

Enhet Vårdval primärvård  
Västra Götalandsregionen  
2018-03-14

# Utvärdering

Tilläggsuppdrag neurovårdsteam



# Innehåll

Bakgrund .....	4
Syfte .....	4
Genomförande.....	5
Tilläggsuppdragets utveckling sedan starten år 2014 .....	6
Nyckeltalanalys .....	6
Ekonomisk analys .....	8
Verksamhetsutvärdering av tilläggsuppdraget.....	10
Målgrupp.....	10
Målsättning och individuella rehabiliteringsplaner.....	11
Kompetenskravet .....	12
Volymkravet.....	13
Verksamhet, teamsamverkan, utbildning för närstående, gruppbehandling .....	13
Samverkan med andra aktörer.....	15
Nationella riktlinjer för stroke.....	16
Sammanfattande bedömningar.....	18

## Bakgrund

Enligt krav- och kvalitetsboken för vårdval rehab ska alla rehabenheter i Västra Götalandsregionen ta emot patienter med neurologiska diagnoser. Sedan 2014 är det möjligt att ansöka om godkännande för tilläggsuppdrag för neurovårdteam. Neurovårdteam ska erbjuda tre kompetenser; logoped, arbetsterapeut och fysioterapeut. Detta innebär att neurovårdteam möjliggör för patienter att få logopedisk behandling på en rehabenhet, primärvårdsnivå. Patienter inom primärvården som är i behov av behandling av enbart logoped kan vid behov få denna insats på sjukhusens logopedmottagningar.

Neurovårdteamens målgrupp är personer som är ny- eller återinsjuknade i stroke samt patienter med annan förvärdad hjärnskada eller neurologisk sjukdom. Målet med verksamheten är att främja patienternas möjligheter att i så stor utsträckning som möjligt, utifrån sin förmåga och behov, kunna återta sin tidigare livsroll i familj, arbete, fritid och samhällsliv. I krav- och kvalitetsboken för rehab framgår neurovårdteamens uppdrag och krav gällande bland annat kompetens, volym och verksamhet.

Patienter med neurologiska sjukdomar kan också få hälso- och sjukvårdsinsats av fysioterapeut som bedriver verksamhet i enlighet med Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen har beslutat att genomföra en utvärdering av tilläggsuppdraget för neurovårdteam.

## Syfte

Syftet med utvärderingen kan delas upp i tre huvudsakliga områden:

- 1) Kartlägga hur tilläggsuppdraget har utvecklats sedan 2014 med fokus på produktion- och besöksstatistik, kostnadsanalys samt behandlingsåtgärder.
- 2) Göra en övergripande bedömning av tilläggsuppdraget för neurovårdteam med utgångspunkt från uppdrag och krav som framgår i krav- och kvalitetsboken.
- 3) Utgöra underlag för eventuell utveckling/revidering av uppdrag och krav i krav- och kvalitetsboken gällande tilläggsuppdrag för neurovårdteam samt framlägga förslag och rekommendationer på utvecklingsområden.

Utvärderingen ska också belysa neurovårdteamens arbete och följsamhet enligt nationella riktlinjer för strokevård och samverkan med andra aktörer. Det finns även andra nationella och regionala riktlinjer som ska beaktas inom neurovårdteamens uppdrag exempelvis vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Eftersom stroke är den största diagnosgruppen inom ramen för neurovårdteam har utvärderingen avgränsats till denna grupp.

I syfte att utvärdera patienternas uppfattning av den vård som ges inom neurovårdteamens avses en samkörning med strokeregistret att genomföras. Utvärderingen kommer vid ett senare skede att kompletteras med denna data och kan därför inte presenteras i denna rapport.

## Genomförande

Samtliga rehabenheter med tilläggsuppdrag ingår i utvärderingen. Den huvudsakliga metoden för utvärderingens genomförande har varit datainsamling och fokusgruppintervjuer. Datainsamlingen har fokuserat på produktions- och besöksstatistik samt kvalitetsindikatorer.

