



Høringsvar fra Regionalt nettverk for traumatiske hodeskader

HØRINGSSVAR TIL HELSE NORDS RAPPORT: "BEHANDLINGSTILBUDET TIL ALVORLIG SKADDE PASIENTER – REGIONALT TRAUMESYSTEM FOR HELSE NORD"	1
KORT HISTORIKK OM NETTVERKET	2
OM HØRINGSSVARET	3
HVORDAN SKAL VI SIKRE OPTIMALE PASIENTFORLØP FOR TRAUMEPASIENTER, SLIK AT PASIENTEN RASKEST MULIG KOMMER FRA SKADESTED TIL DEFINITIV BEHANDLING?	4
<i>Casebeskrivelse – uhensiktsmessig tiltakskjede</i>	4
<i>Casebeskrivelse – godt fungerende tiltakskjede</i>	4
<i>Flaskehalsen i behandling av pasienter med alvorlig TBI</i>	5
<i>Transport mellom sykehus</i>	6
EKSEMPEL PÅ TILTAKSKJEDE – UNN NARVIK	6
BARN OG UNGE I REGIONEN	7
<i>Casebeskrivelse – ungdom under 16 år</i>	7
TILBUDET TIL BARN OG UNGE I REGIONEN	8
HELSE FINNMARK	8
UNN.....	8
NORDLANDSSYKEHUSET HF	8
HELGELANDSSYKEHUSET HF	8
HELSE FINNMARK	9
UNN.....	9
NORDLANDSSYKEHUSET HF	9
HELGELANDSSYKEHUSET HF	9
HELSE FINNMARK	10
UNN.....	10
NORDLANDSSYKEHUSET HF	10
HELGELANDSSYKEHUSET HF	11
STATPED NORD AVD. FINNMARK	11
STATPED NORD AVD. TROMS	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
STATPED NORD AVD. NORDLAND	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
REHABILITERING FOR PASIENTER MED ALVORLIG HODESKADE	11
<i>Betydningen av tidlig rehabilitering av pasienter med traumatisk hodeskade</i>	11
<i>Prinsipper for tidlig og intensiv rehabilitering:</i>	11
NETTVERKET'S FORSLAG TIL OPTIMALE PASIENTFORLØP FOR PASIENTER MED ALVORLIG TRAUMATISK HODESKADE	13

Regionalt nettverk for traumatiske hodeskader



Helse Nord RHF

8038 Bodø

Tromsø 18.10.10

Høringsvar til Helse Nords rapport: "Behandlingstilbudet til alvorlig skadde pasienter – regionalt traumesystem for Helse Nord".

Det regionale nettverket for traumatiske hodeskader ble etablert høsten 2007, og er et fagnettverk bestående av fagpersoner og brukerrepresentant.

Nettverket har tatt mål av seg å lage en rapport som beskriver status, utfordringer og forbedringsmuligheter for pasientgruppen med hodeskader i sin helhet, i forhold til pasientens behov for rehabilitering, helhetlig tenkning og planlagte tiltak. Nettverket ser dermed at vi kan bidra med viktige innspill i forhold til å synliggjøre at god traumeomsorg også inneholder et rehabiliteringsperspektiv.

Nettverket har ikke innsikt i alle sider av traumebehandling, men vi har god kunnskap om rehabiliteringstilbudene og utfordringene knyttet til pasientene med alvorlige hodeskader i helseregionen. Nettverket ønsker derfor å sette søkelys på nettopp behovet for å inkludere rehabiliteringstilbud i tenkingen om traumebehandling. Ved å samle kasuistikker vedrørende rehabiliteringsforløp har nettverket fått god innsikt i hva som er suksesskriteriene for at en lykkes hele veien fra skadested og til hjemmet.

