

Mall för remissvar för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

REMISSPERIOD: 27 JANUARI–6 MARS 2020

Tack för att ni tar er tid att medverka i framtagandet och kvalitetsgranskningen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. För att besvara remissen använder ni er av denna svarsmodell. Ange vilket vårdförlopp kommentarerna avser. OBS! Använd en svarsmodell per vårdförlopp.

Hör efter i er organisation hur samordningen av remissvar ser ut.

Svar på remissen mailas till kunskapsstyrning-vard@skr.se senast den 6 mars 2020.

Läsanvisning inför svar på remiss

Svar på remissen skrivs i denna mall och skickas per mail till kunskapsstyrning-vard@skr.se senast den 6 mars 2020. Ange vilket vårdförlopp kommentarerna avser. OBS! Använd en svarsmall per vårdförlopp.

Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stöds av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Mer information om vårdförloppen och arbetet med dem hittar du på SKR:s hemsida.

Nationella arbetsgrupper har utvecklat vårdförlopp och konsekvensbeskrivningar

Nu finns sju vårdförlopp på remiss. För varje vårdförlopp har en arbetsgrupp med representanter utsedda inom regionernas system för kunskapsstyrning utarbetat två dokument – huvuddokumentet om vårdförloppet och en konsekvensbeskrivning. Vårdförloppsdocumentet beskriver målbilden för vårdförloppet samt vilka åtgärder som ska göras och när. Konsekvensbeskrivning är gjord på en övergripande nivå och är ett stöd i arbetet med att göra en regional bedömning. Skillnader i utförande av vården skiljer sig mellan regionerna och därmed även eventuella konsekvenser av beskrivet vårdförlopp. Konsekvensbeskrivningen kan användas som underlag i regionernas arbete med både remissvar och införande av aktuellt vårdförlopp.

Stöd att förbereda införandet

Det är en fördel om regionerna påbörjar förberedelserna för vårdförloppens införande redan under remissperioden. Det ger regionledningen möjlighet till välgrundad analys och beslutsunderlag inför fastställande och ett snabbare införande i patientmötet. Som ett stöd till förberedelser av införande av vårdförloppen utvecklas stödmaterial (exempelvis informationsmaterial och checklistor). Dessa hittar du på SKR:s hemsida.

Publicering på Nationellt kliniskt kunskapsstöd

Vårdförloppen kommer att publiceras efter att de är antagna av regionernas styrgrupp inom nationellt system för kunskapsstyrning, vilket är planerat till den 17 april 2020. Publiceringen sker på Nationellt kliniskt kunskapsstöd i form av PDF-filer men ambitionen på sikt är att bättre nyttja digitala möjligheter. Arbetet kommer att inledas för att synkronisera befintlig information på nationell kliniskt kunskapsstöd med vårdförloppen och göra viss målgruppsanpassning av PDF, exempelvis enkelt nå den mest vårdnära informationen.

Övergripande kommentar om uppföljning och dokumentation

I konsekvensbeskrivningarna står i första hand det som avser de specifika vårdförloppen. Nedan kommenteras nuläget för uppföljning av vårdförloppen övergripande. Ambitionen är att så snart det är möjligt kunna beskriva i vilken grad patienter får vård i enlighet med vårdförloppens rekommendationer. För att åstadkomma detta pågår arbete med en långsiktig strategi för

uppföljning av vårdförloppen. Detta kommer att ske i samverkan mellan regionerna i systemet för kunskapsstyrning.

Uppföljning av vårdförloppen på kort sikt varierar

De förslag på indikatorer som finns specificerade i syfte att följa upp vårdförloppen har inte tagit hänsyn till hur tillgången på data ser ut i dagsläget. Fokus har istället legat på vad som är önskvärt att kunna följa upp, både i det lokala vårdarbetet och nationellt. Detta medför att möjligheterna att genomföra den önskade uppföljningen varierar mellan de olika vårdförloppen. För vissa kommer uppföljning enligt indikatorerna fungera bra, i vissa är uppföljning möjlig men med bristande kvalitet, medan det för ytterligare några inte kommer vara möjligt att genomföra indikatorbaserad uppföljning på kort sikt.

