæt i Neuroenhed Nord, en del af "The Healing Hospital" og den indledende fase af nybyggeri i Brønderslev er formålet med projektet at opnå indsigt i, hvad der har betydning for patienter og pårørende

i et rehabiliteringsforløb på Neuroenhed Nord med fokus på forståelsen af rammernes betydning i bred forstand (fysiske, sociale, mentale og indendørs såvel som udendørs rammer)

Fokus var ikke på ønsker fra patienter/pårørende, men hvilke formelle/uformelle aktiviteter, patienterne indgår i og rammernes betydning for det.

Dette er første gang, projektet bliver formidlet.

Etisk problematisk at rekruttere patienter og pårørende. Det blev til 11 patienter og 10 pårørende. Spredning i hvor i forløbet patienterne var.

Metoden til dataindsamling var deltagerobservation med henblik på at kvalificere interviewguiden, hvor observatørerne fulgtes med personale og var tilstede i fora hvor der foregik neurorehabilitering, samt semistrukturerede interviews.

Rekruttering af deltagere: opslag i afdelingen, på pårørende aftener. Det gav ikke noget. Så blev der talt med personalet, som kunne hjælpe med at rekruttere. Jette fulgte så op med yderligere information.

Det umiddelbare var, at patienter/pårørende overordnet synes at personalets tilstedeværelse og nærvær er vigtigere end indretningen.

Fund: Fem overordnede tematikker:

Autonomi og selvstændighed

Tilgængelighed: minimere fysiske barrierer, optimere wayfinding.

Direkte adgang til uderummet.

Privatliv: enestuer, eget toilet, plads til ejendele.

Normalitet: lave sig en kop kaffe, gå en tur, inddrage personlige interesser.

Plads til de pårørende, mulighed for overnatning, arbejdsstation.

"24/7" tilgang = tilpasses den enkeltes hverdagsliv dag-aften-nat.

At kunne være sig selv, selv være aktiv - bevare værdighed.

Socialt samvær

Motivationsfaktor

Uformelle 'møder' med andre indlagte / andre pårørende

Lære at "være menneske" / lære det "nye" menneske at kende

Deltage i uformelle sociale aktiviteter

Være sammen om træningen

Motionsrum, madlavning, bagning, fodbold, strikke, måltider

Mere liv uden for stuerne. Også for pårørende. Fælles opholdsrum, som er indbydende, så der er plads til at der opstår noget spontant.

Personlig kontakt/relation til personalet.

Fælles aktiviteter: sang, banko m.m. Være en del af noget, selv om pt. måske ikke kan deltage.

Legesager til børn.

Giver gejst, energi, livskvalitet – ikke føler sig så alene.

Personlig kontakt/relation til personalet

At blive taget godt imod

Tillid til forløbet og fagligheden

Gode rammer for personalet

At kunne følge med – at være involveret
Mulighed for justering ud fra personlige ønsker og præferencer – også i aftentiden
Ro og fred samt personlig kontakt, søde og imødekommende personale. Vigtigt at vide hvad man må og ikke må. – obs institutionelle regler. Vigtigt med nem adgang til diverse rum.
Følelse af tryghed og at være involveret.....personalet er det bærende

Genkendeligt/hjemligt miljø

'Ikke-klinisk' indretning.
Inddragelse af naturen og nærområde.
Naturlige materialer og farver.
Hyggelig og venlig stemning.
Kreativitet og underholdning.
Tryghed, ro, motivation.

Udvikling over tid

Transformation: rumme forskellige funktionsniveauer, måder at være ramt, stadier i udviklingen og sociale roller.
Kontinuitet: flytning kræver store forstyrrelser.
Funktionsevne – arbejdes med flere parametre.
Håb og muligheder i livet.
Følelse af at det går fremad, lyst og livsglæde.

Anvendelse:

En del af en konceptbog. Jette taler patientens og pårørendes sag/ønsker til møder ift. byggeprocessen.

Monofaglig session, sygeplejersker

Oplæg om FAQ-I ADL ved Ida Westh

Se powerpoint i grupperummet i Plan2Learn

Baggrund: henvises de rigtige patienter til f.eks. FRV = fælles regional visitation. Ide: kunne det at spørge pårørende om patientens tidligere funktionsniveau supplere vurderingen ved fys/ergo? En regional arbejdsgruppe i RegionMidt om henvisning af de rigtige. Her bl.a. Clinical Frailty score. Det er samtidigt et rum, hvor man får talt med de pårørende og får deres perspektiv.

Sygeplejersker er glade for at bruge FAQ- I ADL = functional activities questionnaire. Egentlig lavet til demens. 15-20 min uden pt. Formålet med "interview" tydeliggøres
Indlæggelsestid 1-2 uger. Laves i løbet af den første uge. Helst inden 24 timer.
Jo lavere score, jo bedre funktionsniveau.
Det dokumenteres i opdateret status under viden og udvikling. Der overvejes en SFI = Aktivitet i EPJ
FAQ-I ADL belyser 10 forskellige typer instrumentelle aktiviteter fra hverdagen.
Der scores lidt forskelligt afhængig af, hvem der spørger/udfylder skemaet.

Implementering: undervisning og øvelser fra Demensklubben. Sidemandens oplæring. Kampagner på kontoret, oplæg, drøftelser i afsnittet.