Nettverket består pr oktober 2010 av følgende personer:

Deltakere	Arbeidssted
Nils Gunnar Kristoffersen	LTN, Galnåsmyra 23 b, 8022 Bodø
Einar Einarsen	Helgelandssykehuset Sandnessjøen, avd. for fys.med og rehab, 8920 Sømna
Berit Malmo	ART, Kirkenes sykehus
Roar Glefjell	UNN, avd. Harstad
Cathrine Labori	Barne- og ungdomsklinikken, UNN
Karianne Berg	Statped Nord, avd. Troms, Helsecenteret Sonjatun
Hanne Jacobsen	Valnesfjord Helseportssenter
Maren Beate Hansen	ART, Rehabiliteringsklinikken UNN

Kort historikk om nettverket

Regionalt nettverk for traumatisk hjerneskade kom i gang etter initiativ fra Helse Nord som en oppfølging av Handlingsplan for habilitering og rehabilitering. I november 2006 ble det arrangert en samling for ulike fagpersoner som jobber innenfor fagområdet traumatisk hjerneskade. Denne tverrfaglig sammensatte gruppen konkluderte samlingen med et ønske om å etablere et nettverk for region nord – traumatisk hjerneskade. Det ble opprettet en arbeidsgruppe som skulle utarbeide forslag til mandat og organisering. Nettverket er godkjent av Regionalt Helseforetak (RHF).

Nettverket har selv utarbeidet følgende mandat:

Nettverket jobber med utgangspunkt i at brukeren og deres pårørende er en ressurs og at brukeren er sentrum for sin rehabilitering.

Nettverkets hovedmål:

- nettverket skal, i samarbeid med brukerne, være med på å utvikle gode faglige retningslinjer og standarder etter nasjonale og internasjonale regler
- nettverkets arbeid skal baseres på modellutvikling på basis av brukererfaringer
- nettverkets arbeid skal formidles

Det ble tidlig besluttet å dele nettverkets arbeid med å utarbeide en rapport om rehabilitering i forhold til personer med hodeskader i tre faser:

1. Beskrive pasientgruppen.

Gi en oversikt over dagens tilbud.

2. Beskrive status og behov for dokumentasjon, kunnskap og kompetanse.
Beskrive utfordringer for forløp når det gjelder denne pasientgruppen.
3. Gi forslag til faglig begrunnede gode tiltakskjeder.
Gi konklusjoner og råd til Helse Nord om hvordan bedre pasientløpet.

Pr. oktober 2010 er nettverkets arbeid på vei over til fase tre, men dette arbeidet er ikke ferdigstilt.

Om høringssvaret

Helse Nord ber om svar på følgende spørsmål:

- Hvordan skal vi sikre optimale pasientforløp for traumepasienter, slik at pasienten raskest mulig kommer fra skadested til definitiv behandling?
- Hvordan skal kompetansebygging av personellet på skadested (både legevakt, bil- og luftambulanse) gjennomføres i praksis?
- Hvor mange traumesykehus skal det være i Helse Nord?
- Hvilke sykehus bør oppgraderes til traumesykehus?
- Hvordan skal kriterier for valg av traumesykehus vektlegges (eks. faglig, aktivitet, organisatorisk, transport, befolkning)?
- Hvilke krav med hensyn til tilgjengelighet/utrykningstid og kompetanse må stilles til luftambulansetjenesten ved et endret traumesystem?
- Kom gjerne med en konkret beskrivelse av hvordan behandlingen av en alvorlig skadd pasient, etter høringsinstansens mening, bør forløpe, fra skadested til definitiv behandling.

Nettverket ønsker først å gi en redegjørelse for den kartleggingen som vi har gjort med tanke på rehabiliteringstilbud til pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade. Vi peker både på hva som fungerer med tanke på optimale pasientforløp, og hva som medfører til at noen pasientforløp ikke kan kalles for optimale. Nettverket ser det som naturlig å tenke at pasientforløpene strekker seg videre enn til det som omtales som definitiv behandling.

Nettverket innehar ikke kompetanse til å gi noen uttalelse i forhold til kompetanseheving på skadested eller tilgjengelighet/utrykningstid.

Hvordan skal vi sikre optimale pasientforløp for traumepasienter, slik at pasienten raskest mulig kommer fra skadested til definitiv behandling?