På kort sikt kommer, utöver kvalitetsregister, andra datakällor och modeller för uppföljning att övervägas. Det kan exempelvis vara patientenkäter eller enkäter till verksamhetsansvariga om hur verksamheten bedrivs i förhållande till vårdförloppets rekommendationer, eller andra tidsbegränsade mätningar av olika slag.

Vårdokumentation – grund för uppföljning på lång sikt

Avsikten är att i ökad utsträckning använda vårdens kontinuerliga dokumentation för uppföljningsändamål, och härigenom minska registreringsbördan vid kvalitetsuppföljning. Under 2020 genomförs ett arbete med syfte att utifrån några av vårdförloppen analysera vad som bör dokumenteras på ett enhetligt sätt för att möjliggöra bland annat önskad uppföljning. Analysen inkluderar exempelvis frågeställningar som rör om det är lämpligt att fånga information om att en patient "ingår" i ett förlopp och hur detta i så fall görs på ett bra sätt. Eftersom denna typ av arbete pågår finns för de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen än så länge inga krav på att särskilda vårdförloppspecifika koder ska registreras likt det som infördes för standardiserade vårdförlopp för cancer.

Återkoppling på indikatorer i remissversionen får gärna vara på en övergripande nivå

Vissa indikatorer kan komma att justeras i det fortsatta arbetet, till exempel efter analys av vad som bör dokumenteras om den vård som utförs enligt vårdförloppen och på synpunkter inkomna under remissperioden. Det är därför till fördel om synpunkter på indikatorer inte främst avser de exakta specifikationerna, utan snarare fokuserar på det bredare syftet med respektive indikator – ger indikatorn önskad och värdefull kunskap om vården för den aktuella patientgruppen?

Regional samordning bör föregå uppföljning av de indikatorer som idag saknar datakälla

Arbetet med de föreslagna indikatorerna kommer som beskrivet att fortgå under 2020, vilket inkluderar frågan vad som ska följas upp nationellt eller regionalt. Regionalt arbete i syfte att följa upp indikatorer som idag saknar nationellt gemensam datakälla bör därför föregås av förankring med berörda nationella samverkansgrupper (NSG) och då främst NSG analys och uppföljning, NSG strukturerad vårdinformation samt NSG kvalitetsregister.

REMISSVAR

Ange vilket vårdförlopp svaret gäller:

[Stroke och TIA Dnr. SVN 2020-16]

Ange avsändare som lämnar svaret:

Region (om applicerbart): [Sydöstra sjukvårdsregionen (Jönköping, Östergötland, Kalmar)]

Organisation: [Sammansatta svar från regionala programområden, RPO. Ingående RPO enligt nedan. Remissvaret kompletteras med mer detaljer det svar ur ledningsperspektiv som lämnas från regionsjukvårdsledningen.]

Ansvarig person, titel/roll: [

RPO Akut vård: Jonas Löf basenhetschef, Anita Mohall beredskapsöverläkare, Annika Åström Victorén överläkare

RPO- barn och ungdomars hälsa: Veronica Ottosson processtöd

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar: Jan-Erik Karlsson, ordförande

RPO Hälsöfrämjande: Anna Linders, processtöd

RPO Medicinsk diagnostik: Anna Österström ordförande/ Liselotte Joelsson processtöd

RPO perioperativ medicin, intensivvård och transplantation: Magnus Trofast, ordförande

RPO Primärvård: Maria Engquist Region Jönköping län och Chris Landergren Region Kalmar län

RPO, rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin: Malin Hegen, processtöd

RPO Äldres hälsa: Ulrika Stefansson ordförande

RPO ÖNH: Tatiana Jaklovska, ordförande]

[X] Jag samtycker att mina personuppgifter, för detta ändamål, samlas in av Sveriges Kommuner och Regioner.

Uppgifterna kommer att lagras till och med december 2020. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke.

Svarsmall

Du lämnar dina synpunkter på respektive avsnitt kommentaren avser. Det finns även möjlighet att vid behov avslutningsvis lämna övergripande synpunkter på det specifika vårdförloppet.

