

Samverkanskonferens med äldre i fokus 25-09-30

**Personcentrerat och
sammanhållet vårdförlopp
stroke och TIA**

**Åsa Rejnö, nationella och regionala arbetsgruppen för stroke
Leg sjuksköterska, docent i omvårdnad**

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Kunskapsstyrningen –

Samverkan för en mer
kunskapsbaserad, jämlik och
resurseffektiv vård

EN SAMMANHÅLLEN STRUKTUR FÖR KUNSKAPSSTYRNING



Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



Målbild – kunskapsstyrning i praktiken

- Vi använder den bästa tillgängliga kunskap som finns i varje möte
- Mötet följs upp och analyseras både på individnivå och gruppnivå
- Ny kunskap kan snabbt omsättas
- Identifiera och prioritera tillsammans med patienten
- Det är enkelt att jobba kunskapsbaserat

**TILLSAMMANS FÖR
BÄSTA MÖJLIGA VÅRD**

**NATIONELL SAMVERKAN
FÖR ÖKAD EFFEKT
OCH MINSKAT DUBBELARBETE**

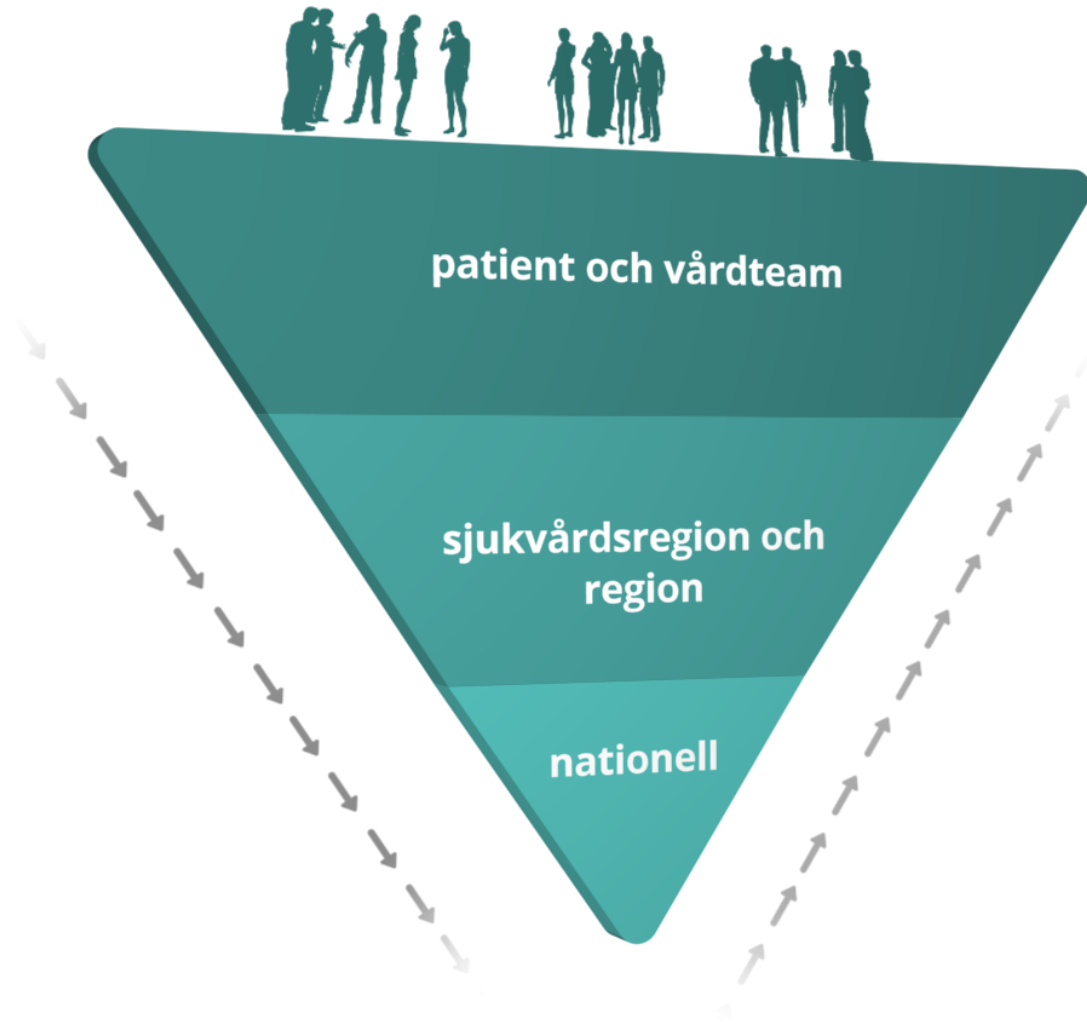
**LOKAL ANPASSNING
UTIFRÅN BEHOV**



**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Ett samspel mellan olika delar i systemet



patient och vårdteam

patient och vårdteam

bästa tillgängliga kunskap
sprida goda erfarenheter

sjukvårdsregion och
region

sjukvårdsregion och region

stöd och samverkan

nationell

nationell

grund för kliniska kunskapsstöd
samverkan kring utvecklingsområden

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Organisering

Nationella programområden

NPO

Nationella arbetsgrupper

NAG

Regionala programområden

RPO

Regionala arbetsgrupper

RAG (i VGR RPT)

Lokala arbetsgrupper

LAG

Organisering

Nationella programområden

NPO

Nationella arbetsgrupper

NAG

Regionala programområden

RPO

Regionala arbetsgrupper

RAG (i VGR RPT)

Lokala arbetsgrupper

LAG

Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

- Syftet är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården.
- Patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.
- Patienternas livskvalitet och nöjdhet med vården ska förbättras och vården bli mer jämlik och jämställd.



”Patienter, brukare och hälso-och sjukvårdens medarbetare ska vara trygga i att bästa tillgängliga kunskap används i varje möte”

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Processen att ta fram kunskapsstöd





Målområden – God vård

- Kunskapsbaserad
- Säker
- Individanpassad
- Jämlik
- Tillgänglig
- Effektiv

God vård, enligt Socialstyrelsen

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Vårdförlopp och kunskapsstöd på 1177

1177

för vårdpersonal

Välj region 



För invånare



Sök

[Start](#) [Kunskapsstöd](#) [Om 1177 för vårdpersonal](#)

Du är här: [Start](#) / Kunskapsstöd

Sortera efter: [A-Ö](#) [Ämnesområden](#) [Kliniska kunskapsstöd](#) [Vårdförlopp](#) [Vårdprogram](#) [Vårdriktlinjer](#)

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z Å Ä Ö

#

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVRIGES REGIONER I SAMVERKAN

Vårdförlopp och kunskapsstöd på 1177

Kliniska kunskapsstöd

Salpingit
Sarkoidos
Seborroiskt eksem
Sepsis
Septisk artrit
Sinuit
Sjögrens syndrom
Skabb
Skadligt bruk och beroende av alkohol
Skadligt bruk och beroende av narkotika
Skelett- och mjukdelssarkom
Skelning

Skelning hos barn
Skivepitelcancer i huden
Sköldkörtelcancer
Sköldkörtelrubbing hos barn
SLE
Smärta i höft och knä hos barn
Smärta, långvarig
Smärta, palliativ vård
Spänningshuvudvärk
Spänningshuvudvärk hos barn
Stelkramp
Sterilisering

Stjärtlfluss hos barn
Stroke och TIA, akut
Stroke och TIA, uppföljning
Stroke – nutrition och nutritionsbehandling
Suicidriskbedömning
Svampinfektion i hud och naglar
Svampinfektion i hårbotten
Svår smärta och opioidbehandling
Svårläkta sår
Syfilis
Synstörningar, akuta
Sömnstörning, palliativ vård



Vårdförlopp

Schizofreni
Sepsis
Självskaдебeteende hos vuxna
Smärta - långvarig, hos vuxna
Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering
Stroke och TIA – tidiga insatser och vård
Svårläkta sår
Sällsynta sjukdomar med komplexa vårdbehov



Vårdprogram

Smärta, långvarig hos barn
Stensjukdom övre urinvägarna
Svårläkta sår



Vårdriktlinjer

Sekundärprevention vid kranskärslssjukdom, centerbaserad hjärtrehabilitering
Sekundärprevention vid kranskärslssjukdom, långsiktig uppföljning primärvård
Sekundärprevention vid kranskärslssjukdom, på vårdavdelning
Stroke – dysfagi
Stroke – munhälsa
Stroke – ny rehabiliteringsbedömning
Stroke – reperfusionbehandling
Stroke – slutning av PFO
Stroke – tidig understödd utskrivning
Stroke – uppföljning efter stroke och TIA - Post-stroke-checklistan

enligt system
kunskapsstyrning
i- och sjukvård

5 REGIONER I SAMVERKAN

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp
Stroke och TIA – tidiga insatser och vård

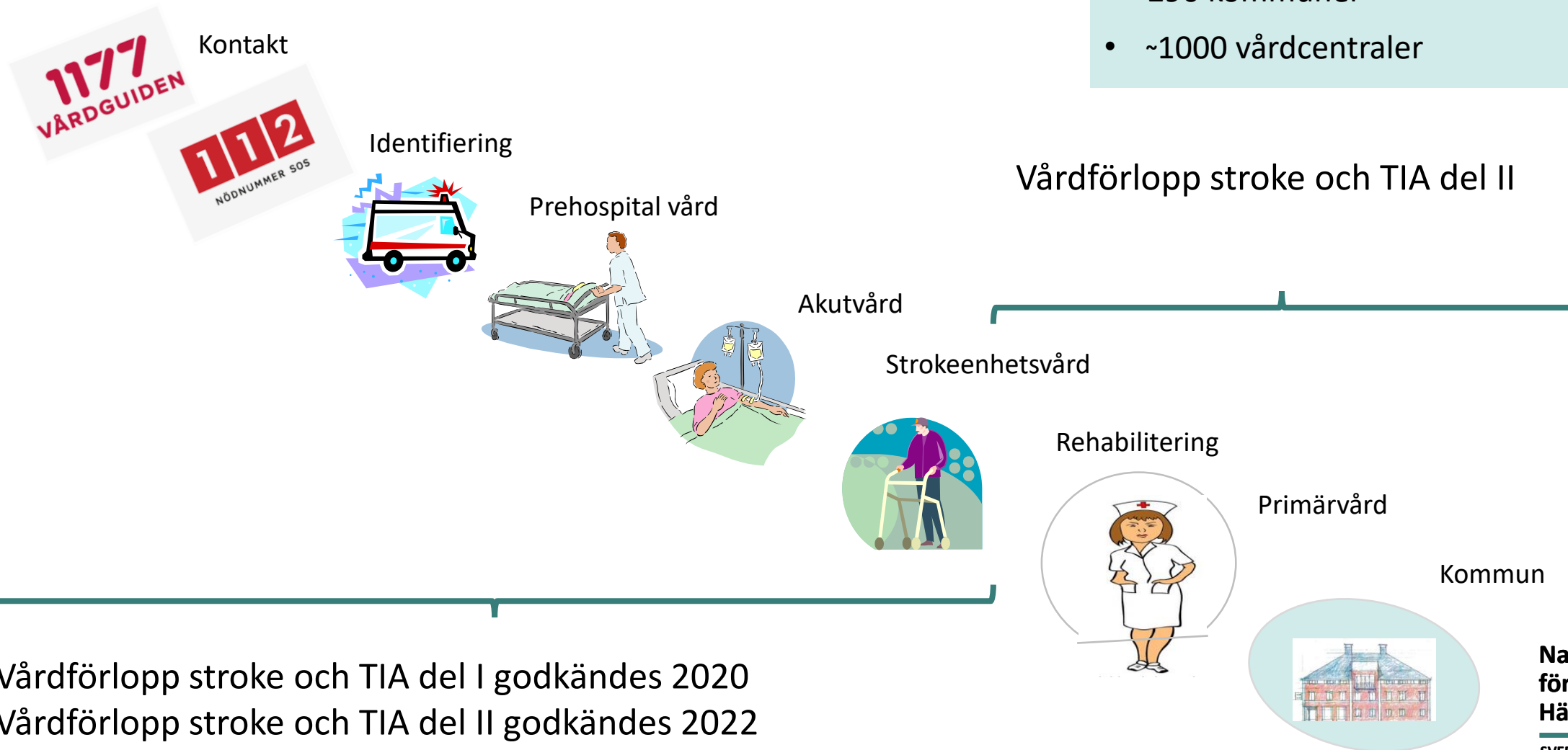
Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp
Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering

- Tidspress vid framtagandet
- Initial sidbegränsning

Vårdförloppet för stroke och TIA

Vårdförloppet rör

- 21 regioner
- 72 strokeenheter
- 290 kommuner
- ~1000 vårdcentraler



Vårdförlopp stroke och TIA del I godkändes 2020
Vårdförlopp stroke och TIA del II godkändes 2022

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Om Stroke och TIA

- Stroke är ett samlingsnamn för
 - Hjärninfarkt – blodpropp i hjärnan, c:a 85%
 - Intracerebral blödning c:a 10% och
 - Subaraknoidalblödning (SAB) c:a 5%
- TIA (transitorisk ischemisk attack) är förebud till ischemisk stroke där alla symtom helt försvunnit inom 24 timmar.

Om Stroke och TIA

- Årligen insjuknar cirka 20 000 personer i stroke och 8 000 i TIA.
- Insjuknande i stroke ökar med stigande ålder. Medelåldern vid insjuknandet är 75 år undantaget SAB där den är drygt 60 år.

Om Stroke och TIA

- Dödligheten är hög de första månaderna efter strokeinsjuknandet, och de första åren.
- Stroke är den tredje vanligaste orsaken till funktionsnedsättning där symtombilden varierar mellan individer.
- De som överlever har ofta kvarstående motoriska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar. Problem med sensorik, balans och kommunikation (tal och språk) är också vanliga.
- Behovet av personcentrerad vård, rehabilitering och livslång uppföljning inkluderande medicinsk profylax är mycket stort.

Nationell variation

- Andelen patienter som får **Tidig understödd utskrivning** från sjukhuset till hemmet via ett multidisciplinärt stroketeam (**ESD**) varierar över landet och behöver byggas ut på många ställen.
- Tillgången till **multidisciplinär rehabilitering** efter stroke (särskilt i den senare fasen) är ojämlik i landet.
- **Inom primärvård** i region och kommunal hälso- och sjukvård **saknas** vanligen **multidisciplinära team med strokekompetens**.
- I vissa regioner finns inom primärvården så kallade **neuroteam** med arbetsterapeut, fysioterapeut och logoped med strokekompetens. Men läkare, sjuksköterska och dietist ingår ofta inte varför komplettering behövs.
- **Tillgången till olika professioner varierar** inom specialiserad vård och primärvård (både regional och kommunal hälso- och sjukvård) i landet. **Framför allt saknas** det på många ställen logoped, dietist och psykologer med neuropsykologisk kompetens.
- **Fast vårdkontakt med strokekompetens** som utgår från stroketeamet på sjukhuset där patienten nyligen vårdats **saknas på flertalet av landets sjukhus**.





**Personcentrerat och
sammanhållet vårdförlopp
stroke och TIA
- tidiga insatser och vård**

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA – tidiga insatser och vård

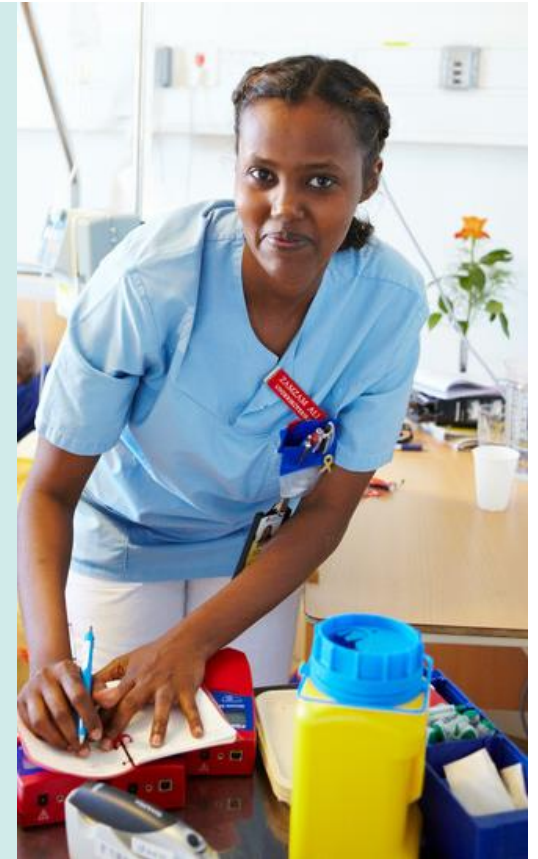
Vårdförloppet inleds vid misstanke om stroke och TIA och avslutas inför utskrivning av personen från strokeenhet (eller vid ca 2-3 dygn efter ankomst)

Utgång från vårdförloppet

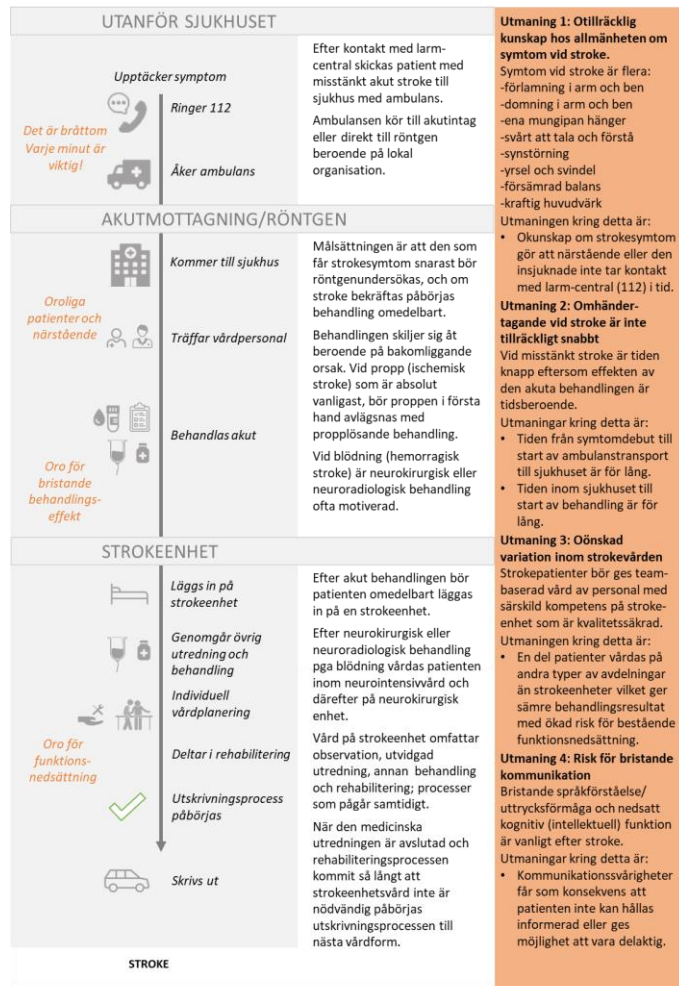
- om stroke eller TIA diagnos avskrivs
- **inför utskrivning från strokeenhet eller integrerad stroke- och rehabiliteringsenhet**
- vid beslut om palliativ vård enligt Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede

Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och baseras på bästa tillgängliga kunskap

- Den huvudsakliga kunskapskällan är Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke med tillhörande kunskapsunderlag
- Kunskapsstöd utformade av NAG stroke
- Vetenskapliga publikationer
- För en del rekommendationer, beprövad erfarenhet (när vetenskaplig evidens saknas)



Nulägesbeskrivning ur ett patientperspektiv



Utmaningar

- ➔ 1) Otillräcklig kunskap hos allmänheten om symptom vid stroke
- ➔ 2) Omhändertagande vid stroke är inte tillräckligt snabbt
- ➔ 3) Önskad variation inom strokevården
- ➔ 4) Risk för bristande kommunikation

Utmaning 1: Otillräcklig kunskap hos allmänheten om symptom vid stroke.
Symtom vid stroke är flera:
-förlämnig i arm och ben
-domning i arm och ben
-ena mungipan hänger
-svårt att tala och förstå
-synstörning
-yrsel och svindel
-försämrad balans
-kraftig huvudvärk
Utmaningen kring detta är:
• Okunskap om strokesymtom gör att närstående eller den insjuknade inte tar kontakt med larm-central (112) i tid.

Utmaning 2: Omhändertagande vid stroke är inte tillräckligt snabbt
Vid misstänkt stroke är tiden knapp eftersom effekten av den akuta behandlingen är tidsberoende.
Utmaningar kring detta är:
• Tiden från symtomdebut till start av ambulanstransport till sjukhuset är för lång.
• Tiden inom sjukhuset till start av behandling är för lång.

Utmaning 3: Önskad variation inom strokevården
Strokepatienter bör ges team-baserad vård av personal med särskild kompetens på strokeenhet som är kvalitetssäkrad.
Utmaningen kring detta är:
• En del patienter vårdas på andra typer av avdelningar än strokeenheter vilket ger sämre behandlingsresultat med ökad risk för bestående funktionsnedsättning.

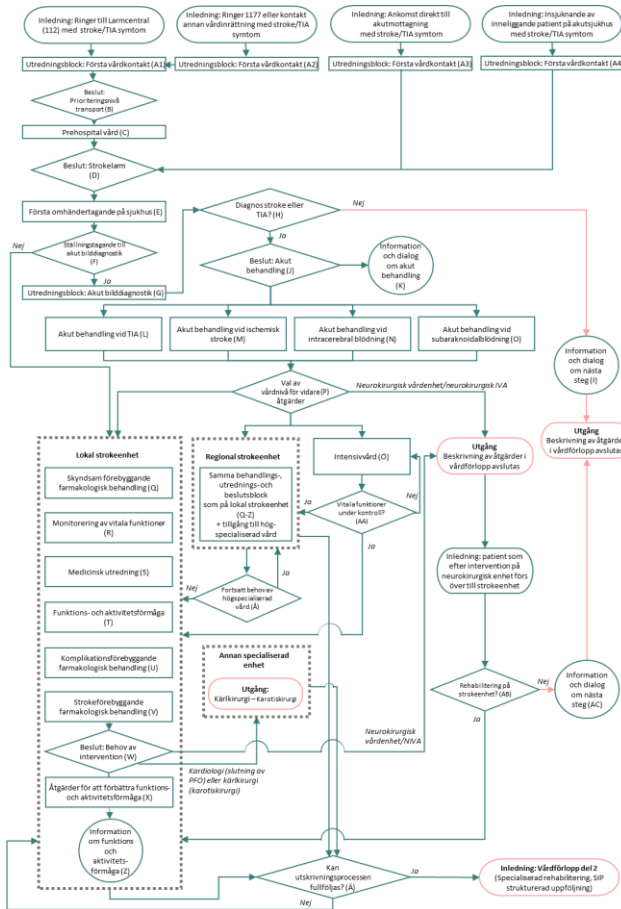
Utmaning 4: Risk för bristande kommunikation
Bristande språkförståelse/ uttrycksförmåga och nedsatt kognitiv (intellektuell) funktion är vanligt efter stroke.
Utmaningar kring detta är:
• Kommunikationssvårigheter får som konsekvens att patienten inte kan hållas informerad eller ges möjlighet att vara delaktig.

Vårdförloppet stroke och TIA del 1 lägger tonvikt på

- Att främja en högkompetent teambaserad strokeenhetsvård inkluderande tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder
- Att ha patienten i fokus
- Att öka andelen inlagda på strokeenhet/IVA/NKK som första vårdenhet vid TIA och stroke
- Att minska tid till start av trombolys (propplösande behandling) vid ischemisk stroke
- Att minska tid till start av trombektomi (mekanisk propputdragning) vid ischemisk stroke och tilltäppning av hjärnans stora kärl
- Att öka andelen reperfusionsbehandlade alla åldrar
- Att minska konsekvenserna av stroke och TIA

Vårdförloppet (del I) innehåller flödesschema och åtgärder

Flödesschema



Öppna alla

A Första vårdkontakt (direkt eller indirekt)

Den första vårdkontakten får inte fördröja processen.

Larmcentral (112)

1177, primärvården, annan vårdinrättning

Ankomst direkt till akutmottagning

Vid insjuknande av inläggande patient på akutsjukhus

Patientens åtgärder

B Prioriteringsnivå Ambulanstransport

C Prehospital vård - ambulans eller ambulanshelikopter

D Strokelarm

E Första omhändertagande på sjukhus

Sidans innehåll

Omfattning av kunskapsstödet

Om hälsotillståndet

Ingång och utgång

Flödesschema för vårdförloppet

Vårdförloppets åtgärder

Patientmedverkan och kommunikation

Utmaningar och mål

Kvalitetsuppföljning

Sammanfattning av vårdförloppet

Generellt om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Relaterad information

Vårdförloppet (del I)

+
Patientens åtgärder

B
Prioriteringsnivå Ambulanstransport
^

Hälso- och sjukvårdens åtgärder

Prioriteringar görs inom den prehospitla vårdkedjan avseende hur snabbt omhändertagande som krävs. För strokesymtom gäller antingen prioritet 1 eller 2, där prioritet 1 innebär det snabbaste omhändertagandet. Vid isolerad svår huvudvärk utan andra strokesymtom genomförs prioritering enligt lokala prehospitla rutiner för huvudvärk (1) .

Utalarmering av ambulans eller ambulanshelikopter enligt prioritet 1 eller 2:

- Om patienten har strokesymtom inom 24 timmar eller vid livshotande tillstånd eller hotade vitalfunktioner – prioritet 1: Fortsätt till block (C).
- Om strokesymtom är stationära över 24 timmar eller helt försvunnit, snar transport – prioritet 2: Fortsätt till block (C).
- Vid isolerad svår huvudvärk utan andra symtom på stroke eller TIA och misstanke om SAB – prioritet 1 eller 2: Fortsätt till block (C).

Patientens åtgärder (efter förmåga)

- Delta i överenskommelse om åtgärder

Sidans innehåll

Omfattning av kunskapsstödet v

Om hälsotillståndet v

Ingång och utgång v

Flödesschema för vårdförloppet

Vårdförloppets åtgärder

Patientmedverkan och kommunikation v

Utmaningar och mål v

Kvalitetsuppföljning v

Sammanfattning av vårdförloppet

Generellt om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp v

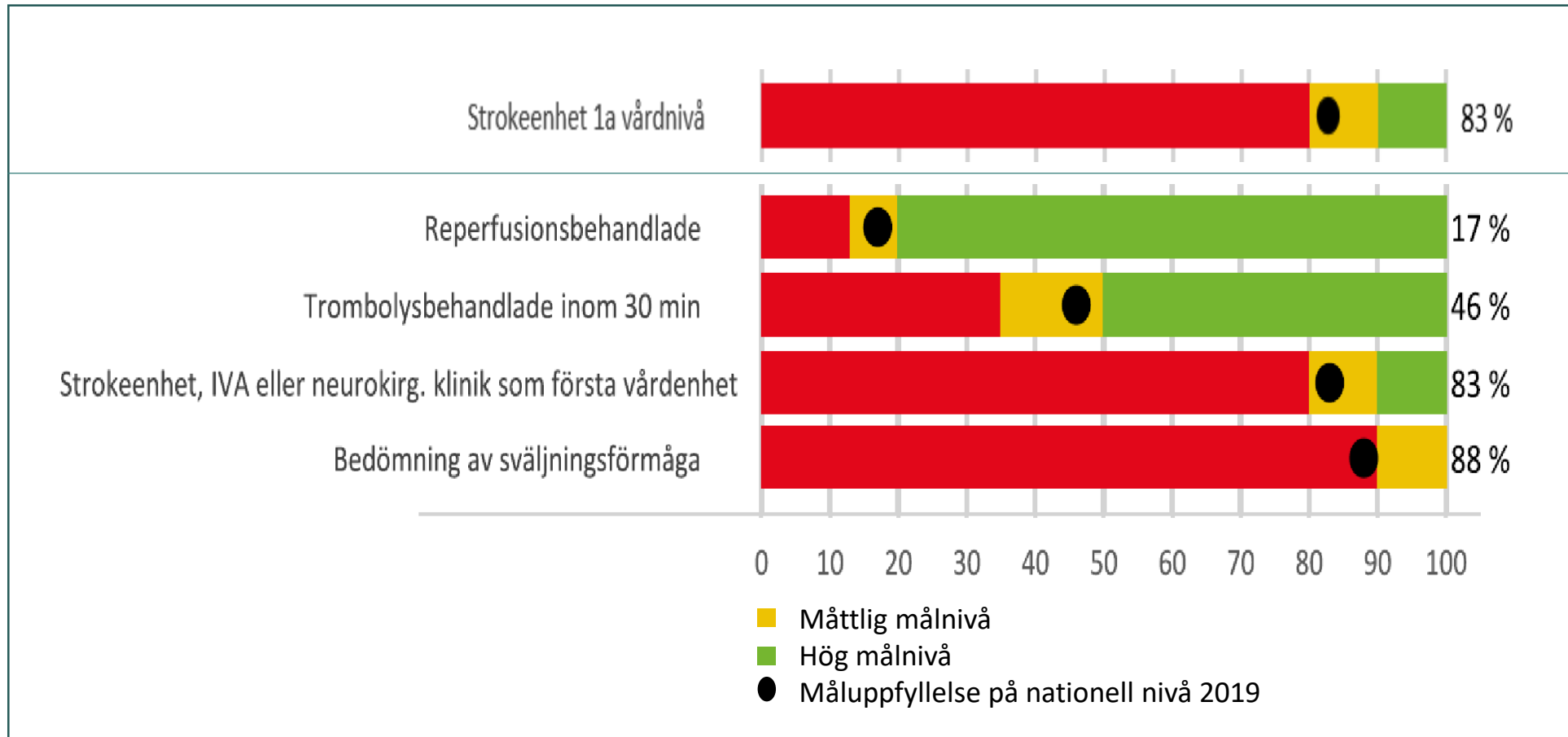
Relaterad information v

Vad kommer att följas upp?

Exempel på viktiga indikatorer och målnivåer på nationell nivå (målvärde)

T
I
A

S
T
R
O
K
E



Datakällor: All uppföljning sker via data från Riksstroke

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Vad blir konsekvenserna?

Fördelar/vinster

- Ökad livskvalitet för patienterna
- Mindre handikapp och färre andra negativa konsekvenser av stroke
- Samhällsekonomiskt gynnsamt



Ev. risker/svårigheter

- Liten risk för behandlingskomplikationer för den enskilda individen men som i betydande grad uppvägs av den goda effekten på gruppnivå
- Risk för lägre livskvalité, funktionsnedsättning och för tidig död för individen om vårdförloppet inte följs
- Åtgärder för att öka andelen patienter som vårdas på strokeenhet kan ge undanträngningseffekter om sjukhuset är underdimensionerat avseende vårdplatser

Dokumenterad överenskommelse (fd patientkontrakt)

- Dokumenterad överenskommelse och personcentrering är mycket väsentliga delar av vårdförloppet stroke och TIA och av särskilt stor betydelse när patienten lämnar slutenvården.
- Den dokumenterade överenskommelsen startar under vårdtiden och färdigställs under utskrivningsprocessen från slutenvården



Syftet med den dokumenterade överenskommelsen är att genom en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare säkerställa delaktighet, samordning och tillgänglighet med patientens perspektiv som utgångspunkt.



Dokumenterad överenskommelse

I den dokumenterade överenskommelsen upprättas en plan för fortsatt vård, rehabilitering och uppföljning med patient och närstående utifrån patientens berättelse och behov. Den dokumenterade överenskommelsen ska ge en överblick av vad som ska ske, när och vem patienten kan vända sig till. Den dokumenterade överenskommelsen påbörjas i det akuta skedet, färdigställs vid utskrivning och revideras fortlöpande under vårdförloppet vartefter planer, vårdkontakter och tider ändras.

Innehåll

- Sammanhållen planering inklusive rehabiliteringsplan
- Fast kontakt med vården
- Överenskommen tid

Ett exempel på underlag finns som bilaga.

Bildstöd till frågor kring den dokumenterade överenskommelsens innehåll för personer med kommunikationssvårigheter har utvecklats.

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Fast vårdkontakt

- Lagstadgad sedan år 2015
- I alla delar av vården
- Kan vara olika professioner
- Vem kan få?
 - Den patient som vill ha en sådan ska erbjudas det
 - Den som behöver för att tillgodose behov av trygghet, kontinuitet samordning och säkerhet
- Uppgift
 - en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten
 - hjälpa till att samordna olika insatser från vården och andra myndigheter
 - berätta för patienten om stöd den kan få



**Personcentrerat och
sammanshållet vårdförlopp
stroke och TIA
- fortsatt vård och rehabilitering**

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering

Vårdförloppet inleds efter det akuta skedet på strokeenhet, ca 2-3 dygn efter ankomst

Vårdförloppets omfattning är därefter livslångt

Vårdförloppet lägger tonvikt på

Utskrivning

Utskrivning kan ske från strokeenhet och rehabilitering i sluten eller öppen vård och kan vara aktuell vid flera tillfällen i vårdförloppet efter stroke och TIA. Vid utskrivningen sammanfattas utredning, bedömning, behandling, resultat och planering för fortsatta insatser. Utskrivningen är viktig för att säkra övergången till nästa vårdgivare och fortsatt uppföljning.

Fortsatt rehabilitering

En del patienter är i behov av ytterligare rehabilitering. Den kan ske som en integrerad del i strokeenhetsvården, i hemmet, i öppen vård eller i annan slutenvård beroende på omfattning och grad av funktionsnedsättningar samt problem med aktivitet och delaktighet.

Strukturerad uppföljning

Personer som genomgått stroke eller TIA har behov av livslång uppföljning av medicinska åtgärder, omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. För att kunna bedöma samtliga aspekter av personens hälsotillstånd behövs tillgång till ett multidisciplinärt team med särskild kunskap om stroke.

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



Vårdförloppet del II, flödesschema

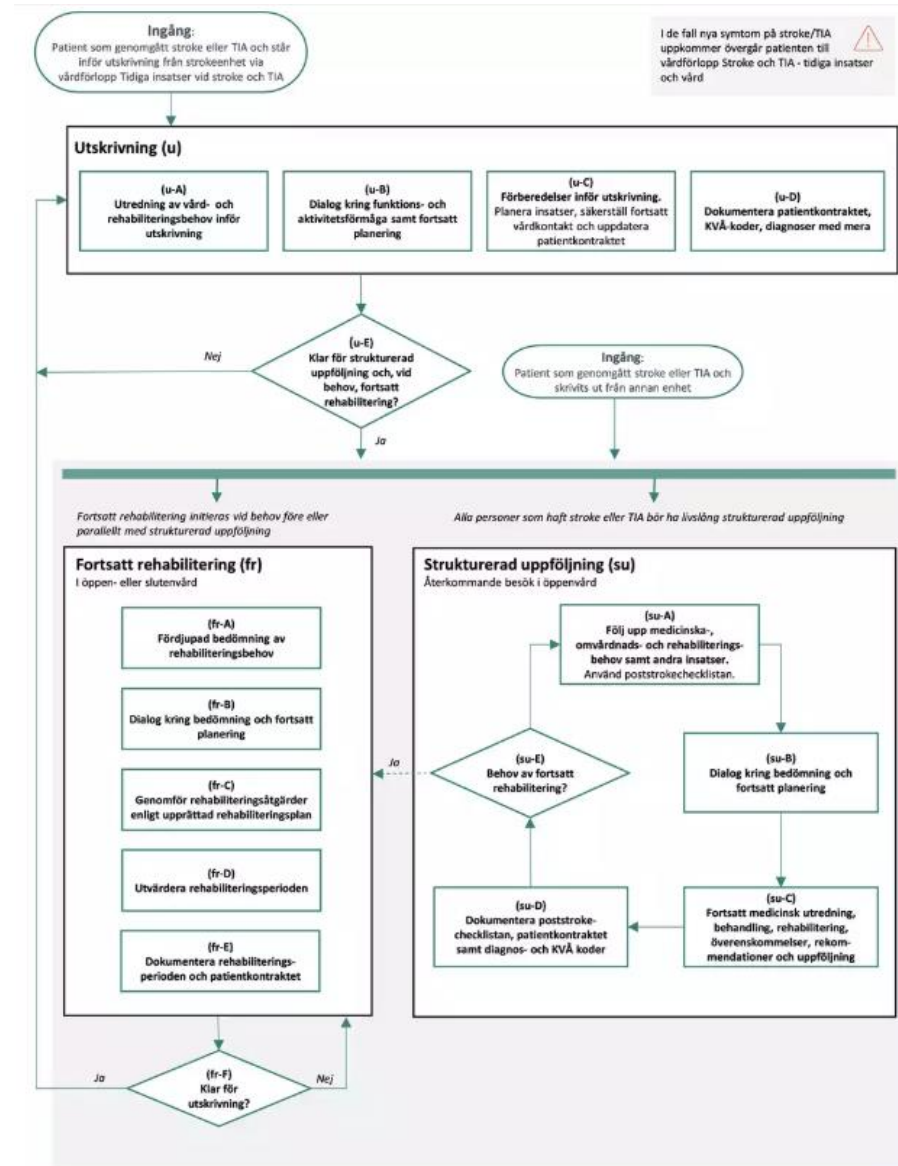
Utskrivning



Fortsatt
rehabilitering



Strukturerad
uppföljning



Nulägesbeskrivning ur ett patientperspektiv

Erfarenheter och utmaningar hos patienter med stroke eller TIA		
UTSKRIVNING		
<p><i>Fortsatt omhändertagande efter stroke och TIA</i></p> <p>Oro för bestående men</p> <p>Oro för framtiden</p> <p>Oroliga närstående</p>	<p>Berätta om sin hälsa, mående, symtom, resurser och behov.</p> <p>Delta i planering och beslut om fortsatt vård och stöd.</p> <p>Bekräfta överenskomna tider.</p> <p>Bekräfta fasta vårdkontakter.</p>	<p>Utskrivning från strokeenhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Muntlig och skriftlig sammanfattning av given vård, mediciner och planering till vårdtagaren. Journalnsammanfattning och remisser till nästkommande vårdgivare. Kontakt med kommun vid behov av samordning varierar. <p>Utmaning 1: Den tidiga uppföljningen efter den initiala sjukhusvården är otillräcklig</p> <ul style="list-style-type: none"> Patienten har ingen samlad bild av fortsatt planering. Fast vård- och läkarkontakt saknas. Samordning mellan olika vårdgivare är svag. <p>Utmaning 2: Livet efter stroke upplevs påtagligt förändrat med ofullständigt bistånd från vården</p> <ul style="list-style-type: none"> Stödet för att förbättra funktions-, aktivitets- och arbetsförmåga brister. Stöd för optimering av livsstil, egenvård, relationer och fritidsaktiviteter är bristfälligt. Hjälp att hantera förbud om bilkörning och vapeninnehav är begränsat.
FORTSATT REHABILITERING		
<p>Oro över att inte få rätt vård och rehabilitering</p>	<p>Delta i planering av fortsatta vård- och rehabiliteringsinsatser.</p> <p>Beskriva upplevda svårigheter.</p> <p>Tydliggöra mål, önskemål och behov.</p> <p>Delta aktivt i sin vård och rehabilitering.</p> <p>Ta ansvar för egenvård och hälsosamma levnadsvanor.</p>	<p>Fortsatt rehabilitering integrerat i strokeenhetensvården, i hemmet, i öppen- eller slutenvård, beroende på grad av funktionsnedsättning.</p> <p>Ibland görs rehabiliteringsplan med patientens behov och mål.</p> <p>Rehabiliteringen bör avslutas när målen är uppfyllda.</p> <p>Utmaning 3: Rehabiliteringsåtgärderna möter inte alltid behoven</p> <ul style="list-style-type: none"> Strokekompetens är otillräcklig. Resurser saknas. Åtgärderna skiljer sig beroende på var man bor/organisation.
STRUKTURERAD UPPFÖLJNING		
<p>Oro för att inte få stöd</p> <p>Oro för att bli av med körkortet</p>	<p>Inför återbesök:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fyll i självskattningsformulär som poststrokechecklistan. Ta hjälp av vårdpersonal eller anhöriga vid behov. Fundera på vad som är viktigt att ta upp. <p>Under återbesök:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tydliggör önskemål. Informera om behov av intyg. Delta aktivt i den vidare planeringen. 	<p>Uppföljningen inom primärvård, kommun samt vid behov via sjukhusens öppenvård.</p> <p>Ibland används självskattningsformulär, såsom poststrokechecklistan för att fånga patientens viktigaste problem.</p> <p>Rehabilitering bör erbjudas vid behov.</p> <p>Utmaning 4: Bristande långsiktig uppföljning</p> <ul style="list-style-type: none"> Den livslånga uppföljningen med kliniska kontroller och utskrivning av mediciner är ofta undermålig. Medicinering för att minska risken för återinsjuknande avslutas felaktigt. Möjligheten till förnyad rehabilitering senare i förloppet är begränsad.

