

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp efter STROKE/TIA

Rehabveckan, 28 september 2022

Christina Brogårdh, professor i fysioterapi

Docent i exp rehabiliteringsmedicin

Lunds universitet & Skånes universitetssjukhus



Innehåll i dagens presentation

- Kort bakgrund till vårdförloppen
- Syfte med vårdförloppen
- Vårdförlopp efter stroke/TIA
- Del 1 och 2
- Innehåll i delförlopp 2



Bakgrund till vårdförloppen

- Överenskommelse mellan staten och SKR
- Vårdförlopp för många olika diagnoser
- Beträffande stroke/TIA:
 - NAG ansökte om och beviljades att arbeta fram vårdförloppet
- Regionerna nominerat personer
 - Tvärprofessionell arbetsgrupp från olika delar av vårdkedjan



Vad är syftet med personcentrerat vårdförlopp?

Att skapa en mera jämlik strokevård i landet

Omotiverade skillnader avseende:

- tid till akut behandling
- strokeenhetsvårdens tillgänglighet och kvalitet
- uppföljning och rehabilitering efter akutskedet (slutenvård, primärvård, kommun)
- Patienten är ofta oklar över vem som har ansvar



Personcentrerat vårdförlopp - Stroke/TIA

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

Vårdförloppet inleds vid misstanke om stroke eller TIA och avslutas inför utskrivning av patient från strokeenhet eller vid överflyttning av patient till annan specialiserad vård.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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

Vårdförloppet inleds inför utskrivning av patient från strokeenhet och omfattar åtgärder livet ut.

Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

***Två delförlopp:
Båda nu
godkända!***

<https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>

Personcentrerat vårdförlopp - Stroke/TIA

Vad innehåller delförlopp 2?

Utskrivning

Fortsatt
rehabilitering

Strukturerad
uppföljning

Appendix
Bedömningsinstrument
Rehabplan
Egenvård etc

Patienten i centrum!



Del 2. Fortsatt vård och rehabilitering

Utskrivningsprocessen

Utskrivnings
processen

Fortsatta
rehabinsatser

Strukturerad
uppföljning

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

Inför utskrivning...

Utskrivnings
processen

Fortsatta
rehabinsatser

Strukturerad
uppföljning

- Hembesök, anpassningar i hemmet, hjälpmedel eller fallpreventiva åtgärder
- Koordinerad utskrivning från sjukhus och rehabilitering i hemmiljö (ESD)
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Remisser för strukturerat vårdövertag och uppföljning
- Intyg för tex sjukskrivning, färdtjänst, tandvårdsstöd etc
- Körförbud?
- Behov av fortsatt rehabilitering?
- Fast vårdkontakt
- Uppdatera patientkontraktet

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), arytmiagnostik)
 - 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 (vid 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? Svårförmåga 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 körilämplighet 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. Efter insjuknande i TIA råder konsensus om att patienten avstår från bilkörning i minst två veckor.
 - Är bilkörningsförbudet journalfört?
 - Har patienten fått skriftlig information?
 - Har patienten fått skriftlig information?
 - Vem följer upp bilkörningsförbudet? (Läkare i primärvård? Neurolog? Rehabiliteringsläkare? Ögonläkare? Transportstyrelsen?).
 - När ska bilkörningsförbudet följas upp?

'Patientkontrakt'

