



2019-04-04

REGION
KRONOBERG

Organisatoriskt vårdprogram

STROKE I KRONOBERG

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Organisation och länsbeskrivning	4
Övervägningar	4
Indikatorer, övergripande	5
Strokevård, Region Kronoberg	6
Definitioner/beskrivning av termer	6
Strokeprocessen - flödesschema	9
Pre-stroke fas	10
– Primärprevention.....	10
Akut fas	11
– Transport till sjukhus.....	11
– Akut-vård på sjukhus.....	12
Post-akut och långsiktig fas	13
– Sekundärprevention.....	13
– Specialiserad rehabilitering.....	14
– Basrehabilitering.....	17
– Uppföljning.....	19
– Patienttillfredsställelse.....	20
– Närstående	20
– Stöd i det långa perspektivet	20
Referenser	21

Inledning

Landstingsstyrelsen beslutade 2013-04-09 att utveckla och införa ett organisatoriskt vårdprogram för strokesjukvården i Kronoberg inklusive de kommunala aktörerna. Detta vårdprogram avser att integrera de befintliga medicinska riktlinjer som idag finns inom olika delar av sjukvården och tydliggöra de olika aktörerna ansvarsområden.

I uppdraget ingår även att formulera detaljerade process- och resultatindikatorer för strokesjukvården och följa upp detta. Det fortlöpande processarbetet kommuniceras i Patientprocesser på Region Kronobergs Vårdgivarwebb: [Vårdgivarwebben - Patientprocesser](#)

Processgrupp 2018

Processägare	Per-Henrik Nilsson, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Processledare	Vicki Malmberg, Kvalitetsstrateg, arbetsterapeut Rehabiliteringskliniken Växjö
Akutvård och tidig specialiserad rehabilitering	Annette Borland, sjuksköterska, MAC medklin E 4 Växjö Sandra Karlsson, sjukgymnast, Lasarettshab Växjö Marie Karlsson, avdelningschef, medklin 2, Ljungby
Patient, närstående och Patientförening; Strokeföreningen Kronoberg	Margareta Dahlberg Per Dahl
Kommun inkl basrehabilitering	Siv Carlsson, arbetsterapeut Växjö kommun Helen Gustavsson, arbetsterapeut Uppvidinge kommun Marita Jonsson, medicinskt ledn.ansv.sjuksköterska Växjö kommun Sigrún Stefánsdóttir, fysioterapeut Lessebo kommun
Primärvård inkl basrehabilitering	Emma Johansson, rehabstrateg PRC ledning / Malin Elingfors vik rehabstrateg
Processtöd	Tomas Kimmel HSU utvecklingsenheten Therese Hildingsson HSJ stabsenhet Viveka Petersson, med. Sekreterare, Rehabiliteringskliniken Växjö
Kontaktpersoner/konsulter:	Fredrik Schön, neurolog, medicinkliniken Växjö David Aldén, sektionsledare, ambulanssjuksköterska Johansson Therese, arbetsterapeut, Ljungby rehab Jens Weseman, läkare, medicinkliniken Ljungby Catrin Mård, verksamhetschef, primärvårdsrehab Stanislaw Kaluzny, medicinskt ledningsansvarig läkare, rehabiliteringskliniken Växjö Vasileios Gamvroulis, läkare rehabiliteringsmedicin, rehabiliteringskliniken Växjö

Organisation och länsbeskrivning

Processen omfattar Hälso- och sjukvård; 2 akutsjukhus, 32 vårdcentraler samt kommunal hemsjukvård i 8 kommuner.

Kronobergs län är 9 500 kvadratkilometer stort och har drygt 187 000 invånare.



Övervägningar

- Flera huvudmän (landsting/kommuner) och vårdnivåer (slutenvård/öppenvård)
- Organisation av vården skiljer sig åt mellan och inom Region och kommun
- Komplex multiprofessionell och multidisciplinär vårdkedja
- Många datakällor
- Begränsad tillgång till heltäckande relevanta mått och data (t.ex. hälsotillstånd före insjuknande, åtgärder och resultat av kommunala insatser utifrån diagnos stroke, låg rapportering av svårighetsgrad stroke; NIHss som påvisats vara stark prediktor avseende hälsoutfall och resursåtgång).

