

Kriterier för god strokevård

Huvudbudskap

Stroke- och TIA-utredning och vård skall ske på särskilda strokeenheter. Vård på strokeenhet medför, för strokepatienter, minskad dödlighet, ökat oberoende och ökad andel som kan skrivas ut till eget boende, jämfört med vård på icke-strokeenhet. För att dessa goda resultat skall uppnås behöver strokeenhetsvården vara av god kvalitet och bedrivs med kontinuitet i delaktighet med patient. Strokeenhetsvård rekommenderas oavsett ålder.

Sjukdom och hälsotillstånd

Vård och utredning av stroke och TIA ska bedrivs på strokeenhet enligt Nationella Riktlinjerna för strokevård 2005/2009. En strokeenhet är "en tydligt definierad och identifierbar enhet på sjukhus där man enbart (eller nästan enbart) vårdar patienter med misstänkt eller verifierat stroke eller TIA. "Strokeenheten har personal med expertkunskande inom stroke och rehabilitering. Strokeenhetens multidisciplinära team innefattar medicinsk-, omvårdnads- och rehabiliteringskompetens (som sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped) samt har tillgång till dietist- och psykologkompetens helst med neuropsykologisk inriktning." På strokeenheten finns ett fastställt program för registrering och åtgärder av samtliga vanliga problem för att undvika och i förekommande fall snabbt åtgärda medicinska och andra komplikationer. Vid enheten startas omedelbart mobilisering och tidig rehabilitering samt ges information och utbildning till patienten och närstående under vårdtiden.

Klassifikation

Stroke (I61, I63, I649) och TIA (G45).

Förekomst

Cirka 25000 stroke och 10000 TIA i Riket per år.

Etiska aspekter

Stroke kan påverka patientens autonomi och därmed krävs särskilda etiska överväganden i samband med vård, behandling och utskrivning. För äldre multisjuka i särskilda boenden är det särskilt viktigt att bedöma medicinska vinster i relation till risker med inremittering till strokeenhet.

Prioritering

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård ska patienter som insjuknat i stroke eller TIA utredas och vårdas på strokeenhet (prioritet 1).

Patientförening

Strokeförbundet/Strokeriksförbundet, Afasiföreningen och Neurologiskt handikappades riksförbund.

Folkhälsoinsatser

Strokeenhetsvård rekommenderas i de Nationella Riktlinjerna eftersom det innebär minskad dödlighet, ökat oberoendet och ökad andel patienter som kan skrivas ut till eget boende, jämfört med vård på icke-strokeenhet.

Vårdprocess och vårdnivå

Strokeförebyggande arbete bedrivs genom egenvård och inom primärvård. Utredning och vård av stroke och TIA ska ske på särskilda strokeenheter på sjukhus. Rehabilitering påbörjas på sjukhuset och fortsätter med hem-rehab antingen kopplad till strokeenheten eller inom primärvård, vårdval-rehab och kommunal hälso- och sjukvård efter utskrivning. Medicinsk uppföljning och sekundär profylax sker efter lokala rutiner, antingen inom sjukhusvården eller inom primärvården.

Primärvården ansvarar för långtidsuppföljning.

Med de nationella riktlinjerna för stroke som utgångspunkt har åtta kriterier för god strokevård definierats. Kriterierna är utvalda för att tillsammans avspegla de sex centrala områdena i ”God vård” som lyfts fram av Socialstyrelsen (SOSFS 2005:12). De ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

De är indelade i: *tillgänglighet, kompetens, process och utvärdering.*

Varje kriterium omfattar verksamhetens **struktur, process** och **resultat** från Riksstroke/RiksTIA och regionala kvalitetsregister. Vissa data saknas i dessa register och får tas fram separat. För att uppnå hög kvalitet ska för alla kriterier finnas skriftliga rutiner, pågå ett systematiskt förbättringsarbete och föreligga goda resultat i föreslagna kvalitetsindikatorer.

Tillgänglighet

Kriterie 1-2.

1. Identifiering och överföring av patient till rätt vårdnivå för diagnostik, vård, behandling och uppföljning.

Rutiner skall finnas inom hela vårdkedjan från SoS och fram till mottagande enhet för tidig identifiering och förflyttning av patient som ska övervakas/vårdas/åtgärdas, på lokal strokeenhet och till/från regionsjukhus (interventionsenhet, strokeenhet, neurokirurgi), t ex patienter som kan behöva neurokirurgisk eller kärlkirurgisk intervention, tillgång till regional strokekompetens och/eller annan behandling.

2. Vård och behandling av patienter med misstänkt/verifierat stroke eller TIA.

Strokeenheter för stroke- och TIA-vård skall finnas på akutsjukhusen. Strokeenheterna skall bedriva akut strokevård och påbörja rehabilitering, för merparten av patienterna i en sammanhållen enhet, som slutbehandlar patienterna. För en mindre andel patienter med behov av långvarig vård kan rehabilitering ske på annan enhet inom länssjukvården, förutsatt att enheten uppfyller kriterier för strokeenhetsvård och att samverkan är smidig. För yngre patienter med komplicerat rehabiliteringsbehov kan detta vara särskilt lämpligt. För patienter med milda till måttliga kvarvarande symtom rekommenderas Early Stroke Discharge/strokehemrehab med ett strokekompetent multidisciplinärt team. Strukturerad uppföljning av stroke och TIA patienter inom öppenvården skall finnas.

Kompetens

Kriterie 3-6.

3. Resurser och kompetens för utredning av patienter med misstänkt/verifierat stroke eller TIA.

Det skall finnas tillgång till resurser och kompetens för medicinsk diagnostik i form av datortomografi dygnet runt, MRT, halskärlsdoppler och TTE/TEE dagtid. I de fall strokevården är uppdelad på akut- och rehabiliteringsenhet skall diagnostiken bedrivas på akutenheten. Möjlighet till arytmiovervakning med telemetri/Holter-EKG-registrering skall finnas. Utvärdering bör innehålla mått på tillgänglighets-, process- och kvalitetsperspektiv.

4. Specifik kompetens som möter patientens behov och resurser.

All personal som arbetar på strokeenhet bör ha expertkunnande t ex i form av strokekompetensutbildningen enligt Strokeförbundets program, högskoleutbildning inom strokevård eller annan motsvarande strokeutbildning. Målsättningen är att minst 80 % skall ha genomgått eller ha pågående strokeutbildning. Minst en specialist skall ha stroläkarkompetens enligt nationella programrådets definition.

5. Multidisciplinärt teamarbete/interprofessionell samverkan.

Strokevården skall bedrivas i form av multiprofessionellt teamarbete. Teamet skall bestå av arbetsterapeut, kurator, logoped, läkare, fysioterapeut/sjukgymnast, sjuksköterska och undersköterska. Teamrond skall ske minst två gånger per vecka. Det skall under vårdtiden finnas tillgång till dietist och neuropsykologisk kompetens. Det är önskvärt att det finns en strokesjuksköterska med uppgift bl a att samordna och kvalitetssäkra vårdprocessen för enskilda patienter. I samarbetet med patient för att säkerställa delaktighet och medverkan i planering och beslut.

6. Vården ska utgå från individens och närståendes behov, resurser och delaktighet.

Strokeenhetsvården skall kännetecknas av vårdprocesstänkande som utgår från individens och närståendes behov och resurser.

Vården skall kännetecknas av patientens delaktighet i form av individuell *tidig vårdplan*, målformulering, Individuell Vård Planering (IVP), och samordnad vårdplanering (SVPL). Informationen skall omfatta utredningar, rehabilitering, prognos och den fortsatta planeringen inklusive planerat utskrivningsdatum. Enheten skall ha definierade utskrivningskriterier. I utskrivningsplaneringen ingår bl a en individuell skriftlig vårdplan för fortsatt rehabilitering och medicinsk uppföljning. Vid behov utses en namngiven kontaktperson. Information skall lämnas om ytterligare stödfunktioner såsom närståendestödjare, Strokeforum samt patientföreningar. Vården skall också kännetecknas av närståendes delaktighet. Närstående inbjuds att delta i såväl individuell som samordnad vårdplanering. Information om strokesjukdomen skall erbjudas närstående liksom individuellt stöd. Rutiner för informationsöverföring till nästa instans i vårdkedjan skall finnas. Gemensamma utbildningsstrategier skall utformas för att stimulera lokal vårdkedjesamverkan.

Processer

7. Diagnostik, vård och behandling enligt Nationella riktlinjer.

Det skall finnas rutiner för diagnostik, monitorering, vård, tidig mobilisering, rehabilitering och uppföljning enligt Nationella riktlinjer/andra medicinska beslutsstöd/regionala medicinska riktlinjer, t ex avseende RLS/GCS, NIHSS, vitalparametrar, komplikationer, risker, tidig mobilisering och sekundärprevention. Individuell tidig vårdplan, information och stöd.

Uppföljning

Kriterium 8.

Enheten skall kontinuerligt använda data i förbättringsarbetet. Bland annat registrera i Riksstroke. Täckningsgraden av registrering ska vara >90%.

Strokeenheterna skall fortlöpande registrera stroke- och TIA-patienterna i Riks-Stroke. Täckningsgraden av registrering skall vara >90%. Enheten skall kontinuerligt ta fram och använda data från Riksstroke i det systematiska kvalitetsarbetet.

Referenser

- Hälsa- och sjukvårdslag (1982:763) Med hälsa- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.
- Hälsa- och sjukvårdslag, Svensk författningssamling 2017:30.
- Patientlag, Svensk författningssamling 2014:821 Denna lag syftar till att inom hälsa- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.
- Diskrimineringslag (2008:567), Denna lag har till ändamål att motverka diskriminering och på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Lag (2014:958).