Nettverket har brukt kasuistikker for å vise hvordan både en uhensiktsmessig og en hensiktsmessig tiltakskjede gir utslag i forhold til rehabilitering for pasienter med alvorlig hodeskade. I det følgende beskrives to kasuistikker helt kort og de blir kommentert underveis.

Casebeskrivelse – uhensiktsmessig tiltakskjede

Dette er en fiktiv case som representerer flere pasienter med nokså like forløp:

Mann i 20-årene som etter en trafikkulykke har pådratt seg en alvorlig traumatisk hodeskade. Mannen ble umiddelbart fraktet fra skadestedet i en liten kommune i Nord-Norge til UNN med helikopter. Intensivbehandlet ved UNN Tromsø, men blir overflyttet intensiv avdeling ved lokalsykehus pga plassmangel. Når pasienten er medisinsk stabil blir han overflyttet til medisinsk/kirurgisk/nevrologisk sengepost ved lokalsykehus. Lokalsykehus søker så pasienten til rehabilitering ved FMR, UNN.

Denne casen er et eksempel på et forløp der pasienten overflyttes mellom ulike sykehus i en ustabil og svært sårbar fase. Erfaring viser at dette lett fører til infeksjoner som i sin tur forsinker opptreningen. Pga sen søknad til rehabilitering kommer denne noe senere i gang enn i de tilfeller der rehabilitering starter i direkte linje fra intensiv/nevrokirurgisk avdeling. Stadige flyttinger mellom sykehus/avdelinger er belastende både for pasient og pårørende i en tidlig fase der spørsmålene er mange og behovet for kontinuitet stort.

Casebeskrivelse – godt fungerende tiltakskjede

20 år gammel kvinne som pådro seg en alvorlig traumatisk hjerneskade etter en ulykke i desember 2007. MR viste akutt subduralt hematom på venstre side, omfattende kontusjonsskader både i hjernestamme og cerebellum, i tillegg iskemiske forandringer. Pasienten ble umiddelbart kjørt fra skadested til UNN for intensiv og nevrokirurgisk behandling. Personale fra hodeskadeenheten ved fys.med og rehab ble tidlig involvert og bidro allerede mens pasienten var innlagt på intensiv avdelingen. Overført avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved UNN 6 uker etter skade og var innlagt der for primærrehabilitering i 5 mnd. Pasienten ble deretter overført til kommunal døgnrehabilitering, der hun fortsatt har tilbud. Hun har i løpet av denne perioden vært på

Sunnaas Sykehus for 2 ukers vurdering etter initiativ fra pårørende, og har også vært innlagt FMR ved UNN i 4 uker for sekundærrehabilitering. Pasienten ble henvist til Ambulant Rehabiliteringsteam (ART) mens hun var til primærrehabilitering. Man kom relativt tidlig i gang med planleggingsmøter der både sykehus, kommune, ART og pårørende deltok. ART har bistått i overføringen mellom sykehus og kommune og er fortsatt sterkt involvert i videre oppfølging. Særlig i forhold til trygderettigheter og arbeid mot overflytting fra døgnrehabilitering til omsorgsbolig.

Dette er et godt eksempel på et pasientforløp der overføringene mellom de ulike leddene i behandlingsskjeden har foregått så ”sømløst” som mulig. Ved å involvere ART og kommunen tidlig, har man i forløpet hatt et godt samarbeid og sikret overføring av informasjon og kunnskap. UNN har et regionalt ansvar for primær rehabilitering av de mest alvorlige skadene, og var i dette tilfellet også pasientens lokalsykehus. Dette kan ha medvirket til å unngå belastende transport mellom ulike sykehus i tidlig fase.