Fokusgruppintervjuer har genomförts med medarbetare samt verksamhetschefer och enhetschefer från neurovårdteam i regionen, där samtliga rehabenheter har givits möjlighet att delta. Totalt har 22 medarbetare från alla neurovårdteam deltagit i intervjuerna med representation från de tre yrkesgrupper som ska ingå i ett neurovårdteam, det vill säga arbetsterapeut, fysioterapeut och logoped. Verksamhets- och enhetschefer erbjöds att delta i intervjuerna, totalt deltog sex personer varav två verksamhetschefer (med chefsansvar över flertalet enheter med neurovårdteam) och resterande fyra enhetschefer (med ansvar över enskilda rehabenheter med neurovårdteam). Syftet med intervjuerna har varit att fånga de intervjuades uppfattningar av utformandet av tilläggsuppdraget och erfarenheter av arbetet i stort.

Resultatet av utvärderingen kommer återkopplas till verksamheterna genom ett informationstillfälle dit medarbetare vid neurovårdteam inbjuds att delta.

## Tilläggsuppdragets utveckling sedan starten år 2014

Nedan följer analys av tilläggsuppdragets utveckling som bygger på utdata som tagits fram med hjälp av Västra Götalandsregionens avdelning för Data och analys. Redovisning av data framgår av bilaga 1.

Sedan år 2014 har totalt 13 rehabenheter ansökt, beviljats och startat upp tilläggsuppdraget för neurovårdsteam. Ytterligare ett team planeras starta i mars 2018. Neurovårdsteamerna har ett utökat upptagningsområde som specificeras i krav- och kvalitetsboken. Idag finns inget team i norra hälso- och sjukvårdsnämndens område och flera team finns etablerade i eller kring Göteborg. Detta innebär att teamen har en ojämn geografisk spridning. Detta medför en så pass lång resväg för patienter som inte bor i teamens upptagningsområde, att det omöjliggör tillgång till neurovårdsteam. Som nämnts ovan har däremot samtliga rehabenheter i sitt uppdrag att ta emot patienter med neurologisk diagnos och den logopediska insatsen ges vid närmaste sjukhus.

Nedan följer en lista över regionens neurovårdsteam samt startdatum för respektive team.

NEUROVÅRDTEAM	STARTDATUM	NEUROVÅRDTEAM	STARTDATUM
Närhälsan Skövde rehabenhet	140901	Närhälsan Frölunda rehabenhet	150701
Närhälsan Sörhaga rehabenhet	140901	Fysrehab Lidköping	160201
Närhälsan Eriksberg rehabenhet	140901	Närhälsan Gibraltar rehabenhet	160501
Fysiorehab, Kungälv	141001	Närhälsan Angered rehabenhet	160901
Närhälsan Solhem rehabenhet	150101	Närhälsan Sävedalen rehabenhet	160901
Capio rehab Kvillebäcken	150701	Närhälsan Gamlestadstorget rehabenhet	170601
<i>Bräcke Diakoni, Mölndal planeras startas under kvartal 3 år 2018</i>			
<i>Närhälsan Lidköping Rehabenhet 151201, vilande från 161214 (nu avslutat)</i>			

## Nyckeltalanalys

Sedan 1 januari 2015 till och med juni 2017 har totalt 1 770 unika individer med neurodiagnos besökt neurovårdsteam. Antalet vårdkontakter inom neurovårdsteam har totalt uppgått till 56 268. Besöken till neurovårdsteam har ökat succesivt med tiden och i takt med att antalet team har blivit fler. I förhållande till övriga Vårdval Rehabenheter utgjordes besöken till neurovårdsteam av 8 % första halvåret 2015 att jämföra med 18 % första halvåret 2017 (unika individer med neurodiagnos). Se bilaga 1 sid 2. Då tillägget ”alla diagnoser” läggs till ökar besöksstatistiken något. Se bilaga 1 sid 4.