Kapitel 1: Beskrivning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 1.1

RPO Akut vård: Förslag på komplettering: Ungefär tre av fyra patienter med stroke kommer till akutsjukhus med ambulans. Första vårdkontakt är oftast via 112 men ibland via 1177. En mindre andel söker direkt på akutmottagning, alternativt tar de kontakt med primärvård eller närakut först och hänvisas då akut vidare till akutmottagning. Akut behandling av stroke sker primärt inom akutsjukvården. Indikatorer för tid i process börjar på akuten i ex. Rikstroke, Vården i siffror?]

Kapitel 1.2 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.3

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin:

Bra om det tydligt framgår hur avgränsning ser ut för vårdförloppet. Kan det framgå att vårdförloppet upphör innan primärvård/kommun vid behov tar vid?]

Kapitel 1.4

RPO Akut vård:

[När det gäller filmen "Prehospitalt och diagnos på sjukhuset" så är punkten val av sjukhus (Närmaste akutsjukhus/högspecialiserat sjukhus) inte något val för majoriteten av Sveriges ambulanssjukvård. Närmaste sjukhus gäller. Det verkar vara i enlighet med Socialstyrelsen nationella riktlinjer vid stroke "Hälsa- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling använda triage för direkttransport till sjukhus där trombektomi utförs, i syfte att selektera personer med misstänkt akut ischemisk stroke och ocklusion av hjärnans främre stora kärl där trombektomi kan vara aktuellt (FoU). När det gäller punkten undersökning av patienten så sker den nog vanligen på plats och inte i ambulansfordonet.

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin:

Förslag är att det bör framkomma redan i rubriken att det handlar om ischemisk stroke. Mål på personcentrerad nivå saknas. Mål avseende innehåll på strokeenhet saknas.]

Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.2 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.3

RPO Primärvård:

Prehospitalt är ju den stora utmaningen att undvika fördröjning av transport till sjukhus även vid TIA och att man förstår detta i telefonrådgivning och 1177 att det är stroke/TIA det handlar om och beställer prio 1 ambulans. Här står att det är prio 1 ambulans om det är <24 h, vet ej om det är ny tidsgräns. Det står inte att ambulansen ska stanna kvar för transport till enhet med möjlighet till trombektomi, det borde man trycka på så att man inte behöver beställa en ny transport om patient ska transporteras vidare. Alltid ett dividerande med ambulanspersonal. Kräver dock att man får snabb tolkning av CT bilderna och ffa angiobilderna så att man kan ta beslut om transport. Mindre stroke med NIHSS 3 p ska ha dubbel trombocythämning 3 v. Ganska nytt.

Flera beslutsstöd saknas ju, karotiskirurgi, slutning av PFO mm.

RPO Akut vård:

Tabell 1. *Utredningsblock: Akut bilddiagnostik (G) (1, 5) "På icke-trombektomisjukhus bör ambulans vänta tills bedömning om trombektomiindikation föreligger och akut transport till trombektomienhet är aktuellt"*

Vi anser att formuleringen, att ambulans bör vänta, är olämplig och bör tas bort. Vid behov av sekundärtransport till Trombektomienhet så beställs en ny akut ambulanstransport. Att plocka bort en ambulansresurs som, under ospecificerad tidsrymd, bör stå och vänta måste sättas i relation till beredskapen för andra prio 1 uppdrag. Det är i dagsläget endast ett mindre antal av alla strokelarm som blir aktuella för sekundärtransport till trombektomienhet.

Författarna förutsätter också att den ambulans som utförde primäruppdraget och utlöste strokelarmet är den lämpligaste ambulansen för att även utföra transporten till trombektomienheten. Så är inte alltid fallet utan exempelvis kan det vara en ambulans som kommer från en geografiskt avlägsen enbilsstation, vilket gör att den snarast bör återgå dit och lämna över till en mer lämplig resurs.

Likaså kan ambulansbesättningen vara i slutet av ett arbetspass eller rent av redan arbeta på övertid vilket gör det olämpligt med ett uppdrag som, beroende på vart man befinner sig i sydöstra sjukvårdsregionen, kan ta upp till 5 timmar att utföra.

