Personcentrerade vårdförlopp stroke och TIA

Lars Rosengren

Ordförande
Regionalt processteam (RPT) stroke VGR
Nationella Arbetsgruppen (NAG) Stroke

Regeringskansliet
Socialdepartementet

&

Sveriges Kommuner och Regioner

Personcentrerade och sammanhållna Vårdförlopp

Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Regioner om satsning på vårdförlopp för flera sjukdomsområden under 2019-2021

900 milj kr anslogs för en 3-årsperiod (2019-2021) till regionerna

NAG Stroke ansökte och beviljades att skapa ett PSV

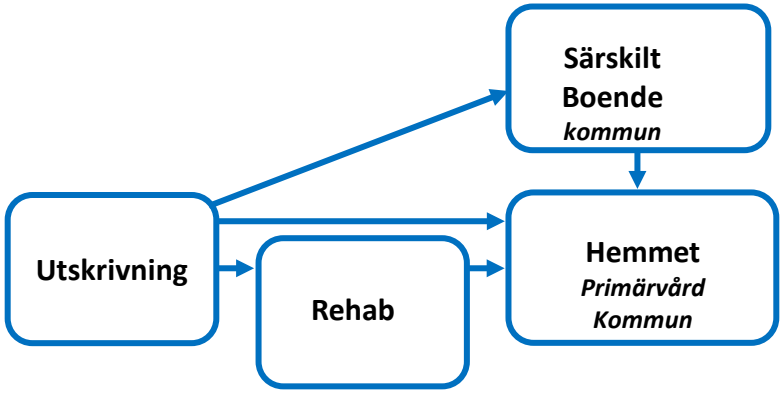
Godkända och publicerade 210930:

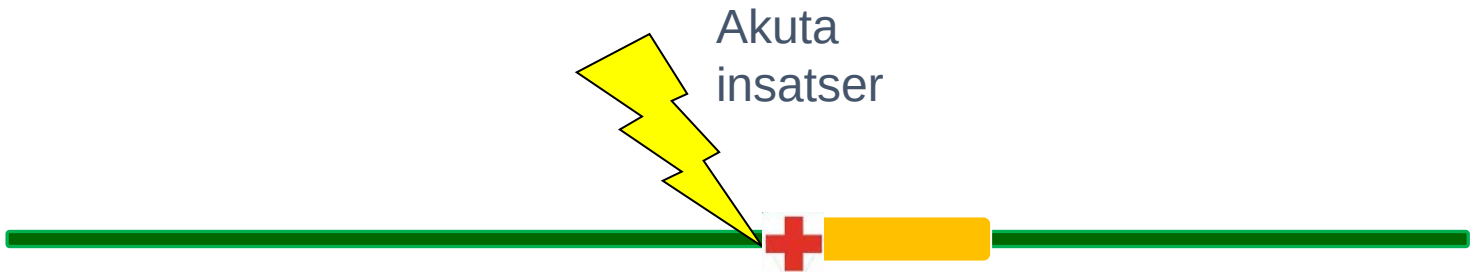
- Stroke och TIA
- Hjärtsvikt – nydebuterad
- Höftledsartros – primärvård
- Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom
- Kritisk benischemi
- Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)
- Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur
- Reumatoid artrit (RA)
- Schizofreni – förstagångsinsjuknande
- Sepsis

Ytterligare c:a 20 PSV är under framtagande

Varför behövs PSV för stroke och TIA?

Förloppet är komplext och livslångt



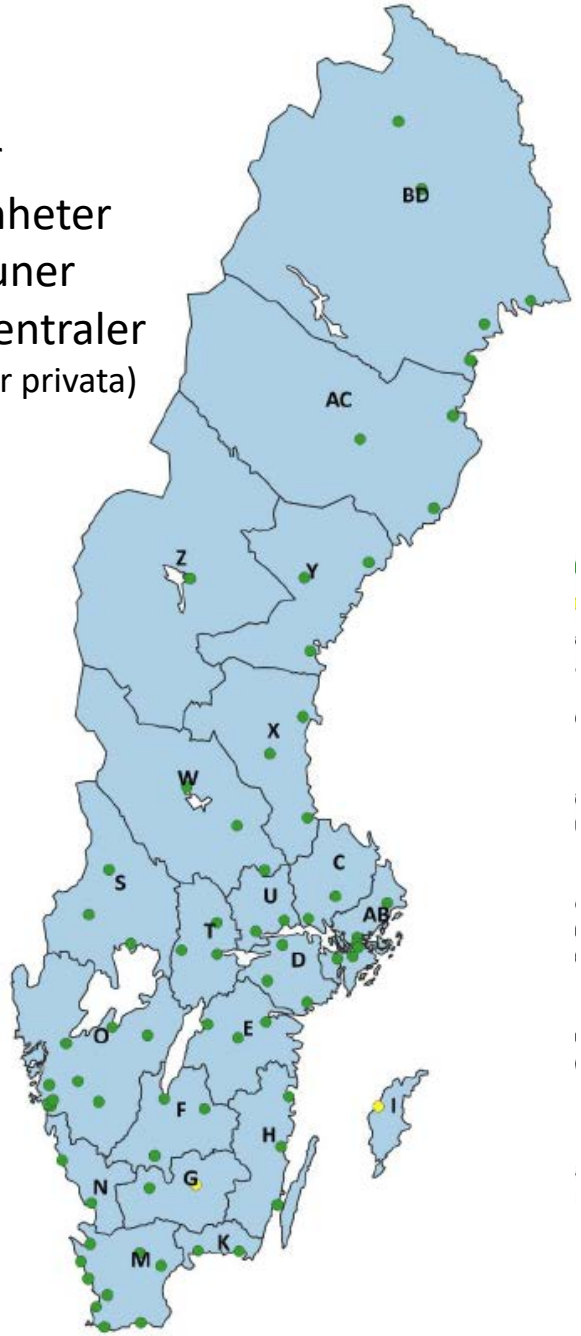


Livstilsåtgärder profylax

Rehab

Livslångt behov av stöd och uppföljning

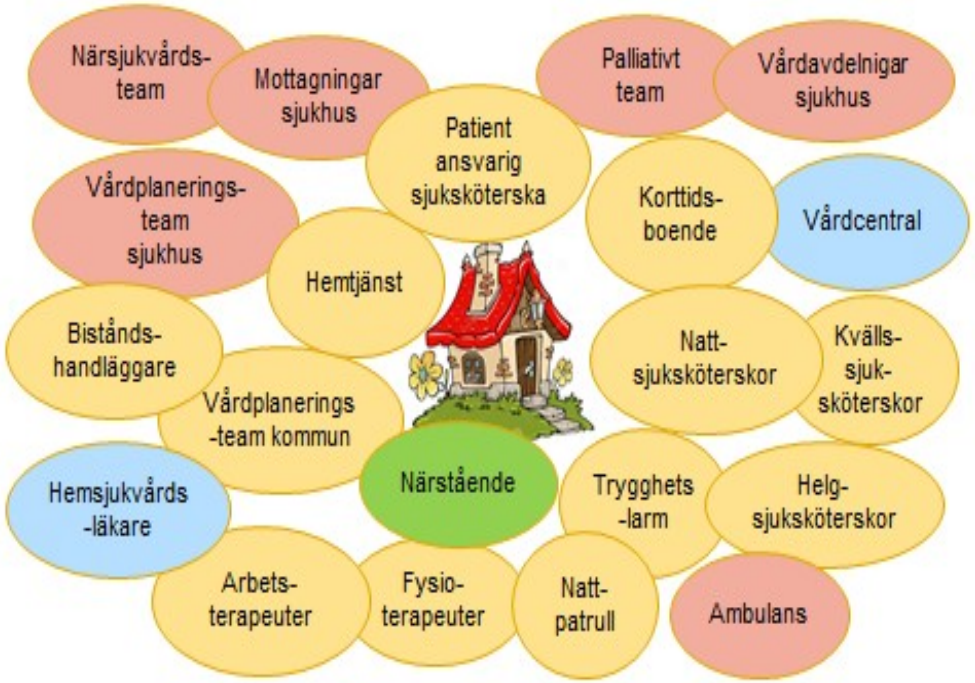
21 regioner
72 strokeenheter
290 kommuner
~1200 vårdcentraler
(40-50% är privata)



Strokevården är inte jämlik

- Olika förutsättningar (befolkningstäthet, avstånd)
- Omotiverade skillnader i tid till och nivå av akut behandling (reperfusion)
- Omotiverade skillnader över landet avseende strokeenhetsvårdens tillgänglighet och kvalitet
- Omotiverade skillnader i uppföljningen och rehabilitering efter den akuta sjukperioden (slutenvård, primärvård, kommun)

