



Sundbyberg den 13 februari 2023

## Remissyttrande avseende vårdförloppet traumatisk hjärnskada (THS), vårdriktlinje lätt THS (vuxna) samt vårdriktlinje medelsvår/svår THS (vuxna och barn)

Remissvaren lämnades in den 10 februari 2023 via tre formulär som tagits fram av *Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, SKR*, för att kommentera respektive remissunderlag. Rubrikerna nedan följer formulärens struktur.

### Vårdförloppet traumatisk hjärnskada

#### Vårdförloppets åtgärder

Vi välkomnar att behov av anpassad kommunikation lyfts i samband med vård och rehabilitering efter THS. Vid anpassningen av kommunikation kan det ibland behövas tillgång till hjälpmedel eller specialistkunskap för att kunna kommunicera på bästa möjliga sätt. Det är bra att hänvisa till samtalsmodeller och -tekniker som kan användas av olika yrkeskategorier. Samtidigt skulle vi vilja se att logopedernas specialistkompetens nämns – dels för att logopeden kan behöva ge insatser, dels för att hen har kompetens att handleda annan vårdpersonal för en optimal användning av kommunikationshjälpmedel etc.

Vidare skrivs i detta kapitel att kognitiva nedsättningar efter en THS kan leda till att personen tappar förmågan till ”insikt”. Vi menar att ordvalet är olyckligt då det inte är förenligt med en jämställd relation så som den mellan vårdpersonal och patient bör vara. *Läs mer i vår kommentar under 1.7.*

Tabell 1 – Patientens aktiviteter, punkt 2: Berätta om tidigare sjukdomar *och skador, särskilt skullskador*, samt ... (Lägg till kursiverat text.) Informationen är viktig då tidigare skullskador kan påverka återhämtningen och eventuellt leda till långvariga besvär.

Tabell 1 – A3.2: Vad betyder ”indirekt trauma”? Konkretisera gärna så att så många som möjligt kan förstå vad som menas.

Tabell 1 – F2/punktlista: Lägg till *behov av hjälpmedel för att upprätthålla eller förbättra rörlighet*

Tabell 1 – F3/Information och stöd: Ge stöd och information till vårdnadshavare och/eller närstående .... Lägg till: *Om närstående behöver stöd kan exempelvis vårdcentralen hjälpa till med samtalsstöd. Kommunen kan ofta erbjuda stöd via anhörigkonsulenter.*

Tabell 1 – F3. (borde stå G3) Omvårdnadsåtgärder och rehabiliteringsåtgärder: Ibland nämns neuropsykolog som en profession i rehabiliteringsteamet, ibland inte. Det är oklart när specialistkompetens alternativt vanlig psykologkompetens behövs.

Tabell 1 – G3. Omvårdnadsåtgärder och rehabiliteringsåtgärder/ Förebygg, identifiera förekomst av och hantera/punkt 12 i listan: Oklart om det handlar om hantering, utprovning eller förskrivning av ortoser.

Tabell 1 – I. Åtgärder vid inneliggande rehabilitering: Vi efterlyser en mer konkret formulering när det handlar om teambaserad rehabilitering. Ska den vara multiprofessionell och/eller interdisciplinär? Varför används inte begreppet multimodal rehabilitering? Det finns forskning som visar att multimodal rehabilitering kan ha en positiv effekt på patientens självständighet och återgång i arbete. (Katarina Eklund, Britt-Marie Stålnacke, Gunilla Stenberg, Paul Enthoven, Björn Gerdleand Klas-Göran Sahlén: A cost-utility analysis of multimodal painrehabilitation in primary healthcare. In: Scandinavian Journal of Pain, oktober 2020)

Teambaserad rehabilitering återkommer på flera ställen i texten. Eftersom det kan tolkas på olika sätt är ett förtydligande önskvärt.

Tabell 1 – J2. Vid medelsvår eller svår traumatisk hjärnskada: Här vore det önskvärt att förtydliga på vilket sätt lokala förutsättningar kan påverka möjligheten att få regelbundna uppföljningar på specialistnivå och vilka andra alternativ som står till förfogande, exempelvis remiss till specialistmottagning i en annan region.

Tabell 1 – L3. Identifiera behov av intyg och samordning: I vårdförloppet borde det finnas information om alternativ till kontakt med hjärnskadekoordinatören som än så länge enbart finns på få ställen i landet.

Tabell 1 – L 6. Dokumentera, utfärda remisser och intyg/punktlista: Vi saknar hjälpmedel vid nedsatt rörlighet.

Tabell 1 - M1. Vid lätt traumatisk hjärnskada: Formuleringarna i sista punkten är otydliga. Vem ska göra en fördjupad bedömning av vuxna som inte blir av med sina besvär? Varför finns inga hänvisningar till specialistnivå? ”Adekvat kompetens” och ”teambaserat” arbetssätt lämnar för stort utrymme för olika tolkningar. Risken finns att personer med bestående besvär inte får det stöd de behöver.

Tabell 1 -O. Åtgärder enligt rehabiliteringsplanen: För att optimera behandlingsutfall vill vi gärna se att multimodal rehabilitering lyfts in här, se även kommentarerna ovan, Tabell 1 – I.

## Personcentrering och patientkontrakt

Vi vill föreslå att ersätta ”bristande sjukdomsinsikt” med en mer neutral formulering. Ordvalet är olyckligt eftersom det kan uppfattas som nedlåtande och är inte förenligt med en jämställd relation så som den mellan vårdpersonal och patient bör vara. Bristande sjukdomsinsikt innebär för patienten att hamna i ett underläge och kan leda till skuld känslor för besvär som uppkommit på grund av skadan. Bristande sjukdomsinsikt skulle kunna ersättas med *svårigheter att förstå följderna av skadan.*

Det är bra att lyfta närståendes behov och vikten av att ta hänsyn till det. Avsnittet skulle kunna kompletteras med var närstående kan få stöd, exempelvis: *Om närstående behöver stöd kan exempelvis vårdcentralen hjälpa till med samtalsstöd. Kommunen kan ofta erbjuda stöd via anhörigkonsulenter.*

## Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

Figur 2: Vi konstaterar att de identifierade utmaningarna (gällande vuxna med lätt traumatisk hjärnskada) inte omfattar arbetsgivarnas ansvar att underlätta återgång i arbete, att söka stöd för anpassningarna (via Försäkringskassan) samt att genomföra dem. Vi anser att en del arbetsgivare behöver öka sitt engagemang när det handlar om arbetsplatsinriktad rehabilitering.

## Appendix – D. Case managementmetod och hjärnskadekoordinator

Kommentar avseende evidensläge:

Eftersom det i nuläget saknas studier med bra evidens borde erfarenhetsbaserad kunskap i större utsträckning vägas in i kunskapsläget. Det skulle underlätta att skapa fler tjänster för hjärnskadekoordinatorer och öka möjligheter att få samordning i rehabiliteringen efter hjärnskadan. Vi tror att det kan förbättra effekten av rehabiliteringen och i förlängning leda till ett bättre och mer självständigt liv efter en THS. Samtidigt skulle en sådan satsning på sikt generera underlag för forskning som kan leda till ett bättre evidensläge.

Vi menar att väntan på evidens inte får ske på bekostnad av personer som lever med följderna efter en hjärnskada. Det är viktigt att dessa personer som ofta har en sämre kognitiv förmåga erbjuds ett gott stöd när det gäller samordning av rehabiliteringen. Att investera i en god rehabilitering kan i det långa loppet minska kostnaderna för samhället.

## Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning – Etiska aspekter

Andra stycket

Rekommendationerna i vårdförloppet och riktlinjerna är bra och välbehövliga men tyvärr finns det olika förutsättningar i regionerna att förverkliga förslagen.

