

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering

Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar

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

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

| Datum | Beskrivning av förändring |
|--------------|----------------------------------|
| 2021-11-15 | Öppen remiss |

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| 1. Om konsekvensbeskrivningen | 5 |
| 2. Konsekvenser | 5 |
| 2.1. Omfattning | 5 |
| 2.2. Nyttan eller risker för individen | 6 |
| 2.3. Etiska aspekter | 7 |
| 2.4. Verksamhet och organisation | 9 |
| 2.5. Kostnader | 12 |
| 2.6. Kompetensförsörjning..... | 13 |
| 2.7. Påverkan på andra kunskapsstödj..... | 14 |
| 2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården..... | 14 |
| 2.9. Uppföljning | 15 |
| 2.10. Övriga konsekvenser | 15 |
| 3. Referenser | 16 |

Sammanfattning

Detta dokument beskriver de viktigaste konsekvenserna för hälso- och sjukvården till följd av införandet av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering.

Målsättningen med detta vårdförlopp är att personer som insjuknat i stroke ska ombesörjas en trygg och säker utskrivning efter det akuta skedet, fortsatta rehabiliteringsinsatser, samt en livslång uppföljning inom sjukvården resulterande i ökad patientnöjdhet, hälsa och livskvalitet. Införandet av vårdförloppet kommer att förbättra nuvarande vårdpraxis. Inga delar av vårdpraxis kommer att avvecklas, däremot kommer nyttjandegraden av en del processer att öka.

Vårdförloppet förordar en fast vårdkontakt med strokekompetens som utgår från stroketeamet på sjukhuset. Den kommer att stödja patienten under en övergångsperiod efter utskrivningen från strokeenheten. Därefter överförs ansvaret för den fasta vårdkontakten till primärvård inom region eller kommunal hälso- och sjukvård.

Fast läkarkontakt behöver byggas ut så att den erbjuds till alla patienter med stroke.

Vårdförloppet ger förslag på ett utvecklat och för strokevården anpassat patientkontrakt som följer patienten från sjukhuset under hela vårdförloppet. Patientkontraktet ger patient och vårdgivare en gemensam plan vilket säkrar utskrivning och vårdövergång.

Tidig understödd utskrivning från sjukhuset till hemmet (ESD), där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmet förkortar vårdtiden på sjukhuset och leder till minskad mortalitet eller ADL-beroende. Andelen som får ESD varierar över landet och behöver byggas ut på många ställen.

Tillgången till multidisciplinär rehabilitering efter stroke (särskilt i den senare fasen) är mycket ojämlig i landet. Alla professioner i teamet kring patienten finns inte i alla delar av vårdkedjan, till exempel inom primärvård i region och kommunal hälso- och sjukvård. Inom dessa verksamheter träffar personalen ofta patienter med flera olika diagnoser vilket gör att de inte alltid upplever sig ha specifik kompetens om konsekvenserna av stroke. Möjlighet att få ta del av riktade utbildningar om stroke och rehabilitering är därför viktigt. Vårdförloppet betonar även vikten av vardagsrehabilitering. Här spelar kommunen en viktig roll.

Den strukturerade uppföljningen med tillgång till hela det multidisciplinära teamet med strokekompetens kommer skapa möjligheter för identifiering av patientens behov och genomförande av såväl medicinska, omvårdnadsåtgärder som rehabiliteringsåtgärder.

En förutsättning för att kunna implementera ovanstående åtgärder är utvecklande av digitala lösningar och gemensamma journalsystem för specialistvård, primärvård inom region och kommunal hälso- och sjukvård.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Denna konsekvensbeskrivning beskriver de viktigaste konsekvenserna för hälso- och sjukvården till följd av införandet av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering. Konsekvensbeskrivningen är skriven i samverkan med arbetsgruppen

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering av

- Annika Berglund, medicine doktor, sjuksköterska
- Christina Brogårdh, professor i fysioterapi, specialist i neurologi, docent i experimentell rehabiliteringsmedicin, fysioterapeut
- Anna Brändal, medicine doktor, fysioterapeut, specialist i neurologi
- Claes Gustafsson, medicine doktor, överläkare, specialist i allmän internmedicin
- Åsa Rejnö, docent i omvårdnad, sjuksköterska
- Lars Rosengren, professor i neurologi med särskild inriktning mot stroke, överläkare specialist i neurologi, ordförande i den nationella arbetsgruppen NAG stroke och i arbetsgruppen för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA.