- Patienten är ofta oklar över vem som har ansvar



Utgångspunkt för vårdförloppen

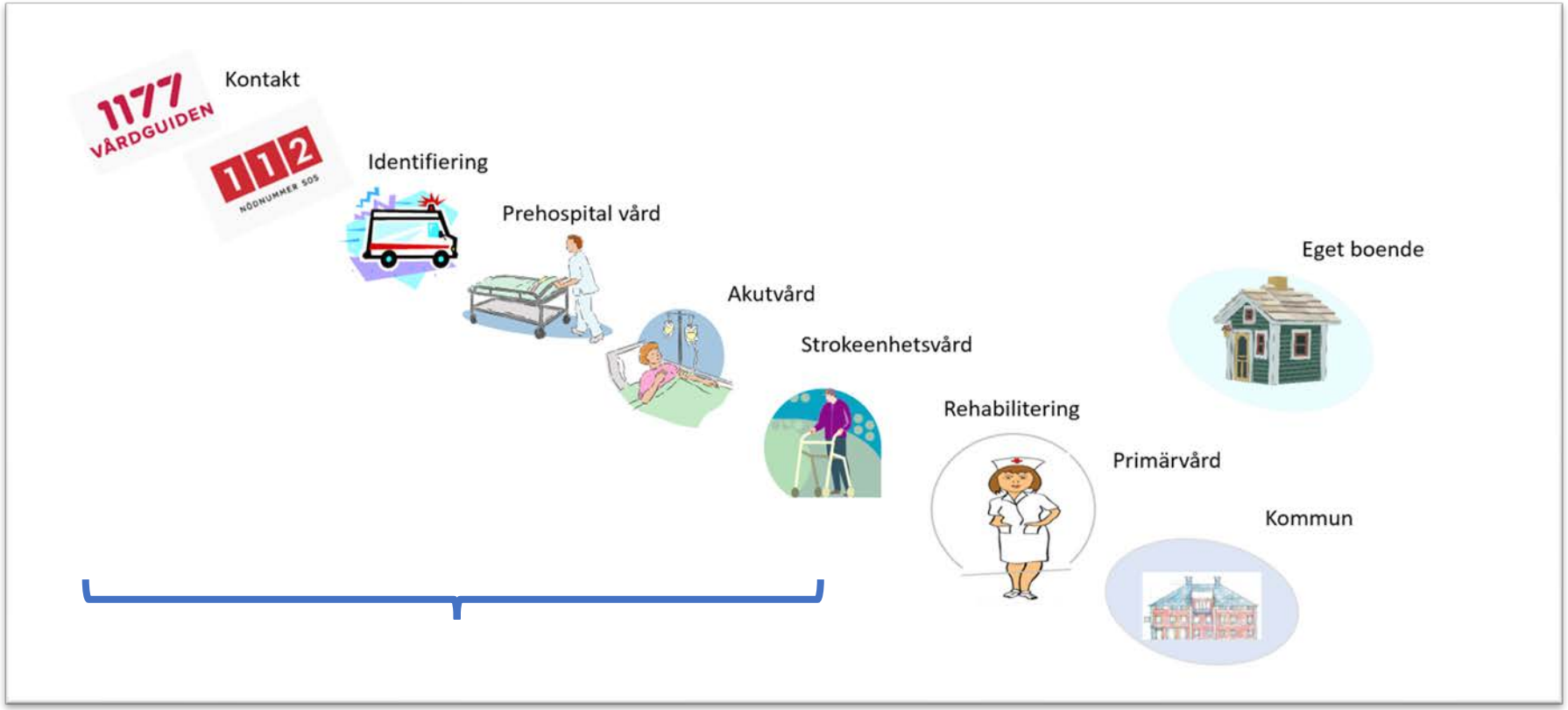
Patienten i centrum!!!

- VAD patienten bör få, ***inte*** hur det ska genomföras
- VAD patienten har behov av, ***inte*** vilken enhet (profession) eller vilka resurser som finns idag
- VAD patienten själv bidrar med (egenvård, mm)

Bakomliggande kunskap för vårdförloppen

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

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp (PSV) stroke och TIA



Godkändes av SKR 200515

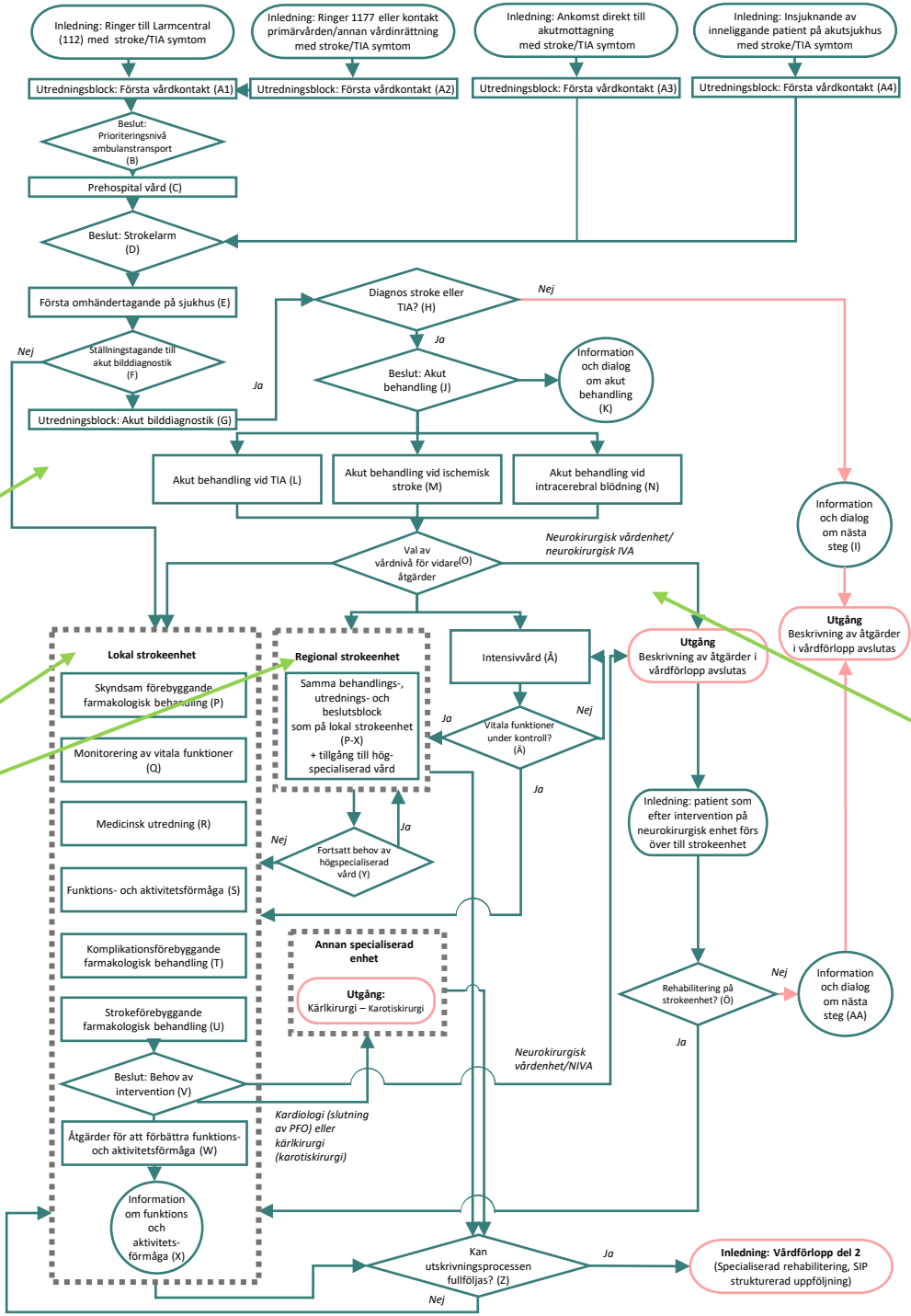
PSV stroke och TIA

1177
SOS alarm 112
Ambulans

Ankomst till sjukhus
Akut utredning (rtg)
Akut behandling
”eliminera proppen”

Strokeenhetsvård
-utredning
-medicinsk behandling
-rehabilitering

Utskrivningsprocessen
påbörjad



Intensivvård
Ställningstagande till
-neurokirurgi
-annan vård

Implementering PSV stroke TIA i VGR

- Påbörjades hösten 2020
- RPT stroke började kartlägga hur strokevården på de skilda sjukhusen i regionen förhöll sig i relation till vårdförloppet
- Lokala arbetsgrupper bildades för implementering i regionen (strokeenheter, akutsjukvård, radiologi)

Lokal arbetsgrupp i varje akutsjukhus i VGR

- VÖL och/eller strokeläkare från enheten
- Strokesjuksköterska
- Arbetsterapeut
- Fysioterapeut
- Vb övriga professioner
- Akutläkare/jourlinjen
- Röntgenläkare
- Vb verksamhetsutvecklare
- Vb införandeansvarig PSV

Viktigaste förbättringsområden avseende vårdförloppet i VGR

Inläggning på strokeenhet som första vårdenhet vid TIA och stroke

Dörr till nåltid (door to needle) inför start av trombolys

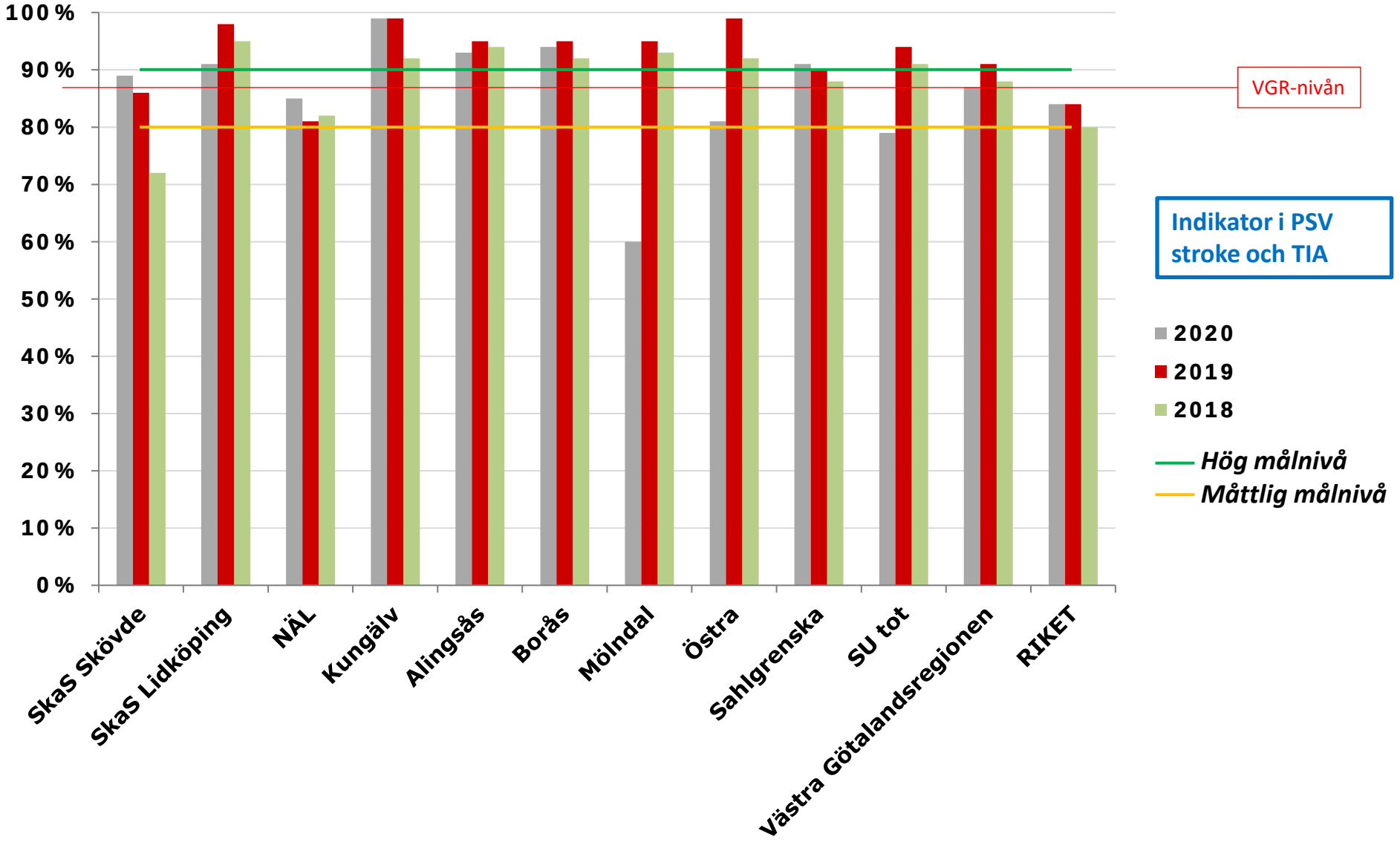
Andel reperfusionsbehandlade

Fokus 2021

Fler förbättringsområden finns

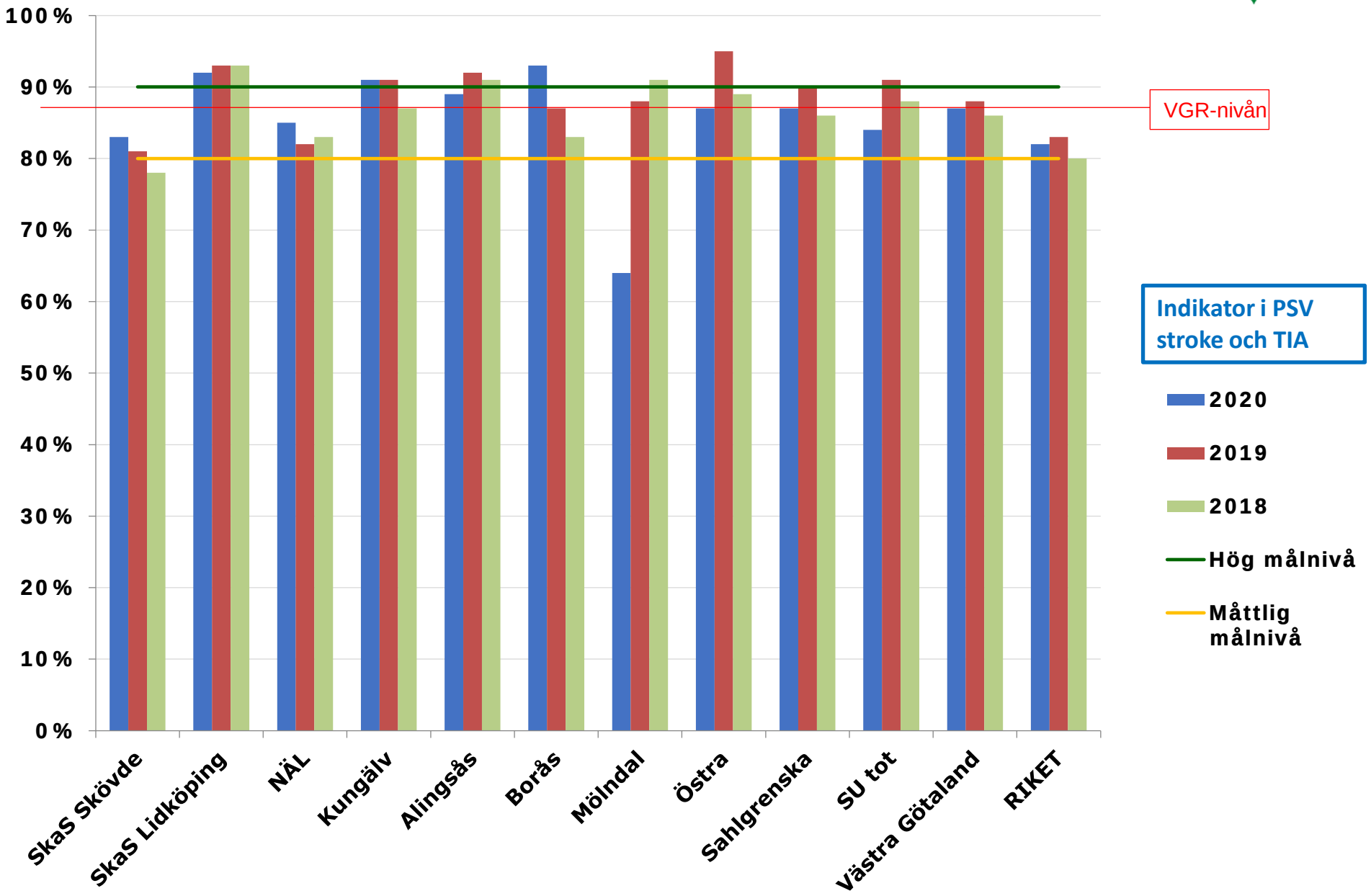
- Kartlagt via RPT stroke
- Fler indikatorer från Riksstroke för PSV stroke TIA