Neurovårdsteamens patientgrupp utgörs huvudsakligen av strokediagnoser (70 %). Därefter följer Parkinson (ca 12 %) och sedan MS (9 %). Annan neurologisk sjukdom, hjärnskada eller tumör utgör resterande del av patientgruppen. Se bilaga 1 sid 5.

Neurovårdsteamet vid Närhälsan Solhem rehabmottagning har registrerat flest unika individer; 383 stycken, med totalt 1952 vårdkontakter. Därefter följer de tre team som

startade först (september 2014); Närhälsan Sörhaga med 336 unika individer och totalt 6398 vårdkontakter, Närhälsan Eriksberg med 271 unika individer och 5339 vårdkontakter och slutligen Närhälsan Skövde med 139 unika individer och 2 290 vårdkontakter. Se bilaga 1 sid 3.

Genomsnittligt antal besök per unik individ varierar således i hög utsträckning mellan teamen, där Fysiorehab i Kungälv och Närhälsan Solhem utgör de två ytterligheterna med 35,8 besök/individ i Kungälv och 6,4 besök/individ i Solhem. Se bilaga 1 sid 6.

Data visar även på variation i snittbesök per profession. Vid Närhälsan Solhem är snittbesök till arbetsterapeut lägst med 1,7 snittbesök att jämföra med toppnoteringen på Fysiorehab i Kungälv med 15,4 snittbesök till arbetsterapeut. Fysiorehab i Kungälv ligger även högst i snittbesök till fysioterapeut med 19,9 snittbesök. Närhälsan Sävedalen har lägst antal snittbesök till fysioterapeut med 7,0 snittbesök. För logoped är det Närhälsan i Skövde som ligger högst med 14,4 snittbesök att jämföra med 3,0 hos Fysrehab Lidköping AB. Totalt är snittbesöken 5,9 till arbetsterapeut, 12,1 till fysioterapeut och 7,8 till logoped. Närhälsan Frölunda är ensam om att registrera annan vårdgivare med 4,3 snittbesök per unik individ. Se bilaga 1 sid 6.

Antalet behandlingsperioder för patienten i neurovårdsteam varierar mellan 1-7 perioder under perioden 2015 - 2017. Vanligast förekommande är 1-2 perioder. Behandlingsperiodens längd är i medel 65 dagar, med en variation mellan 37 – 111 dagar per behandlingsperiod. En stor variation ses mellan de olika teamen. Detta speglar enheternas olika arbetssätt, bl.a. kring hur teamet arbetar med en första bedömning, följsamhet till anvisningar att behov ska finnas av minst 2 professioner. En bedömning är att återkommande behandlingsperioder förekommer för patientgruppen. Se bilaga 1 sid 17–21.

En analys av åtgärds-koder visar att majoriteten av besöken till arbetsterapeut och logoped överstiger 30 minuter. De vanligaste åtgärderna inom neurovårdsteam är muskelfunktions- och styrketräning, balansträning samt behandling relaterad till rörelsefunktion. Se bilaga 1 sid 7.

I krav- och kvalitetsboken 2.12.5 framgår att ”teamet ska tillsammans med patienten upprätta en rehabiliteringsplan med tydliga behandlingsmål”. Enligt data har det inte upprättats rehabiliteringsplan för alla patienter inom neurovårdsteam. Exempelvis har Närhälsan Solhem enbart registrerat upprättade och uppföljda rehabiliteringsplaner för 3 % av patienterna som besökt neurovårdsteamet. Se bilaga 1 sid 9.

En analys av besöksform och KVÅ-koder visar vidare att ett fåtal hembesök och gruppträning genomförs i förhållande till unika individer och antal besök. Gruppbesök ska inte registreras med KVÅ-kod, men dessa typer av besök framgår inte heller som de 25 vanligaste besöksformerna. Se bilaga 1 sid 7, 8 och 11.