Utmaningar

1) Den tidiga uppföljningen efter den initiala sjukhusvården är otillräcklig

2) Livet efter stroke upplevs påtagligt förändrat med ofullständigt bistånd från vården

3) Rehabiliteringsåtgärderna möter inte alltid behoven

4) Bristande långsiktig uppföljning

Vårdförloppet del II, åtgärder

u Utskrivning
↑

Hälso- och sjukvårdens åtgärder

Utskrivningen görs från den strokeenhet där den initiala vården och rehabiliteringen av patienten har skett enligt vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård, eller inför avslut av rehabilitering inom slutna och öppna vård. Utskrivningsprocessen syftar till att sammanfatta utförda insatser, resultat, fortsatta vård- och rehabiliteringsbehov samt säkra övergången till nästa vårdgivare.

Utskrivning sker alltid till strukturerad uppföljning (su) och vid behov också till fortsatt rehabilitering (fr). I de fall nya symtom på stroke eller TIA uppkommer övergår patienten till vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård.

u-A Utredning av vård- och rehabiliteringsbehov inför utskrivning
+

u-B Dialog kring funktions- och aktivitetsförmåga samt fortsatt planering
+

u-C Förberedelser inför utskrivning
+

u-D Dokumentera patientkontraktet, KVÅ-koder, diagnoser med mera
+

u-E Klar för strukturerad uppföljning och, vid behov, fortsatt rehabilitering?
+

Sidans innehåll

- Omfattning av kunskapsstödet ▼
- Om hälsotillståndet ▼
- Ingång och utgång ▼
- Flödesschema för vårdförloppet
- Vårdförloppets åtgärder
- Patientmedverkan och kommunikation ▼
- Utmaningar och mål ▼
- Kvalitetsuppföljning ▼
- Sammanfattning av vårdförloppet ▼
- Generellt om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ▼
- Relaterad information ▼

Vårdförloppet del II, åtgärder

u-A Utredning av vård- och rehabiliteringsbehov inför utskrivning +

u-B Dialog kring funktions- och aktivitetsförmåga samt fortsatt planering +

u-C Förberedelser inför utskrivning +

u-D Dokumentera patientkontraktet, KVÅ-koder, diagnoser med mera -

Hälso- och sjukvårdens åtgärder

- Journalför patientkontraktet.
- Dokumentera följande i journalen: riskfaktorer, sekundärprofylax, planering, beslut, egenvårdsförmåga, uppföljning av anmälan om medicinsk olämplighet för körkortsinnehav eller muntligt körförbud, vapeninnehav, övriga restriktioner och fortsatt ansvar.
- Registrera KVÅ-koder.
- Registrera stroke- eller TIA-diagnos.

u-E Klar för strukturerad uppföljning och, vid behov, fortsatt rehabilitering? -

Hälso- och sjukvårdens åtgärder

- Ja: Fortsätt till Strukturerad uppföljning (su-A) och, vid behov, till

Sidans innehåll

Omfattning av kunskapsstödet ▾

Om hälsotillståndet ▾

Ingång och utgång ▾

Flödesschema för vårdförloppet

Vårdförloppets åtgärder

Patientmedverkan och kommunikation ▾

Utmaningar och mål ▾

Kvalitetsuppföljning ▾

Sammanfattning av vårdförloppet ▾

Generellt om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ▾

Relaterad information ▾

Förnyad rehabiliteringsbedömning

- För alla delar i vårdkedjan
- Kan resultera i:
 - Bedömning att inget behov finns
 - Råd om egenvård (träningsprogram mm)
 - Vardagsrehabilitering (kommunal primärvård)
 - Träning i regional primärvårds regi
 - Träning hos neuroteam
 - Träning i specialiserad vård
 - Inläggning för rehabilitering

Strukturerad uppföljning

- Görs årligen och livslångt av den fasta vårdkontakten
- Systematisk genomgång av områden där problem är vanligt

Post-stroke checklisten

Patientens namn och personnummer: _____ Ifyllt av: _____ Datum: _____
 Vid återkommande uppföljning: anpassa genom att byta ut "efter din stroke" till "senaste uppföljning (vårdbesök)"

1 Sekundär prevention Har du fått råd om hälsorelaterade livsstilsförändringar eller medicin för att förhindra en ny stroke?	JA <input type="radio"/> NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen Riskfaktorbedömning och ställningstagande till behandling. Se även PSC kompletteringsfrågor.
2 Aktiviteter i dagligt liv (ADL) Har du svårare att klara dig själv i vardagliga aktiviteter efter din stroke?	JA <input type="radio"/>	Följ utvecklingen Har du svårigheter att • Må dig tvätta dig och/eller duscha själv? • Har du svårigheter att laga varm dryck och/eller mat? • Har du svårigheter att ta dig utomhus? Om JA på någon av frågorna lämna över till ett stroketeam eller lämplig profession (t.ex. sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut) för ny rehabiliteringsbedömning (inkl hjälpmedel). Kontakta blåtåndshandläggare vid behov av social utredning ex LSS, vårdplanering.
3 Rörlighet Har du svårare att gå eller förflytta dig säkert från säng till stol efter din stroke?	JA <input type="radio"/> NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen Har du pågående rehabiliteringsinsatser? Om NEJ, lämna över till stroketeam eller lämplig profession (t.ex. arbetsterapeut eller fysioterapeut) för ny rehabiliteringsbedömning inkl hjälpmedel och fallpreventiva insatser. Om JA, journalför och undersök vid nästa kontakt.
4 Spasticitet Har du en ökad stelhet i armar, händer och/eller ben efter din stroke?	JA <input type="radio"/> NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen Hindrar detta dig i vardagliga aktiviteter? Om JA, remittera till läkare, fysioterapeut eller arbetsterapeut, med kunskap om spasticitet efter stroke, för vidare bedömning och diagnos. Om NEJ, journalför och undersök vid nästa kontakt.
	JA <input type="radio"/> NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen Konsultera läkare med kunskap om smärta efter stroke för vidare bedömning och diagnos. Överväg att remittera till fysioterapeut för bedömning av symptom med ursprung från rörelseapparaten, tex. smärbelastning.