Det prehospitala perspektivet verkar främst vara anpassat för dem med ambulansverksamheter som är belägna i närheten av ett universitet med trombektomikompetens

RPO ÖNH: Behandlingsblock: Åtgärder för att förbättra funktions- och aktivitetsförmåga (X). Information om funktions- och aktivitetsförmåga (Z): Tal, språk och kommunikation Kompensatoriska tekniker, t.ex. bildstöd, bör användas vid nedsatt kommunikationsförmåga Information om afasi/dysartri samt kommunikationsrådgivning. Ökat tryck på logoped - flexibilitet (snabba insatser), tillgänglighet (frekventa och individanpassade åtgärder).

Risk för undanträngningseffekten för övriga diagnosgrupper som är i behov av logoped insatser av mer elektiv karaktär under långa perioder (äldre patienter med dysfagi utan tydlig neurologisk eller ÖNH diagnos; patienter med huvud- och halscancer samt barn med språk- och talsvårigheter). Begränsad tillgång till logoped i nuläge. Behov att planera långsiktig kompetensförsörjning för logoped med tanke på demografisk utveckling där för specialitet båda relevanta åldersgrupper kommer att öka - barnpopulation och äldre samtidigt som de flesta diagnostiska- och behandlingsinsatser behöver ske inom begränsad tidsram (personcentrerad och samordnad vårdförlopp stroke/TIA, ledtider inom SVF Head- & Neck cancer samt behov av tidiga behandlingsinsatser i barnpopulation för bästa

effekten). Prioriteringar mellan dessa dg och åldersgrupper kan vara etiskt mycket svåra. Redan vid implementering av Vårdprogram för Stroke har ÖNH kliniker där logopedi ingår i ÖNH verksamhet och har rehabiliteringsuppdrag noterat markant ökning av behovet där resurs och efterfrågan är i skarpt obalans (inom Sydöstra sjukvårdsregionen signalerar detta Kalmar).]

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

Vad innebär att medverka i åtgärder? Kan det även innebära att samtycka till åtgärder?

D: Uppställningen upplevs svår att följa/otydlig

E: Vore bra med en riktlinje om vad som gäller vid första omhändertagandet på sjukhus om patienten inte kan kommunicera och inte har någon anhörig med.

P. Endast strokeenhet på länssjukhus omnämns, ska även länsdelssjukhus stå med?

T: Fall/fallskada bör ligga på samma nivå som övriga.

T: Smärta saknas under riskbedömning.

T: Kognitiv screening utförs oftast av arbetsterapeut eftersom tillgång till neuropsykolog saknas på många strokeenheter.

T: I texten står "Vid nedsatt rörelseförmåga gör Fysioterapeuten inom 1-2 dygn en fördjupad bedömning avseende...." Förslag till tillägg: tidigare förflyttning-/rörelseförmåga.

X. Nutrition. I texten står: "Kontakta dietist för specifik ordination av energibehov vid dysfagi eller risk för undernäring". Dietister ordinerar nutritionsåtgärd. Energinbehov beräknar vi. Meningen är svårtolkad. Kan man formulera om för att bli extra tydlig?

Kapitel 2.4

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

Det vore bra om det fanns nationella informationsbroschyrer för patient/anhöriga att ta del av.]

Kapitel 2.5 [Skriv eventuella kommentarer här] (gäller endast kritisk benischemi)

Kapitel 3 Uppföljning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 3.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 3.2

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin:

Det saknas rehabmått vid uppföljning. De båda mått (adl-beroende efter 3 månader, sväljfunktion), som finns med saknar målvärden. Möjligt att man slagit ihop alla mål och lagt under hur många som vårdats på strokeenhet. Ett förtydligande saknas i så fall. Med utgångspunkt i åtgärdsförslag borde det vara relevant att mäta:

Antal bedömningar gällande funktion/aktivitet/kommunikation som erbjudits. Andel som träffat at/ft/log? Tid från inskrivning till bedömning. Tyvärr svårt att få fram nationella mått kring detta och kanske tänker man sig att det ingår i vård på strokeenhet men då måste detta definieras/beskrivas. Alternativet är att försöka påverka de nationella mått som finns i t.ex strokeregistret.]