Indikatorer, övergripande

Nyckeltal

Riksstroke

- Antal patienter
- Vårdade på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik
- 28-dagarsmortalitet sjukhusvårdad förstagångsstroke
- Reperfusionbehandlade
- ADL-oberoende efter 3 månader (av överlevande som var oberoende vid insjuknandet)
- Eget boende efter 3 månader (av överlevande med eget boende vid insjuknandet)
- Fullt tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter utskrivning
- Uppföljda 3 månader efter stroke

WebRehab Sweden

- Antal patienter
- ADL-oberoende personlig vård och kortare förflyttningar vid utskrivning (slutenvård)
- Livstillfredsställelse vid utskrivning (öppenvård)
- Patienttillfredsställelse

Kvalitetsindikatorer Riksstroke 2017

- A. Täckningsgrad
- B. Uppföljda 3 månader efter stroke
- C. Vårdade på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik
- D. Direktintag på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik
- E. Sväljningsförmåga undersökt
- F. Reperfusionbehandlade (se ovan totalt antal trombolys/trombektomi utfört av ditt sjukhus)
- G. Mediantid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (minuter)
- H. Trombocythämmande behandling
- I. Antikoagulantibehandling efter kardioembolisk stroke, < 80 år
- J. Blodtrycksänkande behandling efter stroke
- K. Statinbehandling efter hjärninfarkt
- L. Fullt tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter utskrivning

Kvalitetsindikatorer WebRehab Sweden 2017

1. Registrering av BMI vid in- och utskrivning
2. Tillfrågade om synpunkter kring rehabiliteringen
3. Rehabplan upprättad
4. Bedömning av körlämplighet
5. Komplikationer; fall med fraktur/trycksår
6. Täckningsgrad

Strokevård, Region Kronoberg

Definitioner/beskrivning av termer

Stroke

definieras enligt WHO som kliniska tecken på fokal (eller global) cerebral dysfunktion, som snabbt utvecklas och som kvarstår mer än 24 timmar, eller leder till döden, där annan orsak än vaskulär mekanism utesluts. Stroke är ett samlingsnamn för hjärninfarkt, intracerebral blödning samt subarachnoidalblödning.

Transitorisk ischemisk attack, TIA

innebär att en del av hjärnan drabbas av övergående syrebrist, vilken beror på en övergående ocklusion i hjärnans blodkärl. De nu gällande svenska diagnostiska kriterierna är plötsliga fokalneurologiska bortfall med varaktighet upp till 24 timmar (med eller utan synlig hjärninfarkt vid bilddiagnostik av hjärnan).

Egenvård

Med egenvård menas i detta sammanhang en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan. Den egenvård som den enskilde utför själv, eller med hjälp av någon annan räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas därför inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Däremot är hälso- och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning att betrakta som hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård (SOSFS 2009:6) Se [Meddelandeblad nr 6/2013](#) samt ändring av föreskrifterna [HSLF-FS 2017:16](#). Egenvård kan rekommenderas under hela strokeprocessen och beskrivs inte närmre i det organisatoriska vårdprogrammet eller i processkartor.

Patient

I dokumentet används begreppet patient/strokepatient eftersom dokumentet beskriver strokedrabbad person inom den hälso- och sjukvård som bedrivs. Enligt socialstyrelsens termbank definieras patient som en person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård.

Delaktighet

Patientlagen 2014

Kap. 5 Delaktighet:

- 1 § Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.
- 2 § En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.
- 3 § Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

Kap. 3 Information:

6 § Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

7 § Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Rehabilitering

Rehabiliteringsinsatserna avser i denna process specifik rehabilitering d.v.s. de åtgärder som görs inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Processen beskriver inte ”vardagsrehabilitering” som utförs inom ramen för socialtjänstlagen (SoL).

Specialiserad rehabilitering: Utförs av personal med specialiserad kompetens och erbjuds inom slutenvård och öppenvård. Rehabiliteringen inleds på strokeenheterna (se Akut fas) och fortsätter vid behov på rehabiliteringsklinik i Växjö respektive rehabavdelning/dagrehabilitering i Ljungby.

Basrehabilitering: Specifik rehabilitering som inte är specialiserad och utförs av personer med formell kompetens. Erbjuds inom öppenvård av primärvården och kommunernas hemsjukvård.

Personcentrerad vård

Region Kronoberg har valt att använda begreppet personcentrerad vård istället för patientcentrerad vård. Region Kronobergs definition: Personcentrerad vård är att utgå från personens berättelse och egna resurser. Varje patient erbjuds att aktivt delta i sin vårdprocess. Dialog och ömsesidig respekt mellan patient, närstående och vårdpersonal möjliggör delat beslutsfattande om bästa vård.

Fatigue

Processegruppen använder begreppet fatigue för den trötthet som kan uppkomma efter skallskada, stroke eller andra neurologiska sjukdomar och inflammationer som påverkar hjärnan. Andra begrepp som används i andra sammanhang och inte sällan inkluderar eller motsvarar fatigue är mental trötthet eller hjärntrötthet.