Strukturerad uppföljning

77.44/form/1c28b062-1964-45c3-af54-b03a0b91002d/page/1

1177 VÄRDGIVAREN

Strokehälsa - uppföljning efter stroke



STROKEHÄLSA

Förbättra livet efter din stroke

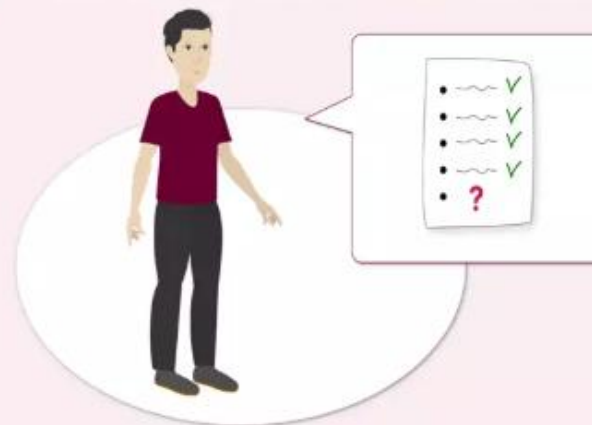
Hur har du påverkats efter din stroke?
Inför ditt möte får du svara på 14 flervalfrågor om vanliga hälsoproblem efter stroke. Du kan svara ja oavsett om påverkan är stor eller liten. Genom att svara på frågorna får du tillfälle att tänka igenom vad som är viktigt för dig att diskutera vid besöket. Om du vill lägga till något finns ett kommentarsfält i slutet av formuläret. Tank på att du även får möjlighet att utveckla dina svar i dialog med vårdgivaren. Tillsammans kan ni komma fram till vilken vård och rehabilitering som passar dig. Även om flera områden i livet förändrats har du oftast möjlighet att själv påverka din hälsa. Du kan svara nu direkt eller vid ett tillfälle som passar dig bäst.

Kortfattad information
Via länken nedan kan du läsa och fundera på vilka punkter som berör dig. Du kan även läsa om vilket stöd du kan få av olika vårdgivare.

[Läs mer](#)

1/15

14 frågor om vanliga problem efter en stroke



Vad kommer att följas upp (urval)

Resultatmått

- Död 3 månader efter stroke
- ADL-beroende 3 månader efter stroke
- Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke
- Nöjda med rehabilitering 3 och 12 månader efter stroke
- Återinsjuknande inom 1 år

Processmått

- Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet av ett multidisciplinärt stroketeam
- Strukturerad uppföljning efter stroke (KVÅ- kod AW001)

Datakällor: Flertalet av indikatorerna har kvalitetsregistret Riksstroke som källa. Strukturerad uppföljning efter stroke kan följas genom registrering av KVÅ-kod och samkörning med regionala vårddatabaser. Användandet av KVÅ-koder och samkörningar behöver ytterligare utvecklas.

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVRIGES REGIONER I SAMVERKAN

Vad blir konsekvenserna?

Fördelar/vinster

- Teambaserad vård med professioner som har särskild kompetens inom stroke möjliggör en säker och personcentrerad vård med god kvalitet
- Tidig understödd utskrivning från sjukhus (ESD)
 - Förkortar patientens vårdtid på sjukhuset
 - Kostnadsbesparing för samhället på sikt
- En fast vårdkontakt med strokekompetens bidrar till en sömlös övergång för patienten från sjukhuset till andra vårdgivare
- En fast läkarkontakt innebär större kontinuitet
- Strukturerad uppföljning möjliggör att individens behov identifieras och att rätt åtgärder kan sättas in



Ev. risker/svårigheter

- Förutsätter ett fungerande organiserat samarbete mellan olika professioner och huvudmän
- Den strukturerade uppföljningen innebär ett nytt arbetssätt
- Behov av nyrekryteringar och strokeutbildningar
- Tidig understödd utskrivning från sjukhus (ESD)
 - Behöver byggas ut på många ställen
 - Ökad kostnad för strokeenheterna, men kompenseras delvis
- Ytterligare fast vårdkontakt, kopplad till strokeenheten

Hur ser det ut i VGR och i fd. Skaraborg?

Insats

Strokeenheter med akutbehandling

Tidig understödd hemgång

Neuroteam

Uppföljning i regional primärvård

Fast vårdkontakt

Förnyad rehabiliteringsbedömning

Dokumenterad överenskommelse

Utmaningar

Något begränsade vårdplatser

Ojämn tillgång i VGR, god i Skaraborg

Ojämnt fördelade i VGR, två i Skaraborg

En av de diagnoser som följs upp minst

Ytterst knapphändigt i VGR, god tillgång i Skaraborg

Nytt – görs i liten utsträckning

Varierar i VGR, görs från strokeenheten i Skövde, revideras?

Vad gör RPT stroke avseende vårdförloppen

- Genomfört GAP-analys
- Arbetar för att vårdförloppen ska implementeras
- Följer slutenvårdens arbete med vårdförloppen
- Följer strokevårdens kvalitet i VGR – data från Riksstroke
- Tar fram regionala riktlinjer (för slutenvården)
- Driver strokefrågor regionalt

Stroke, hos kunskapsstyrningen och 1177

[Stroke | Kunskapsstyrning vård | SKR](#)

Nationella kunskapsstöd

[Kunskapsstöd - 1177 för vårdpersonal](#)

- Vårdförlopp - personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp
- Vårdriktlinjer - tex för munvård, reperfusionsbehandling
- Kunskapsstöd t.ex. nutritionsbehandling



**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Strokehälsa hos 1177

Strokehälsa

[Strokehälsa™ – uppföljning efter stroke | Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet](#)

Öppen version för alla hos 1177

[Rehabilitering efter stroke - 1177](#)

Strokehälsa - uppföljning efter stroke



STROKEHÄLSA

Förbättra livet efter din stroke

1/15

14 frågor om vanliga problem efter en stroke



Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Tack för ert intresse!

Frågor?

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER | SAMVERKAN