

Implementering av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – exempel efter STROKE/TIA

Christina Brogårdh

Professor, Lunds universitet

Fysioterapeut och processledare, Skånes universitetssjukhus

Rehabveckan Lund, Maj 2023

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

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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
Hälso- 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
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Två delförlopp

Godkända 2020 och 2022

Dags att implementera!

<https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>

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

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Personcentrerat vårdförlopp - Stroke/TIA

Innehåll i delförlopp 2

Utskrivning

Fortsatt
rehabilitering

Strukturerad
uppföljning

Appendix

Bedömningsinstrument
Rehabplan
Egenvård etc

Patienten i centrum!



Arbete med att implementera vårdförloppet

- Slutet av 2022 uppdrag av verksamhetschefen som processledare
 - Vo Neurologi, Rehabiliteringsmedicin, Minnessjukdomar och Geriatrik vid Skånes universitetssjukhus
- Uppdraget förankrades med områdeschef, sektionschefer och enhetschefer
- Lokalt implementeringsarbete



Arbete med att implementera vårdförloppet

För att implementeringsarbete ska lyckas viktigt med:

- chefsstöd och processtöd
- tid avsatt för arbetet
- motivation
- kunskap om innehållet i riktlinjer

Helfrich CD et al 2010, Harvey et al 2016 (The PARISH model)

- Här exempel på implementeringsarbete inom öppenvårdsenhet och slutenvårdsenhet

Arbete med att implementera vårdförlopp del 2

Träffats ca 1 gång/månad. Gått igenom:

- Fortsatt rehabilitering
 - Fördjupad bedömning
 - Dialog kring bedömning och planering
 - Upprätta rehabplan
 - Genomför åtgärder enligt plan
 - Utvärdera och dokumentera rehabperioden
- Utskrivning
- Uppföljning



Fördjupad bedömning

Inom flera viktiga områden:

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

- *Professioner/kompetens att göra alla bedömningar?*
- *När och hur görs dom?*
- *Används valida och reliabla bedömningsinstrument?*
- *Kommunikation inom teamet?*

Dialog kring bedömning och planering

- Resurser, funktionsnedsättningar, problem i aktivitet och delaktighet inom varje område.
- Anpassas informationen individuellt utifrån personens förutsättningar?
- Mål, kommande planering och syfte med olika åtgärder.

- *Hur görs patient och närstående delaktiga?*
- *Hur sker dialogen?*
- *Teamets rutiner och samarbete?*

Upprätta rehabiliteringsplan

- ICF-baserad plan?
- SMARTA mål?
- Rutiner vid upprättande av rehabplanen?
- Hur görs patienten delaktig?

REHABILITERINGSPLAN

Namn				
Personnummer				
BEDÖMNING				
Funktionshinder				
Funktionsnedsättning och strukturavvikelser			Svårigheter i aktivitet och problem i delaktighet	
Omgivnings- och personfaktorer				
Resurser			Hinder	
PLANERING – ÅTGÄRDER – UTVÄRDERING				
Huvudmål				
<i>På kort sikt:</i>				
<i>På lång sikt:</i>				
Delmål	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan	Måluppfyltelse
FORTSATT PLANERING EFTER REHABILITERINGSPERIODEN				
REHABILITERINGSTEAMET				

Källa: SKR - Generisk modell för rehabilitering

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

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Evidensbaserade åtgärder

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

- *Vilka åtgärder kan erbjudas inom verksamheten?*
- *Vad skulle kunna utvecklas?*
- *Finns kompetensen eller krävs utbildning?*
- *Internutbildning inom teamet?*
- *Hur stötta egenvård?*