Vi menar att det kan behövas en diskussion om en eventuell centralisering av vård och rehabilitering efter måttlig till svår hjärnskada samt vid långvariga besvär efter alla typer av THS. Att remittera oftare till specialisterheter utomläns – om kompetensen inte finns i hemregionen – skulle också kunna skapa bättre förutsättningar för en personcentrerad rehabilitering på rätt vårdnivå. Både centralisering och remittering kan vara effektiva verktyg för att göra rehabilitering efter THS mer jämlik. Vi ser även ett stort behov av konsultativa specialistinsatser inom primärvården för att säkerställa att det även på vårdcentraler finns god kompetens om rehabilitering av komplexare tillstånd efter THS.

Vi ser positivt på att behovet av specialiserade team betonas i vårdförloppet och riktlinjerna. I vårt påverkansarbete har vi länge påtalat bristen av teambaserad rehabilitering som vi helst vill se i multimodal form.

## Verksamhet och organisation

### Ledning och styrning

Vi håller med att det är viktigt att primärvården organiseras på ett sätt som möjliggör teambaserad rehabilitering där olika professioner samverkar. Utöver det ser vi även gärna interdisciplinärt samarbete. Här skulle vi också vilja lyfta behovet av att generellt öka primärvårdens kunskaper om rehabilitering.

## Vårdriktlinje lätt THS (vuxna)

### Uppföljande läkarbesök

#### Andra stycket

Vad exakt ska annan sårbarhet betyda? Kan det handla om exempelvis nackbesvär eller nackskada?

### Anamnes

#### Bakgrundsfaktorer, punktlistan: Våldsutsatthet

Hur frågar man om våldsutsatthet? Här saknar vi länkar till material som kan handleda vårdpersonalen som behöver stöd.

### Bedömning och åtgärder

#### Andra stycket efter "Ge patienten anpassade råd om"

Utfärda vid behov sjukintyg eller intyg för anpassning av studiesituation. Lägg till: *eller arbetsplats*.

### Behandling och rehabiliteringsinsatser

#### Hjärntrappan

Det är problematiskt att riktlinjerna hänvisar till Hjärntrappan eftersom den saknar evidens. Vi skulle hellre vilja se att man mer generellt betonar vikten av tidig gradvis aktivitet – under förutsättning att de patienter som får nya symtom eller upplever en försämring fångas upp av

rehabiliteringen. Vården bör erbjuda skriftlig information på lättläst svenska vad en försiktig aktivering efter en lättare hjärnskada innebär och när patienten behöver söka vård igen.

## Vårdnivå

Fördjupad bedömning efter insatser på vårdcentralen föreslås ske ”på en enhet med adekvat kompetens och där man arbetar teambaserat”. Här är det önskvärt med tydligare formuleringar. Vad menas med adekvat? Vilka professioner ska ingå i teamet?

## Vårdriktlinje medelsvår/svår THS (vuxna och barn)

### Bakgrund

#### Fjärde stycket

Varför nämns inte neuropsykolog som resurs inom rehabilitering efter medelsvår/svår hjärnskada? I vårdförloppet och riktlinjerna förekommer resurserna psykolog och neuropsykolog. Vi har inte kunnat se en konsekvent användning av respektive yrkeskategori kopplad till vissa insatser eller åtgärder. Det är önskvärt med en tydligare beskrivning vilken kompetens som vårdförloppet/riktlinjerna syftar till.

Konkretisera gärna vad samordnad teambaserad rehabilitering ska innefatta.

### Utredning och bedömning

#### Rekommendationer vid läkarbesök

Vi ställer oss frågande till att rehabiliteringen efter en medelsvår /svår hjärnskada enbart *initialt* ska ske på hos specialist i rehabiliteringsmedicin. Hur länge är initialt och är målet att primärvården ska ta över? Vi befår att primärvården inte har de kunskaper som behövs för att rehabilitera patienter efter en medelsvår/svår hjärnskada, vilket kan innebära en risk för sämre behandlingsutfall och i förlängning ett liv med större bestående svårigheter.

## Vårdnivå

Se kommentar under 4. Utredning och bedömning

Kontakt:

[marina.carlsson@rtp.se](mailto:marina.carlsson@rtp.se), förbundsordförande – [astrid.kallstrom@rtp.se](mailto:astrid.kallstrom@rtp.se), kommunikatör