



Stockholm 2023-01-23

Remissvar Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Traumatisk hjärnskada

Vi har tagit del av detta utförliga dokument som skrivits med tydlig utgångspunkt i patientens och närståendes komplexa behov av vård.

Det är glädjande med den multiprofessionella arbetsgruppen som involverar flera specialistsjuksköterskor med hög akademisk grad och klinisk förankring.

Betydelsen av omvårdnad får gärna framkomma tydligare i vårdförloppsbeskrivningen, eftersom:

1. Utan omvårdnaden så går det inte att rehabilitera många av dessa patienter - basala kroppsfunktioner behöver optimeras för att rehabilitering ska äga rum.
2. Observationer behöver ofta göras och dokumenteras över hela dygnet för att fånga upp och agera på/korrigera för fluktuationer i mående/status. "Ögonblicksbilden" vid tester/träning är sällan tillräcklig.
3. För effektiv rehabilitering behövs mängdträning och fördelning över dygnets vakna timmar kan krävas för att få balans mellan aktivitet och vila. Mycket av patientens rehabilitering sker därför genom ett rehabiliterande förhållningssätt i "vardagliga omvårdnadssituationer".

Specifika förändringsförslag:

Tabell 1

Under patientens åtgärder står det upprepade gånger att patienten ska "lämna samtycke" – borde det inte stå "ta ställning till samtycke" istället?

F2 Sid 18 resp F3 sid 21 – "Förebygg, identifiera förekomst av och hantera" – saknas/lägg till "utred bakomliggande orsak" före hantera. Punktlistan växlar mellan problem och uppmaningar och somliga punkter beskriver åtgärder och andra inte. Bättre att vara konsekvent. Om problem listas - byt t ex nutritionsstatus till undernärringsrisk, blåsfunktion till blåsdysfunktion, sömn och dygnsrytm till störd sömn- och dygnsrytm o s v.

Stycke G1 sid 19

Stycket börjar med en punktlista "utför i akutskedet upprepad bedömning av". Vi anser att sista punkten "försämring i kognitiva funktioner, till exempel RLS, GCS, motorisk oro....." hör ihop med första punkten, "medvetandegrad GCS alternativt RLS...". Dessa två punkter skulle gå att skriva ihop. Ett förslag är också att fokalneurologi lyfts ut ur första punkten och får en egen punkt. Bedömning av medvetandegrad, fokalneurologi och pupiller bör vara de tre första punkterna.

Längre ner i samma stycke punktats det upp vilka indikationer som kan föranleda överflyttning till neurokirurgisk- neurointensivvårdsavdelning. I punkt två står **nyttillkommen allmän försämring**. Det är ett diffust begrepp och exempel på detta skulle göra det tydligare.

Vi känner inte igen att patienter som försämras tex cirkulatoriskt, med bibehållen neurologi flyttas från allmän-IVA till NIVA. Eventuellt skulle sista punkten ”progredierande neurologiska symtom” kunna stå först, då det väl är den främsta orsaken till överflytt till neurokirurgisk- neurointensivvårdsavdelning.

F3 sid 21 – erbjuda stöd vid ohälsosamma levnadsvanor kan läggas till i punktlistan.

Sid 23. Beskrivningen av omvårdnadsåtgärder vid ineliggande rehabilitering märkligt kort – fyra kortfattade punkter nämns och ska dessa bara ses över?

Omvårdnaden är en del av/en förutsättning för den ineliggande rehabiliteringen. Omformulera gärna och beskriv omvårdnaden som behöver bedömas och åtgärdas (se förslag ovanför gällande riktlinjens beskrivning av omvårdnadsbehov).

Sid 45 3.3 Arbetsprocess. Beskriv gärna när arbetet inleddes – tidsperioden saknas

C5 Sid 53

Är beta-transferrin samma sak som beta-trace?

Oili Dahl ordförande Svensk sjuksköterskeförening

Sandra Månsson sakkunnig Svensk sjuksköterskeförening

Karolina Krakau Nätverket för rehabiliteringssjuksköterskor

Ing-Marie Larsson ordförande Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård

Lotta Johansson specialistsjuksköterska sakkunnig Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård

Linda Lejon specialistsjuksköterska sakkunnig Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård