

Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Stroke och TIA – Del 2. fortsatt vård och rehabilitering

Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland har valt att yttra sig gemensamt inom ramen för samverkan inom den Sydöstra sjukvårdsregionen. Beredningen av ärendet och en övergripande analys av systemeffekter har skett med stöd av regionala programområden och regionala samverkansgrupper.

RPO Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin
RPO Hälsofrämjande
RSG Strukturerad vårdinformation
RPO Öron-, näsa- och halssjukdomar
RSG Upphandling
RSG Metodrådet
RSG Uppföljning och analys
RPO Primärvård
RPO Tandvård

1. Beskrivning av vårdförlopp

RSG Metodrådet

Bra inledande beskrivning av vårdförloppets syfte, målgrupp och behovet av att insatserna i vårdförloppet integreras med personanpassade åtgärder.

1.1 Om stroke och TIA

1.2 Omfattning

1.3 Vårdförloppets mål

RSG Strukturerad vårdinformation

Processmål som “utgöra ett stöd för evidensbaserad vård, rehabilitering och uppföljning efter tidiga insatser och vård vid stroke och TIA, samt att säkra övergångar mellan olika aktörer i vårdkedjan.” skulle kunna kompletteras med patientrelaterade effektmål.

RSG Metodrådet

Vårdförloppet beskrivs ha som övergripande mål att utgöra ett stöd för evidensbaserad vård, rehabilitering och uppföljning samt att säkra övergångar mellan vårdkedjans aktörer. Det saknas dock målformuleringar om att åtgärderna syftar till att förbättra vård, rehabilitering och uppföljning. Det saknas också mål för ökad patientnöjdhet, förbättrad hälsa och livskvalitet hos de personer som haft stroke och TIA.

1.4 Ingång och utgång

RSG Strukturerad vårdinformation

I Stroke/TIA1 har vi kommenterat på otydlighet i utgångar. De behöver matchas med ingångar till detta vårdförlopp för att tydliggöra vilka av utgångarna i del 1 som leder till ingång i del 2.

RSG Metodrådet

Angående andra punkten om ingång i vårdförloppet: När en patient från annan specialiserad enhet (t ex neurokirurgisk enhet vid stroke orsakad av blödning) ska skrivas ut anges det att ingång i vårdförloppet ska ske efter utskrivning. Dessa patienter kommer då in i förloppet först vid Strukturerad uppföljning som kan dröja upp till 6 månader. Bör inte åtgärderna i den beskrivna utskrivningsprocessen kunna genomföras även på flera andra specialiserade enheter som t ex neurokirurgisk enhet där strokepatienter kan vårdas?

Det saknas beskrivning av om, hur och när personer som innan vårdförloppets införande diagnosticerats och vårdats för insjuknande i stroke/TIA ska inkluderas i vårdförloppet.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

RPO Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin

Klar för utskrivning fr-F. Vart ska ja-pilen gå? Borde den gå till ovalen som beskriver ingång till strukturerad uppföljning samt även en pil för egenvård? I nuläget saknas egenvård helt i flödesschemat.

RSG Strukturerad vårdinformation

Här använder man en annan typ av bokstavsnotation än i övriga vårdförlopp. Detta är förvirrande och gör flödesschemat svårläst.

Utropstecknet verkar också vara en ny notation och det är inte tydligt att det ska tolkas som en utgång.

Flödesschemat har en oändlig loop och det saknar helt utgångar. Utgångarna enligt 1.4 måste läggas till i flödesschemat.

I fr-F - vad ska man skrivas ut ifrån i det fall man har vårdats inom öppenvård?

Flödesschemat måste matcha det som finns beskrivet i text i dokumentet eller vice versa.

RSG Metodrådet

Detaljkommentar: Från ruta su-E saknas ett "Nej" vid en av pilarna.

1.6 Vårdförloppets åtgärder

RPO Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin

Prioritetsnivå saknas delvis i listan. Vore värdefullt att kunna differentiera "bör och kan" i situationer där prioriteringar måste göras.

(fr) sid 13 – Nuvarande text: ”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]”

- Förtydligande behövs om detta gäller slutenvård inom specialistvården eller om det t.ex. kan innefatta plats på korttidsboende.
- Gäller detta oavsett patientens ålder?
- Gäller detta oavsett om patienten passerat den yrkesverksamma fasen?
- Beslutsstöd saknas rörande avslut av rehabiliteringsinsatser. Det kan gälla patienter där målen inte uppnåtts men man behöver göra en avvägning av hur resurserna används.

Sid 20 – Nuvarande text: ”Erbjud barn information, råd och stöd utifrån ålder och mognad i samråd med vårdnadshavare [25-27].”

- Förtydliga gärna möjliga åtgärder, t.ex. informera externt stöd så som elevhälsa, lämna informationsbroschyr, samtalskontakt.

Sid 21 – Nuvarande text: ”Hälso- och sjukvården bör erbjuda konditions- och styrketräning till personer som är inaktiva efter stroke”

- Förtydligande om var behovet identifieras och hur det ska tillgodoses.

Sid 22 – Strukturerad uppföljning (su)

Nuvarande text: ”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 inom 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 strokedagnos. Återbesök rekommenderas därefter ske minst årligen, utifrån personens behov.”

- För bättre läsbarhet skulle de två första av ovanstående 3 meningar kunna läggas sist. Då kommer texten i kronologisk ordning.
- I appendix presenteras två förslag, C1 respektive C2. Kan man här redogöra för om detta är två likvärdiga förslag eller om det ena förordas framför det andra?

Saknar bedömning om behov av insatser av hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering på primärvårdsnivå både kommunal och regional. Eller menar som att tidigt understödd rehabilitering från sjukhus är det enda alternativet efter utskrivning från sjukhus för rehabilitering i ordinärt boende?

(u-B)

Vart personen kan vända sig vid behov av till exempel förnyad bedömning, rehabilitering eller stöd och insatser enligt SoL

Saknar vart personen ska vända sig gällande förnyad bedömning, rehabilitering eller stöd och insatser enligt HSL på primärvårdsnivå. Rehabilitering förutom vardagsrehabilitering är inte en insats enligt SoL.

(fr)

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.

Menar man endast regional slutenvård? Kommunernas korttidsenheter med tillgång till rehabilitering är det inte ett alternativ? Kommunal verksamhet uppnår oftast inte Beskrivningen under B-10 Slutenvårdsrehabilitering men det är det alternativet som ofta erbjuds patienten i nuläget.

RSG Metodrådet

Under Strukturerad uppföljning står det angivet hur snart första uppföljningen bör ske efter stroke respektive TIA, och att ”Återbesök rekommenderas därefter ske minst årligen, utifrån personens behov”. Det vore önskvärt med ytterligare vägledning angående vilka faktorer som styr hur frekvent återbesöken bör ske.

RPO Tandvård

Utskrivning:

- Patientens förmåga att sköta sin munvård som en del av egenvården bör framgå tydligare. Vid svårigheter att utföra daglig munvård måste man redan i detta tidiga skede planera in daglig hjälp med munvården för att förebygga framtida tandskador. Vi ser gärna ett förtydligande av detta i checklistorna. Möjligen kan de förtjäna en egen under-box i appendix del D och E.
- Om patienten på grund av neglekt eller nedsatt oral motorik inte kan svälja mat som hamnar mellan kinden och tandraden, så kallad ”hamstring”, är det av stor vikt att detta uppmärksammas och rapporteras. Inte enbart kan mediciner som hamnar här orsaka stora trauman av frätande karaktär, de leder även till undermedicinering som kan leda till svåra medicinska konsekvenser. För att undvika retention av mat och mediciner krävs riktade omvårdnadsinsatser under hela vårdkedjan.
- På personer med lindrig till måttlig stroke planerade för ESD är det extra viktigt att inte glömma bort att bedöma förmågan till munvård. Förmågan är ofta nedsatt på dessa patientgrupper men kan med hjälp av tidig rehabilitering och anpassning av hemmiljön åtgärdas. Detta innebär att risken för framtida tandskador kan minskas.
- I de fall där man konstaterar att egenvården av munhålan är påverkad kan ett enkelt standardiserat brev skickas till patientens tandvårdsklinik. I detta brev informeras om att patienten ådragit sig en hjärnskada som påverkar förmågan till egenvård och att personen bör bli kallad inom 6 månader för utformning av ett nytt egenvårdsprogram.

u-B. Mycket bra att ROAG används.

u-C Remiss bör skickas till tandvård om tandvårdskontakt saknas. Motivera till tidig kontakt med befintlig tandvårdskontakt för att minska risken för oral ohälsa.