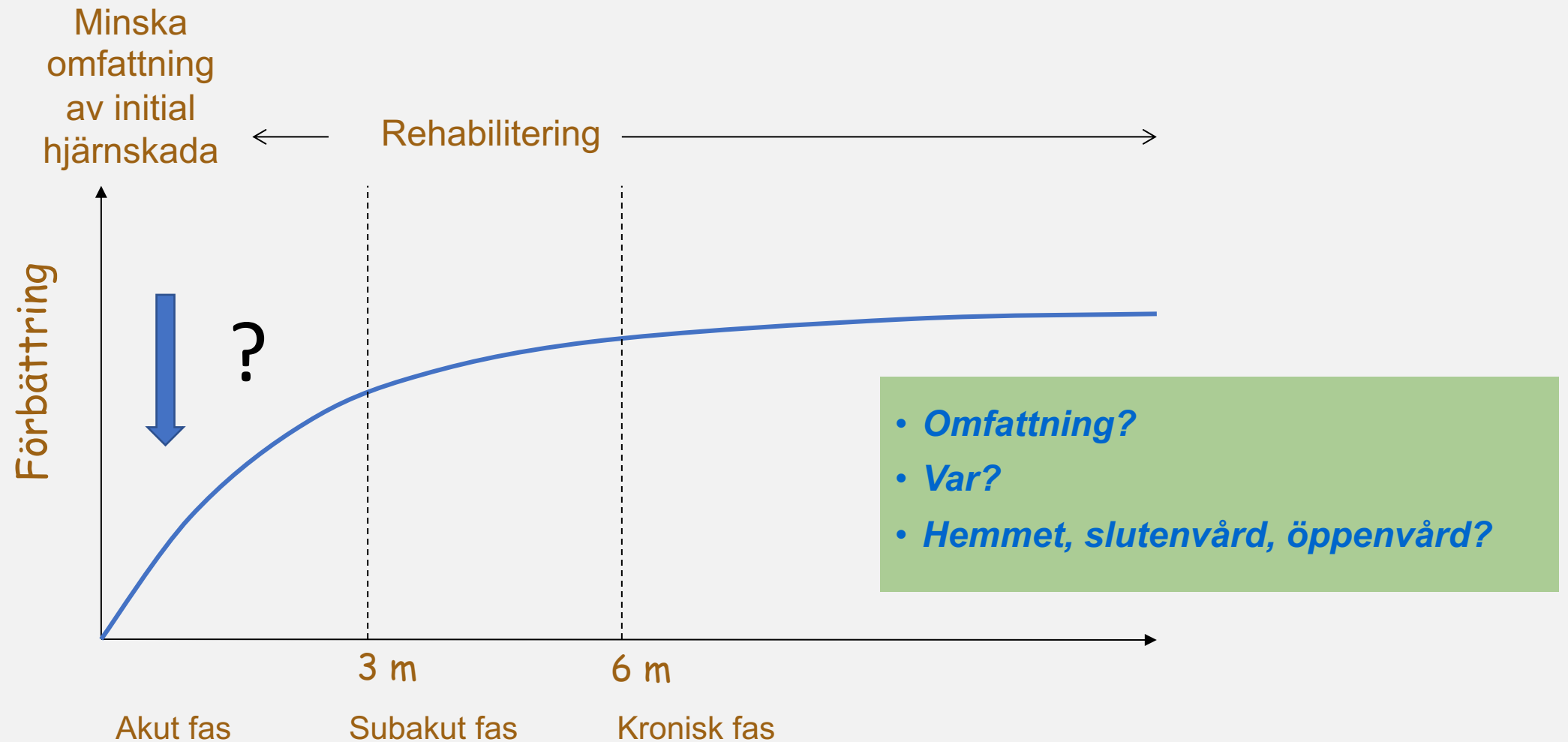
- Upprättas tidigt
- Följa med genom vårdkedjan
- Revideras hos kommande vårdgivare (slutenvård, primärvård, kommun)



För att uppnå

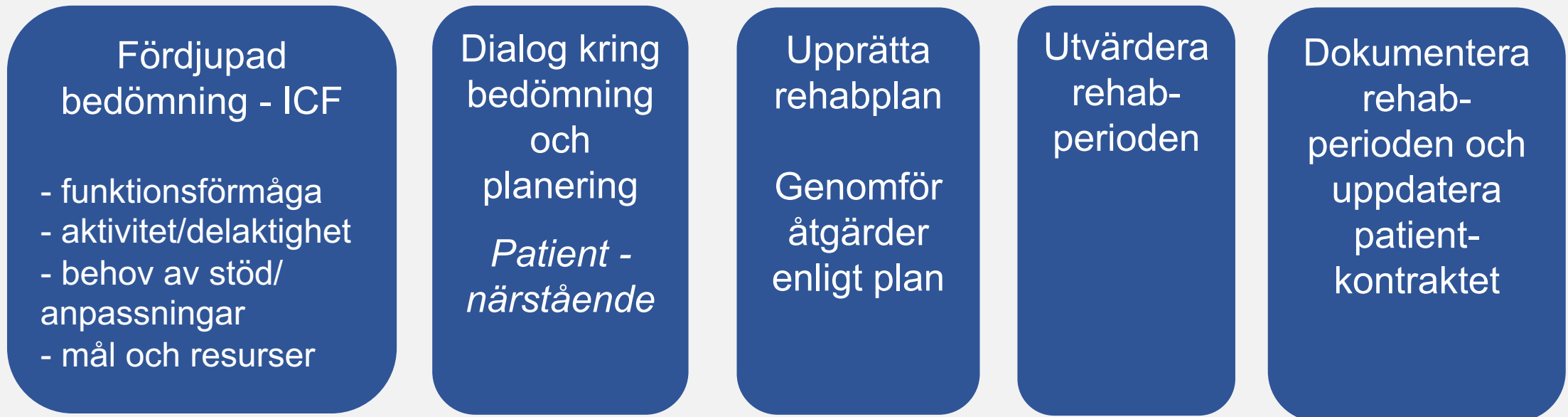
- ✓ Delaktighet
- ✓ Samordning
- ✓ Tillgänglighet
- ✓ Samverkan

Rehabilitering efter utskrivning från strokeenhet?



Del 2. Fortsatt vård och rehabilitering

Fortsatt rehabilitering



Utskrivning
Fortsatta insatser?
Strukturerad uppföljning?

Källa: SKR - Generisk modell för rehabilitering

Fortsatt rehabilitering

Utskrivning

Fortsatt
rehabilitering

Strukturerad
uppföljning

Bedömningar och åtgärder inom:

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

Beskriver:

- VAD patienten bör få, ***inte hur*** det ska genomföras
- VAD patienten själv kan bidra med (egenvård, mm)

Fortsatt rehabilitering

Utskrivning

Fortsatt
rehabilitering

Strukturerad
uppföljning

Teamrehabilitering

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*.

Multidisciplinär teambaserad rehabilitering **i sluten vård** bör erbjudas till personer med *måttlig till svår stroke* som har stort kvarvarande rehabiliteringsbehov samt kvarstående omvårdnadsbehov, direkt efter vård på strokeenhet

Fortsatt rehabilitering

Utskrivning

Fortsatt
rehabilitering

Strukturerad
uppföljning

Andra evidensbaserade åtgärder inom

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



Fortsatt rehabilitering

Utskrivning

Fortsatt
rehabilitering

Strukturerad
uppföljning

Åtgärder för att främja hälsosamma levnadsvanor:

- Hälsa- och sjukvården bör erbjuda konditions- och styrketräning till personer som är inaktiva efter stroke [1, 20].
- Kvalificerat rådgivande samtal bör genomföras som stöd för förändring vid ohälsosamma matvanor [1].
- Erbjud Fysisk aktivitet på recept (FaR) med uppföljning för att främja och anpassa fysisk aktivitet [19].
- Erbjud rådgivande samtal vid rökning och riskbruk av alkohol [19].
- Överväg åtgärder för att förbättra sömn och minska stress.
- Information om aktivitetsbalans ([se appendix del B-1](#)).
- Prata om egenvårdsförmåga avseende munvård, vikten av munhälsa, regelbunden munvård, tandvårdskontakt och risk för ohälsa i munnen [40] (se film Webb-SKU: [Munhälsa](#)).

För ytterligare information se film Webb-SKU: [Levnadsvanor](#).

*Exempel på åtgärder
-hänvisning till referenser,
filmer och appendix...*

Källor: Nationella och internationella riktlinjer.

