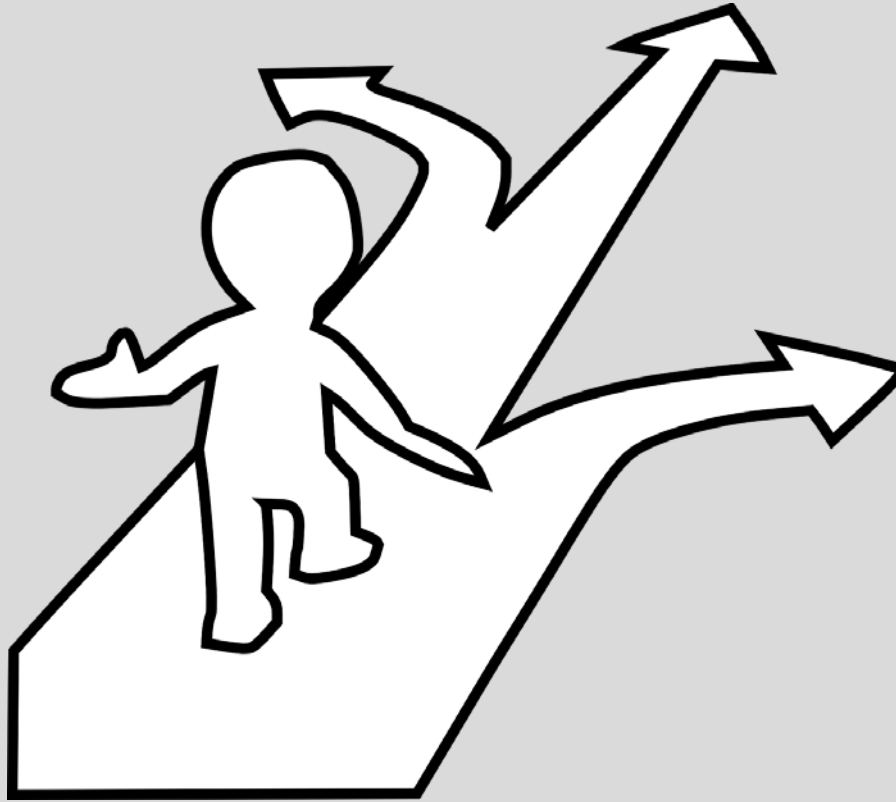


Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp (PSV) stroke och TIA



Patientens resa efter Stroke/TIA

Åsa Rejnö, sjuksköterska, docent

Lars Rosengren, läkare, professor



Agenda

- Vårdförlopp- mer jämlik vård
- Trygg utskrivning
- Fortsatt rehabilitering
- Uppföljning med stroketeam

*”Man är här på sjukhuset
en vecka, sen släpps man
ut i det tomma”*

Fokusgrupp/ Person som haft stroke

Utgångspunkt i vårdförloppet

- 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)

Utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och baseras på bästa tillgängliga kunskap

Målsättning med Personcentrerat Sammanhållet Vårdförlopp

Patienten i centrum!!!

- Öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården
- Välorganiserad och helhetsorienterad process – sömlösa övergångar
- Patienternas livskvalitet och nöjdhet med vården ska stiga
- Ökad patientdelaktighet
- Verka för ökad kompetensnivå vid omhändertagandet



Patientens resa genom hälso- och sjukvården

Bidrar till dialog med beslutsfattare och politiker och utvecklingen av God och nära Vård

Patienten i PSV stroke och TIA



PSV Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering

Behov av gemensam struktur!!

Närsjukvårds-
team

Mottagnings-
team

Palliativt
team

Vårdavdelningar
sjukhus

Vårdplanering
team
sjukhus

Vårdcentral

Bistånds-
handläggare

Vårdplanerings-
team kommun

sjuksköterskor

Kvälls-
sjuk-
sköterskor

Hemsjukvårds-
läkare

Närstående

Trygghets-
larm

Helg-
sjuksköterskor

Arbets-
terapeuter

Fysio-
terapeuter

Natt-
patrull

Ambulans

Struktur för personcentrerat vårdförlopp

Fortsatt vård och rehabilitering efter stroke och TIA

Utskrivning

Fortsatt
rehabilitering

Strukturerad
uppföljning

Appendix
Bedömningsinstrument,
Rehabplan etc

Uppdateras nu inför beslut om godkännande av SKR september

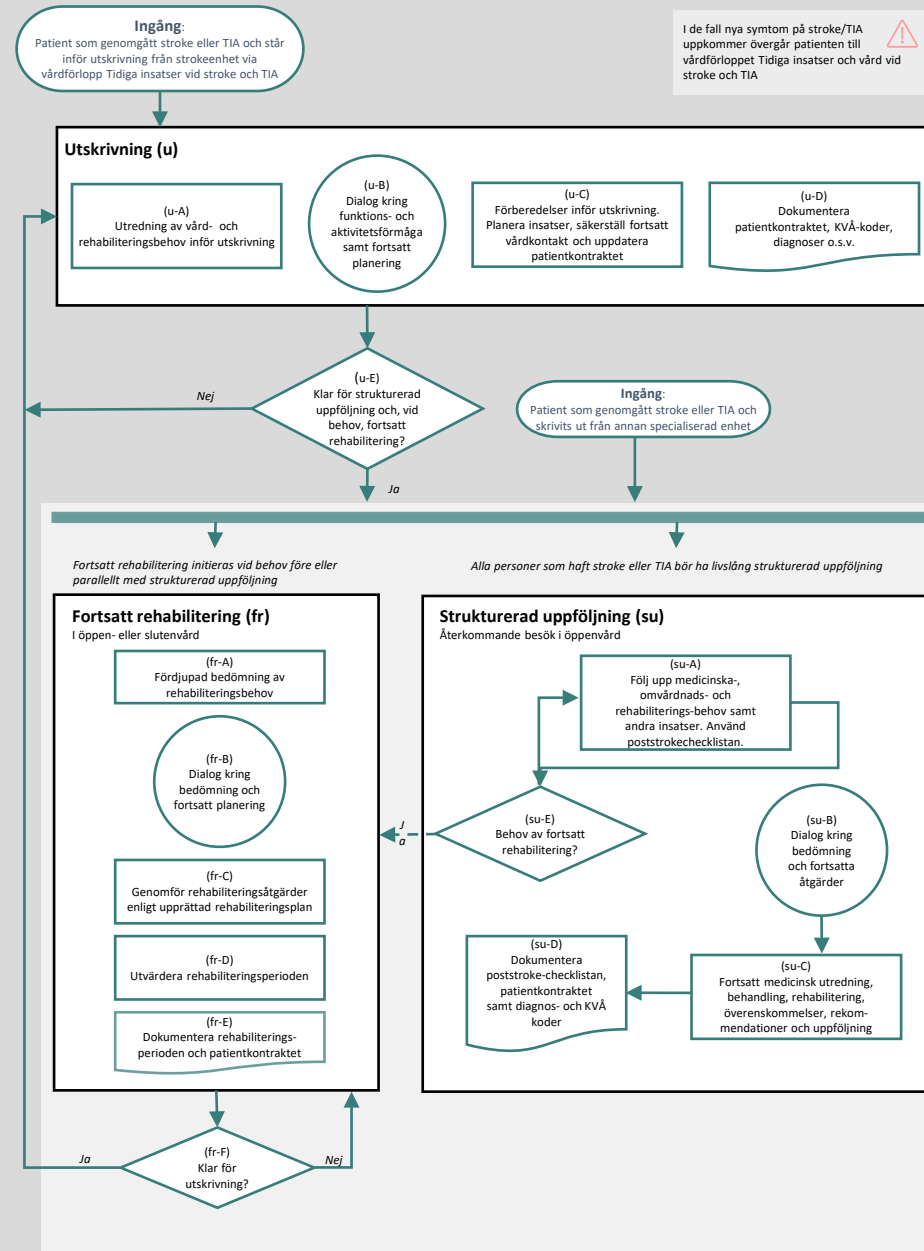
Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering

Utskrivning

Från sluten eller öppenvård

Fortsatt rehabilitering

Inom sluten eller öppenvård (hemmet, kommunal HSV)



Strukturerad Uppföljning

På öppenvårdsmottagningar inom den specialiserade vården alternativt primärvård inom region eller kommun

Utskrivning (u)

”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 slutenvård- och öppenvård. 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”.

Utskriven och

"Vet inte vem man ska vända sig till"

P1: Och jag tycker *det är jättekrångligt* med vem som ansvarar för det hela – kommunen, eller landstinget. Jag har *hamnat mittemellan*.

P2: Nej man *vet inte vem man ska vända sig till* i olika frågor liksom....

(fokusgrupp med personer som haft stroke)



Utskrivning

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

När startar processen?

- Utskrivning från slutenvårdsenhet genomförs när adekvata utredningar, bedömningar, åtgärder och behandlingar enligt vårdförloppet är utförda alternativt pågår eller planeras

Exempel på åtgärder

- Tidigarelagd koordinerad utskrivning från sjukhus och rehabilitering i hemmiljö (ESD)
- Fast vårdkontakt
- Uppdatera och distribuera patientkontrakt som lämnas till patient
- mm

Är patienten klar för utskrivning?