2. Konsekvenser

2.1. Omfattning

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnans kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom och som ofta övergår i långvariga eller permanenta funktionsnedsättningar. Stroke orsakas vanligen av blodpropp men i en mindre del av fallen av blödning. Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke. Incidensen ökar med stigande ålder och fyra av fem patienter som insjuknar är över 65 år. Subaraknoidalblödning (SAB) ingår bland strokediagnoserna och drabbar en yngre patientgrupp där majoriteten är i arbetsför ålder.

Var femte person som får stroke avlider inom tre månader. De som överlever får ofta någon form av kvarstående motorisk eller kognitiv funktionsnedsättning. Problem med sensorik, balans och kommunikation (tal och språk) är också vanliga. Stroke är den tredje vanligaste orsaken till funktionsnedsättningar och behovet av rehabilitering är stort.

Stroke är den somatiska sjukdom som orsakar samhället störst kostnader och det beror i hög utsträckning på att många som insjuknat blir beroende av boende inom kommunal omsorg.

Incidens och prevalens i Sverige

- 2015 uppskattades strokeprevalensen till 1 942 per 100 000 personer [1].
- 2019 var strokeincidensen 349 per 100 000 (Socialstyrelsens statistikdatabas). Av dessa uppskattas cirka 10 procent vara intracerebrala blödningar och fem procent subaraknoidalblödningar.
- 2019 uppskattas TIA-incidensen till 100 per 100 000 (från data ur Riksstroke) [2].

Antal personer som omfattas av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet stroke och TIA (del 2) årligen

- 2019 registrerades 21 090 sjukhusvårdtillfällen för personer med stroke [2].
- 2019 registrerades 8 443 vårdtillfällen för TIA [2].

2.2. Nyttan eller risker för individen

Nyttan med vårdförloppet är att personer som insjuknat i stroke ska kunna få en mer jämlik och evidensbaserad vård och rehabilitering i hela landet. Vårdförloppet beskriver processen för det återkommande behov av rehabilitering som många personer har under hela livet samt möjligheten till teambaserad vård och rehabilitering på alla nivåer.

Efter den initiala slutenvårdsperioden behandlas de flesta inom primärvård i region eller kommunal vård och omsorg. Nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal mellan kommuner och regioner skiljer sig åt i landet vilket utgör en risk att den som behöver rehabilitering får ojämlig vård. Tydliga avtal mellan huvudmän som ger möjlighet till samverkan över organisationsgränserna behövs för att säkerställa hela vårdförloppet från akutinsjuknandet till det senare skedet.

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför

| Nytta | Kommentar |
|---|--|
| Teambaserad vård | Teambaserad vård med professioner som har särskild kompetens inom stroke möjliggör en säker och personcentrerad vård med god kvalitet. Kontinuitet inom teamet och i vårdkedjan också är viktiga faktorer. |
| Tidig understödd utskrivning från sjukhuset till hemmet där ett multidisciplinärt strokteam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmet | Tidig understödd utskrivning till hemmet förkortar patientens vårdtid på sjukhuset. Patientens behov och förmåga styr vilka rehabiliteringsinsatser som utförs. Färre patienter avlider eller blir beroende av personlig hjälp med ADL. |
| Fast vårdkontakt stroke under den första tiden efter utskrivning från strokeenheten | Många patienter känner oro vid hemkomsten och vet inte vart de ska vända sig. En fast vårdkontakt med strokekompetens som utgår från stroketeamet på sjukhuset bidrar till en sömlös övergång för patienten från sjukhuset till andra vårdgivare och kan hjälpa patienten med olika frågor och problem som upptäcks först efter hemkomsten. |
| Fast läkarkontakt | Merparten av alla patienter med genomgången stroke saknar idag en fast läkarkontakt. Patienter med stroke har ofta sämre språkförståelse och kognitiv påverkan. En fast läkarkontakt innebär större kontinuitet med resultat som ökad patientkänedom, lättare att bedöma förändringar i hälsotillståndet och ökad trygghet för patienten. Kvaliteten i den strukturerade uppföljningen ökar. |
| Tillgången till multidisciplinär rehabilitering efter stroke (särskilt i den senare fasen) är mycket ojämlig i landet | Många personer som insjuknat i stroke är i behov av återkommande rehabilitering. Tillgång till multidisciplinär rehabilitering med stöd från flera professioner behöver säkerställas i olika delar av vårdkedjan i syfte att förbättra patientens livssituation över tid. |

| | |
|--------------------------|---|
| Vardagsrehabilitering | Vardagsrehabilitering utgår från ett personcentrerat arbetssätt som syftar till att stimulera och tillvarata personens egna resurser och möjligheter att vara aktiv i vardagen. |
| Patientkontrakt | Patientkontraktet har utvecklats och anpassats till personens förutsättningar och följer individen under hela vårdförloppet. Patientkontraktet tydliggör vad patienten, utifrån sina behov och förutsättningar förväntas göra och vad vården ska göra. Patientkontraktet består av flera delar som tillsammans ska bidra till samförstånd och delat ansvar mellan personen och vården. Det innefattar en gemensam överenskommelse med sammanhållen planering omfattande såväl medicinsk-, omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser, samt fast(a) vårdkontakt(er) och överenskomna tider. |
| Strukturerad uppföljning | Strukturerad uppföljning med hjälp av post-stroke-checklistan och tillgång till det multidisciplinära teamet möjliggör att individens behov identifieras och att rätt åtgärder kan sättas in. Genomförda medicinska-, omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser utvärderas och nya mål sätts utifrån patientens behov och förutsättningar. Premisserna för fortsatt korrekt sekundärprofylaktisk medicinering ökar därmed vilket minskar risken för nya stroke och andra komplikationer. |

2.3. Etiska aspekter

Autonomi och integritet

Personer som drabbas av stroke kan få symtom och begränsningar som påverkar autonomin (till exempel nedsatt kommunikationsförmåga, kognition och rörelseförmåga). Det kan också ge upphov till en krisreaktion som kan påverka personen ytterligare. Åtgärder som förbättrar återhämtningen minskar denna risk och bedöms påverka autonomi och integritet positivt. Vårdförloppet tar fasta på att patienten ska hållas informerad, vara delaktig i beslut som rör vård och rehabilitering och ges möjlighet att avböja behandling. Patienter som är oförmögna att kommunicera eller inte är beslutskapabla erbjuds vård och insatser i dialog med närstående och efter bästa vetenskapliga evidens enligt Nationella riktlinjer ([NR](#)) [3]. Eftersom stroke är en sjukdom som ofta innebär försämrade kognitiv och kommunikativ förmåga är det en utmaning att bevaka patientens autonomi.

Undanträngningseffekter

Vårdförloppet kommer att identifiera patienter med kvarstående och nya rehabiliteringsbehov vilket kan leda till en undanträngningseffekt på andra patientgrupper i behov av rehabilitering.

Den strukturerade uppföljningen innebär ett nytt arbetssätt där läkarbesök kompletteras med tillgång till hela det multidisciplinära teamet. Det kan komma att innebära en mindre undanträngningseffekt för övriga patientgrupper i behov av arbetsterapi, fysioterapi, logopedi eller andra insatser.

Bedömningen är att inkluderingen av SAB i Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård, och i detta vårdförlopp; stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering, inte kommer ge några påtagliga undanträngningseffekter.

Människovärdesprincipen samt behovs- och solidaritetsprincipen

Alla människor har lika värde och vårdförloppet rekommenderar åtgärder enligt behovs- och solidaritetsprincipen. Vårdförloppet lyfter fram och stärker vården och uppföljningen av de svårast sjuka och för de på särskilt boende.

Kostnadseffektivitetsprincipen

Socialstyrelsen har enbart tagit fram hälsoekonomiskt underlag för de frågeställningar i NR där det funnits anledning att anta att kostnadseffektiviteten kunnat påverka myndighetens beslut om åtgärden. I NR samt bilagor med hälsoekonomiskt underlag har följande nyare åtgärder en låg till måttlig kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår:

- Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet med rehabilitering i hemmet av ett multidisciplinärt strokekompetent rehabiliteringsteam ger lägre kostnad jämfört med sedvanlig vård på strokeenhet (viss hälsoekonomisk evidens) [4]. Kostnadseffektiviteten av koordinerad utskrivning har i en liten svensk studie visat sig minska vårdtid på sjukhus utan att kostnaderna för öppenvården ökat. Dessa resultat tyder på att interventionen kan vara kostnadsbesparande. I en engelsk kostnadseffektivitetsanalys som gjorts utifrån ett tio-årsperspektiv estimerades kostnaden till 285 000 kronor per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) [4].
- Botulinumtoxin jämfört med behandling utan botulinumtoxin vid spasticitetsymtom [4].
- Kombinationsbehandling med acetylsalicylsyra och klopidogrel upp till 90 dagar efter insjuknande i akut TIA eller mindre ischemisk stroke [4].
- Endovaskulär slutning av PFO jämfört med medicinsk behandling [4].
- Långtidsbehandling med nya orala antikoagulantia vid förmaksflimmer [5].