Strukturerad uppföljning

Utskrivnings
processen

Fortsatta
rehabinsatser

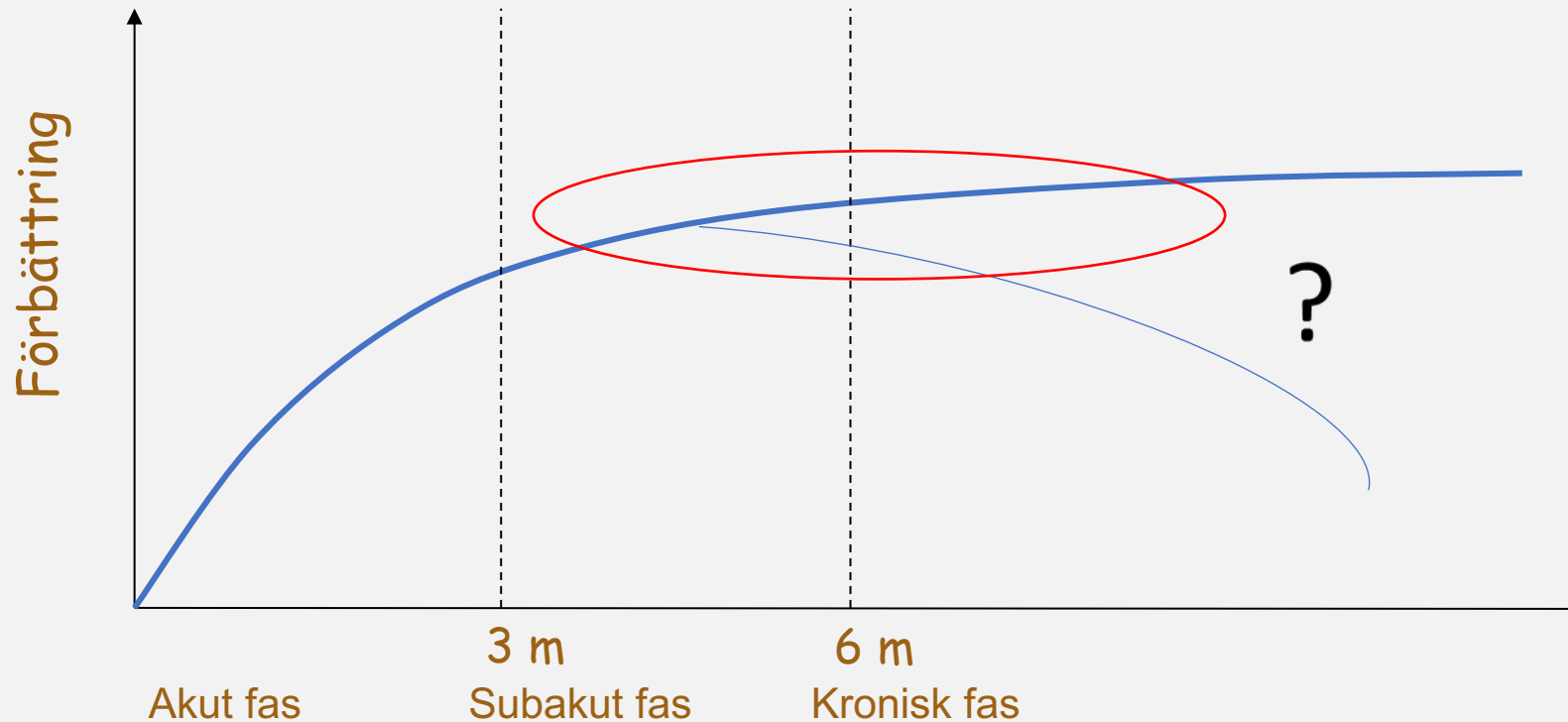
Strukturerad
uppföljning

Minska
omfattning
av initial
hjärnskada



Rehabilitering

**Att leva med ett livslångt
funktionshinder**



- **Förnyad bedömning**
- **Nya/förändrade behov?**
- **Ny rehabperiod aktuell?**
- **Omfattning? Var?**

Strukturerad uppföljning

Utskrivnings
processen

Fortsatta
rehabinsatser

Strukturerad
uppföljning

Mål

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

Var?

- Sjukhus, primärvård, kommun

Vem?

- Kunskap om stroke. Tillgång till multidisciplinärt team

När?

- TIA diagnos 1–3 mån/ stroke 3–6 mån
- Årlig läkaruppföljning
- Uppföljning av annan profession vid behov
- Upprepad uppföljning vid behov

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:

Hyllad 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 <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
2 Aktiviteter i dagligt liv (ADL) Har du svårt att klara dig själv?	NEJ <input type="radio"/>	Risikfaktorbedömning och ställningstakande till behandling. Fyll i frågor på uppföljning till stroke
3 Förflyttning Har du svårt att gå eller att förflytta dig säkert från en säng eller stol? Har du risk för att ramla?	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
4 Spasticitet Upplever du en ökad stelhet i armar, händer och/ eller ben?	JA <input type="radio"/>	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.
5 Smärta Upplever du någon ny smärta relaterad till din stroke?	NEJ <input type="radio"/>	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.
6 Kommunikation Upplever du det svårt att kommunicera med andra människor?	JA <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	NEJ <input type="radio"/>	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. snedbelastning.
	JA <input type="radio"/>	Remiss till logoped för ytterligare bedömning

Vad innebär vårdförloppet för nya möjligheter efter stroke eller TIA?



- Sammanfattning av evidensbaserade åtgärder inom många områden
- Ökad delaktighet i vården och rehabiliteringen för patienten
- Patientkontrakt ➡ kontinuerligt ta del av information, genomförda åtgärder och planering genom vårdkedjan
- Fast vårdkontakt ➡ ökad kontinuitet
- Återbesök
 - Strukturerad uppföljning; ev med stöd av post-stroke checklistan
- Möjlighet till förnyat stöd, nya insatser och rehabilitering

<https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>

Implementera!