Andel TIA direktinlagda strokeenhet, IVA eller NKK som första vårdenhet



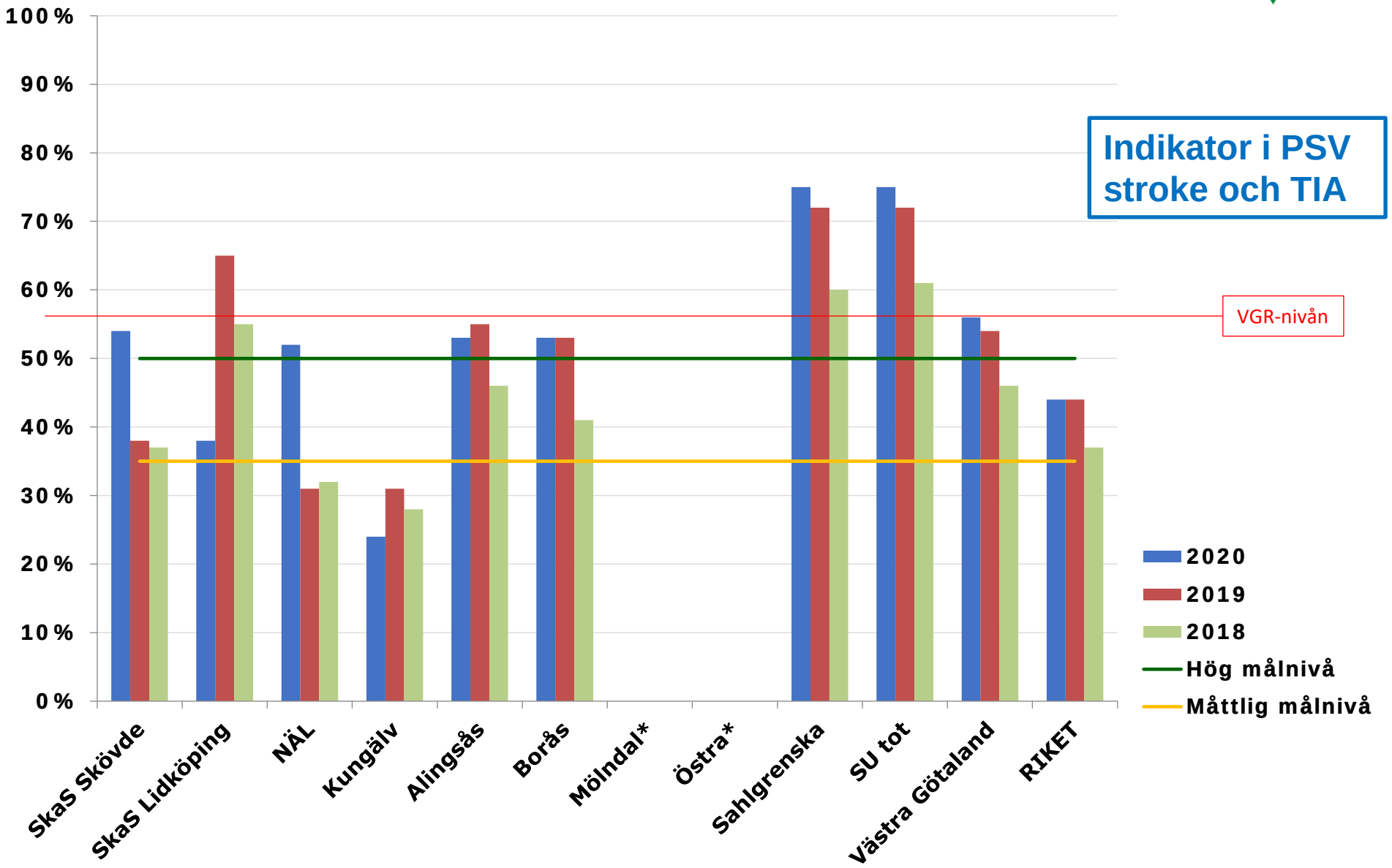
RPT stroke

Andel stroke direktinlagda på strokeenhet / IVA / NKK



RPT stroke

Andel trombolysbehandlade inom 30 min

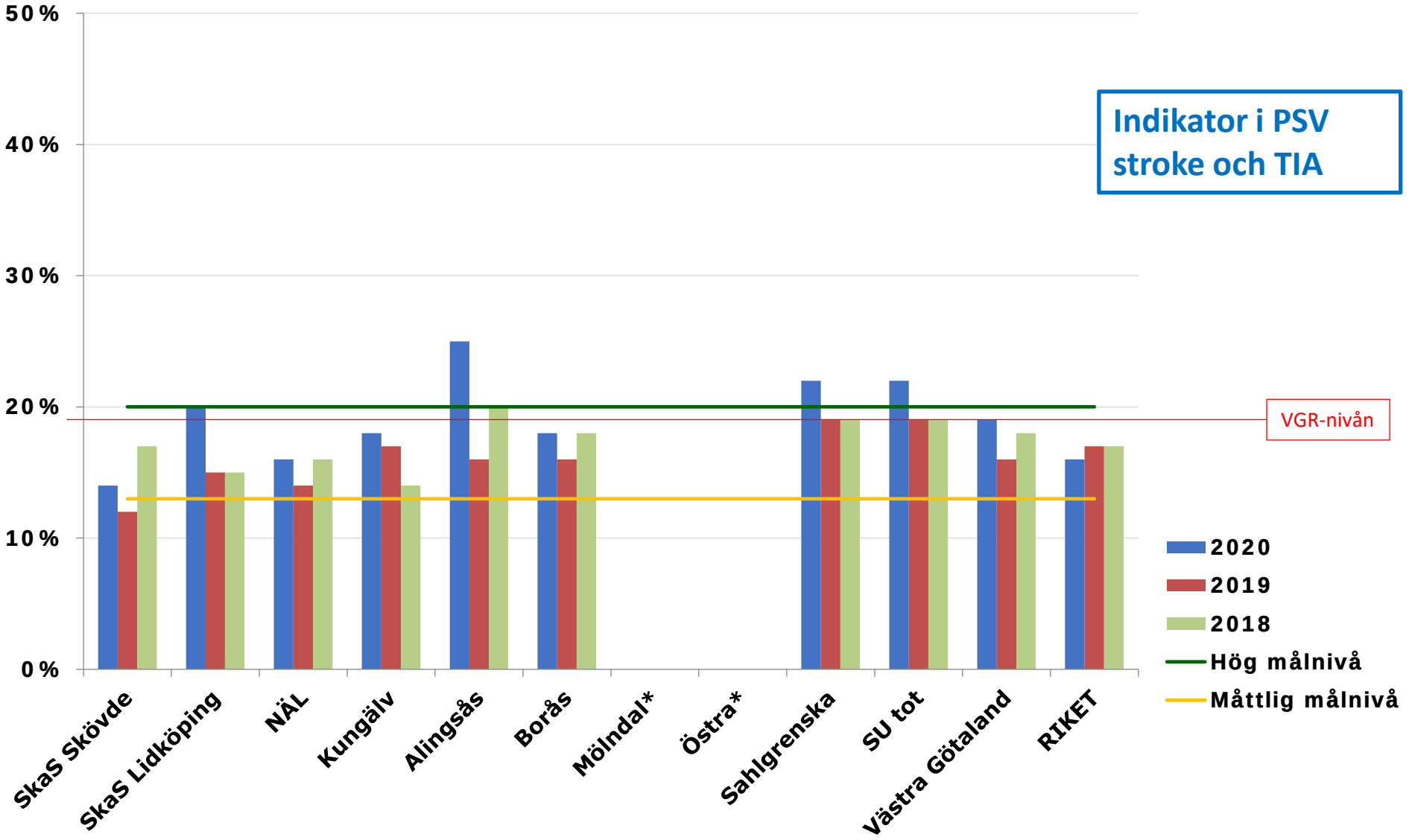


Indikator i PSV stroke och TIA

*Behandlingen är centraliserad till Sahlgrenska

RPT stroke

Andel reperfusionsbehandlade vid akut ischemisk stroke, alla åldrar



*Behandlingen är centraliserad till Sahlgrenska

GRAL – regiongemensam informationsplattform

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

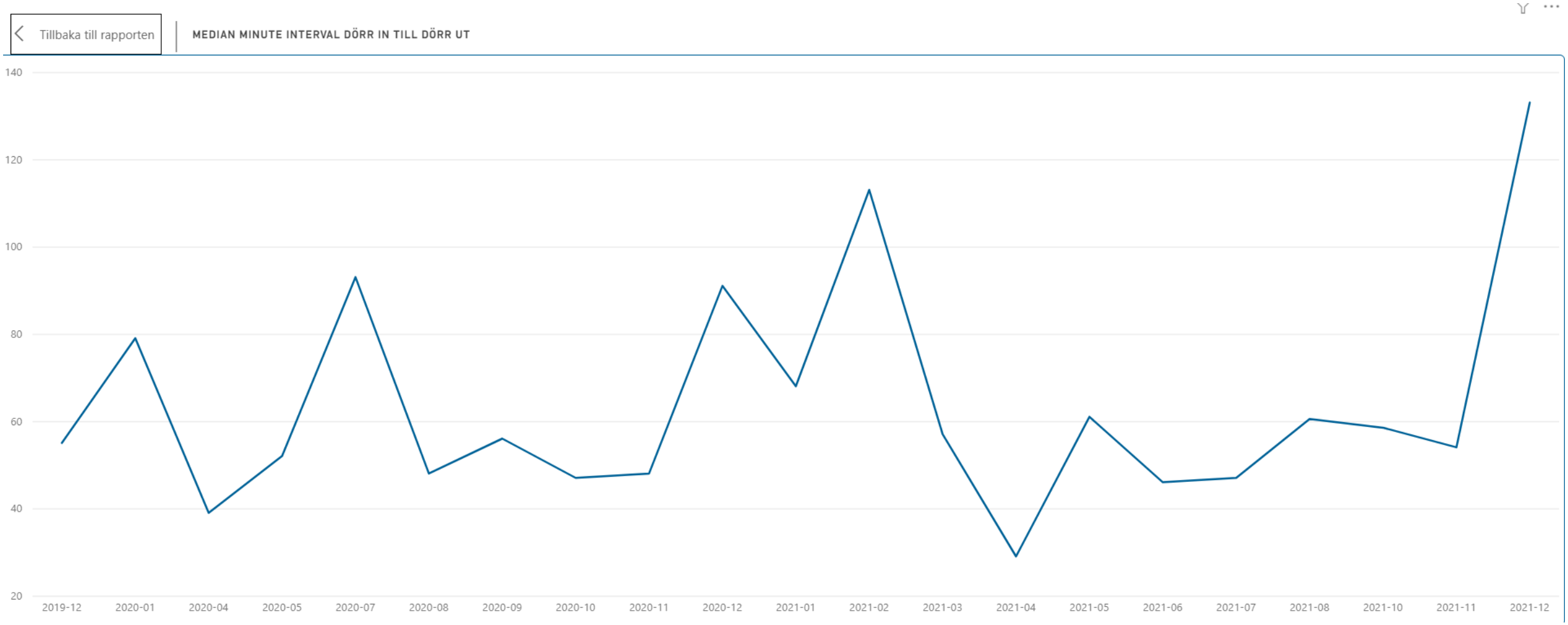
Med GRAL-plattformen ska dessa parametrar kunna tas fram för varje strokeenhet via administrativa register

Möjliggör snabbare åtkomst av data

Ytterligare en parameter kommer att vara tillgänglig via GRAL: Door-in-door-out time (DIDO)

DIDO är en viktig parameter för att bedöma det lokala sjukhusets förmåga att snabbt ta emot en strokepatient och sen vidarebefordra den Sahlgrenska för trombektomi om DT-angio visar en central storkärlsocklusion

DIDO –Strokeenhet NÄL



2019-12

2021-12

Viktigaste förbättringsområden avseende vårdförloppet i VGR

Fokus 2021

Fler förbättringsområden finns

- Kartlagt via RPT stroke
- Fler indikatorer från Riksstroke för PSV stroke TIA

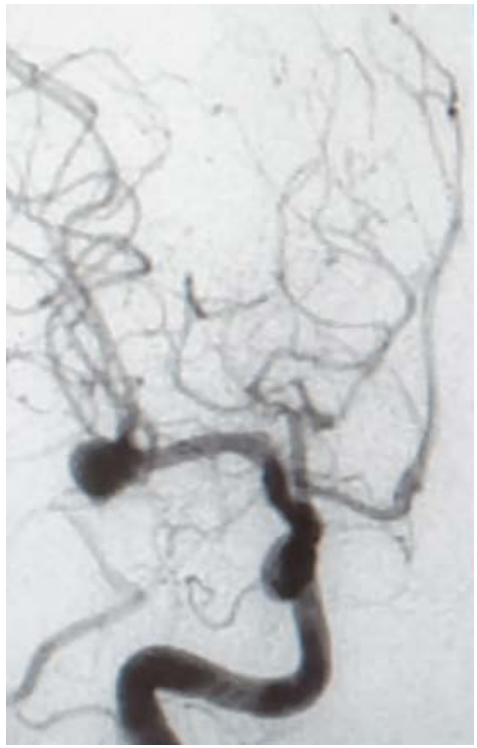
Övriga indikatorer för uppföljning av PSV via Riksstroke

- Död 3 månader efter stroke
- ADL beroende 3 månader efter stroke
- Död eller ADL beroende 3 månader efter stroke
- Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus vid stroke
- Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke
- Trombolysbehandlade inom 30 min från ankomst till sjukhus (“DNT”)
- Bedömning av sväljförmåga
- Blodtryckssänkande behandling efter TIA
- Blodtryckssänkande behandling efter stroke
- Statinbehandling efter TIA
- Statinbehandling efter ischemisk stroke
- Antikoagulantiabehandling vid förmaksflimmer och TIA
- Antikoagulantiabehandling efter ischemisk stroke och förmaksflimmer
- Karotiskirurgi inom 14 dagar efter stroke eller TIA

Komplettering PSV stroke och TIA med SAB och patientkontrakt

Subaraknoidalblödning och patientkontrakt kom inte med i 1:a versionen

Subaraknoidalblödningar (SAB)



Spontan SAB ingår i diagnosgruppen stroke

Drabbar en yngre patientgrupp och majoriteten är i arbetsför ålder

5% av alla stroke

Ingång i förloppet:

- Vid misstanke om subaraknoidalblödning då första vårdkontakten tas via 1177, larmcentral (112), primärvård, annan vårdinrättning eller akutmottagning

Utgång ur förloppet:

- Då patienten förs över till neurokirurgisk avdelning eller till neurointensivvård under neurokirurgiskt ansvar för specialiserad behandling (vårdas i vanligen ej på strokeenhet)

Patientkontraktet

- Initieras tidigt under vårdtiden med en första version klar utskrivning från slutenvården
- Stor betydelse när patienten lämnar slutenvården
- ”Ska” revideras upprepat hos kommande vårdgivare (slutenvård, primärvård, kommun)

Vad är ett patientkontrakt?

För att uppnå
- ✓ Delaktighet
- ✓ Samordning
- ✓ Tillgänglighet
- ✓ Samverkan

Överenskommelse

Gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare

►Sammanhållen planering

Planering, överblick och stöd för koordinerade insatser

►Fast vårdkontakt

Person med samordningsansvar

►Överenskommen tid

Bokade tider i samråd

Gemensam värdegrund och samverkan är en förutsättning

Sammanhållen planering

Överblick och stöd för koordinerade insatser

... en sammanhållen planering är interaktiv och **ger överblick över patientens behov, aktiviteter och önskemål**

… en sammanhållen planeringen stödjer både patienters och vårdens behov av **samordning**

… **en sammanhållen planering** är en framtidsvision. Regionala tekniska lösningar är nödvändiga: moderniserade journalsystem (Millenium?), 1177.se, hemsidor

Patienten ska själv ska kunna kommunicera i systemet

Fast vårdkontakt

med samordningsansvar

…gör att patientens behov av **trygghet, kontinuitet och säkerhet** tillgodoses

…bidrar till att vårdens **insatser samordnas, informerar** om vårdsituationer och **förmedlar kontakter** till andra involverade aktörer

… **lagstiftningen** finns

… **nya arbets- och förhållningssätt** ger förutsättningar för fast vårdkontakt att bli en naturlig del i samverkan

Patienten kan ha flera fasta vårdkontakter (från strokeenhet och primärvård)
Fast läkarkontakt har stimulerats statliga medel
Annan vårdpersonal (enligt lagen möjligt med administrativ person)
Namngiven, telefonnummer

Överenskommen tid

Bokade tider i samråd

… **veta sitt nästa steg** genom tid i handen eller möjlighet att hantera tider via e-tjänster

… få vård inom rimlig tid när patienten **behöver och kan** komma – med nationella medicinska riktlinjer som utgångspunkt

Vårdförloppet har därför kompletterats med SAB och Patientkontrakt och kommer att publiceras som: PSV Stroke och TIA - tidiga insatser och vård