Kapitel 4: Referenser

[Referenser om psykosocialt perspektiv saknas]

Kapitel 5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

RPO Akut vård: I arbetsgruppen finns ingen namngiven representant från ambulanssjukvården. Det framkommer inte heller om någon representant från Flisa (Föreningen för ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård) alternativt dess undergrupp Slas (Sveriges medicinskt ledningsansvariga ambulansläkare i samverkan) tillfrågats gällande det som specifikt berör ambulanssjukvården.”]

Kapitel 6 Appendix (om tillämpligt)

RPO Äldres hälsa:

Tydlig beskrivning av Strokeenhet. Föredömligt med att det finns framtagen strokeutbildningsfilm tillgänglig

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

6.2: Specifik strokekompetens. Här förespråkas Triangelrevisionen var 3:e år. Upplevelsen är att Triangelrevisionen tar mycket tid i anspråk relaterat till den utdelning man får i form av feedback.

6.4: Screening av sväljförmåga. Här anges SSA-S men kanske man kan tänka sig flera screeningsmaterial, exempelvis GUSS

Screening av språklig funktion. Här förespråkas LAST. Vore bra med fler alternativ. Bedömningsinstrument för smärta saknas.

I appendix ges många olika förslag på bedömning avseende funktions- och aktivitetsförmåga vilka är ok, men inte känns helt relevanta då processen beskriver slutenvård. I programmet behöver man definiera vart gränsen går mellan slutenvård och öppenvård. Det är ju bra med referenser och förslag men med tanke på att det är det medicinska som främst lyfts i programmet så riskerar man att vikta det hela fel.

Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

RPO Akut vård:

Rimligheten i prio 1 efter 12 tim? Vid införande nytt medicinskt bedömningsstöd SOS Alarm 2020 beakta prio för Stroke.

RPO Barn och ungdomars hälsa:

Viktigt att det finns en effektiv vårdkedja för stroke hos alla barn, Idag är vårdkedjan ofta för långsam för att interventionen skall vara aktuell, krävs en anpassning för unga och ett behov av att vidareutvecklar det i kommande vårdförlopp. Alltför kort svarstid för samordnade remissvar

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar:

Kärlkirurgi hanterar redan åtgärd av carotisstenos enligt vårdförloppet och diagnostic via röntgen och klinisk fysiologi. För övrigt inga synpunkter för detta vårdförlopp från RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

RPO hälsofrämjande:

Vårdförloppet tar upp personcentrerad vård på ett förtjänstfullt sätt men tar inte upp levnadsvanor. Vårdförloppet avser en mycket kort tid i direkt anslutning till händelsen men det kan ändå finnas anledning att lyfta levnadsvanor relevanta för återhämtning och förhindrande av framtida stroke eller annan sjukdom. Framförallt rökning bör lyftas i de fall det är aktuellt, men andra levnadsvanor är också viktiga.

RPO Medicinsk diagnostik:

Det aktuella vårdförloppsdokumentet då RAG Kemi reserverar sig och anser att LAB utredning är dåligt specificerad i detta vårdförlopp och bör förtydligas. RPO medicinsk diagnostik SÖSR står bakom Konsekvensbeskrivningen för vårdförloppet. Dock har RAG radiologi följande inlämnade synpunkter sammanställt från Sydöstra sjukvårdsregionen Kommentarer gällande Stroke/Tia Samtliga sjukhus i SÖSR har idag möjlighet att utföra DT + DT-angiografi hela dygnet. Det finns även utarbetade rutiner för bildtolkningen. Det saknas på flertalet sjukhus möjlighet att utföra DWA-MR utanför kontorstid och det skulle vara mycket resurskrävande att säkerställa tillgång till detta. Det finns heller inte möjlighet att utföra DT-perfusion i dagsläget. Dels skulle det krävas utbildning av samtliga jourhavande röntgensjuksköterskor som inte i dagsläget behärskar metoden. Dels skulle det krävas att bildtolkningen säkrades. Med hänsyn till hur jourverksamheten är uppbyggd på mindre kliniker är det troligt att flera läkare inom SÖSR bara ser perfusionsundersökningar som mest enstaka gånger per år och därför vore det lämpligt med en diskussion kring nivåstrukturering av bildtolkningen på denna undersökning inom SÖSR. Oss veterligen finns inte en AI som kan ta över denna tolkning och som kan införas på ett enkelt sätt nationellt i alla IT-system och mot alla olika leverantörer av utrustning. Utförande av DT-perfusion på samtliga sjukhus i SÖSR är dock inte meningsfullt innan ambulanshelikopter finns på plats

RPO Periop, intensivvård och transplantation:

Närhet till trombektomicenter berörs och avsaknaden av helikopter i SÖSR tas upp i konsekvensbeskrivningen. Vårdförloppet är avgränsat och omfattar inte den del av vårdkedjan som operationsförlopp, intervention och intensivvårdsbehov medför. Bör tas med i kommande arbete.

RPO Primärvård:

Utifrån primärvårdsperspektiv i nuläget inget direkt att tillägga. Väntar på om det kommer att komma en del 2, hur man har tänkt sig kring uppföljning Nyheterna verkar vara att det ska byggas ut med CT-perfusion på alla trombolysenheter vilket jag personligen tycker är bra. Alternativ med akut MRT difussion i akutskedet vid njursvikt skulle vara bra men vi får inte till det med akut MR här men bra att det står så kanske det ökar chansen. Det nämns inte om utredning av Wake-up stroke och möjlighet att ge trombolys då, det kan ju bli möjligt på sikt om det byggs ut med CT perfusion (det ger möjlighet att se om det finns

vävnad att rädda även vid oklart insjuknande, om det finns en sk mis-match med symtom och infarktutveckling). Däremot nämns att man kan göra trombektomi upp till 24 h på vissa utvalda patienter och det är ju en stor nyhet, för att ta beslut krävs dock CT-perfusion. Det nämns att intracerebrala blödningar ibland ska vistas på IVA och det tror jag att fler skulle behöva. Det kan vi i slutenvården bli bättre på. Det är av högsta vikt att bevara kompetens och vara en attraktiv arbetsplats för ffa sjuksköterskor i dessa tider. Annars kan man inte räkna sig som strokeenhet. Prio att ha välfungerande strokeenheter. Vi ser positivt på vårdförloppen för hela processkedjan, det stämmer väl överens med en sömlös vård. Dock behövs det som komplement till de mer omfattande vårdförloppen även en möjlighet till en snabb överblick för kunskapsstöd i primärvården. Allmänt i samtliga vårdförlopp viktigt att innehållet stämmer väl överens med NKK primärvård. I de vårdförlopp där riktlinje i NKK primärvård saknas bör respektive NPO skapa en riktlinje för primärvården då själva syftet med NKK primärvård är att vara lättöverskådligt och lätt att hitta information om det breda spann som primärvården innehåller. Vid fördjupning bra att vårdförloppen finns. Sammanfattning: Bra, inga ytterligare kommentarer än det som finns i konsekvensanalysen.]

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

Svårt att se en personcentrering i vårdförloppet. Flödesbeskrivningen utgår från ett patientperspektiv på gruppnivå men personcentrering ligger också på personnivå. Perspektiven psykosocialt och anhöriga saknas. I nationella riktlinjer lyfts samtalsstöd som en prioriterad åtgärd. I det här programmet hamnar den punkten under kognition(?). Att involvera anhöriga/närstående i tidigt skede är ett känt faktum. Med tanke på att barnkonventionen blivit lag behöver ju även det perspektivet lyftas. I programmet lyfts betydelsen av strokeenhet på sjukhus men så ser inte organisationen ut i hela landet. Flertalet av de åtgärder som föreslås sker t.ex i vissa regioner i hemsjukvård. Känns viktigt att detta tydliggörs i programmet, avseende organisation, innehåll och vårdnivå. Hur långt är ett akut rehabuppdrag? Hur lång anses tiden på en strokeenhet kunna vara, d.v.s hur lång tid sträcker sig strokeenhetens uppdrag när det gäller rehabilitering.]