Jämlikhetsperspektivet

Ett av vårdförloppets syften är att personer som har insjuknat i stroke eller TIA ska få en mer jämlik vård och rehabilitering i hela landet oavsett kön, ålder eller grad av funktionsnedsättning. Det kommunala och regionala självstyret möjliggör olika tolkningar och tillämpningar av Hälso- och sjukvårdslagen [6], Socialtjänstlagen [7], och Nationella riktlinjer [3]. Resurser i form av personal med olika kompetenser skiftar mellan kommuner och regioner i landet och kan påverka tillgången till vård och rehabilitering. Även hjälpmedelsförsörjning och kostnad för hjälpmedel för den enskilde skiftar mellan olika kommuner och regioner. Sammantaget innebär det att vårdförloppets åtgärder kan få olika genomslag i olika delar av landet.

Risker för onödig eller omotiverad vård

Risken för att vårdförloppet ska leda till onödig eller omotiverad vård bedöms som mycket liten. Vårdförloppet utgår från de evidensbaserade åtgärder som har fått högst prioritet i de nationella riktlinjerna [3]. Vårdförloppet har även tydliga in- och exklusionskriterier. Insättning av en åtgärd bedöms utifrån patientens behov och förutsättningar.

Risk för att individer som borde ingå i vårdförloppet exkluderas

Risken för att individer som borde ingå i vårdförloppet exkluderas bedöms som mycket liten.

2.4. Verksamhet och organisation

Införandet av vårdförloppet förutsätter ett fungerande strukturerat samarbete på regional och kommunal nivå mellan olika professioner och huvudmän. Utan ett strukturerat samarbete mellan dessa aktörer blir det mycket svårt att uppnå en personcentrerad vård och rehabilitering över tid, inkluderande årlig strukturerad uppföljning. 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. Detta innebär att de team som träffar strokepatienten kan behöva vara organisationsöverskridande för bästa kontinuitet, vård och rehabilitering och för att säkerställa jämlik vård oavsett hur de regionala organisationerna ser ut.

Nedan beskrivs kortfattat några befintliga utmaningar och tänkbara organisatoriska konsekvenser av att vårdförloppet införs. Dessa beskrivs inom ramen för olika delar av vårdförloppet. Utgångsläget ser olika ut i de flesta regioner och verksamheter. Varje region och kommun behöver genomföra en GAP-analys inför genomförandet av vårdförloppet.

Rehabilitering

Tidig understödd utskrivning (ESD)

Tidig understödd utskrivning till hemmet där ett multidisciplinärt stroke-team både koordinerar utskrivning och utför rehabilitering i hemmiljön, bör enligt vårdförloppet erbjudas till personer med lindrig till måttlig stroke [3]. ESD möjliggör en snabbare utskrivning till hemmet med fortsatt rehabilitering som utgår från strokeenheten. Stora skillnader finns både vad gäller förekomst och bemanning av ESD i landet.

Tillgången till multidisciplinär rehabilitering efter stroke (särskilt i den senare fasen) är mycket ojämlig i landet. Alla professioner i teamet kring patienten finns inte i alla delar av vårdkedjan, till exempel inom primärvård i region och kommunal hälso- och sjukvård. Inom dessa verksamheter, träffar personalen ofta patienter med flera olika diagnoser vilket gör att de inte alltid upplever sig ha specifik kompetens om konsekvenserna efter stroke. Möjlighet att få ta del av riktade utbildningar om stroke och rehabilitering är därför viktigt. I vissa delar av landet finns så kallade neuroteam med specifik strokekompetens. Hälsoprofessionerna är inriktade på rehabilitering; övriga professioner som läkare, sjuksköterska och dietist ingår oftast inte i teamet vilket försvårar helhetsperspektivet. Nuvarande uppdragsbeskrivning för neuroteam eller motsvarande behöver kompletteras för att säkra tillgång till alla professioner i stroke-teamet. I primärvården finns inte psykologer med vidareutbildning i neuropsykologi, vilket gör att kunskapen om hur man utreder och behandlar patienter med kognitiv nedsättning efter stroke saknas.

Ibland sätter organisatoriska gränser hinder för vård och rehabilitering. Ett exempel är om rehabiliteringskoordinator finns på vårdcentralen som patienten är listad på. För att patienter ska få tillgång till koordinatören behöver sjukskrivningen ske från läkare på vårdcentralen. I bland annat Västra Götalandsregionen (VGR) sjukskrivs patienter initialt (ibland några veckor till flera år) från

strokeenheten eller den specialiserade mottagningen på sjukhuset och då saknar patienten tillgång till rehabiliteringskoordinatör.

Specialistvård och regional primärvård kan inte besluta om rehabiliteringsinsatser som ska utföras av hemvård då de legala och organisatoriska systemen inte stödjer detta. Om egenvårdsbeslut är aktuellt behöver patienten själv vid behov ansöka via biståndshandläggare för att få hjälp med utförande av egenvårdsinsatser.

Inom kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg är vardagsrehabilitering ett arbetssätt som behöver byggas ut och stärkas. Vardagsrehabilitering utgår från ett team där hemtjänstpersonal ingår och utför arbetsuppgifterna i hemmet eller i personens närmiljö. Vardagsrehabilitering ska bidra till att bibehålla funktions- och aktivitetsförmåga samt delaktighet. I vardagsrehabilitering är det multidisciplinära teamet viktigt för att öka hemtjänstens kunskaper. Bedömningar ska göras av kvalificerad personal med rätt utbildning för uppgiften (legitimerad personal) och det ska finnas tydliga kommunikationsvägar mellan legitimerad personal och hemtjänstpersonal. Fysisk närhet underlättar kommunikation och informell återkoppling. Det är viktigt att alla inblandade arbetar enligt ett vardagsrehabiliterande arbetssätt. Insatserna från legitimerad personal i vardagsrehabilitering är att stödja och ge råd till hemtjänstpersonal genom samtal, coachning, handledning och utbildning. Här behöver samarbetet stärkas mellan specialistvård, primärvård inom region och kommunal vård och omsorg.

Strukturerad uppföljning

Organisation

Införandet av strukturerad uppföljning av patienter med stroke eller TIA har hög prioritet i NR (prio2) [3]. Den strukturerade uppföljningen innefattar att det ska finnas tillgång till hela det multidisciplinära teamet. Det arbetssättet finns inom strokeenheten men saknas på de flesta håll i landet vid uppföljningen efter det akuta vårdtillfället. Organisationen kan, med mindre insatser, byggas upp för den mindre grupp av patienter som följs upp inom öppenvård knuten till sjukhuset (se förslag i vårdförloppets appendix). Uppföljningen sker här med ett till två besök varefter patienterna remitteras till primärvården. På många ställen i landet remitteras patienterna direkt från strokeenheten till primärvården för fortsatt uppföljning. Patienterna kan här ha flera olika vårdgivare för det medicinska omhändertagandet och omvårdnad samt rehabilitering. Vårdgivarna kan vara såväl offentliga som privata. Fysiskt kan patientens olika vårdgivare ibland finnas i samma lokaler men kan också finnas på olika platser på samma ort eller olika orter. Detta kommer att ställa stora krav på olika lokala organisatoriska lösningar för att säkra tillgången till hela teamet. En fortsatt utveckling av digitala mötesformer kommer att bli nödvändig för att skapa effektiva arbetsformer. Nuvarande remisskrav (läkarremiss) för att till exempel få komma till dietist behöver förändras till att alla i stroketeamet kan få rätt att "lotsa" patienten till rätt profession.

Stroketeam

Enligt NR [3] bör följande professioner ingå i stroketeamet: arbets- och fysioterapeut, logoped, läkare samt sjuksköterska. Därutöver bör det finnas tillgång till dietist, kurator, psykolog/neuropsykolog och tandvårdspersonal. Tillgång till de olika professionerna varierar i landet och framför allt saknas det på många ställen logoped, dietister och psykologer med neuropsykologisk kompetens. Kontinuitet behövs för ett effektivt teamarbete. Framför allt på underläkarepositionen inom specialistvården är kontinuiteten mycket bristfällig och motsvarande

gäller för primärvård i regionen på många håll. Detta leder till försämrade arbetsmiljö och otillräcklig kvaliteten i vården.

Medlemmarna i stroketeamet behöver ha specifik strokekompetens inriktad på rehabilitering och uppföljning för att möta patienternas behov. Fram tills nu saknas gemensam definition av nödvändig strokekompetens. Utbildningsnivån varierar inom landet och mellan professioner. Vårdförloppets rekommendation är att teammedlemmarna har genomgått utbildning inriktad mot stroke, till exempel Webb-SKU.

Uppföljning efter insjuknande i TIA kräver ett besök med tillgång till stroketeamet varefter den fortsatta uppföljningen enbart är medicinsk och kan ske hos ansvarig läkare. För patientgruppen som insjuknat i stroke kommer uppföljningen vara mer komplex och tillgång till stroketeamet behövs under en längre period. Den innefattar flera vårdgivare under lång tid, inte sällan resten av livet. Efter det första återbesöket kan fortsatta kontroller med fördel ske inom primärvården. Besöksfrekvens och form för vårdmötet anpassas efter patientens aktuella behov. För multisjuka personer eller personer inom särskilt boende kan första uppföljningsbesöket genomföras av vårdgivare på boendet i samarbete med ordinarie läkare.

Journalssystem

Inom den specialiserade vården kopplad till sjukhuset används samma journalssystem. Ett gemensamt journalssystem för specialistvård, primärvård inom regionen och kommunal hälso- och sjukvård saknas inom många regioner. Det omöjliggör läs- och skrivmöjligheter i en samlad patientjournal och försvårar informationsöverföring mellan vårdgivarna. Tillgång till ett gemensamt journalssystem är en nödvändig förutsättning för en effektiv vård med hög patientsäkerhet och kvalitet.

I vårdförloppets appendix finns förslag på hur uppföljningen kan organiseras i olika steg och delvis kan ske digitalt.

Fast vårdkontakt

På flera ställen i landet sker den första uppföljningen efter utskrivningen kopplad till strokeenheten. I vårdförloppet förordas att patienter med stroke under den första tiden får, förutom den fasta vårdkontakten i primärvården, en fast vårdkontakt som är kopplad till strokeverksamheten på sjukhuset. Denna person har strokekompetens och nära samarbete med de övriga i stroketeamet, vilket stärker patientens förutsättning för ett personcentrerat omhändertagande. Att den ofta komplexa situationen under den första tiden efter utskrivningen, med flera olika insatser, kan koordineras optimalt och ge en sömlös övergång till annan vårdform med god kvalitet är mycket viktigt.

Fast läkarkontakt

Patientlagen [8] (6 kap, 3§) anger att "patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården". Andelen som har en fast läkarkontakt är låg.

Patientkontrakt

Patientkontraktet är en överenskommelse mellan patienten och vården. En vägledning för vården kring vad som bör ingå i patientkontraktet för en patient som drabbats av stroke och eller TIA har utarbetats (se appendix). Utifrån patientens behov utformas sedan patientkontraktet (se appendix). Kort efter ankomsten till strokeenheten påbörjas tillsammans med patienten en vård- och

behandlingsplan inklusive rehabiliteringsplan. Den uppdateras därefter kontinuerligt under vårdtiden för att vid utskrivningen utgöra ett komplett patientkontrakt. Patientkontraktet ska därefter följa patienten och uppdateras kontinuerligt. För att möjliggöra detta behöver patientkontraktet finnas tillgängligt digitalt för alla involverade vårdgivare, den fasta vårdkontakten och patienten. För närvarande är detta inte möjligt då sjukvården saknar ett gemensamt journalsystem. Det är därför av yttersta vikt att man framledes utvecklar digitala lösningar för att kunna tillgodose patienternas behov av kontinuitet.

2.5. Kostnader

HTA-analyser över vårdförloppets åtgärder saknas på nationell nivå. Registreringen i vårdadministrativa system täcker inte alla genomförda åtgärder och har stora regionala skillnader. Framför allt saknas möjligheter till uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården. Vissa åtgärder är nya varav patientkontrakt och strukturerad uppföljning har störst påverkan.

Det pågår en pilotstudie inom HTA Syd, Region Skåne med registerdata från Riksstroke och Region Skånes vårddatabaser. Den omfattar rehabiliteringsinsatser under de tre första månaderna efter insjuknande i stroke, strukturerad uppföljning inom tre till sex månader efter utskrivning, rehabiliteringsinsatser från fjärde månaden efter insjuknande i stroke fram till ett år efter stroke samt samordnad individuell plan (SIP) (se konsekvensbeskrivning, HTA-analys).

En utökning av tidig understödd utskrivning i landet så att minst 25 procent (Socialstyrelsens målnivå) av alla strokepatienter som skrivs ut till eget boende får understödd hemgång och rehabilitering i hemmet ger en kostnadsbesparing för samhället men denna tillfaller främst primärvård inom region och kommunal vård och omsorg där åtgärden minskar behovet av insatser i det längre tidsförloppet. Tjugotre av sjuttiofyra strokeenheter klarar för närvarande måltalet att minst 25 procent av alla patienter som skrivs ut till hemmet får understödd hemgång och rehabilitering. Av övriga saknas understödd hemgång helt på 16 strokeenheter och vid ytterligare 13 strokeenheter ges färre än fem procent av patienterna understödd hemgång.

På sjukhusnivå kommer införandet innebära en ökad kostnad för strokeenheterna (resurserna för ESD utgår därifrån). Kostnadsökningen kommer delvis att kompenseras genom kortare slutenvårdstider och en förskjutning av utredningar och åtgärder till hemmiljö. Detta möjliggör en omfördelning av resurser till andra delar av slutenvården, till exempel att möjliggöra inläggning av strokepatienter till strokeenhet som första vårdnivå.

Inga större investeringar i utrustning, lokaler eller material förutses.

Tillgången till personal med strokekompetens varierar inom regionerna och kommunerna. Här behöver varje region och kommun utifrån vad som beskrivs under kompetensförsörjning nedan genomföra en nulägesanalys. För flertalet kommer den att visa ett behov av nyrekryteringar och stroke-utbildningar. Webb-SKU möjliggör en kostnadseffektiv utbildningsform.

Preliminära data från HTA-analysen från Region Skåne visar att cirka en tredjedel av strokepatienterna med rehabiliteringsbehov utskrivna till hemmet inte fått rehabilitering inom 3 månader från utskrivningen. Med stor sannolikhet kommer den strukturerade uppföljningen identifiera fortsatta och nya rehabiliteringsbehov. Det är då viktigt att det finns enheter inom den

regionala och kommunala hälso- och sjukvården som kan erbjuda rehabilitering och möta upp de behov som identifierats.

Ett gemensamt digitalt journalsystem för specialistvård, primärvård inom region och kommunal hälso- och sjukvård behöver utvecklas för att bidra till en sömlös övergång mellan de olika vårdnivåerna, förbättra patientsäkerheten, säkra tillgången till alla data för alla vårdgivare i nutid. Det är en nödvändighet för att patientkontraktet ska kunna vara uppdaterat och tillgängligt. IT-utrustning kan behöva kompletteras för att säkra digitala mötesforum.

2.6. Kompetensförsörjning

Bemanning

Nationella måltal saknas för antalet personer i respektive profession kopplat till invånare eller antal strokepatienter som behövs. Tillgång till olika professioner varierar inom specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Nedan redovisas de yrkesgrupper där bristerna är störst för att genomföra vårdförloppet [9].

Inom specialistvården:

- brist på logoped, dietist, psykolog med neuropsykologisk inriktning på flera håll.

Inom primärvården i regionen:

- brist på logoped
- brist på dietister, i vissa regioner saknas helt dietister som arbetar mot denna målgrupp i primärvården
- brist på allmänläkare och möjlighet till fast läkarkontakt
- saknas generellt psykologer med vidareutbildning inom neuropsykologi
- saknas kuratorer inom primärvårdsrehabilitering eller på vårdcentraler.

Inom kommunal hälso- och sjukvård saknas generellt:

- logopeder
- kuratorer
- psykologer med vidareutbildning inom neuropsykologi
- dietister som arbetar kliniskt inom området i kommunal hälso- och sjukvård i de flesta kommuner.

Strokekompetens

Utbildningsnivån varierar inom och mellan regionerna och kommunerna.

På strokeenheter, beroende på profession, anges 23-70 procent av personalen ha genomfört utbildning som ledde till STROKE - Riksförbundets kompetensbevis [10].

Socialstyrelsens utvärdering [9] visar att endast en till fyra procent av kommunens personal hade genomfört utbildning som ledde till STROKE - Riksförbundets kompetensbevis och mindre än 25 procent av de som arbetade inom hemsjukvården eller olika boendeformer hade någon form av strokeutbildning [9]. Kommunerna har som regel inte några krav på formell strokekompetens för legitimerad personal.

Vårdförloppet rekommenderar den kostnadsfria utbildningen Webb-SKU till de som arbetar med stroke för att uppnå god strokekompetens i den sena vårdkedjan. Hittills har nästan 2 200 personer gått eller går Webb-SKU-utbildningen. Av dessa är endast 15 procent från primärvård inom region och kommunal vård och omsorg. Webb-SKU ersätter den tidigare nationella strokekompetensutbildningen som gavs via STROKE-Riksförbundet. Uppgifter saknas om hur stor andel av personalen i primärvård inom region och kommunal hälso- och sjukvård som har någon av strokeutbildningarna.

Bedömningen är att påtagliga utbildningsinsatser behövs framför allt inom primärvård inom region och kommunal hälso- och sjukvård.

Förutsättningen för vardagsrehabilitering är rätt antal kvalificerad personal i förhållande till hemvårdspersonal för att möjliggöra träning, utbildning och mentorskap samt tid för återkommande reflektion.

Baskunskapen för allmänläkare bör utökas så att alla läkare har strokekompetens för det fortsatta omhändertagandet efter utskrivning från specialistvården. I vårdförloppets appendix finns förslag på omfattning.

