

Beslutning om behandlingssted - pasienter med alvorlig og kompleks neurologisk tilstand

Gjelder for: []
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 26.11.2025

1. HENSIKT

Retningslinjen/Prosedyren skal redusere risiko for uønsket variasjon og legge til rette for en forsvarlig beslutningsprosess for valg av behandlingssted for pasienter med alvorlig og kompleks neurologisk tilstand, som følge av indremedisinsk sykdom eller skade, etter medisinsk ferdigbehandling.

Prosedyren skal sikre at riktig behandlings- og rehabiliteringsnivå velges gjennom en tverrfaglig, dokumentert vurdering, slik at den enkelte pasientens behov ivaretas best mulig.

2. ANSVAR

Pasientansvarlig lege (PA)

- Identifiserer aktuelle pasienter og initierer prosessen.
- Bestiller nødvendige tverrfaglige tilsyn
- Innkaller til tverrfaglig møte (MDT) og sørger for at beslutning dokumenteres og iverksettes.

Involverte fagområder (Nevrologi, Fysikalskmedisin- og rehabilitering(inkludert - nevropsykolog, logoped, klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapi, ergoterapi, sosionom,) Intensiven m.fl)

- Utfører fysiske tilsyn, kartlegger funksjonsnivå, vurderer behov og dokumenterer dette i journal
- Deltar aktivt i tverrfaglig møte (MDT)

Fagdirektør

- Avgjør ved uenighet mellom fagområder og dokumenterer sin beslutning i pasientens journal.

Seksjonsleder/Avdelingssjef

- Legger til rette for at fagpersoner kan gjennomføres fysiske tilsyn og delta i MDT.
- Legger til rette for at beslutning kan gjennomføres i praksis(forsvarlig bemanning, kompetanse, utstyr ets)

3. FREMGANGSMÅTE

1. Pasientansvarlig lege (PA) identifiserer aktuelle pasienter

Identifisering av pasient: Gjelder pasienter med alvorlig og kompleks neurologisk tilstand etter indremedisinsk sykdom eller skade, som er medisinsk ferdigbehandlet - Hjertestans med cerebral hypoperfusjon, hypoksisk hjertestans (strangulasjon, hemoptyse, aspirasjon etc.)

- Hypoglykemisk hjerneskade (insulinintoks, anoreksi med langvarig bevisstløshet)
- Intoksikasjon/polyfarmasi
- Encefalopati, myelitt eller embolisk slag ved AF/endokarditt
- Tromboemboliske komplikasjoner etter TAVI eller annen invasiv prosedyre
- Kardiogent sjokk/lungeødem med cerebral hypoperfusjon
- Alvorlig bradykardi/asystoli med synkope og påfølgende hodetraume

2. PA bestiller tilsyn fra relevante fagområder.

- Det skal i tilsynsforespørsel tydelig fremkomme at det omhandler en pasient som faller inn under prosedyre.
- Det gjennomføres fysisk tilsyn med kartlegging/vurdering av funksjon (bevissthetsnivå, motorikk, kommunikasjon, svelg/ernæring, respirasjon ets.) og potensiale for rehabilitering. Dette dokumenteres i pasientens journal.

3. Tverrfaglig møte (MDT)

- Initieres av PA og avholdes snarest etter at tilsyn er utført (fortrinnsvis innen 48 timer).
- Deltakere: PA + aktuelle fagområder.
- Mål: Enes om videre behandlings- eller rehabiliteringssted.
- Beslutning journalføres i pasientens journal med kort begrunnelse.

4. Ved uenighet

- Dersom enighet ikke oppnås så skal dette dokumenteres og saken løftes til fagdirektør for beslutning.
- Endelig beslutning dokumenteres i journal.

5. Informasjon til pasient/pårørende

- Pårørende informeres om vurdering, beslutning og videre plan.
- Samtykkekompetanse vurderes, og eventuelle behov for vergemål eller tvangsvedtak håndteres etter gjeldende prosedyrer.

6. Effektuering av beslutning

4. GENERELT

Tidlig og spesialisert rehabilitering bedrer prognose og reduserer komplikasjoner ved alvorlige og komplekse nevrologiske tilstander. Pasienter med slike tilstander bør, etter akuttfasen og etter at medisinsk behandling er ferdig, ivaretas på enhet med tverrfaglig og spesialisert kompetanse.

5. INTERNE REFERANSER

6. EKSTERNE REFERANSER

[Fysikalsk medisin og rehabilitering. Prioriteringsveileder - Helsedirektoratet](#)

7. VEDLEGG