Andra punkten: Majoriteten av personerna som genomgått en stroke omhändertas normalt i den vanliga tandvården. Därför bör termen vara tandvården, inte specialisttandvården.

Fortsatt rehabilitering:

- Då tänderna är av stor vikt för god nutrition samt tal är det viktigt att eventuella brister som upptäcks vid ROAG åtgärdas och att bristande egenvård åtgärdas genom riktade rehabiliteringsinsatser, så som minnesstöd, förtjockning av tandborstskäft, bitstöd, osv.
- Vid bedömning av talförmåga bör säkerställas att denna inte beror på dåligt sittande proteser eller lösa tänder. Viktigt att dessa felkällor åtgärdas innan tal-träningen sätts in.
- När sväljförmågan skall förbättras är det viktigt att ha kontrollerat så att personen inte har dåligt sittande proteser eller smärta från munhålan.
- När personen ordinerar en kolhydratrik kost för att förbättra nutritionen är det viktigt att anpassad fluorbehandling sätts in för att minska risken för karies.

Fr-A: *Fördjupad bedömning av rehabiliteringsbehov:* Patientens åtgärder skulle kunna vara att berätta om tandvårdskontakt och sin dagliga munvårdsrutin.

Nutrition: En bedömning av tuggförmåga. Tandstatus i kombination med exempelvis dysfagi kan orsaka svårigheter vid måltiden.

Tal: Har ändrad oral motorik orsakat talsvårigheter? Det kan exempelvis bero på problem med proteser.

Fr-B: Strukturerad uppföljning:

- Mycket bra att det tydligt framgår att man vid su-A skall kolla att personen har en bibehållen tandvårdskontakt samt bedömer egenvården och status i munhålan.
- Vid kvarstående nersättning av den orala motoriken kan träning med munsärm rekommenderas.
- Bra att rätt till tandvårdsstöd tas upp, i nuläget finns det en tydlig underrapportering.

Fr-C: Åtgärder för att främja hälsosamma levnadsvanor Prata om vikten av regelbunden munvård och tandvårdskontakt. Viktigt att bibehålla en god oral hälsa. Många riskfaktorer för oral ohälsa efter stroke.

Su-A: Förändrad eller försämrade munhälsa. Försämrade tuggförmåga. Försämrade funktioner av proteser.

Su-C Överenskommelser och kontakter Skicka remiss till tandvården om patienten saknar tandvårdskontakt eller ej längre kan ta sig till sin nuvarande tandvårdskontakt.

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

RSG Strukturerad vårdinformation

Tänker man sig att alla patienter med Stroke/TIA ska ha tre kontaktpunkter i vården? Fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och fast "stroke"-vårdkontakt? Vad vill man säga med texten ovan i just detta fall? Ser man den fasta strokekontakten som en fast läkarkontakt eller är det tänkt att man ska ha ännu en roll?

“Det är därför angeläget att det snarast utvecklas en digital lösning“ - denna text tycker vi inte hör hemma i vårdförloppstexten eftersom det då inte blir tidsbeständigt och det har inte direkt att göra med vårdförlopp Stroke/TIA.

Eftersom Patientkontrakt är väldigt övergripande beskrivet finns stort tolkningsutrymme för hur olika regioner valt att införa det. Detta väldigt specifika exempel på innehåll i Patientkontraktet kan därför bli förvirrande eftersom det inkluderar delar som inte självklart ingår i Patientkontraktet för samtliga regioner. Att ha viss information som underlag och annan information som inkluderad i själva kontraktet vore ett bra förtydligande.