Rehabiliteringsplan

HSL 3b§ och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20). Enligt Socialstyrelsens termbank är en rehabiliteringsplan vård- och omsorgsplan som beskriver rehabilitering för den enskilde. Rehabiliteringsplanen utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennes anhörig/närstående och tas i regel fram med den enskildes samtycke. Det ska finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov. Rehabiliteringsplanen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering. Planeringen av rehabilitering ska samordnas när behov finns, men rehabiliteringsplanen kan också vara ett resultat av planering i den egna verksamheten. Rehabiliteringsplanen är en journalhandling som upprättas under sjukhusvistelsen, men ska sedan följa patienten i vårdkedjan och kontinuerligt revideras. Patient ska erhålla en kopia på hela eller delar av planen. Den bör innehålla patientens resurser, problem, mål och åtgärder och är ej att förväxla med en vårdplan.

Sjukskrivning

Socialstyrelsen har i sin vägledning om sjukskrivning, försäkringsmedicinska beslutsstöd slagit fast att sjukskrivning är en åtgärd vid vård och behandling. Det innebär bland annat att läkaren vid bedömning av sjukskrivning bör ta hänsyn till individens behov av avlastning och vila och att en anpassad arbetsbelastning kan vara ett viktigt led i individens rehabilitering och återvinnande av funktion och arbetsförmåga. Socialstyrelsen anger i det försäkringsmedicinska beslutsstödet att många patienter som fått stroke kan börja arbetsträna efter det akuta skedet på cirka två månader om goda förutsättningar skapas på arbetsplatsen.