Samtliga neurovårdsteam har klarat av volymkravet om 25 unika patienter per år åren/året efter start. Gamlestadstorget är det enda team som startade under 2017 och har vid datauttaget för denna utvärdering registrerat 19 unika patienter sedan juni 2017. Se bilaga 1 sid 16.

Jämfört med övriga Vårdval Rehabilitering är det förhållandevis fler personer i arbetsför ålder som besöker neurovårdsteam. Se bilaga 1 sid 15.

Det är fler män än kvinnor som besöker neurovårdsteam. Även inom gruppen strokepatienter som besöker övriga Vårdval Rehabilitering är fler män än kvinnor. Se bilaga 1 sid 13-14. Med anledning av denna fördelning ombads det regionala strokerådet i Västra Götaland att inkomma med en jämförande analys mot hur könsfördelningen i insjuknandet ser ut i riket. Svaret följer enligt nedan:

*På riksnivå (2016) var det något fler män som insjuknade än kvinnor, 53 resp 47 %. Överfört procentuellt på VGR innebar det 1.989 män och 1.764 kvinnor, dvs 225 fler män under 2016.*

*Män är yngre än kvinnor vid insjuknandet, 73 år, resp 78 år. Åldersskillnaden innebär att en större andel kvinnor än män lever ensamma före insjuknandet (61 resp 37 %). Dubbelt så stor andel av kvinnorna jämfört med männen bor redan i särskilt boende före insjuknandet (12 resp 6 %). Fler kvinnor än män var ADL-beroende redan före insjuknandet (16 resp 10 %). Dessutom insjuknar kvinnor oftare i svåra stroke.*

*12 månader efter strokeinsjuknandet är ADL-beroende drygt dubbelt så vanligt hos patienter 75 år eller äldre jämfört med patienter yngre än 75 år, och något vanligare hos kvinnor än män. Och i åldrar över 75 år är behovet av hjälp med förflyttning stort, i synnerhet bland kvinnor.*

*Sammantaget är det nog rimligt att fler män än kvinnor söker hjälp från neurovårdsteam då männen är något fler, kvinnorna är äldre och sjukare och då rimligen med lägre rehabiliteringspotential, samt ensamstående utan partner som kan stödja dem. Men frågan är komplex och behöver beforskas.*

*Data är hämtade ur Riksstrokes årsrapport 2016 och Riksstrokes 1-årsuppföljning 2015.*

## Ekonomisk analys

Av bilaga 2 framgår en kostnadsanalys över neurovårdsteam. Bild 2 visar ett linjediagram över utbetalningarna per neurovårdsteam per månad. Det går att följa likartade trender för alla team med tydliga nedgångar i utbetalningar under augusti månad. Ett minusresultat registreras.

Variationerna i utbetalningarna visualiseras ytterligare i bilaga 2 bild 3 där datastaplarna visar på utbetalningarna i relation till den största utbetalningen per team. Exempelvis framgår att utbetalningen till neurovårdsteam vid Närhälsan Skövde i juni 2016 var 166 152 SEK för att i augusti sjunka drastiskt till 6 720 SEK.

Bilaga 2 bild 4 visar ackumulerade utbetalningar per neurovårdsteam och månad. De största totala utbetalningarna noteras under hösten 2016.

För att se utvecklingen under längre tid visar bilaga 2 bild 5 utbetalningarna över tid för de fyra neurovårdsteam som startade först. Största differensen registreras mellan Sörhaga och Skövde som påbörjade sin verksamhet samtidigt. Sörhaga har genererat absolut högst utbetalningar (med en toppnotering november 2016 med 488 166 SEK) medan Skövde genererar lägst utbetalningar och med en nedåtgående trend under 2017. Förutom Skövde



tycks neurovårdsteamerna debitera allt mer ju längre tiden går, dock med undantag för semestermånaderna. Detta kan jämföras med utbetalningarna till fysioterapeuter med rätt till särskilt arvode inom neurologi som är verksamma enligt Lag om ersättning för fysioterapi, där antalet besök och därmed utbetalningarna har minskat, se bilaga 2 bild 6 och 7. Statistiken är inte fullständig eftersom patienter med neurologiska diagnoser även kan få behandlingen hos fysioterapeuter som saknar rätt att debitera särskilt arvode.

För att jämföra uppstartsfasernas ekonomiska utveckling visar bilaga 2 bild 8 en jämförelse över uppstartsperioderna mellan enheterna som startade först och sist. Oavsett om teamen startade under 2014 eller 2016 så är trenderna likartade under uppstartstiden i utbetalningarna. Här sticker dock Närhälsan Frölunda ut med att ha höga utbetalningar sin första verksamhetsmånad vilket inte registreras hos något annat team.

# Verksamhetsutvärdering av tilläggsuppdraget

I följande avsnitt presenteras en utvärdering av verksamheten för tilläggsuppdraget neurovårdsteam med utgångspunkt från styrande dokumentet såsom Krav- och kvalitetsboken och nationella/regionala riktlinjer för stroke.

## Målgrupp

*Krav- och kvalitetsboken 2.12.1: Målgruppen är avgränsad till patienter som har ny- och återinsjuknat i stroke samt patienter med annan förvärvad hjärnskada eller neurologisk diagnos, vilka bedöms behöva rehabilitering med neurovårdteamets specifika kompetens. Prioriterad målgrupp är patienter med neurologisk diagnos i direkt anslutning till utskrivning från slutenvården.*

En lista med ett urval av neurodiagnoser ligger till grund för vilka patienter som ska behandlas inom neurovårdsteam. Listan reviderades inför 2017 och kompletterades då med ett flertal diagnoser. Revideringen av diagnoslistan var välkommen menar de intervjuade. Trots att listan nu innehåller flertalet mycket ovanliga diagnoser ser de intervjuade hellre en omfattande lista som inkluderar ett större antal diagnoser än en lista som begränsar möjligheten att behandla vissa diagnosgrupper. Samtliga intervjuade har uppfattningen att neurovårdteamens verksamhet riktar sig till helt rätt målgrupp.

De intervjuade uppger att neurovårdteamens verksamhet har inneburit bättre och mer kvalitativ vård än tidigare och som möter behovet hos ett stort antal patientgrupper. Några intervjuade uppger att strokepatienter är den grupp som gynnats särskilt mycket av neurovårdteamens verksamhet. Detta på grund av att teamet erbjuder en kontinuerlig vårdkontakt inom primärvården och mer intensiv behandling med fler kompetenser, däribland den logopediska insatsen som ofta bedöms mycket värdefull för just strokepatienter. Andra intervjuade menar att det inte går att säga att det är just strokepatienter som har störst nytta av neurovårdsteam. Stora patientgrupper såsom MS och Parkinson samt patienter med afasi som inte beror på stroke uppges ha lika stor nytta av teaminsatsen.

Vid intervjuerna framkommer att det fortsatt saknas vissa diagnoser i diagnoslistan. Det råder en samstämmighet bland de intervjuade att commotio cerebri (hjärnskakning) är en diagnosgrupp som skulle ha god hjälp av behandling inom neurovårdsteam och som idag saknas i listan. Vid intervjuerna lyfts andra förslag på diagnoser fram som kan läggas till på listan, förslagen är dock så pass olika att en samstämmighet mellan de intervjuade grupperna inte kan tydas.