RPO Primärvård

”För ~~personer~~ patienter med stroke rekommenderas under en initial övergångsperiod en fast “stroke”-vårdkontakt.” Här är det önskvärt att betona vikten av en fast stroke -vårdkontakt i ett specialiserat stroteam. Primärvården är inte rustad för att ta sig an det omfattande uppdraget under rådande omständigheter.

Övergångsperioden där den fasta stroke-vårdkontakten har ansvar behöver förtydligas gällande uppdrag, ansvar och tidsaspekt.

”Det är därför angeläget att det snarast utvecklas en digital lösning där alla aktuella vårdgivare kan uppdatera patientkontraktet och där personen kan läsa och skriva in kommentarer.” En digital lösning är en förutsättning för patientkontrakt, man kan inte sjösätta ett arbetssätt innan denna lösning finns. Man kan således inte förvänta sig att patientkontrakt kommer att fungera från början.

RPO Tandvård

I den framtida digitala lösningen för gemensamt patientkontrakt är det viktigt att även tandvården får läs- och skrivrättigheter. Tandvården har behov av att kunna läsa om patientens svårigheter och rehabilitering samt kan även bidra med kommentarer kring rehabilitering som involverar munhåla/sväljning/tal/egenvård.

2. Uppföljning av vårdförlopp

RSG Metodrådet

Betydligt fler utfalls- och processmått behöver läggas till för att uppföljningen ska kunna visa i hur hög grad personer efter stroke och TIA får de olika insatser som beskrivs i de tre åtgärdsblocken och hur åtgärderna påverkar funktion, patientnöjdhet osv.

RPO Primärvård

Här bör man verkligen beakta nyttan med uppföljningsindikatorer och välja ut ett fåtal indikatorer som bör följas. Det finns stora risker för att en ökad administration tillkommer på bekostnad av minskad tid för patientnära arbete och med minskad tillgänglighet till vården som följd.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

RSG Metodrådet

Måtten baseras på befintliga mått i Riksstroke, vilket väcker frågan om det idag finns förutsättningar att använda Riksstroke konsekvent inte bara i slutenvård utan också i primärvård och kommunal vård där många av åtgärderna kommer att genomföras.

RSG Uppföljning och analys

Bedömningen är att tillgången till data av hög kvalitet ger goda möjligheter för uppföljning av vårdförloppet.

RPO Primärvård

KVÅ koder används inte inom primärvården i alla regioner idag vilket bör beaktas.

2.2 Indikatorer för uppföljning

RSG Strukturerad vårdinformation

Målvärden saknas på större delen av indikatorer.

Många indikatorer sammanfaller med indikatorerna för del 1. Hur tänker man sig att dessa indikatorer ska mäta uppfyllnad av målen i just detta vårdförlopp?

För de indikatorer som sammanfaller med vårdförlopp del 1 - ska "SAB" läggas till även här?

RSG Metodrådet

Fler utfalls- och processmått samt målvärden bör anges för att måtten ska bli användbara i kontinuerligt uppföljnings- och förbättringsarbete. Exempel på relevanta mått vore andel personer som efter stroke/TIA har en fast läkarkontakt med strokekompetens, för hur hög andel som patientkontrakt upprättas, hur många som har tillgång till ett helt multidisciplinärt team, och frekvens för återbesök mm.

RSG Uppföljning och analys

Föreslagna indikatorer bedöms svara upp mot vårdförloppets huvudmål och delaktiviteter.

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

RSG Metodrådet

Figur 2 visar grafiskt "i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer efter stroke". Det som beskrivs är mycket relevant och visar tydligt på de behov och utmaningar som ligger till grund för de åtgärder som beskrivs i vårdförloppet. Men här saknas helt referenser till varifrån denna information kommer. Hur vet man att erfarenheterna som beskrivs är vanligt förekommande?

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

3.3 Arbetsprocess

4. Referenser

Appendix

RPO Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin

A -7 Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet.

Det som beskrivs i detta stycke skiljer sig mycket från den kliniska verkligheten på en del platser i landet och ESD är kanske heller inte alltid den mest önskvärda lösningen utifrån de lokala förutsättningarna och patientens behov av övriga insatser.

- Vi förslår ytterligare en punkt: Rehabilitering utgående från ett kommunalt rehabteam med strokekompetens kan vara en annan och likvärdig form av ESD.
- Kan man slå ihop de två sista punkterna och istället uttrycka det som att ”Patientens behov styr vilka professioners insatser som behövs. ESD-teamet KAN bestå av”

C-1 Förslag 1, uppföljning kopplad till strokeenhet

Nuvarande text: ”Samtliga personer handläggs därefter på multidisciplinär teamrund som hålls fysiskt eller digitalt. Multidisciplinära teamet består av läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, och vid behov även kurator, logoped, dietist, tandvårdspersonal och psykolog med särskild kompetens inom stroke.”

- För att underlätta följsamheten till riktlinjerna föreslår vi att den person som håller i uppföljningen kontaktar respektive profession utifrån behov, istället för att man håller ett fysiskt eller digitalt möte där samtliga professioner ingår.

C-2 Förslag 2, uppföljning inom primärvården

- Förtydliga gärna att detta är ett alternativt uppföljningsätt till C-1, att C-1 och C-2 är 2 olika alternativ där man väljer det ena eller det andra om det är det ni menar.
- Förtydliga gärna huruvida texten ”Person med TIA kallas inom 1–3 månader och patient med stroke inom 3–6 månader” handlar om 1-3 respektive 3-6 månader efter strokeinsjuknandet eller efter utskrivning från specialistvården.
- Texten om uppföljningsbesök för personer med genomgången stroke skulle med fördel kunna komprimeras och uttryckas mer kärnfullt och tydligt.

RPO Primärvård

C2 förslag 2 uppföljning inom primärvården. Hör bör man beakta att primärvården i nuläget inte är rustad för detta uppdrag. Finns säkert nationella skillnader men det är välkänt att primärvården nationellt har brist på specialister i allmänmedicin och distriktsköterskor. Uppdraget kan således inte hamna i primärvården innan man säkerställt att tillräckligt med kompetens och resurser finns tillgänglig.

RPO Tandvård

A-7: ESD-teamet skulle ha nytta av att kunna konsultera en tandhygienist. Tandhygienisten skulle kunna konsulteras kring anpassning av munvården samt svara på övriga frågor kring munhålan.

C-2 förslag 2, uppföljning inom primärvården: personer med genomgången stroke bör inte enbart tillfrågas om de har svårt att genomföra munvård eller om de har besvär från munnen, det bör även ske en bedömning enligt ROAG. Vid bristande förmåga till munvård bör riktad rehabilitering sättas in. Även vid dessa besök bör säkerställas att personen har en bibehållen tandvårdskontakt.

C-4 Tandvård och tandvårdsstöd: En väl sammanfattad problembeskrivning. Det saknas dock en beskrivning av när patienten på grund av neglekt eller nedsatt oral motorik inte kan svälja mat som hamnar mellan kinden och tandraden, så kallad ”hamstring”. Vår uppfattning är att detta tillstånd

lätt missas när munhålan bedöms och därför bör finnas med. Inte enbart kan mediciner som hamnar här orsaka stora trauman av frätande karaktär, det orsakar även undermedicinering som kan leda till svåra medicinska konsekvenser.

Vi föreslår även följande komplettering av befintlig text enligt nedan.

”För patienter som drabbats av stroke är det främst två delar av tandvårdsstödet som är aktuella:

- Stöd till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård). För personer som har kvarstående svårigheter att sköta sin munhygien eller klara av tandvård 6 månader efter genomgången stroke.
- Stöd till personer med stort och långvarigt behov av omvårdnad (N-tandvård). För personer med ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser”

E Checklista inför utskrivning från rehabilitering och i sen kronisk fas:

Vid sen kronisk fas är det extra viktigt att munhålan kontrolleras. Tandskador uppkommer oftast långsamt och det är sannolikt först i under den kroniska fasen som de blir synliga för lekmän. Vi rekommenderar att en bedömning enligt ROAG skall ingå vid kontroller i den kroniska fasen. Även kontroll av bibehållen tandvårdskontakt bör framgå tydligare då de är i denna fas som tandvårdskontakten oftast förloras.