Flaskehals i behandling av pasienter med alvorlig TBI

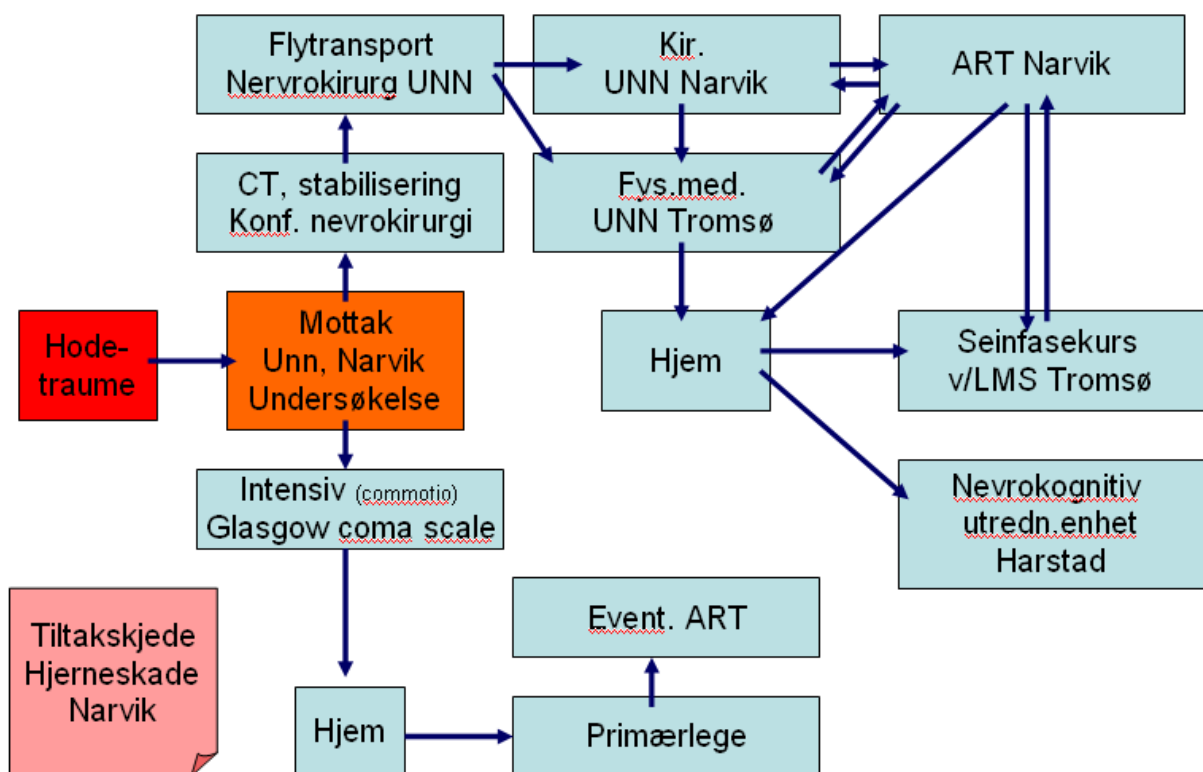
Arbeidsgruppen bak rapporten ”Et reddet liv skal også leves” definerte det som viktige prinsipper i rehabilitering av pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade ”*at pasienten kommer til rett sted til rett tid, at rehabilitering starter tidlig etter skaden og at forflytningene mellom de ulike leddene foregår så sømløst som mulig i en helhetlig behandlingsskjede*” (SHDIR 2005).

En flaskehals i rehabiliteringen av alvorlige traumatiske hjerneskader er perioder med lavdrift i sykehus og på rehabiliteringsinstitusjoner (sommer, påske, jul). Særlig sommertiden er av erfaring også sammenfallende med høyt antall skadde. Oversikter laget av Regional koordinerende enhet for Habilitering og Rehabilitering i Helse Nord for 2007 og 2008 viser at i enkelte sommeruker har kun 14 % av sengene innen døgnbasert spesialisert rehabilitering i helseforetaket vært åpne. Lavdriftsperiodene har de siste 2 årene strukket seg over opp til 8 uker om sommeren, 3-4 uker i påsken og 2-3 uker i julen, altså 13-15 uker i løpet av året. Slike lavdriftsperioder påvirker inntaket av nye pasienter lang tid i forveien og blir for enkelte pasienter styrende for lengden på oppholdet. For andre pasienter øker ventetiden for å komme inn til spesialisert rehabilitering.