Utskrivning

Fortsatt
rehabilitering

Strukturerad
uppföljning

Appendix
Bedömningsinstrument,
Rehabplan etc

Checklista

- Stroke/TIA-diagnos fastställd?
- Lämplig sekundärprevention insatt?
- Patienten informerad om hälsosamma levnadsvanor?
- Funktions-, aktivitetsförmåga och delaktighet utredd?
- Information om körförbud?
- Information om vapen användning?
- Sjukskrivning?
- Har patientkontrakt upprättats?
- OSV...

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 emboli
 - dubbel trombocythämning max 4 v)
 - NOAK eller warfarin vid förmaksflimmer eller annan kardiell emboli 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, begränsad alkoholkonsumtion, normaliserat BMI, minskad stress, aktivitetsbaserad 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, inlag 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 gällande utredning blivit gjort och patienten fått meddelande om att körförbudet gäller. Avgörande för om patienten kan återuppta tidigare aktiviteter, arbete, fritid, resande, paresteser, kognitiva störningar, multisjukligheter.
 - Är bilkörningsförmåga utredd?
 - Är bilkörningsförmåga utredd?



Vem är personen?

Fortsatt rehabilitering (fr)

”Många personer är efter stroke i behov av [fortsatt rehabilitering](#) efter initial vård på strokeenhet eller annan enhet. Rehabiliteringen kan ske [som en integrerad del av strokeenheten, i hemmet, i öppenvård eller i slutenvård](#) beroende på omfattning och grad av funktionsnedsättningar samt problem med aktivitet och delaktighet.

- Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet, där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför rehabilitering i hemmiljön, bör erbjudas till personer med lindrig till måttlig stroke [1, 7] ([se appendix del A-7](#)).
- Multidisciplinär teambaserad rehabilitering i slutenvård bör erbjudas till personer med måttlig till svår stroke som har stort kvarvarande rehabiliteringsbehov samt kvarstående omvårdnadsbehov, direkt efter vård på strokeenhet [1] ([se appendix del B-10](#)).

En del personer är även i behov av [återkommande rehabilitering i senare fas](#). För att kunna erbjuda en personcentrerad rehabilitering är tillgång till ett multidisciplinärt team ([se appendix del A-6](#)) med särskild kunskap om stroke viktigt i alla delar av vårdkedjan, oavsett vårdnivå. Det är viktigt att involvera närstående och vårdpersonal i processen, till exempel ha en dialog och praktisk handledning i samråd med personen. I de fall nya symtom på stroke eller TIA uppkommer övergår patienten till vårdförloppet Stroke och TIA - tidiga insatser och vård”.

Fortsatt rehabilitering

Teamarbete viktigt!

Fördjupad
bedömning
*ICF**

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

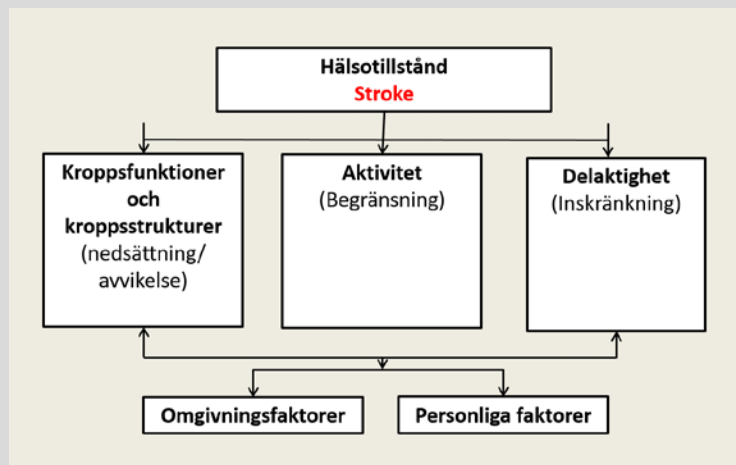
*Använd valida och
tillförlitliga tester!*

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

Fortsatt
rehabiliteringFördjupad
bedömning
*ICF*Åtgärder
*ICF*Utskrivning-
vårdkedjaStrukturerad
uppföljningAppendix
Bedömnings-
instrument,
Teamarbete
ESD
Rehabplan,
Målformulering
Egenvård



Fortsatt rehabilitering

NÄR? Börjar i slutenvården. Förnyad bedömning och rehabilitering

VAR? I hemmet, i öppen vård eller slutenvård

VEM? Multidisciplinärt stroketeam. Involvera närstående och personal.