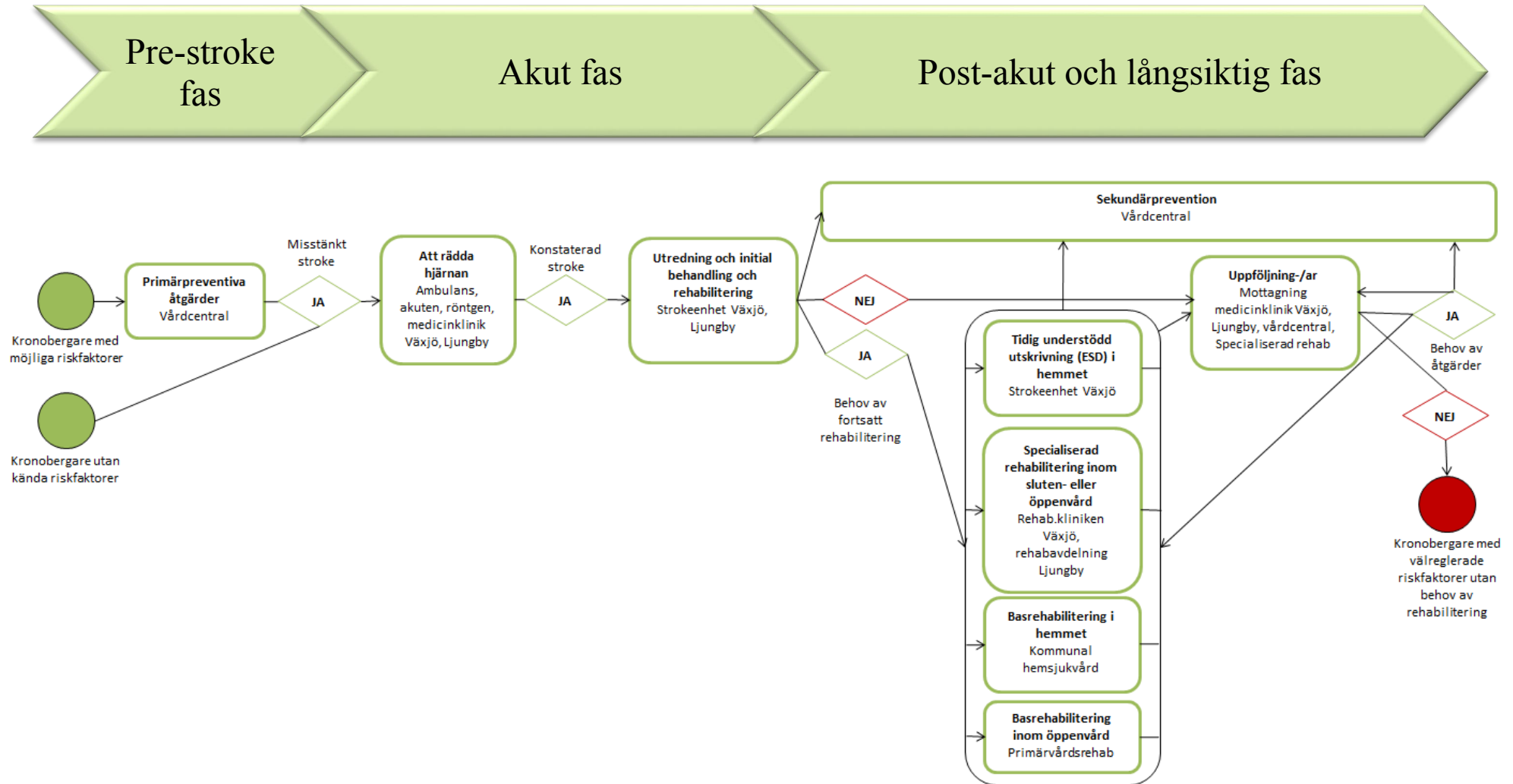
Fysioterapeut

I dokumentet används begreppet fysioterapeut genomgående.

Hemsjukvård

Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden.

Strokeprocessen - flödesschema



Pre-stroke fas

– Primärprevention

En stor del av orsakerna till hjärt-kärlsjukdomarna är kända och påverkbara. Levnadsvanor som ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet påverkar risken för hjärt-kärlsjukdom för att de leder till biologiska riskfaktorer som övervikt, hypertoni, blodfettssrubning och diabetes. Förmaksflimmer utan adekvat antikoagulation ökar markant risken för stroke. Även rökning utgör en känd riskfaktor för stroke. Socioekonomiska förhållanden (till exempel utbildningsnivå, inkomstnivå) spelar också en stor roll. De flesta riskfaktorer för insjuknande i stroke och hjärtinfarkt är tydligt socialt skiktade.

Patienter med TIA löper en mångfaldigt ökad risk för att insjukna i stroke. Behandling ska därför inledas snabbt efter att patienten fått en diagnos på sjukhus. Åtgärderna för att förebygga stroke efter TIA är i princip desamma som vid sekundärprevention efter hjärninfarkt. De nationella strokeriktlinjerna rekommenderar ett skyndsamt omhändertagande av patienter med TIA.

Strokeenheter; medicinkliniker Växjö, Ljungby

Strukturerat omhändertagande sker vid TIA/misstänkt stroke enligt vårdprogram.

Fysioterapeutisk funktionsbedömning och arbetsterapeutisk aktivitets- och kognitionsbedömning för att utesluta symtom. Muntlig och skriftliga råd om fysisk aktivitet, vid behov skrivs FAR för att arbeta sekundärpreventivt.

Primärvård

Vid besök på vårdcentral kan eventuella riskfaktorer uppmärksammas. Efter individuell bedömning kan förebyggande åtgärder vidtas om behovet bedöms sådant. Detta kan innebära allt från rådgivning till läkemedelsbehandling.

På vissa vårdcentraler erbjuds idag hälsosamtal där patientens levnadsvanor kartläggs. En väsentlig del av primärvårdens primärpreventiva arbete sker i samband med övriga vårdkontakter.

Att ställa frågor om levnadsvanor och erbjuda adekvat stöd gällande detta är en uppgift för alla professioner i primärvård. Primärvårdens Hälsoenhet erbjuder insatser gällande levnadsvanor och är ett komplement till vårdcentralernas arbete men också en behandlande enhet som vården kan remittera/skicka till.

Efter bedömt behov kan patienten erbjudas enkel eller kvalificerad rådgivning om hälsosamma levnadsvanor. Vid rådgivningen används oftast metoder som Motiverande samtal. Ibland kan detta behöva kompletteras med läkemedelsbehandling. Vårdcentraler erbjuder rökavvänjning i grupp eller individuellt. Primärvårdens hälsoenhet erbjuder kvalificerad rådgivning och stöd vid otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, riskbruk av alkohol/narkotika samt tobaksavvänjning

Akut fas

Den akuta fasen består av åtgärder för att ”Rädda hjärnan”. Det innefattar den akuta vården både vid transporten till sjukhuset och på sjukhuset.

Sjuksköterska inom kommunens hemsjukvård initierar ev. behov av läkarbedömning med ställningstagande till fortsatt vårdform vid eventuellt strokeinsjuknande för multisjuk person med stort omvårdnadsbehov, inom hemsjukvård eller särskilt boende. Det finns dock svårigheter att säkerställa att detta har genomförts för alla aktuella personer.