Källa: Nationella och internationella riktlinjer

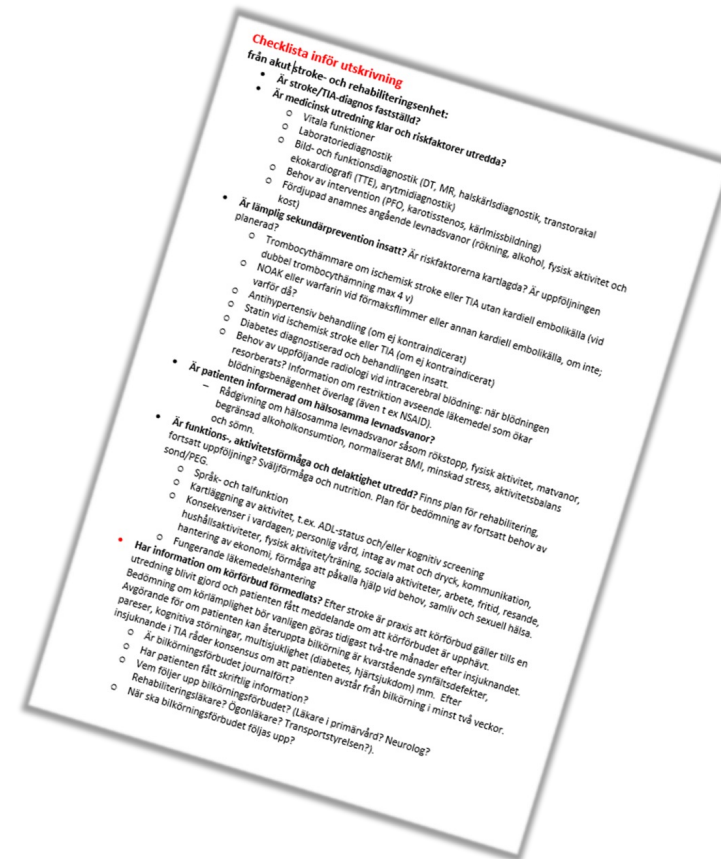
Utvärdera och dokumentera rehabperioden

- Utvärderas måluppfyllelse och andra insatser kontinuerligt?
- När avslutas rehabiliteringen?
 - När målen är uppfyllda, eller efter överenskommelse
- Är patienten i behov av fortsatta rehabiliteringsinsatser?
- Hur planeras fortsatta insatser och hur sker informationsöverföring till nästa instans i vårdkedjan?
- Används checklista vid utskrivning?

Utskrivning

Hur säkerställa en bra utskrivningsprocess?

- Öppenvård eller slutenvård
- Behövs anpassningar i hemmet, hjälpmedel eller fallpreventiva åtgärder?
- Intyg för tex sjukskrivning, färdtjänst etc?
- Körförbud?
- Behov av fortsatt rehabilitering?
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Remisser för strukturerat vårdövertag och uppföljning
- Fast vårdkontakt
- Hur sker informationsöverföring?



Strukturerad uppföljning vs uppföljning

Var?

- Sjukhus, primärvård, kommun

Vem?

- Kunskap om stroke. Tillgång till multidisciplinärt team

När?

- TIA diagnos 1–3 mån/ stroke 3–6 mån
- Upprepad uppföljning vid behov

- *Hur säkerställa uppföljningsbehov i ett längre perspektiv?*
- *Vilken roll har specialiserad rehabilitering?*
- *Rutiner för uppföljning i förhållande till andra enheter?*

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 nödviga 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. Innehåll: Gå igenom varje fråga. Vid positiv svar (JA/NEJ) och (NEJ) överklagen vid nästa kontakt. Vid negativt svar gå vidare med följande fråga. Tänk på att följande fråga i checklistan är tänkt som en vägledning och att JA-respektive NEJ-alternativen kan och bör anpassas efter lokala förhållanden.

Patientens namn och personsnummer: _____ Datum: _____

Fyll i av: _____

Señal din stroke eller senaste undersökning:

1 Sjukvård prevention	JA <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
Har du fått råd om hälsobeslutarade livsstilsförändringar eller medicin för att förminska en ny stroke?	NEJ <input type="radio"/>	Rådfråga/bedömning och ställningstagande till behandling. Fyll i frågor på uppföljning 1/2/3/4/5/6
2 Åtkomlighet i dagliga liv (ADL)	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
Har du svårt att klara dig själv?	JA <input type="radio"/>	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. sjukgymnast, arbetsterapeut eller fysioterapeut) för ytterligare bedömning.
3 Förflyttning	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
Har du svårt att gå eller att förflytta dig säkert från en våg eller stol? Har du svårt för att rulla?	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.
4 Spacitet	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
Upplever du en ökad smärta i armar, händer och/eller ben?	JA <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 spacitet efter stroke, för vidare bedömning.
5 Smärta	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
Upplever du någon ny smärta relaterad till din stroke?	JA <input type="radio"/>	Konsultera läkare med kunskap om smärta efter stroke för vidare bedömning och diagnos. Överväg att remittera till fysioterapeut för bedömning av symtom med utgång från rörelseapparaten, t.ex. smedlätning.
6 Kommunikation	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
Upplever du det svårt att kommunicera med andra människor?	JA <input type="radio"/>	Remiss till logoped för ytterligare bedömning

Goda exempel från Malmö och Umeå!

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Arbete med att implementera vårdförlopp del 2

- Plan med förbättringsarbete (som förankras med cheferna)

Identifierade problem	Mål/Utvecklingsområde	Ansvariga	Tidsplanering	Uppföljning

Arbete med att implementera vårdförlopp del 2

Reflektioner så här långt:

- **Styrkor:** engagerade och pålästa medarbetare, förberedda inför mötena, ökat engagemang och delaktighet i verksamhetsutveckling
- Utvecklar teamen
- **Utmaningar:** Hitta tid för arbetet, få till bra flöden mellan våra enheter inom verksamhetsområdet.

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

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

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Arbete med att implementera vårdförlopp del 2

Fortsatt arbete...

- Neurologen (strokeenhet)
 - utskrivningsprocess, fortsatt rehabilitering (ESD), strukturerad uppföljning
- Mötesforum - förbättra samverkan/rutiner inom verksamhetsområdet
- Förbättra kommunikation/samverkan/rutiner gentemot PV och kommun

Erfarenhetsutbyte med LAG, RAG och NAG önskvärt – ta del av goda exempel.

På sikt få till en mera jämlik och evidensbaserad rehabilitering efter stroke/TIA!

TACK!



christina.brogardh@med.lu.se

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

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN