

# Den generelle studieplan – del 1

## Præsentation af Neuroenhed Nord

Neuroenhed Nord,  
Sygehus Vendsyssel

## Indholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| 1.0 Sygehus Vendsyssel.....  | 3  |
| 1.1 Kvalitetssikring.....  | 3  |
| 1.2 Arbejdsmiljø.....  | 3  |
| 2.0 Neuroenhed Nord. ....  | 4  |
| 2.1 Tværfaglige procedurer for medarbejdere på Neuroenhed Nord ..... | 5  |
| 2.2 Hverdagen på Neuroenhed Nord .....                               | 5  |
| 2.3 Sygeplejefaglige problemstillinger .....                         | 6  |
| 3.0 Bilag .....  | 9  |
| 3.1 Bilag 1 - ABC-Koncepterne .....                                  | 9  |
| 3.2 Bilag 2 - Rehabiliteringsprocessen.....                          | 11 |

## 1.0 Sygehus Vendsyssel

Sygehus Vendsyssel er organiseret med én fælles sygehusledelse og et antal klinikledelser, der har selvstændigt budgetansvar.

Den overordnede ledelse af sygehusets drift, patientbehandling og patientpleje varetages af en tværfaglig sygehusledelse.

Klinikkerne ledes af en klinikchef, en forløbsansvarlig viceklinikchef og en HR-ansvarlig viceklinikchef.

Neuroenhed Nord, Brønderslev og Frederikshavn, er et speciale uden for klinik, og fungerer som en selvstændig enhed, der referer til sygehusledelsen.

På regionens personalenet kan du læse mere om ledelsesstrukturen på Sygehus Vendsyssel [Ledelsesstruktur](#)

### 1.1 Kvalitetssikring

Sygehus Vendsyssel er en del af virksomheden Region Nordjylland. Regionens virksomhedsgrundlag er en fælles referenceramme for den daglige opgavevaretagelse for alle medarbejdere i Region Nordjylland. På Sygehus Vendsyssel er der udarbejdet et virksomhedsgrundlag, som er en fælles referenceramme for alle ansatte. Det kan du læse her: [Virksomhedsgrundlag](#)

På sygehus Vendsyssel har vi en kvalitetsleder og et kvalitetsudvalg, der arbejder med kvalitet i relation til patientsikkerhed (fx utilsigtede hændelser), patienttilfredshedsundersøgelser (fx Landsdækkende undersøgelser af patienttilfredshed (LUP)), kvalitetsdatabaser samt kvalitetsprojekter

Her kan du få mere information om [kvalitetsarbejdet](#).

Kvalitetslederen kan også bruges som ressourceperson i aktuelle udviklingsprojekter i sygeplejen.

### 1.2 Arbejdsmiljø

Arbejdsmiljøarbejdet på Sygehus Vendsyssel er forankret i Sektor MED-udvalget. (MED står for medindflydelse og medbestemmelse), Udvalget består af ledelsesrepræsentanter, medarbejderrepræsentanter, arbejdsmiljørepræsentanter og en sikkerhedsleder.

Krumtappen i arbejdsmiljøarbejdet er arbejdsmiljøgrupperne, men den enkelte medarbejder har selv ansvaret for egen sikkerhed og sundhed.

Den enkelte medarbejder har i henhold til Arbejdsmiljøloven pligt til at deltage i samarbejdet om sikkerhed og sundhed. Dette betyder blandt andet, at alle medarbejdere har pligt til at medvirke til, at arbejdsforholdene inden for deres område er sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarlige at informere arbejdsmiljøgruppen, arbejdslederen, sikkerhedslederen eller sygehusledelsen om fejl eller mangler, som kan forringe sikkerheden og sundheden, og som man ikke selv kan rette.