– Transport till sjukhus

Tiden från symtomdebut till ankomst till sjukhus speglar framför allt allmänhetens (patienternas och deras närstående) kunskap om strokesymtomens allvar och deras benägenhet att söka akutvård. Även den prehospitäl vårdens organisation och kvalitet spelar in. Ambulanssjukvården arbetar i den akuta fasen av processen för att identifiera patienter med strokesymtom, tidigt mobilisera resurser på sjukhusen och minimera tid till behandling.

I Kronoberg är det SOS Alarm som prioriterar och dirigerar ambulanssjukvårdens resurser. Om det finns misstanke om stroke skickas en ambulans ut med högsta prioritet. Ambulanssjuksköterskan bedömer patienten med hjälp av beslutsstöd och då kriterier för akut stroke är uppfyllda utfärdar ambulanspersonalen ett ”Rädda hjärnan-larm” som förbereder berörd personal på mottagande sjukhus.

Patienten förs via akutmottagning till röntgen för bedömning huruvida patienten är aktuell för trombolysbehandling. Bedömning görs även om behov av trombectomi och om så är fallet transporteras patienten med ambulans till interventionscenter, i de flesta fall till Skånes Universitetssjukhus i Lund.

– Akut-vård på sjukhus

Det finns god medicinsk evidens för att prognosen vid stroke förbättras av utredning och inledande behandling i slutenvård på specialiserad strokeenhet. Enligt gällande nationella riktlinjer skall detta erbjudas alla patienter med stroke.

Insatserna i den akuta fasen syftar till att:

- begränsa hjärnskada och återställa hjärnfunktion
- minimera risk för komplikationer genom tidig rehabilitering och god allmän omvårdnad
- förebygga ny stroke genom medicinska åtgärder och livsstilsförändringar

Strokeenheter; Växjö, Ljungby

Det akuta omhändertagande ska ske på strokeenhet och inleds med diagnostisering och medicinsk behandling. Strokeenheter finns på Centrallasarett i Växjö och på Ljungby Lasarett. Vid vård på strokeenhet används ett vårdprogram för att identifiera och åtgärda vanliga komplikationer.

Enheterna har multidisciplinära team som innefattar kompetens inom medicin, omvårdnad och rehabilitering. I arbetssättet ingår också regelbundna team-möten samt en planerad och strukturerad utskrivning av patienter.

Vid enheterna startas omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering. Enheterna ger även information till patient och närstående under vårdtiden. Bedömning av sväljningsfunktion, kommunikation, kognition, förflyttning, balans, fallrisk och blåsfunktion görs inom första dygnet. Bedömningar av arbetsterapeut och fysioterapeut görs under vardagar, om möjligt inom 24 timmar.

På strokeenheterna koordineras insatser för den fortsatta rehabiliteringen.

Uppföljning görs av insatta åtgärder, om allt fortlöper som planerat, om det finns ytterligare symtom eller svårigheter som framkommit efter utskrivning samt om ytterligare behov finns.

- Växjö: Patienter (exkl. de patienter som remitterats till rehabkliniken) som skrivs ut till hemmet eller kommunal tillfällig placering följs upp 4-6 veckor efter utskrivning
- Ljungby: Patienter följs upp 3 månader efter utskrivning

Post-akut och långsiktig fas

Vården består av:

- Sekundärprevention
- Specialiserad rehabilitering
- Basrehabilitering

Den subakuta vården syftar till att förhindra återinsjuknande i stroke och öka förutsättningarna för att den strokedrabbade ska kunna leva ett så fullgott liv som möjligt och på det sätt som patienten och deras närstående önskar.

Rehabiliteringen startar tidigt efter insjuknandet i stroke för att förhindra komplikationer och öka förutsättningarna för återhämtning. Initialt sker rehabiliteringen på en strokeenhet. Efter strokeenheten är många i behov av fortsatt rehabilitering, antingen i öppen eller i slutenvård eller i hemmiljö, beroende på graden av funktionsnedsättningar och de åtgärder som behövs genomföras. En del personer som har kvarvarande fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar är i behov av återkommande multidisciplinär teamrehabilitering, medan det för andra räcker med mer specifika rehabiliteringsinsatser. Restsymtomen efter stroke kan även ge konsekvenser för bilkörning och vapeninnehav.

– Sekundärprevention

Primärvården ansvarar för fortsatta sekundärpreventiva åtgärder. Sekundärpreventiva åtgärder inleds på strokeenheterna.

Primärvård

Specialistvården kan remittera patienten till primärvården med information om vårdtillfället och med begäran om uppföljning. Vid vårdövergång från specialistvård får patienten information om att efter 3 månader själv kontakta sin vårdcentral för uppföljning. Uppföljningen kan ske via ett läkarbesök eller besök hos annan lämplig profession på vårdcentralen. I samband med uppföljningen kan det behöva göras en individanpassad rehabiliteringsplan för patient tillsammans med den vårdgivare som har mest kontakt med patienten och i samråd med läkare.