Transport mellom sykehus

En annen følge av perioder med begrenset kapasitet i forhold til sengeplasser og/eller økt pågang av pasienter er transport mellom ulike sykehus. Dette er problematisert i Helse Nord's handlingsplan for habilitering og rehabilitering for 2004-2010. ”I perioder med uvanlig mange sterkt skadde må enkelte henvises til primær rehabilitering utenfor regionen. Et problem er transport til lokalsykehus, ofte i intensivfasen, men tilbakeflytting til AFMR UNN, Tromsø når pasienten kan nyttiggjøre seg rehabilitering” (Helse Nord rapport 2004). Erfaring viser at transport i en tidlig, og ofte svært sårbar fase kan føre til infeksjoner som i sin tur forsinker opptreningen. Stadige flyttinger mellom sykehus/avdelinger er belastende både for pasient og pårørende i en tidlig fase der spørsmålene er mange og behovet for kontinuitet stort. Disse pasientene kommer ofte senere i gang med spesialisert rehabilitering enn de som overføres i direkte linje fra nevrokirurgisk avdeling.

Eksempel på tiltakskjede – UNN Narvik



Figur 1: Tiltakskjede ved hodetraume, UNN Narvik

Barn og unge i regionen

Det kan se ut til at barn i alderen 15-18 er en spesielt utsatt gruppe. Mange barneavdelinger tar ikke imot barn over 15 år. De behandles derfor på avdelinger for voksne. Deres særskilte behov i forhold til for eksempel skole, sosiale aktiviteter m.v. kan bli underfokuset.

Casebeskrivelse – ungdom under 16 år

Gutten ble alvorlig hodeskadet i ulykke og umiddelbart bevisstløs. Akuttstatus viste hjernekontusjonsblødning (knusning), diffus aksonal skade og generelt substansstap. Redningshelikopter til lokalsykehus, kirurgisk avdeling. Dette aktuelle sykehuset har ikke barneavdeling.

I løpet av de første 6 månedene ble gutten sendt mellom lokalsykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) 6 ganger. På UNN var han de første innleggelsene på barneavdelingen. Fysioterapeuter fra fysikalsk-medisinsk rehabiliteringsavdeling bistod barneavdelingen med oppfølgingen. Etter 6 måneder og avisoppslag ble det ordnet plass på Sunnaas rehabiliteringssykehus. Mot slutten av oppholdet på Sunnaas hospiterte en av fysioterapeutene der og deltok i overføringen tilbake til UNN. Etter oppholdet på Sunnaas og senere på fysikalsk-medisinsk rehabiliteringsavdeling ved UNN ble han overført til hjemkommunen.

I kommunen hadde ambulanserehabiliteringsteam (ART) hatt møter med det kommunale tjenesteapparatet før gutten kom hjem. Fysioterapeut og skole var klar. På skolen var det klargjort for rullestol og hvile- og treningsrom var innredet. Det var avklart hvem som skulle ivareta guttens særskilte opplæringsbehov. Gutten ble også henvist til Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped Nord). I forbindelse med skolestart deltok ART og Statped Nord i veiledningen til lærere og elever. I den videre oppfølging av gutten, hans familie og nærmiljøet foretok ART og Statped Nord en arbeidsdeling. ART fulgte opp den medisinske delen av oppfølgingen, Statped Nord den pedagogiske. I den grad disse to områdene overlappet hverandre hadde ART og Statped Nord avklaringer seg imellom. Det ble opprettet samarbeidsavtaler med kommunen.

Denne saken var med på å synliggjøre behovet for en akuttberedskap for barn i regionen. Saken pekte også på en annen svakhet i systemet: mangelen på rehabiliteringssteder for barn

fra region nord. Nettverket har derfor sett det nødvendig å kartlegge hvilket tilbud som er for barn i region nord.

Tilbudet til barn og unge i regionen

Nettverket har kartlagt det tilbudet regionen har for aldersgruppen under 18 år. Som oversikten viser kan det se ut til at gruppen unge mellom 16 og 18 år faller mellom to stoler – de er verken barn eller voksne. Det gir en usikkerhet i forhold til hvem som skal følge opp disse ungdommene.

Barneavdelinger / poliklinikker

Foretak/sykehus	Alder	Kommentar
Helse Finnmark		
Hammerfest - Barneavdeling	0-16 år	Dekker Finnmark fylke
Kirkenes - Barnepoliklinikk		Ambulerer fra Hammerfest – oppfølging
UNN		
Tromsø – Barneavdeling	0-15 år	Regionalt ansvar
Harstad	0-16 år	Barnepoliklinikk – oppfølging
Narvik		
Nordlandssykehuset HF		
Bodø - Barneavdeling	0-15 år	Dekker Nordland fylke
Bodø - Barnepoliklinikk		Oppfølging
Vesterålen - Barnepoliklinikk		Oppfølging
Lofoten		
Helgelandssykehuset HF		
Sandnessjøen – med.avd		2 barnesenger
Sandnessjøen – Barnepoliki.		
Mo i Rana – med.avd		Tar imot barn, ikke THS
Mo i Rana - Barnepoliklinikk		Oppfølging
Mosjøen -		

Rehabiliteringstilbud

Foretak/sykehus	Alder	Kommentar
Helse Finnmark		
Hammerfest		
Kirkenes - FMR	16 år	Dekker Finnmark fylke. Tar imot THS hvis ikke plass UNN osv
UNN		
Tromsø Breivika - FMR	16 år	Det pågår / er avsluttet en diskusjon mellom barneavd/FMR om tilbudet til disse pas. Venter på svar fra UNN vedr dette
Tromsø Mellomveien	16 år	
Harstad - FMR		
Narvik		
Helsesenteret Sonjatun, Nordreisa		Underlagt UNN og gir tilbud til THS fra Nord-Troms regionen ved behov
Nordlandssykehuset HF		
Bodø - Nevrologisk avd	16 år	
Bodø – kirurgisk avd.		Tar imot barn med hodeskade/brannskade
Vesterålen		
Lofoten		
Helgelandssykehuset HF		
Rehabilitering Sandnessjøen	16 år	Tar imot THS hvis ikke plass Bodø, Tromsø osv
Rehabilitering Sømna	16 år	Tar imot THS hvis ikke plass Bodø, Tromsø osv
Mo i Rana		
Mosjøen		
Andre institusjoner		
Opptreningscenteret i Finnmark		Ikke THS

Nordtun HelseRehab		Ikke THS
Salangen HelseRehab		Ikke THS
Skibotn Rehab.senter		Ikke THS
Nord-Norges kurbad	> 16 år	Ikke THS
Valnesfjord helsesportsenter	7-20 år	Tilpasset fysisk aktivitet

Ambulante RehabiliteringsTeam (ART)

Foretak/sykehus	Alder	Kommentar
Helse Finnmark		
ART - Kirkenes	Fra ca 18 år	Oppfølging Aldersgrensen er fleksibel nedad, vurderes i hvert enkelt tilfelle, evt samarbeid Hab - ART.
UNN		
ART - Tromsø	Fra 18 år	Har hatt pasienter i 15- 16 års alderen.
ART - Narvik	Fra 18 år	Hab.team med målgruppe også barn. Hab. Harstad har og barn som sin målgruppe på oppfølging, og det samme mener jeg at Stokmarknes har.
Nordlandssykehuset HF		
ART – Lofoten	Fra 18 år	Oppfølging I "gråsonen" blir dette et vurd.spørsmål der vi samarbeider med hab. Barn får tilbud hos hab., ungdom blir et vurd.spørsmål. Samarbeid mellom Hab og ART vurderes i hvert enkelt tilfelle.
ART – Vesterålen	Fra 18 år	Oppfølging Under 18 år – tilbud fra hab.tjenesten. Samarbeid mellom Hab og ART vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Helgelandssykehuset HF		
ART - Helgeland	Fra 18 år	

Statped Nord

Virksomhet	Alder	Kommentar
Statped Nord	Alle, forutsatt at bruker har rettigheter etter opplæringsloven.	Tilbyr individ- og systemrettet spesialpedagogisk rådgivning ved store, sammensatte vansker. Fagområdene er blant annet syn, hørsel, språk, ervervet hjerneskade og store og sammensatte lærevansker. Samarbeider tett med Øverby kompetansesenter.