Det forventes derfor, at alle medarbejdere:

- Deltager aktivt i, i APV-arbejdet og i områdets psykiske arbejdsmiljøindsats
- Kender sit områdes arbejdsmiljøproblemstillinger og ved, hvor Sygehus Vendsyssels Virksomheds APV findes
- Rapporterer alle tilfælde af arbejdsskader og tilløb til ulykker til arbejdsmiljøgruppen, samt bidrager med information til den forebyggende indsats
- Kender afsnittets brug og placering af arbejdspladsbrugsanvisninger og leverandørbrugsanvisninger
- Kender afsnittets arbejdsmiljømæssige forskrifter og retningslinjer
- Kender afsnittets arbejdsmiljørepræsentant

Alle medarbejdere har ret til at få såvel kollektiv som individuel rådgivning om arbejdsmiljø. Rådgivningen fås i første omgang af arbejdsmiljøgruppen eller sikkerhedslederen, som har mulighed for at anvise intern eller ekstern rådgiver.

Du kan læse mere om tiltag inden for arbejdsmiljø på Sygehus Vendsyssel her: <http://personalenet.rn.dk/organisation/organisationssider/sundhed/SygehusVendsyssel/Arbejds miljoe/Sider/default.aspx>

På Neuroenhed Nord har vi et lokalt MED-udvalg (LMU) bestående af lederrepræsentanter og medarbejderrepræsentanter

<http://personalenet.rn.dk/organisation/organisationssider/sundhed/SygehusVendsyssel/Udvalg RaadOgArbejdsgrupper/Sider/SektorMEDudvalg.aspx>

## 2.0 Neuroenhed Nord.

I arbejdet hen imod en samlet Neurorehabiliteringsfunktion i Region Nordjylland er Neuroenhed Nord fra 1/1 2015 betragtet som en projektorganisation, hvor alle medarbejdere er under samme organisatoriske ledelse. Markus Brasholt, har det overordnede ledelsesmæssige ansvar som projektleder og refererer direkte til Sygehusledelsen på Sygehus Vendsyssel.

Patienterne henvises og visiteres til Neuroenhed Nord, Brønderslev [Henvisning, visitation og overflytning til Neuroenhed Nord, Brønderslev](#). Med hensyn til Neuroenhed Nord, Frederikshavn henvises og visiteres patienterne ved telefonisk kontakt til afsnitsleder.

På Neuroenhed Nord Brønderslev udføres intensiv og målrettet neurorehabilitering af patienter med moderat/svær hjerneskade og på Neuroenhed Nord Frederikshavn, patienter med let/moderat hjerneskade. Patienterne tilbydes ophold, så længe de har et behov for den specialiserede neurorehabilitering samt kan profitere af denne. Rehabiliteringen baserer sig på grundprincipperne i ABC-koncepterne (bilag 1).

Der arbejdes efter rehabiliteringsbegrebet, som det er defineret af Rehabiliteringsforum Danmark:

*"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en patient, pårørende og fagfolk. Formålet er at patienten, 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 patientens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."*

## 2.1 Tværfaglige procedurer for medarbejdere på Neuroenhed Nord.

Rehabiliteringstilbuddet skal gives med respekt for det enkelte menneske af et fagligt velfunderet og velfungerende personale. Der arbejdes ud fra PRI dokumenter, og kliniske retningslinjer.

*Klinisk retningslinje* - systematisk udarbejdede udsagn, som kan bruges af klinikere, fagpersoner og patienter, når der skal træffes beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer. Er nogle helt klare kriterier der skal være opfyldt ved udarbejdelsen, ligesom det gøres af eksperter på området, så selvom instruks, vejledning mm bruges synonymt er kravet ikke det samme. Formålet med en klinisk retningslinje er at opstille klare anbefalinger med den bestemte hensigt at påvirke behandlerens indsats og handlinger samt at understøtte en evidensbaseret indsats og ensartet kvalitet på tværs af landet. (Center for kliniske retningslinjer).

*PRI dokumenter* – er mere "lokalt" baserede. – er ikke lige så kompliceret at udarbejde som kliniske retningslinjer.