På vårdcentralen följer man bland annat upp riskfaktorer för nyinsjuknande, värderar blodtryck, kärlstatus och annan eventuell samsjuklighet som till exempel diabetes, förmaksflimmer. Läkemedelsanvändningen ses över och utvärderas samt råd om egenvård. I samband med detta bör det också ingå en bedömning om behovet av rehabiliteringsinsatser och eventuellt hjälpmedelsbehov.

– Specialiserad rehabilitering

Strokeenhet Växjö

Tidig understödd utskrivning till hemmet sker med specialutbildat multidisciplinärt rehabiliterings-team knutet till strokeenheten på Centrallasarettet i Växjö.

Patienter som är aktuella för detta är:

- Milda till måttliga kvarvarande symtom efter stroke
- Alla åldrar
- De som skrivs ut till eget boende med behov av fortsatt rehabilitering
- Patienter med behov av bedömning i hemmet
- Patienter med upplevd rehabiliteringspotential
- Patienter boende i östra sjukvårdsområdet

Rehabiliteringskliniken Växjö

Flest patienter kommer för rehabilitering i anslutning till akutsjukvård men patienter kan även tas emot i senare skede. Rehabiliteringen bedrivs inom slutenvård, öppenvård eller inom mottagningsverksamheten. Kliniken bedriver även olika patientskolor/-grupper. Om rehabiliteringen är miljöberoende kan den även utföras i annan miljö (t.ex. i hemmiljö eller på arbetet). De professioner som finns att tillgå är läkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, kurator, psykolog/neuropsykolog, fysioterapibiträde/arbetsterapibiträde och dietist. Tillgång finns till kompetens inom sexologi.

Rehabiliteringen syftar till ökad självständighet och delaktighet inom personlig vård, boende, arbete/skola och/eller fritid. Rehabiliteringen sker utifrån en individuell rehabiliteringsplan med hjälp av interdisciplinära team som formas utifrån patientens behov. Rehabiliteringsperioden längd samt frekvens och intensitet på behandlingar är individuellt. Ex på behandlingar: genomgång av levnadsvanor/motiverande samtal, läkemedelsbehandling, uppgiftsspecifik träning, träning av rörelseförmåga, språkliga förmågor och kompletterande kommunikationssätt, behandling för sväljning och födointag, stöd kring sex och samlevnad, interna eller externa kompensationsstrategier, träning vid kognitiva svårigheter samt insiktsorienterad psykologisk behandling, kris- och stödsamtal, medicinsk information, utbildning och rådgivning.

Uppföljning sker ca 3 månader efter utskrivning.

Kliniken ackrediteras av CARF international (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities).

Uppdrag gällande strokepatienter:

- Kliniken tar emot patienter (boende i den östra länsdelen), som är över 18 år, är medicinskt färdigbehandlad, kan sitta uppe >1 timme utöver måltider och har förmåga till inläring.
- Rehabiliteringskliniken kan medverka vid utformning av det fortsatta omhändertagandet för patienter med mycket svår stroke och som inte uppfyller ovanstående kriterier för medverkan. Detta görs i syfte att uppnå bästa möjliga omvårdnad och delaktighet och kan ske t.ex. genom konsultation, samordnad vårdplanering, utbildning/handledning av hjälpare.
- Kliniken tar emot patienter från hela Kronoberg som har behov av åtgärder som syftar till kognitivt krävande aktiviteter inom boende, fritid eller arbete/skola.
- Patienter med lätt stroke (hela Kronoberg), utan annat behov av specialiserad rehabilitering, som förväntas återuppta arbete/studier eller kognitivt krävande fritidssysselsättningar remitteras till kliniken för utredning av behov av stöd.
- Patienter i eget eller särskilt boende som inte kan ta sig till rehabiliteringskliniken och har ät- och sväljningssvårigheter och/eller tal- och språksvårigheter orsakade av stroke: Logoped genomför utredning av ät- och sväljningssvårigheter samt diagnosticering av språk- och talstörningar. Information och rekommendationer ges till vårdpersonal/närstående samt bedömning görs av bästa möjliga kommunikationssätt inkl. utprovning av kommunikationshjälpmedel. Uppdraget omfattar hela Kronoberg.

Remiss (även egenremiss) krävs.

Rehabilitering Ljungby

Den specialiserade rehabiliteringen i Ljungby bedrivs på lasarettet. Rehabiliteringen sker inom slutenvård eller som dagrehabilitering. Remiss krävs. Rehabiliteringen sker utifrån en rehabiliteringsplan som upprättas och följs upp av teamet tillsammans med patient och närstående. Frekvens och intensitet på behandlingar är individuellt. Ex på behandlingar är genomgång av levnadsvanor, motiverande samtal, läkemedelsbehandling, träning av rörelseförmåga och i aktivitet, språkliga förmågor och kompletterande kommunikationssätt, behandling av sväljning och födointag, kompensationsstrategier, träning vid kognitiva svårigheter kris och stödsamtal, medicinsk information, utbildning och rådgivning.

Ljungby tar emot patienter över 18 år, boende i västra länsdelarna och som inte bedöms ha möjlighet att kunna återuppta kognitivt krävande arbete/studier eller fritidssysselsättningar.

Slutenvårdsrehabilitering:

Flest patienter kommer till rehabavdelningen i anslutning till akutsjukvård för vanligtvis 2-3 veckors rehabilitering. Patienter kan även tas emot i senare skede. Rehabiliteringen inom slutenvården sker med hjälp av strokeenhetsteam bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut. Tillgång till logoped, kurator och psykolog finns. Teamet medverkar vid utformning av det fortsatta omhändertagandet för patienter med mycket svår stroke. Detta görs i syfte att uppnå bästa möjliga omvårdnad och delaktighet och kan ske t.ex. genom samordnad vårdplanering, bedömning och åtgärder, utbildning/handledning av hjälpare.

Dagrehabiliteringen:

Rehabiliteringen sker med hjälp av multidisciplinärt team bestående av läkare, sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut.

– Basrehabilitering

Primärvårdsrehabilitering

Inom primärvården bedrivs individanpassad rehabilitering utifrån funktions och aktivitetsnedsättning. Remiss krävs inte.

Rehabiliteringen sker vanligtvis med insatser av en profession företrädesvis på mottagning. Möjlighet finns till teambedömning där även läkare kan ingå. Teamet leds oftast av rehabkoordinatoren på vårdcentralen som koordinerar aktuella rehabiliteringsinsatser och kontakt med andra aktörer t.ex. vid återgång i arbete/sysselsättning.

Tillgängliga rehabresurser:

Arbetsterapeut; öka aktivitetsförmåga genom funktionsträning och uppgiftsspecifik träning. T.ex. träning av aktivitetsbalans, avlastande och energibesparande arbetsätt.

Fysioterapeut; uppgiftsspecifik träning samt träning av motoriska funktioner såsom koordination, balans, styrka och kondition.

Psykosocialresurs; samtalsstöd

Primärvårdsdietist finns att tillgå efter bedömt behov

Uppföljning av rehabiliteringsresultat görs vid behov och anpassas individuellt.

Kommunal rehabilitering

Kommunal rehabilitering är en del av hemsjukvården i Kronobergs län och avser de rehabiliterande insatserna som utförs i bostaden, på särskilt boende eller tillfällig placering. Insatserna utförs av arbetsterapeuter och fysioterapeuter eller av annan vårdpersonal på ordination/ uppdrag av arbetsterapeut, fysioterapeut.

I Region Kronoberg finns 8 kommuner som alla bedriver generell kommunal rehabilitering enligt hemsjukvårdsöverenskommelse.

Den kommunala rehabiliteringen omfattar personer över 18 år. För att ha rätt till hemsjukvård i ordinärt boende ska den enskilde ha stora svårigheter att ta sig till Region Kronobergs mottagningsverksamheter för att få sitt behov tillgodosett. Det är arbetsterapeut eller fysioterapeut som beslutar om den enskild är berättigad till rehabilitering i hemmet.

Varje kommun kan organisera sin hemsjukvård på det sätt de önskar.

Utöver hemsjukvårdsöverenskommelsen finns i Alvesta kommun och Uppvidinge kommun ett team vardera med olika professioner kring trygg och säker hemgång. Den första tiden efter utskrivning från slutenvården erbjuds omfattande åtgärder utifrån behov från flera yrkeskategorier och målinriktad rehabilitering från arbetsterapeut och fysioterapeut. Vid fortsatt behov av insatser övergår dessa till hemtjänstinsatser.

I Älmhults kommun startade hösten 2017 ett hemgångs-team för snabba och trygga hemgångar.

Växjö kommun har utöver hemsjukvårdsöverenskommelsen två hemrehabteam. Varje hemrehabteam består av arbetsterapeut och fysioterapeut som ansvarar för strokerehabiliteringen efter slutenvård under begränsad tid. Hemrehabteamen jobbar i ordinärt boende i centrala delarna av Växjö kommun. I hemrehabteamen finns arbetsterapeut och fysioterapeut som har mer specialiserad kunskap inom strokerehabilitering.