Får patienten en förnyad rehabbedömning efter utskrivning? För vilka är det särskilt angeläget?



Strukturerad uppföljning (su)

”Personer med stroke eller TIA har efter utskrivningen från strokeenhet eller annan enhet ofta fortsatt behov av medicinska åtgärder, omvårdnads- och rehabiliteringsåtgärder inklusive försäkringsmedicinska åtgärder. För att möta behoven bör en strukturerad uppföljning erbjudas enligt NR [1].

Uppföljning med **tillgång till ett multidisciplinärt team** med **särskild kompetens inom stroke** är viktigt för att kunna bedöma behov, erbjuda relevanta insatser och kunna hänvisa vidare till rätt instans. Uppföljningen sker hos aktuell vårdgivare, exempelvis i öppenvård på sjukhus, primärvård i regionen eller kommunal hälso- och sjukvård.

Uppföljning av strokekompetent läkare inom specialist- eller primärvård behöver ske inom 1–3 månader för patient med TIA-diagnos och inom 3–6 månader för patient med strokediagnos. Återbesök rekommenderas därefter ske minst årligen, utifrån personens behov. I de fall nya symtom på stroke/TIA uppkommer övergår patienten till vårdförloppet för akut insjuknande”.

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

Utskrivnings
processen

Fortsatta
rehabinsatser

Strukturerad
uppföljning

Kan utgå från checklista

POST-STROKE-CHECKLISTA från Nationella Arbetsgruppen för Stroke

Post-stroke checklisten (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 föreslagna åtgärder. Tänk på att föreslagna åtgärder i checklisten är tänkt som en vägledning och att JA- respektive NEJ- alternativen kan och bör anpassas efter lokala förhållanden.

Patientens namn och personnummer:

Ifyll 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
2 Aktiviteter i dagligt liv (ADL) Har du svårt att klara dig själv?	NEJ ☐	Risikfaktorbedömning och ställningstagande till behandling. Fyll i frågor på uppföljning 10 för stroke
	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 rehabiliteringsinsatser? 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 symptom med ursprung från rörelseapparaten, t.ex. smedbelastning.
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 system

- Slutenvård
- Öppenvård
- Kommun



Fortsatt
rehabilitering

Strukturerad
uppföljning - livslång

Förberedelser

Besök

Teambedömning



Vem är personen?

Strukturerad uppföljning

Kan utgå från checklista (tex post.stroke checklistan)
Tillgång till multidisciplinärt team
3-6 månader efter stroke (inkl. läkare)

Nationella riktlinjer
för vård vid stroke
Stöd för styrning och ledning

- Återinsjuknande minskar i kardiovaskulära händelser, förbättrar livskvalitet och funktionsförmåga. Willeit P, et al. STROKE-CARD care...-2020.
- Strokerelaterade problem identifieras hos mer än 90% vid 3 mån uppföljning med modifierad PSC. Ullberg et al, Comprehensive structured...-2020)
- Median på sex strokerelaterade problem/ boende identifierades med PSC på SÄBO. (Kjörk et al -2022)

Sammanhållet vårdförlopp för stroke och TIA

Fortsatt
rehabilitering



Strukturerad
uppföljning - livslång

Förberedelser

Frågor - formulär
Ta med anhörig/talstöd
Laboratorieprov
EKG

Besök

Teambedömning



Sammanhållet vårdförlopp för stroke och TIA

Fortsatt
rehabilitering

Strukturerad
uppföljning - livslång

Förberedelser

Besök

Teambedömning

Fast vårdkontakt stroke
Teammedlem
Post stroke checklista
Medicinsk bedömning



Sammanhållet vårdförlopp för stroke och TIA

Fortsatt
rehabilitering

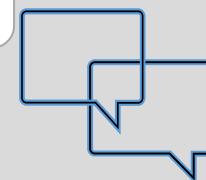
Strukturerad
uppföljning - livslång



Förberedelser



Besök



Teambedömning



Nya/ förändrade behov?
Ny Rehabbedömning?



Åtgärder och hänvisa vidare:
Utredning,
Behandling,
patientföreningar,
försäkringskassan,
körbedömning
mm

T. ex intyg om
tandvårdsstöd

HUR funkar det i praktiken?

Appendix- ett stöd på vägen

- Bedömningsinstrument
- Definitioner
- Patientkontrakt
- Checklistor
- Restriktioner
- Hänvisning om var du kan läsa mer

Och mycket mer...

TACK!