Rehabilitering for pasienter med alvorlig hodeskade

Betydningen av tidlig rehabilitering av pasienter med traumatisk hodeskade

Tidlig rehabilitering er de rehabiliteringsrettede tiltak som iverksettes snarest mulig etter intensivfasen, og som strekker seg fram til den spesialiserte, mer treningspregede og koordinerte rehabiliteringen kan overta. Hvor lang tid dette tar vil variere fra individ til individ. Rehabiliteringen starter i direkte linje fra akuttavdelingen. Hvilket avdelingsopphold det vil foregå under, vil variere med organisatoriske løsninger for håndtering av pasienter med alvorlig hjerneskade. I en tidlig eller subakutt fase er det sentralt å understøtte spontanbedring. I det helt tidlige stadium vil rehabiliteringsrettede tiltak hovedsakelig innebære målrettet stimulering. Vi vet i dag ikke om prognosen bedres dersom akuttbehandling og tidlig rehabilitering foregår i spesialiserte enheter, fordi gjennomførte studier ikke er tilstrekkelige, men betydningen er dokumentert ved hjerneslag.

Prinsipper for tidlig og intensiv rehabilitering:

1. Alle med traumatisk hjerneskade får en sjanse, uavhengig av alvorlighetsgrad.

2. *Rehabiliteringen starter så tidlig som mulig, i direkte linje fra akuttavdeling.*
3. *Definerte rehabiliteringsmodeller.*
4. *Rehabiliteringen er intensiv.*

Start av rehabilitering så tidlig som mulig, innebærer at rehabiliteringstiltakene begynner så snart pasienten er medisinsk stabil, og den medisinske tilstanden tillater rehabiliteringstiltak. Pasienten kan fortsatt være uten bevissthet. De kriterier som benyttes er følgende:

- Pasienten skal være selvpustende
- Pasienten skal være sirkulatorisk stabil.

Mange pasienter med alvorlig hjerneskade vil fortsatt være uten bevissthet og i en medisinsk sett, mer eller mindre ustabil tilstand. Faren for komplikasjoner er også fortsatt stor. Funksjonen må derfor realiseres innenfor en enhet som kombinerer rehabiliteringsrettet kompetanse med akuttmedisinsk kompetanse. Et viktig forhold i denne sammenhengen er at prognosen og muligheten til å nyttiggjøre seg spesialisert rehabilitering kan være vanskelig å fastslå på et tidlig tidspunkt ved alvorlig hjerneskade. Pasienter kan være komatøse over lengre tidsrom. Likevel viser det seg at mange har muligheter for å våkne opp og gjenvinne mye av funksjonsevnen. Det er derfor viktig at alle pasienter av denne kategori gis tilstrekkelig tid, slik at det kan gjøres en adekvat vurdering av rehabiliteringspotensialet. Den avsluttende vurderingen bør gjøres i rehabiliteringsenheten.

Det er en økende aksept for at prinsippet om tidlige og intensive rehabiliteringstiltak er viktig for pasienter med alvorlig, traumatisk hjerneskade. De danske behandlingsmiljøene legger vekt på at treningen skal være intensiv og foregå på døgnbasis. Sentrene er bemannet for å kunne gi tilbud om rehabilitering både dag, kveld og i helger. Fysioterapeuter og ergoterapeuter arbeider i turnus. For eksempel er Hammel Neurosenter et sykehus med tilbud om tidlig og intensiv rehabilitering. De har en gjennomsnittlig liggetid på 49 dager, før videre rehabilitering på fylkesnivå.