På Sygehus Vendsyssel benyttes [PRI](#), som er Region Nordjyllands dokumentstyrings- og håndteringssystem til retningsgivende dokumenter. PRI står for politikker, retningslinjer og instrukser, og de er alle retningsgivende for det kliniske arbejde med patienterne. De er udarbejdet på baggrund af evidens- og forskningsbaseret litteratur. Vi samarbejder fremadrettet med Nationalt Clearinghouse for Sygeplejefaglige Kliniske Retningslinjer om at videreudvikle disse. I PRI dokumenterne findes alle vores tværfaglige procedurer [Tværfaglig procedure for patientforløb på Brønderslev neurorehabiliteringscenter](#) og [..\Frederikshavn\Tværfaglig samarbejdsstruktur - version 1.pdf](#)

Som en del af det tværfaglige samarbejde i afsnittet afholdes der målmøder, hvor der opsættes delmål for rehabiliteringen. Disse delmål justeres løbende, og der opsættes nye. Ligeledes afholdes der ugentlige tværfaglige gruppekonferencer, hvor patientens situation tages op og vurderes. Patientens familie inddrages i rehabiliteringen på de statusmøder, der afholdes ca. hver 3 – 4 uge. Informationsniveauet skal være højt, således at patienten sammen med eventuelle pårørende har mulighed for at træffe afgørelser og få indflydelse vedrørende egen situation. I Brønderslev tilbydes der undervisning til både pårørende (Pårørendeaftener) og patienter (Hjerneklassen).

Både på Neuroenhed Nord Brønderslev og Frederikshavn tilstræbes der et tæt samarbejde med primærkommunen, således at der sikres kontinuitet i patientforløbet.

I Brønderslev koordineres den daglige rehabilitering i patientens ugeskema. Her benytter man sig af "patientbogen", som indeholder referater, billeder og anden information til patient og pårørende. Bogen opbevares på stuen hos den enkelte patient med mindre andet taler imod dette.

## 2.2 Hverdagen på Neuroenhed Nord.

Du vil møde såvel nyuddannet personale samt personale med længere erfaring. Personalet arbejder med sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme, udredning, pleje og behandling ud fra nyeste viden, teori og godkendte forskningsresultater. Der er et højt kompetence og erfaringsniveau i personalegruppen.

På Neuroenhed Nord, Brønderslev er der personale med et udvidet ansvarsområde inden for Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Her kan du finde information om KRAM, [KRAM-screening og KRAM intervention for voksne](#). Derudover er der nøglepersoner som varetager området – Inkontinens.

Du vil opleve, at alle nødvendige tværfaglige kompetencer bruges, når patienten og de pårørende ved indlæggelse, under indlæggelsen og ved udskrivelsen skal opleve et sammenhængende og effektivt forløb. Er der ved udskrivelsen behov for hjælp i hjemmet, planlægges udskrivelsen i tæt samarbejde med primærsektoren.

Du vil møde følgende samarbejdspartnere:

- Læger
- Sygeplejersker
- Social- og sundhedsassistenter
- Lægeseekretærer
- Fysioterapeuter
- Ergoterapeuter
- Portører
- Bioanalytikere
- Diætist
- Talepædagog
- Neuropsykolog
- Socialrådgiver
- Visitator/Hjerneskadekoordinator
- Falck

Sygeplejepersonalet arbejder i mindre grupper, hvor patienterne møder så få personalemedlemmer som muligt. Alle patienter tildeles, indenfor 24 timer, en sundhedsfaglig kontaktperson. Her kan du læse om sundhedsfaglig kontaktperson:

[Sundhedsfaglig kontaktperson](#)

Afsnittet har kontaktpersonsystem, d.v.s. at der til patienten er knyttet et tværfagligt team, som fælles er ansvarlig for patientens rehabiliteringsforløb. Teamet består af 2 personer fra plejen, en ergo- og en fysioterapeut. Ud over dette indgår læger, talepædagoger, socialrådgiver, neuropsykolog samt diætist i udredning, behandling og rehabilitering af patienten. Sammen med patienten er teamet ansvarlig for, at målene for rehabiliteringen nås.

Som studerende vil du få mulighed for at følge et patientforløb i samarbejde med kontaktpersonerne. Du vil ikke opnå at blive selvstændig kontaktperson. Du vil kunne deltage/selvstændigt hjælpe med at udføre ADL (Activities of Daily Living) hos en tildelt patient. Derudover vil der være mulighed for at følge patienten til undersøgelser, træning, teammøder samt statusmøder, udskrivningskonference og hjemmebesøg. Alt sammen under hensyntagen til patienten.

### **2.3 Sygeplejefaglige problemstillinger**

Ofte er hele patientens livssituation ændret. Fra at have været i stand til at tage vare på eget liv, vil de fleste af patienterne nu fremover have brug for andres hjælp.

Problemerne kan bl.a. være:

- ændret fysisk formåen
- varierende grad af kognitive problemer
- ændret personlighed
- afvigelser i forhold til sanseindtryk (f.eks. nedsat syn, nedsat hørelse, ændret følesans)
- ændret rolle i familien/inddragelse af pårørende
- ændrede sociale relationer
- kommunikationsproblemer
- bolig- og indretningsproblemer pga ændringer i færdigheder (både fysiske, psykiske og sociale)
- sociale- og økonomiske forhold
- arbejdsforhold
- sorg/krise/depression
- svingende og evt. manglende motivation
- ændret seksualitet

Andre problemer/symptomer der kan påvirke rehabiliteringen kunne f.eks. være:

- smerter
- ernæringsproblemer
- obstipation
- inkontinens
- urinretention
- sygdomme i bevægeapparatet
- andre kroniske sygdomme – ex. diabetes
- tidligere sygdomsforløb

Andre problemstillinger kunne f.eks. være:

- vejledning og undervisning
- forebyggelse og sundhedsfremme
- sikre privatliv, intimitet og nærhed med nære pårørende
- omsorg for pårørende
- balance mellem omsorg og egenomsorg
- etiske
  - Når patienten ikke ønsker de pårørende inddraget i rehabiliteringsforløbet
  - Når de pårørende ønsker at beskytte patienten mod at kende sin diagnose, symptomer og prognose
  - Konflikter mellem pårørende
  - Når patient og eller pårørende er overbevist om, at tilstanden normaliseres og vi har erfaring for, at det gør den ikke
  - Manglende sygdomsindsigt, hvor den sygdomsramte fx kører bil, trods forbud
  - Det etiske dilemma som opstår, når det er nødvendigt at være konkret grænsesættende over for en patient, idet det ofte strider mod personalets etiske normer om respekt for det enkelte menneske og kommunikationens "spilleregler" - for det enkelte plejepersonale og teamet og monofagligt, flerfagligt og tværfagligt
  - Når en med en anden kultur rammes af en invaliderende sygdom
  - Problemer med at kunne tilbyde privatliv, intimitet og nærhed med nære pårørende
  - Når det er vanskeligt at opnå konsensus i det tværfaglige team





## 3.0 Bilag

### 3.1 Bilag 1 - ABC-Koncepterne

#### **Affolter:**

Dr. Felice Affolter, schweizisk, lærer, psykolog og logopæd.

Affolter har via sit arbejde med handicappede børn og voksne udviklet en teori "guidning i dagligdagens aktiviteter" (ADL) omkring mulighederne for at reorganisere hjernen efter en skade.

Teorien går ud på at genlære patienterne evnen til at problemløse dagligdagshandlinger ved hjælp af guidning. I Affolter modellen arbejdes der med 2 typer guidning:

#### ***Plejende guidning***

Her får patienten hjælp til at sanse og skelne egen krop fra omgivelser.

Bruges intensivt til: traumepatienter, komatøse personer, personer i opvågningsfasen, hyperaktive personer samt svært kognitive skadede personer.

#### ***Elementær guidning***

Guiding sikrer at patienten får information om både HVOR han er og HVAD han skal.

Bruges til hjerneskadede personer, der er i stand til selv at deltage i/overtage handling, når de guides

Felicie Affolter og hendes samarbejdspartner og medunderviser Walter Bishoffberger forsker stadig og modellen er under stadig udvikling.

#### **Bobath:**

Ægteparret Kerte og Karel Bobath (henholdsvis fysioterapeut og læge) startede allerede i 40'erne på at udvikle et koncept omkring hemiparetiske patienter. Konceptet går ud på at forebygge spasticitet og støtte og mobilisere normale holdnings-, balance- og bevægelsesreaktioner. De blev ved med at udvikle konceptet indtil deres død i 1991.

Der arbejdes ud fra 4 principper:

- Fremme samarbejdet mellem de to kropshalvdele
- Fremme symmetri
- Hæmme det spastiske mønster i at udvikle sig
- Fremme ligevægt og vægtbæring.

Den teoretiske ramme udvikles hele tiden og beriges fortløbende af ny information fra neurovidenskab og bevægvidenskaber.

#### **Kay Coombs:**

Har udviklet et koncept i tæt relation til Affolter og Bobath. Coombs koncentrerer sig om det fasio-oral-tractområde (behandling af ansigt, mund og svælg).

Hos en stor del af apopleksipatienterne ses der problemer i området ansigt / mund / svælg.

Coombs har udarbejdet behandlingsprincipper, som stimulerer dette område.

- Fødeindtagelse
- Rensning af mund / tænder
- Stimulering af ansigtsparesen

I F.O.T.T. - Facial Oral Tract Therapy, arbejdes der med grundprincipperne fra Bobath og Affolter koncepterne om at skabe forudsætninger for kroppens og ansigtets normale bevægemønstre. Konceptet anvendes til personer der har nedsat motorik, sensibilitet og perceptionsforstyrrelser i ansigt, mund og svælg.

## 3.2 Bilag 2 - Rehabiliteringsprocessen

### Rehabiliteringsprocessen er karakteriseret ved:

- Fokus på patientens hverdagsliv, dvs. på personlige aktiviteter og deltagelse i samfundslivet
- Indsatser, der inddrager patienten (f.eks. behandling, træning, compensation), men rettet også mod patientens omgivelser (f.eks. fysisk tilgængelighed, sociale miljøer, generelle holdninger).
- Patientorientering (der arbejdes på grundlag af patientens forståelse af situationen, vedkommendes betingelser og forudsætninger, og alle beslutninger tages af bøgeren i samråd med de involverede fagpersoner)
- Individorientering (der arbejdes på basis af den enkelte patients situation). Patientens pårørende inddrages, når situationen taler for det.
- Helhedsorientering (hele patientens fysiske, psykiske og sociale situation indgår ved udarbejdelse af løsningsmodeller, og alle relevante indsatser fra forskellige sektorer inddrages).
- Koordinering af den indholdsmæssige indsats, dels mellem de enkelte specialitydelser og dels mellem de involverede sektorer (rette indsats på rette tidspunkt).
- Tværfaglig indsats i teams, hvor patienten og eventuelle pårørende som centrum i teamfunktionen, giver de grundlæggende vigtigste bidrag.
- Planlægning med fastlagte mål, tidsrammer og med aftalt kontaktperson, der sikrer sammenhæng og patientsamarbejde i rehabiliteringsprocessen.
- Et dynamisk, fleksibelt og udviklingsorienteret forløb med kvalitetsstyring, evaluering og justering.
- Høj kvalitet og videns basering (f.eks. videnskabeligt grundlag) af de anvendte indsatser.

Kilde:

Rehabilitering i Danmark "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet"  
Rehabiliteringsforum Danmark, udgivet af Marselisborg Centret 2004