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

RSG Metodrådet

Välskriven beskrivning av konsekvenser som potentiell nytta, etiska aspekter, kostnader mm som är viktiga att beakta vid införandet av vårdförloppet.

Kommentar angående kostnadsaspekten: Ökade kostnader – men kostnadseffektivt.

Multidisciplinär rehabilitering ingår i vårdförloppet, något som saknas på många ställen i Sverige idag. Att åtgärda detta kan kräva betydande insatser och påverka annan vård. Många nyrekryteringar kan behövas. Allt detta är bra men ökade ambitioner och kostnader kan göra det svårt att implementera vårdförloppet utan att något annat samtidigt trängs undan.

RPO Primärvård

2.4 Verksamhet och organisation

Det finns en stor risk att patienter inte får de evidensbaserade rehabiliteringsinsatser som beskrivs i vårdförloppet på grund av gråzoner i ansvarsfördelningen mellan slutenvård och primärvård inom region och kommunal vård och omsorg. Just därför är det av största vikt att ansvarsfördelningen blir tydlig och behöver förtydligas i vårdförloppet när det gäller strukturerad uppföljning.

OM uppdraget ska hamna i primärvården behöver resurser med adekvat kompetens flyttas från strokevården till primärvården. Att bara erbjuda utbildning av befintlig personal i primärvården är inte tillräckligt då primärvården lider av brist på både specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor.

2.6 Kompetensförsörjning

Här tydliggörs bristen på rätt kompetens och resurser i primärvården. Således enklare och snabbare att förstärka specialistvården.

Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet

RPO Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin

Dokumentet är mycket omfattande. För ökad användbarhet vore det önskvärt att kunna söka på profession och lätt hitta det som är aktuellt för professionen.

Det efterfrågas ett tydliggörande av kuratorernas uppdrag av psykosocial bedömning, krisstöd och samtalsstöd samt ett förtydligande om när det psykosociala stödet till patient/anhöriga ska övergå till primärvården.

Beslutsstöd för körkortsbedömning bör läggas till.

Stroke och TIA del 1- tidiga insatser och vård.

Sjukskrivning behövs oftast och det bör finnas länk till försäkringsmedicinskt beslutsstöd.

Stroke och TIA del 2, fortsatt vård och rehabilitering

På sidan 24 står det:

”Finns behov av förnyad sjukskrivning, arbetsförmågebedömning, arbetsinriktad rehabilitering”
Stryk denna mening. Skriv istället. ”*Patienter i arbetsför ålder bör erbjudas koordinerande insatser i ett tidigt skede om sjukskrivningen bedöms bli långvarig. Patientens rehabiliteringsmöjligheter och kvarstående funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning påverkar hur en framtida arbetsåtergång skulle kunna planeras och läggas upp. Här ska en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan upprättas så samtliga involverade aktörers planering finns samlad. Arbetsgivaren bör vara involverad, för god framförhållning, innan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är aktuell.*”

Sidan 51 B 2 Arbetsinriktad rehabilitering – Det bör stå *arbetslivsinriktad rehabilitering*

Förslag på åtgärder riktade mot arbete:

Lägg till: *Erbjud koordinerande insatser för att möjliggöra en trygg och hållbar arbetsåtergång.*

Vore också bra om man någonstans exvis sidan 10 vid utskrivning, kan rekommendera vem som har ansvaret för sjukskrivningen, specialiserad vård – primärvård?

Behov av patientföreningar eller annat stöd, kommentar utifrån patientperspektivet sid 32.

Otroligt gediget dokument med bra bilagor och hänvisning till filmer mm.

När det gäller primärvårdens roll så vore det ju önskvärt, men finns ju inte i verkligheten riktigt med multidisciplinärt team för uppföljning och rehabilitering.

Gäller ju inte oss men strokekunnig speciell strokesjuksköterska finns inte idag som befattning. Precis som övriga SVF hittills är svårigheten kanske att anpassa teorin till verkligheten, men behandling och uppföljning av stroke kan ju absolut bli bättre med grundläggande dokument. När det gäller resurser så behöver de överföras från specialistvård till PV där uppföljning tidigare gjorts i specialistvården. Vid förbättrad uppföljning och rehab i PV kan också förstärkning av resurser krävas. Förutom det krävs kompetenshöjning och struktur för stöd och handledning.