Gick ut på nationell remiss 15/11

https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/remisservardforloppvardprogramochriktlinjer/remisseraktuella/nervsystemetssjukdomar.59052.html

SKR tar beslut om godkännande mars-april 2022

Implementering 2022-2023

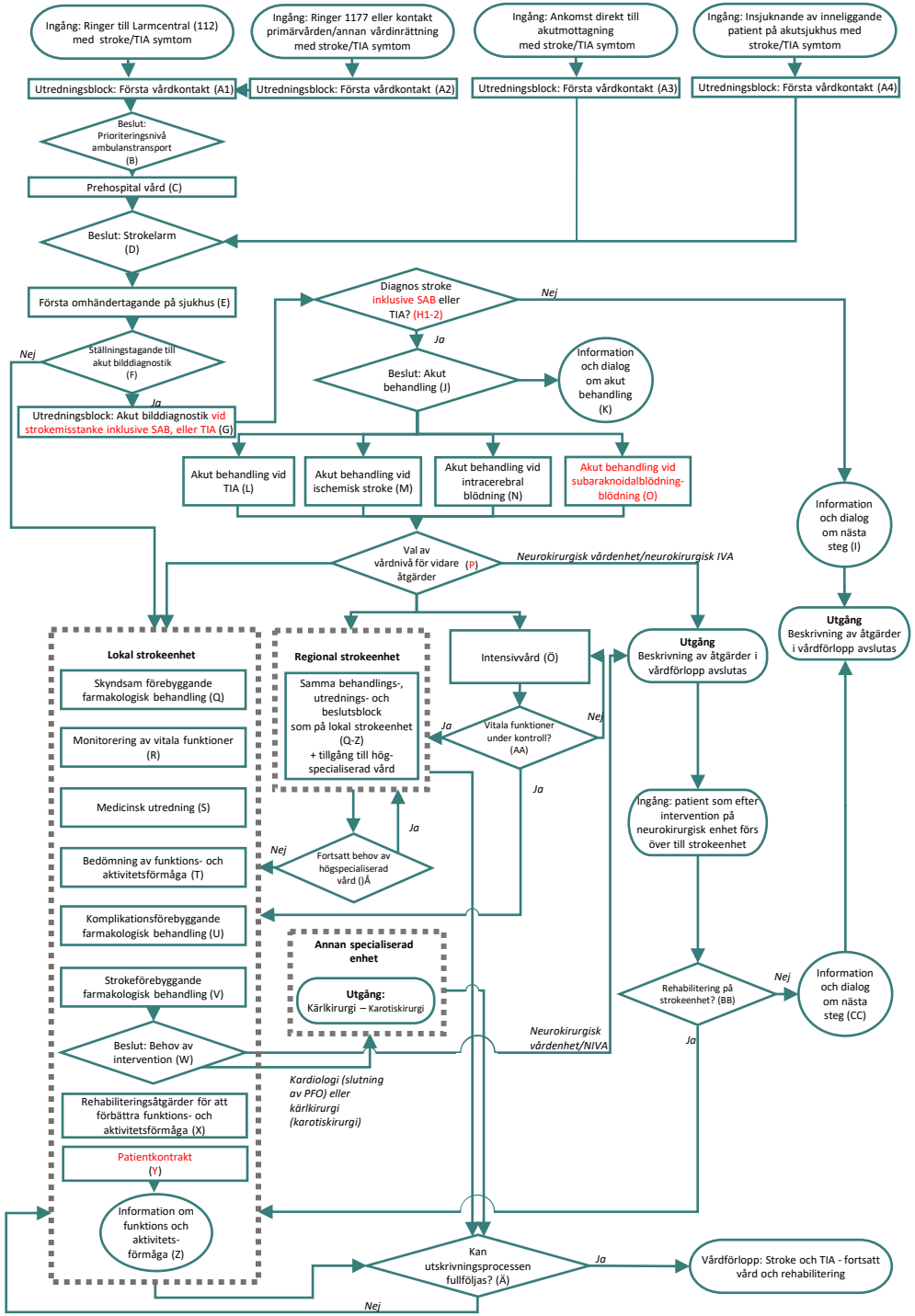
PSV Stroke och TIA – tidiga insatser och vård

Det akuta förloppet

+ Subaraknoidalblödning
  Snabbt insättande isolerad intensiv huvudvärk ”åskknallshuvudvärk”)
  Akut utredning på plats med DT och om >6 h lumbalpunktion

Strokeenhetsvård

+ Patientkontrakt
  Påbörjas tidigt
  Följer patienten



Subaraknoidalblödning

- Går ej till strokeenhetsvård
- Förs över till neurokirurgisk avdelning eller till neuro-intensivvård för hög-specialiserad behandling och lämnar därmed vårdförloppet,
- Kan efter behandling vid vb återföras till vårdförloppet för fortsatt vård och rehabilitering vid strokeenhet.

Ytterligare ett vårdförloppet som beskriver den senare fasen vid stroke har tagits fram:

PSV Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering

Innefattar 3 delprocesser har tagits fram av 3 arbetsgrupper

- Utskrivningsprocessen
- Fortsatt rehabilitering
- Strukturerad uppföljning

Gick ut på nationell remiss 15/11

https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/remisservardforloppvardprogramochriktlinjer/remisseraktuella/nervsystemetssjukdomar.59052.html

SKR tar beslut om godkännande mars-april 2022

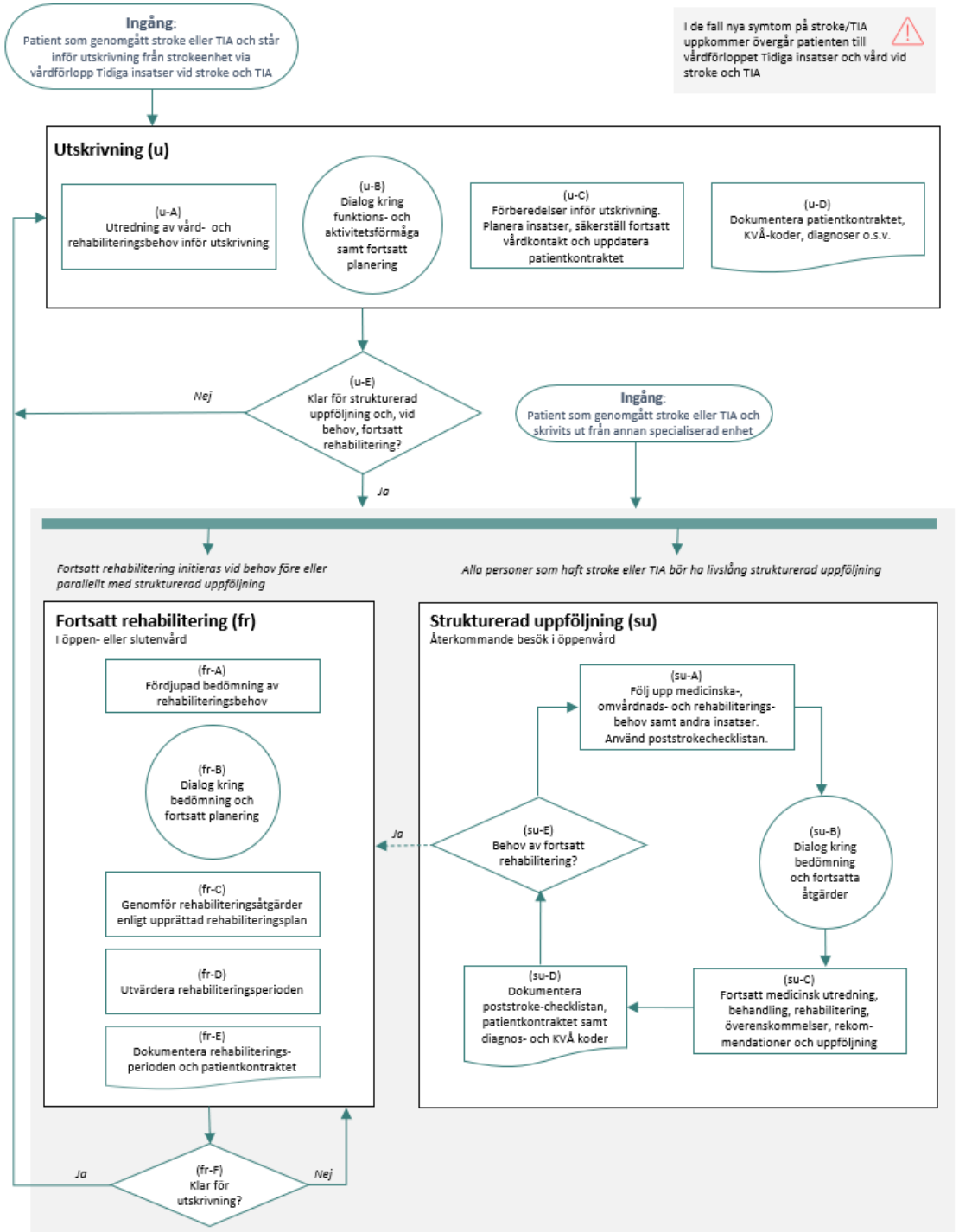
Implementering 2022-2023?

PSV Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering

Utskrivnings-processen

Fortsatt rehabilitering

Strukturerad uppföljning



Utskrivningsprocessen

- Oavsett var patienten befinner sig ska processen säkras
  - ☐ Strokeenhet
  - ☐ Rehabiliteringsenhet
- Oavsett till vilken vårdinstans som patienten skrivs ut till ska processen säkras
  - → Slutenvård
  - → Öppenvård
  - → Kommunal hälso- och sjukvård

Exempel på åtgärder

- Hembesök
- Anpassning av omgivningsfaktorer, hjälpmedel eller fallpreventiva åtgärder i hemmet
- Tidigarelagd koordinerad utskrivning från sjukhus och rehabilitering i hemmiljö (ESD)
- Samordnad individuell plan vid behov av insatser enligt HSL och SOL (SIP)
- Fast vårdkontakt inom primärvård eller kommun
- Fast vårdkontakt med strokekompetens (knuten till strokeenheten)
- Remisser till berörda vårdgivare för strukturerat vårdövertag och uppföljning inklusive rehabilitering
- Körförbud (vapen) fram till nytt ställningstagande vid återbesök (ev anmälan)
- Intyg för tex sjukskrivning, färdtjänst, tandvårdsstöd och fullmakter
- Uppdatera och distribuera patientkontrakt som lämnas till patient

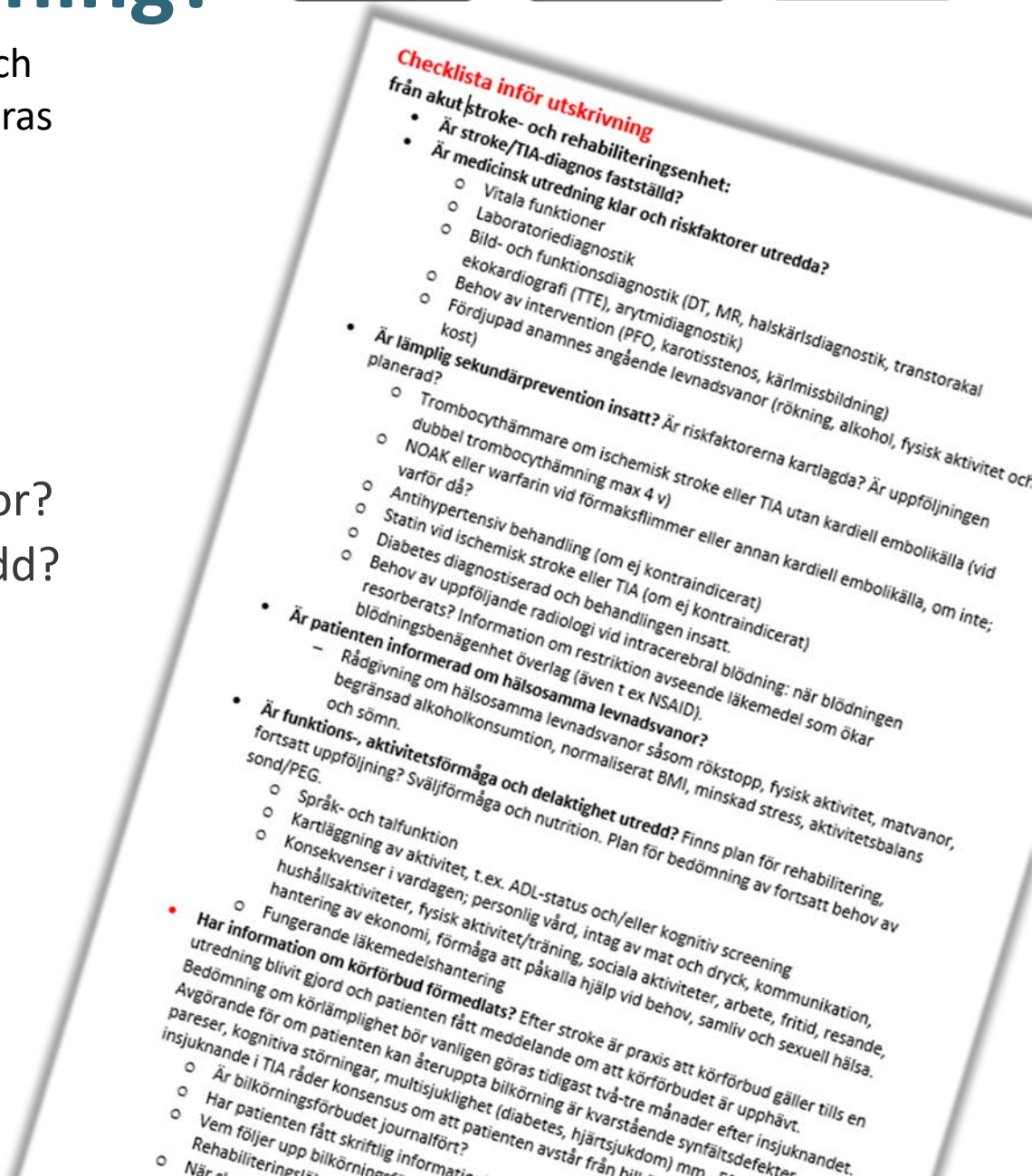
Är patienten klar för utskrivning?

Utskrivnings processen | Fortsatta rehabinsatser | Strukturerad uppföljning

Kontrollera att adekvata utredningar, bedömningar, åtgärder och behandlingar enligt PSV är utförda alternativt pågår eller planeras

Checklista strokeenhet

- Stroke/TIA-diagnos fastställd?
- Medicinsk utredning klar och riskfaktorer utredda?
- Lämplig sekundärprevention insatt?
- Patienten informerad om hälsosamma levnadsvanor?
- Funktions-, aktivitetsförmåga och delaktighet utredd?
- Information om körförbud?
- Information om vapenanvändning?
- Sjukskrivning efter stroke ombesörjd?
- Patientkontrakt upprättat?
- Vårdplanering eller SIP?
- Bedöms utskrivning trygg och säker?



Checklista inför utskrivning

från akut stroke- och rehabiliteringsenhet:

- **Är stroke/TIA-diagnos fastställd?**
- **Är medicinsk utredning klar och riskfaktorer utredda?**
  - Vitala funktioner
  - Laboratoriediagnostik
  - Bild- och funktionsdiagnostik (DT, MR, halskärlsdiagnostik, transtorakal ekokardiografi (TTE), arytmidiagnostik)
  - Behov av intervention (PFO, karotisstenos, kärlmissbildning)
  - Fördjupad anamnes angående levnadsvanor (rökning, alkohol, fysisk aktivitet och kost)
- **Är lämplig sekundärprevention insatt?** Är riskfaktorerna kartlagda? Är uppföljningen planerad?
  - Trombocythämmare om ischemisk stroke eller TIA utan kardiell embolikälla (vid dubbel trombocythämning max 4 v)
  - NOAK eller warfarin vid förmaksflimmer eller annan kardiell embolikälla, om inte; varför då?
  - Antihypertensiv behandling (om ej kontraindicerat)
  - Statin vid ischemisk stroke eller TIA (om ej kontraindicerat)
  - Diabetes diagnostiserad och behandlingen insatt.
  - Behov av uppföljande radiologi vid intracerebral blödning: när blödningen resorberats? Information om restriktion avseende läkemedel som ökar blödningsbenägenhet överlag (även t ex NSAID).
- **Är patienten informerad om hälsosamma levnadsvanor?**
  - Rådgivning om hälsosamma levnadsvanor såsom rökstopp, fysisk aktivitet, matvanor, begränsad alkoholkonsumtion, normaliserat BMI, minskad stress, aktivitetsbalans och sömn.
- **Är funktions-, aktivitetsförmåga och delaktighet utredd?** Finns plan för rehabilitering, fortsatt uppföljning? Sväljförmåga och nutrition. Plan för bedömning av fortsatt behov av sond/PEG.
  - Språk- och talfunktion
  - Kartläggning av aktivitet, t.ex. ADL-status och/eller kognitiv screening
  - Konsekvenser i vardagen; personlig vård, intag av mat och dryck, kommunikation, hushållsaktiviteter, fysisk aktivitet/träning, sociala aktiviteter, arbete, fritid, resande, hantering av ekonomi, förmåga att påkalla hjälp vid behov, samliv och sexuell hälsa.
  - Fungerande läkemedelshantering
- **Har information om körförbud förmedlats?** Efter stroke är praxis att körförbud gäller tills en utredning blivit gjord och patienten fått meddelande om att körförbudet är upphävt. Bedömning om körlämplighet bör vanligen göras tidigast två-tre månader efter insjuknandet. Avgörande för om patienten kan återuppta bilkörning är kvarstående synfältsdefekter, pareser, kognitiva störningar, multisjuklighet (diabetes, hjärtsjukdom) mm. [illegible] insjuknande i TIA råder konsensus om att patienten avstår från bil[illegible]
  - Är bilkörningsförbudet journalfört?
  - Har patienten fått skriftlig informati[illegible]
  - Vem följer upp bilkörning[illegible]
  - Rehabiliterings[illegible]

Utskrivnings processen | Fortsatta rehabinsatser | Strukturerad uppföljning

Fortsatt rehabilitering

Teamarbete viktigt!

Fördjupad bedömning

*ICF**

Kartlägg personens Funktionsnedsättningar, problem med aktivitet- och delaktighet, behov av stöd/anpassningar samt mål och resurser.

Använd valida och tillförlitliga tester!

Områden i vårdförloppet:

- Sväljförmåga, nutrition
- Tal, språk, kommunikation
- Kognition, perception, fatigue
- Emotion, psykosocial situation
- Rörelseförmåga och förflyttningar
- Aktiviteter, arbete och fritid
- Levnadsvanor

Upprätta rehabiliteringsplan

*International Classification of Functioning, Disability and Health

Strukturerad uppföljning

Utskrivnings processen | Fortsatta rehabinsatser | Strukturerad uppföljning

Mål

- Förhindra ny stroke
- Behandla komplikationer
- Identifiera behov
- Tillgodose rehabiliteringsbehov
- Stödja anpassningen till livet efter stroke

VAR?

Sjukhus, primärvård, kommun.

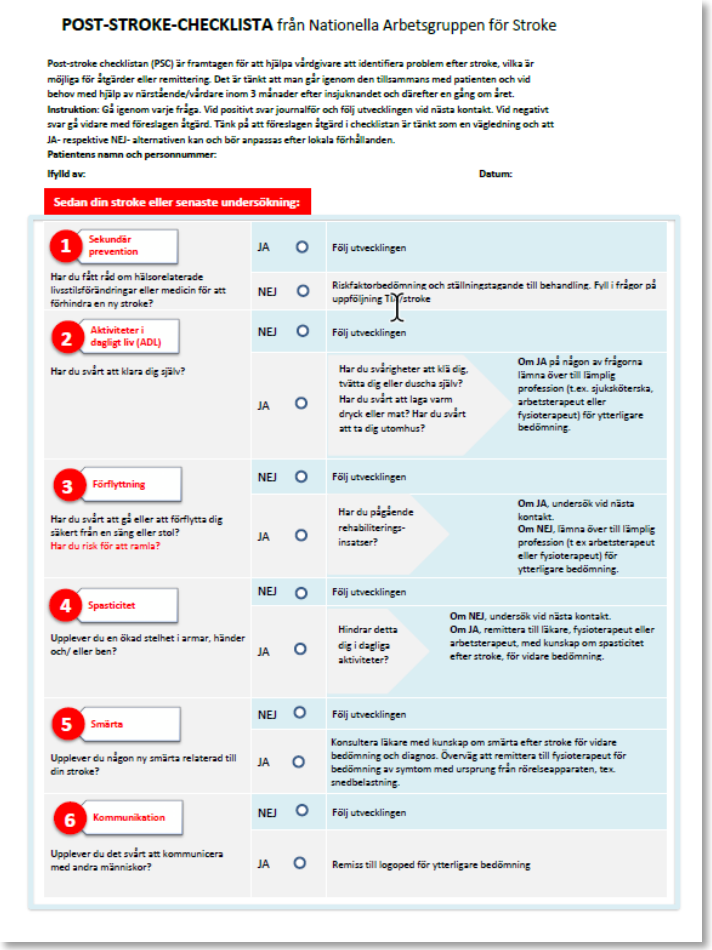
VEM?

Kunskap om stroke. Tillgång multidisciplinärt team.

NÄR?

- Läkarbesök TIA diagnos 1–3 mån/ stroke 3–6 mån
- Årlig läkaruppföljning
- Uppföljning av annan profession vb
- Livslångt

Kan utgå från checklista



POST-STROKE-CHECKLISTA från Nationella Arbetsgruppen för Stroke

Post-stroke checklistan (PSC) är framtagen för att hjälpa vårdgivare att identifiera problem efter stroke, vilka är möjliga för åtgärder eller remittering. Det är tänkt att man går igenom den tillsammans med patienten och vid behov med hjälp av närstående/vårdare inom 3 månader efter insjuknandet och därefter en gång om året.
Instruktion: Gå igenom varje fråga. Vid positivt svar journalför och följ utvecklingen vid nästa kontakt. Vid negativt svar gå vidare med föreslagen åtgärd. Tänk på att föreslagen åtgärd i checklistan är tänkt som en vägledning och att JA- respektive NEJ- alternativen kan och bör anpassas efter lokala förhållanden.
Patientens namn och personnummer:

Ifylld av: **Datum:**

Sedan din stroke eller senaste undersökning:

1 Sekundär prevention Har du fått råd om hälsorelaterade livsstilsförändringar eller medicin för att förhindra en ny stroke?	JA	○	Följ utvecklingen
	NEJ	○	Riskfaktorbedömning och ställningstagande till behandling. Fyll i frågor på uppföljning TIA/stroke
2 Aktiviteter i dagligt liv (ADL) Har du svårt att klara dig själv?	NEJ	○	Följ utvecklingen
	JA	○	Har du svårigheter att klä dig, tvätta dig eller duscha själv? Har du svårt att laga varm dryck eller mat? Har du svårt att ta dig utomhus? → Om JA på någon av frågorna lämna över till lämplig profession (t.ex. sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut) för ytterligare bedömning.
3 Förflyttning Har du svårt att gå eller att förflytta dig säkert från en säng eller stol? Har du risk för att ramla?	NEJ	○	Följ utvecklingen
	JA	○	Har du pågående rehabiliterings-insatser? → Om JA, undersök vid nästa kontakt. Om NEJ, lämna över till lämplig profession (t ex arbetsterapeut eller fysioterapeut) för ytterligare bedömning.
4 Spasticitet Upplever du en ökad stelhet i armar, händer och/ eller ben?	NEJ	○	Följ utvecklingen
	JA	○	Hindrar detta dig i dagliga aktiviteter? → Om NEJ, undersök vid nästa kontakt. Om JA, remittera till läkare, fysioterapeut eller arbetsterapeut, med kunskap om spasticitet efter stroke, för vidare bedömning.
5 Smärta Upplever du någon ny smärta relaterad till din stroke?	NEJ	○	Följ utvecklingen
	JA	○	Konsultera läkare med kunskap om smärta efter stroke för vidare bedömning och diagnos. Överväg att remittera till fysioterapeut för bedömning av symtom med ursprung från rörelseapparaten, tex. snedbelastning.
6 Kommunikation Upplever du det svårt att kommunicera med andra människor?	NEJ	○	Följ utvecklingen
	JA	○	Remiss till logoped för ytterligare bedömning

Strukturerad uppföljning – digitalisering av vården

Nödvändig för att journalhandlingar ska kunna uppdateras mellan olika vårdgivare

Gemensamt journalsystem

- Slutenvård
- Öppenvård
- Kommun

Millenium?

Uppföljning av PSV

Riksstroke har en central roll

PSV Stroke och TIA - tidiga insatser och vård

- 18 indikatorer från RS används för att följa förloppet enl ovan +
  - Död 1 månad efter aneurysmal SAB
  - Neurokirurgisk klinik som första vårdnivå vid SAB
  - Vid SAB, behandling av aneurysm inom 36 timmar från insjuknande
- Mycket goda förutsättningar för uppföljning tack vare RS

PSV Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering

- 7 Indikatorer från RS
  - 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 vid 1 år
  - Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet
  - Strukturerad uppföljning efter stroke
- Behov av fler indikatorer - Regional-kommunal nivå via KVÅ-koder? PrimärvårdsKvalitet?

Är vårdförlopp ett sätt att nå till jämlik personcentrerad vård?

Svar: Ja, förutsatt att de implementeras av regioner och verksamheter

Tack!