Vægtning: 0-10: lette, praktiske vanskeligheder

11-20: moderat nedsat funktionsevne

20-30: svært nedsat funktionsevne - obs om pt. egentlig kan indgå i rehab.forløb.

Der fokuseres mere på det, man kommer til at vide om patienten end på tal.

Sygeplejerskernes opgave ifm. Målsætning bliver tydeligere. Mål bliver mere meningsfulde.

Der afsættes tid med den pårørende -> en gevinst for den pårørende.

Ved høj score evt. henvisning til demensudredning.

Kan understøtte vurdering af, om pt. skal videre til kommunal rehab eller aflastning.

Kommentar fra plenum:

Der er mange scorer i neurorehabilitering.

Clinical frailty Score skal alle patienter i Region Midtjylland over 65 år scores efter. Rehabiliteringsafsnittet tænker at bruge FAQ I ADL som supplement.

Den er for at få de pårørendes vurdering/oplevelse. Det bliver sammenholdt med COPM og øvrige dataindsamling.

Et tal siger ikke i sig selv noget om, hvilket rehabiliteringsophold, der tilbydes. Det bruges til at sætte niveauet for træningen efter patientens realistiske formåen ift. tidligere funktionsniveau. Men det kan dog godt bruges i visitationen.

Det kunne være godt at have det sociale aspekt med.

Alle har et behov, men hvilket? Ikke noget tilbud er i sig selv er bedre end andet. Det afhænger af patientens behov.

Alle scoringsredskaber har en svaghed og kan ikke stå alene. Det skal suppleres af tværfaglig vurdering.

Der blev lavet et lille rollespil, hvor vi så, hvordan FAQ I ADL kan bruges i praksis.

Clinical frailty scale:

E-doc med clinical frailty scale.

Der er lavet en app. Det kommer til at ligge som et krav til alle hospitalsafdelinger. Alder lidt usikkert.

Ida Westh pointerer, at de synes, de får et bedre billede af patientens funktionsniveau med FAQ-I ADL.

Det er lidt et problem, at det bliver dokumenteret i opdateret status og ikke i en SFI. Det gør det sværere at søge data på.

Forslag til emner til næste gang:

- CAM-score/delir.
- Hvordan samler vi data ind og får gavn af hinandens erfaringer? Måske små interessegrupper. F.eks inden for pårørende eller andet for at vidensdele imellem møderne.
- Projekt fra Hammel: "Patient, pårørende og personale"

Øvrigt:

Fagligt selskab for Neurosygeplejersker efterlyser repræsentanter fra Region Nordjylland. Temadag 22-23/5 på Comwell i Middelfart. Man kan sende abstract senest 15. december. Møder ca. 4 gange om året.

Fra Vestdansk Videnscenter for Neurorehabilitering spørges, om der kunne være interesse for interessegrupper på tværs af rehabfase 2-3-4. Svar: det afhænger af, hvad emnet er.

Opfordring til, at man kontakter Vestdansk Videnscenter for Neurorehabilitering, hvis man vil vide, hvad der sker rundt omkring.

Monofaglig session fysioterapeuter:

Error augmentation

Vigtigt info fra overlevering fra akut til neurorehabilitering

OE fys intervention

Monofaglig session ergoterapeuter:

Oplæg omkring:

Selvforståelse, identitet og aktivitetsidentitet efter en erhvervet hjerneskade" v/forsker, ergoterapeut, Phd Henriette Holm Stabel, specialeansvarlig ergoterapeut Lene Vammen samt ergoterapeut og ungementor Helle Bak Christensen, S11, Hammel Neurocenter.

Se vedlagte slides.

Forslag til emner næste gang:

Vital stim til ansigtet.

Kinisiotape til kind.

El stimulation til OE.

Facialisparese praksis og udfordringer.

Kognition praksis og udfordringer.

Vurdering af aktivitetsudførelse – hvad anvendes som vurdering af aktivitetsudførslen når AMPS er under afvikling.

Monofaglig session Læger:

Monofaglig session Neuropsykologer:

Monofaglig session Logopæder:

Afslutning

Forslag til tværfaglige emner til næste gang:

Når der opstår noget i dette forum, hvordan bliver det så grebet og løftet op. F.eks et forum for hvordan der bliver fulgt op. Evt interessegrupper.

Implementeringsfasen af Clinical Frailty Score indenfor neurorehabilitering. Feks fra Gødstrup og Viborg.
CAM-score /delir.

Patienter med forskellige kulturelle baggrund, sproglige barrierer, afasi, sygdomsforståelse.

Pårørende

Visitationskriterier

Begrebet intensitet i rehabiliteringen. Hvordan takler vi det i alle faggrupper og hele døgnet?

Dato for næste Erfamøde:

Den 18. marts 2025 i Hammel.

Værter er Region Nordjylland, Sengeafsnit for Stroke, Aalborg Universitetshospital.

Link til **tilmelding**: <https://rm.plan2learn.dk/kursusvalg.aspx?id=125452>

Kode: **ERFA2025**

Tilmeldingsfrist: 18/2-25

Referenter:

Klinisk sygeplejespecialist Sanne Boysen

Klinisk Ergoterapi Specialist Lene Holst Pedersen