2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering kommer inte påverka andra kunskapsstöd i nämnbar utsträckning.

2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Det finns ett tolkningsutrymme i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) [6] och Socialtjänstlagen (SoL) [7] avseende ansvar och utförande av vård, rehabilitering och uppföljning. Det finns dock överenskommelser i varje region, mellan regionen och dess fristående kommuner om ansvarsfördelningen. Då dessa överenskommelser skiftar från region till region finns risk för ojämlik vård för strokepatienten beroende på var man bor.

Arbetsterapeut och fysioterapeut i hemsjukvården, som bedömer att en strokepatient behöver rehabiliteringsåtgärder, bestämmer hur dessa ska utföras. Åtgärden kan utföras av dessa professioner, via generell ordination till hemtjänstpersonal eller som en delegering då specifik kunskap krävs. Om patienten själv bedöms kunna utföra träningen kan egenvård vara aktuell. Egenvård kan också utföras av patienten med stöd av hemtjänstpersonal (SoL efter biståndsbeslut). Till följd av lokala överenskommelser och förutsättningar erbjuds olika lösningar över landet.

Rehabiliteringsåtgärder som ordineras av professioner i regionerna, men som bör utföras i hemmet hanteras olika över landet. När en profession enbart finns inom regionsjukvård (logoped) kan överföringen till hemtjänstpersonal vara svår då organisatoriska hinder inte medger detta. Personer med stroke kan till följd av detta erbjudas rehabiliteringsåtgärder på olika sätt med stöd av olika professioner alternativt inte få lämplig rehabiliteringsåtgärd tillgodosedd i hemmet.

Hjälpmedelsförsörjning och kostnad för hjälpmedel för den enskilde skiftar mellan olika kommuner och regioner.

I vissa delar av landet sker den första uppföljningen efter utskrivning från strokeenheten av den specialiserade vården, i andra delar remitteras patienten direkt till primärvården. Vårdförloppet rekommenderar att den första uppföljningen sker inom den specialiserade vården för att följa upp insatser från det akuta skedet och säkra att uppföljningen görs med den multidisciplinära kompetensen som vanligen finns där.

2.9. Uppföljning

Utvalda indikatorer som speglar vårdförloppet används sedan flera år i Riksstroke. Indikatorer med måluppfyllelse för rehabiliteringsinsatser saknas och behöver utvecklas.

Ny indikator i Riksstroke är strukturerad uppföljning.

Några processmått finns i PrimärvårdsKvalitet och därutöver finns en mångfald KVÅ-koder. I vårdförloppets appendix ges förslag på några KVÅ-koder kopplade till strokerehabilitering samt strukturerad uppföljning. Registreringen av KVÅ-koder varierar över landet. I vissa regioner kan enbart läkare registrera, i andra alla yrkesgrupper och i vissa sker ingen registrering alls. Här behövs tydliga riktlinjer för regionerna så att alla registrerar på samma sätt. Data behöver sedan kunna sammanställas till nationell nivå.

2.10. Övriga konsekvenser

Behovet av en utveckling av en digitaliserad journal gemensam för samtliga aktörer i vårdförloppet och som är tillgänglig för patienten har kommenterats tidigare i konsekvensbeskrivningen.

3. Referenser

1. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, Abera SF, Abyu G, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(1):1-25.
2. Riksstroke. Stroke och TIA. Riksstroke's årsrapport för 2019 års data. Umeå; 2020. Tillgänglig från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/09/Riksstroke_A%CC%8Arssrapport-2019_slutversionWEB-1.pdf.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2020. Tillgänglig från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545-kunskapsunderlag-2020.pdf>. s. 727.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Hälsoekonomiskt underlag, Bilaga Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Tillgängligt från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545-halsoekonomiskt-underlag-2020.pdf>.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Hälsoekonomiskt underlag, Bilaga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Tillgängligt från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28-halsoekonomiskt-underlag.pdf>.
6. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2017. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.
7. SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Socialdepartementet, Stockholm: Sveriges Riksdag; 2001. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.
8. SFS 2014:821. Patientlag. Socialdepartementet. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2014. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - utvärdering 2018 : vård vid stroke : huvudrapport med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Tillgänglig från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-12-57.pdf>. 67 s.
10. Riksstroke. Strukturdata. Rapport från Riksstroke 2018. Sammanställning och jämförelse av strokevårdens struktur i Sverige åren 2013, 2015, 2016 och 2018. Umeå: Riksstroke; 2020. Tillgänglig från <https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/05/Strukturdata-2018-Rapport-2020-03-11.pdf>.