Kognitive, emosjonelle og atferdsmessige endringer vil i en del tilfeller ha varig innvirkning på personens forutsetninger for livsutfoldelse og samfunnsdeltakelse. Tidlig og presis kartlegging av problemområder, etterfulgt av målrettet og forløpstilpasset behandling, er av sentral betydning i rehabiliteringen av personer med traumatisk hjerneskade. Tilpasning til en

endret tilværelse tar tid. Hovedvekten har vært lagt på den fysiske rehabiliteringen framfor den kognitive. Kanskje forklarer dette hvorfor det er behovet for kognitiv og psykisk rehabilitering som trekkes mest frem i ettertid.

Ved svært komplekse skader er mange spesialister involvert. Det gir et stort behov for koordinering av tilbudene og er en kostbar rehabilitering. Samtidig kan tidlig rehabilitering redusere avhengighet av andre.

Nettverkets forslag til optimale pasientforløp for pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade

På bakgrunn av den kartleggingen som nettverket har gjennomført er vi av den oppfatning av at pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade bør raskest mulig fakes til UNN Tromsø. Bakgrunnen for dette er det pr år er relativt få pasienter i helseregionen som pådrar seg en alvorlig traumatisk hodeskade. Dette innebærer at pasientgruppen har behov for en type kompetanse i alle ledd som det nødvendigvis ikke er mulig å bygge opp ved alle sykehusene i regionen. Tidlig rehabilitering for denne pasientgruppen må anses å være en høyspesialisert virksomhet. Nettverket vektlegger mulighetene for å bygge opp og videreutvikle denne typen spisskompetanse ved et sykehus, fremfor å ”klatte” litt kompetanse ut over hele regionen.

Rehabiliteringsprosessen er et teamarbeid, og pasientenes muligheter for å få et liv med innhold, kvalitet og mestring avhenger av hvilken totalløsning som kan tilbys dem. Dette innebærer også et sterkt fokus på etablering av tilbud for den enkelte ved hjemkomst. Helse Nord har seks ambulante rehabiliteringsteam (ART) som kan bidra med råd og veiledning i forhold til rehabilitering. De ambulante teamene jobber både på system og individnivå. Teamene er lokalisert slik i Helse Nord: Kirkenes sykehus, UNN Tromsø, UNN Narvik, Stokmarknes, Leknes og Sandnessjøen. Det er i tillegg planer om å starte et ART ved sykehuset i Bodø. Det er også etablert et team i Mo.

For pasientene og pårørende, er det viktig at prehospitale tjenester, akuttbehandling, nevrokirurgi og rehabilitering ses på som en totalløsning. Nettverket ser viktigheten av samarbeid mellom de nevnte avdelinger med tanke på å lage klare retningslinjer for

håndtering av pasienter med alvorlig hodeskade fra prehospital og til rehabilitering. Herunder ”nødløsninger” til bruk ved lav kapasitet på intensiv, nevrokirurgi eller rehabilitering.

Styret for Helse Nord RHF vedtok i møte den 17.11.2004 Styresak 79/2004 **Handlingsplan for Habilitering og Rehabilitering 2004-2010.**

På side 39 pkt 5.10 finner en følgende målsettinger:

”Pasienter med hodeskader

1. Rehabilitering av pasienter med hodeskader bør bli ett økt satningsområde.
2. UNN HF skal ha regionfunksjon for primær rehabilitering av alvorlige hodeskader, denne hodeskadeenheten bygges ut til 5-6 senger.
3. Oppfølging av pasienter etter overflytting eller utskrivning kan foretas med alle HF.
4. Pasienter med lettere hodeskader får tilbud om rehabilitering ved Avd. for Fysikalsk- og Rehabiliteringsmedisin Nordlandssykehuset i Bodø.

Det bør bygges opp et intermediært tilbud mellom akuttavdeling og rehabiliteringsenheten ved UNN for å starte rehabilitering så tidlig som mulig og samtidig unngå ugunstige transporter til/fra lokalsykehus etter akuttbehandling.”

Nettverket ser nødvendigheten av at det etableres et intermediært tilbud til pasientene med alvorlig traumatisk hodeskade, slik at den nødvendige, og tidkrevende, rehabiliteringsprosessen kan begynne så tidlig som mulig.