Växjö kommun har en dagrehabilitering med arbetsterapeut, fysioterapeut och rehabassistenter. Inom dagrehabverksamheten finns en del som vänder sig till personer i yrkesverksam ålder med neurologiska sjukdomar eller förvärvade hjärnskador. Träningen sker i grupp under begränsad tid.

Uppföljning utformas individuellt utifrån behov och insatta åtgärder. Fortlöper kontinuerligt så länge behov kvarstår.

– Uppföljning

Uppföljning som beskrivs i detta avsnitt omfattar tre delar;

- a) Enheters uppföljning av genomförda åtgärder
- b) Medicinsk uppföljning
- c) Strukturerad uppföljning i det långa perspektivet

a. Enheters uppföljning av genomförda åtgärder

Uppföljning sker enligt rutiner på respektive enhet

b. Medicinsk uppföljning

I första hand ansvarar läkare på vårdcentral för den medicinska uppföljningen. Ansvaret övergår till vårdcentral i samband med utskrivning från akutvård respektive rehabiliteringskliniken i Växjö och rehabiliteringsavdelningen i Ljungby. Patienten kontaktar läkare på vårdcentral vid behov.

c. Strukturerad uppföljning i det långa perspektivet

I Kronoberg sker uppföljning av olika aktörer och vid olika tidpunkter efter stroke. Post-stroke-checklistan används inte.

Aktörer som genomför uppföljningen

- sjuksköterska på medicinmottagning i Växjö, med tillgång till team från strokeenhet
- läkare på vårdcentral
- patientens team på rehabiliteringskliniken Växjö
- primärvårdsläkare vid uppföljning på särskilt boende

Omfattningen av den uppföljning som görs samt vilka uppföljningen omfattar ser olika ut. Förbättringsarbete för att stärka den strukturerade uppföljningen pågår.

– **Patienttillfredsställelse**

Region Kronoberg strävar efter att erbjuda en personcentrerad vård. Det är därför viktigt att olika aktörer i olika delar av strokevårdkedjan på ett strukturerat sätt, samlar in synpunkter från patienter i syfte att kunna utvärdera och vid behov förbättra vården.

– **Närstående**

Det är väl känt att även närstående påverkas i stor grad när någon drabbats av stroke. Närstående fyller en stor funktion under hela vårdprocessen (om patienten så önskar) och i det fortsatta livet. Det är viktigt att när så är möjligt, på ett strukturerat sätt, inhämta synpunkter från närstående.

– **Stöd i det långa perspektivet**

Patient och närstående kan under det fortsatta livet efter stroke, behöva råd och stöd av olika omfattning. Då behovet ser mycket olika ut kan patient/närstående behöva vägledas i vart de kan vända sig.

- Inom Regionvården ska den enhet man har pågående vård hos alternativt den senast utskrivande enheten, ge vägledning om vart man kan vända sig.
- Inom kommunerna kan man vända sig till biståndshandläggare eller någon man har kontakt med inom hemsjukvården.
- Vid behov av stöd och hjälp efter stroke kan även patientföreningar kontaktas, t.ex. www.strokeforeningenkronoberg.com

Referenser

Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2018

[Nationella riktlinjer för vård vid stroke | Rekommendationer och indikatorer](#)

Riksstroke; nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård främst riktat till hälso- och sjukvårdspersonal samt beslutsfattare inom sjukvården

<http://www.riksstroke.org/sve/>

WebRehab Sweden; Nationellt kvalitetsregister inom rehabilitering

<http://www.ucr.uu.se/webrehab/>

Utility of the NIH Stroke Scale as a predictor of hospital disposition. 2003 Schlegel D1, Kolb SJ, Luciano JM, Tovar JM, Cucchiara BL, Liebeskind DS, Kasner SE.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12511764>

Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård (SOSFS 2009:6)

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18922/2013-4-17.pdf>

Patientlag (2014:821) Svensk författningssamling 2014:821 t.o.m. SFS 2017:66

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

HSL 3b§

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20)

Socialstyrelsens termbank

<http://termbank.socialstyrelsen.se/favicon.ico>

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>

Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2009

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>

Transportstyrelsens författningssamling: Transportstyrelsens föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort m.m.

http://www.transportstyrelsen.se/globalassets/global/regler/tsfs_svenska/tsfs-2010/tsfs-2010_125k.pdf

Canadian stroke best practice recommendations: *Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015*

CARF international (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities)

<http://www.carf.org/home/>

Rehabiliteringsmetodik Jan Lexell, Marcello Rivano Fischer 2017