Vad gäller försäkringsmedicin måste uppgifterna i vårdförloppen harmonisera med socialstyrelsens kunskapsstöd i försäkringsmedicin. Detta kunskapsstöd är under utveckling och ännu inte fastställt. (Det finns till dess att kunskapsstödet är klart, ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd sedan tidigare). Det vore önskvärt att någon med försäkringsmedicinsk kompetens inom vården, konsulteras från början när vårdförlopp ska tas fram.

RPO Hälsöfrämjande

Vårdprogrammet är genomarbetat och genomsyras av hälsofrämjande förhållningssätt och personcentrerad vård och lyfter på ett fördelaktigt sätt många perspektiv inom dessa områden. Möjligen skulle behov av psykosocialt stöd, kurator eller psykolog i den strukturerade uppföljningen, längre tid efter inträffad stroke, kunna lyftas mer.

RSG Strukturerad vårdinformation

Det blir svårt att mäta hur väl detta införande går när det inte finns tydliga uppsatta mål för vårdförloppet.

RPO Öron-, näsa- och halssjukdomar

Vårdförloppen *Stroke och TIA, del 1 och 2* har genomlysts av RPO ÖNH som anser att vårdförloppet är bra i sin helhet, men att de insatser som benämns framförallt inom på logopedi, men även och annan rehabpersonal, inte är i proportion med de resurser som finns inom SÖSR.

RSG Upphandling

Generellt gäller att då utveckling av IT system (ex vis patientjournalssystem) ska ske behöver förhandling och skriftlig reglering i avtal ske för att säkra upp. I konsekvensbeskrivning av vårdförloppen Stroke/TIA 1 och 2 beskrivs att alla inblandade aktörer i vårdförloppet behöver tillgång till samma journalssystem för att få effektivt förlopp. Härvid behöver RSG Inköp delta reglering i avtal samt ev. förhandling i samråd med förvaltning av systemen.

RSG Metodrådet

Vårdförloppet svarar i hög grad upp till behoven hos personer med de mer omfattande och komplexa rehabiliteringsbehov som ofta ses efter stroke. Efter TIA då det inte finns några kvarstående symtom är många delar i vårdförloppet inte aktuella.

Det är nödvändigt att komplettera med fler utfalls- och processmått samt målvärden för att måtten ska bli användbara i uppföljning och förbättring av de olika verksamheterna.

RPO Primärvård

Resurser för den specialiserade uppföljning som beskrivs ligger utanför resurser och kompetens som finns i allmänmedicin. Den senare uppföljning som blir aktuell är av allmän karaktär. Rimligen borde en annan utgång ur vårdförloppet kunna definieras. Som nu kan utläsas ska vårdförloppet kunna fortsättas tills palliativ fas eller dödsfall inträder. För många med stroke/och särskilt TIA återgår ju funktionen till en stabil efter en fas av medicinsk utvärdering, behandling och rehab. Rimligen bör då patienten skrivas ut från förloppet via enhet som är specialiserad på strokeuppföljning.

En fråga uppkommer om ett enskilt vårdförlopp för diagnos/er som vanligen inte är förenade med kort förväntad överlevnad kan ges sådan dignitet att det ska föranleda specifik uppföljning livet ut, i

många fall decennier. Skrivningen för åtgärder som gäller fortsatt uppföljning leder troligen efterhand till allt mindre möjlighet att med stringens i följa vårdförloppet pga multipel komorbiditet och individuella patientfaktorer. Det borde finnas möjlighet till tidigare utgång ur förloppet, t ex efter ett år med hänvisning till att det därefter görs en individuellt anpassad uppföljning i samråd mellan patient och behandlande läkare. Sannolikt kommer patienter som ingår i vårdförloppet också att ingå en hel rad andra specifika vårdförlopp. Om det anses att en fortsatt specifik uppföljning efter ett år är angelägen inom ramen för specifik TIA/stroke-diagnos borde den kvalitetsskäl i dessa fall skötas av specialistmottagning.