RPO Neurologiska sjukdomar: (synpunkter och tillägg i kursivering)

Från sida 15, utredningsblock:

Riskbedömningar (se film Webb-SKU: Omvårdnad i tidigt skede) Görs initialt och vid behov återkommande för att identifiera risk och behov av åtgärder beträffande:

- Aspiration
- Djup ventrombos
 - Fall/fallskada (se film Webb-SKU: Komplikationer och risker – fall) (*bör vara en egen punkt*)
- Kontraktur (*Vi tycker att man borde ändra ord här, till t.ex. tonusökning eller rörelseinskränkning. En kontraktur hinner ej uppkomma i det akuta skedet och är sekundär till en tonusökning eller rörelseinskränkning*)
- Lungkomplikation/andningsbesvär
- Obstipation
- Subluxation av axel (*Eventuellt lägga som underrubrik till ny punkt smärta?*)
- Trycksår
- Undernäring
- Urinretention

Från sida 16, utredningsblock

Rörelse- och förflyttningsförmåga (se film Webb-SKU: Fysioterapi vid stroke)

Bedömning om mobilisering *och funktionsförmåga* är lämpligt görs inom 24 timmar. Vid

nedsatt rörelseförmåga gör fysioterapeuten inom 1–2 dygn en fördjupad bedömning avseende (17):

- grad av pares och motorisk funktion
- känsel, ledrörlighet, muskeltonus och smärta
- balans/postural, kontroll (*komplettera med yrsel*)
- lungfunktion, hostförmåga och ansamling av slem
- förflyttningsförmåga ~~i och ur säng~~, gångförmåga ("*i och ur säng*" kan tas bort)
- behov av hjälpmedel
- ödem/cirkulation (*förslag på ny punkt*)
- synfältsbortfall/uppmärksamhet (*förslag på ny punkt*)

Från sida 19, behandlingsblock

Rörelse- och förflyttningsförmåga (se film Webb-SKU: Träning av specifika funktioner) vid behov tillgodose en god viloposition i sängen (17)

- högläge av ~~handen~~ för att minska risken för svullnad (17) (*Byt ut till extremitet*)
- rörelseuttag av leder (17)
- förflyttningsträning ~~i och ur säng~~ (17) (*Ta bort "i och ur säng". Vi utför förflyttningsträning på många andra sätt också.*)
- balansträning (17)
- utprovning av rullstol och andra förflyttningshjälpmedel bör göras (1)
- uppgiftsspecifik träning bör erbjudas vid nedsatt motorik och gångförmåga (1)
- avlastande hjälpmedel för armen bör erbjudas vid smärta i skuldran (1)
- träning av specifika funktioner (*förslag på ny punkt*)

Allmänna funderingar:

Vi saknar **åtgärder** som är av profylaktisk karaktär och/eller åtgärder som hör ihop med cirkulation och respiration.

På sida 13 står det i den högra kolumnen att patientens skall "Medverka i utformning av Rehabiliteringsplan". Vikten av **rehabiliteringsplan** bör lyftas på ett tydligare sätt i dokumentet.

Under punkt 6.4, sida 30, bör exempel på utvärderingsinstrument för **Fallrisk** läggas till. Vidare, på sida 31, kan med fördel fler exempel på utvärderingsinstrument läggas till, t.ex. mini-BESTest under Balans och Manuellt muskeltest enl. Janda (0-5-skalan) under Motorik/sensorik.

Arbetsterapi:

S. 16 Kognition. Behövs ett förtydligande att dessa bedömningar även görs av arbetsterapeut – tolkas nu i texten som att det endast utförs av neuropsykolog. Dock bra text i övrigt.

s. 16 Rörelse- och förflyttningsförmåga. Arbetsterapeut också delaktig i bedömning av motorik/sensorik samt utprovning av hjälpmedel. Tolkas i texten som att detta endast utförs av fysioterapeut.

s. 18/19 Hur mycket av kognitiv träning / strategier vid kognitiv nedsättning samt kommunikationsträning ska ske i akutskedet? Patienten inte alltid så mottaglig i detta skede utan det blir än viktigare i rehabiliteringsfas.

S. 30 Exempel på bedömningsinstrument. Hur har man kommit fram till just dessa instrument? Vi använder t.ex. Cognistat och Trail Making Test i stor utsträckning.

RPO Äldres hälsa: Välskrivet och lägger grund för god vård vid Stroke eller TIA