Vid en intervju lyfts att ”nyinsjuknad” och ”återinsjuknad” bedöms som svårdefinierade termer. Det är inte självklart när ett tillstånd är ”nytt”, det vill säga hur lång tid efter insjuknandet som räknas. Vidare lyfts frågor om hur subakuta tillstånd ska hanteras liksom förbättringar som är spontana. Här framhålls också att det aldrig är för sent att börja träna

och att neurovårdsteamet istället skulle rikta sig till samtliga personer som har symptom efter stroke. De intervjuade önskar förtydligande i denna fråga. Inom ramen för utvärderingen ombads det regionala strokerådet att inkomma med en kommentar kring definition av nyinsjuknad och återinsjuknad. Strokerådets kommentar följer enligt nedan:

*”Ur ett neurologiskt perspektiv innebär nyinsjuknande att patienten insjuknat för första gången med stroke, dvs lokal syrebrist i hjärnan som medför en ny hjärnskada. Återinsjuknande innebär att en patient som haft tidigare stroke får ny stroke pga en ny lokal syrebrist i hjärnan som medför en ny hjärnskada, oftast på annat ställe i hjärnan men det kan vara samma.*

*Med återinsjuknande kan man också avse ett första strokeinsjuknande efter en genomgången TIA (transitorisk ischemisk attack) som inte givit någon hjärnskada men som kräver samma noggranna utredning, åtgärder mot bakomliggande faktorer, läkemedelsbehandling och förändring av livsstilsfaktorer. Återinsjuknande i stroke efter en TIA är mycket vanligt om inga åtgärder vidtagits.”*

Att målgruppen är den rätta tycks det inte råda några tvivel om hos de intervjuade. Däremot framhålls att det är en förhållandevis liten del av patienter med exempelvis stroke, MS och Parkinson som kommer till neurovårdsteam. De intervjuade ställer sig frågan ”var tar alla patienter vägen?”. Någon av de intervjuade säger sig ha hört att sjukhusen inte får informera patienterna om specifika rehabenheter och deras utbud. Patienter inom neurovårdsteamens målgrupp saknar ofta initiativförmåga just på grund av sin sjukdom. Om information om neurovårdsteamens verksamhet uteblir vid utskrivning från slutenvården, kan patienterna bli beroende av att en närstående söker upp information om och tar patienten till neurovårdsteamet. De intervjuade menar att samordningskedjan för patienter som blir utskrivna från sjukhusen brister.

## Målsättning och individuella rehabiliteringsplaner

*Krav- och kvalitetsboken 2.12.2, 2.12.5: Målet för verksamheten med neurovårdsteam är att i så stor utsträckning som möjligt främja patientens möjligheter att återta sin tidigare livsroll i familj, arbete, fritid och samhällsliv utifrån sin förmåga och sitt behov. Teamets behandlingsinsatser ska pågå till dess att teamet bedömer att behovet kan tillgodoses inom ordinarie verksamhet eller till dess att patienten klarar sin fortsatta träning med egenansvar. [...] Teamet ska tillsammans med patienten upprätta en rehabiliteringsplan med tydliga behandlingsmål.*

Vid intervjuerna framkommer att neurovårdsteamens verksamhet går helt i linje med den övergripande målsättningen som anges i kokboken. Det som främst styr den dagliga verksamheten uppges däremot vara patienternas individuella rehabiliteringsplaner, vars struktur förvisso också går i linje med den övergripande målsättningen. De intervjuade menar att det för samtliga patienter alltid arbetas fram individuella rehabiliteringsplaner

som följs upp med viss regelbundenhet, oftast inom 3 månader. Rutinerna för framtagande tycks variera mellan teamen, dock med en teambaserad bedömning på något sätt.

Som tidigare nämnts visar dataanalysen däremot att det inte har tagits fram rehabplaner för samtliga individer inom neurovårdteamen. En alternativ förklaring skulle kunna vara att felaktig registrering eller avsaknad av registrering.

## Kompetenskravet

*Krav- och kvalitetsboken 2.12.3: Fysioterapeut och arbetsterapeut med vidareutbildning om 15 högskolepoäng inom neurologi på högskolenivå samt minst ett års klinisk erfarenhet inom neurologisk rehabilitering. Logoped med minst två års klinisk erfarenhet av patienter med neurologiska eller kognitiva funktionsnedsättningar.*

Kompetenskravet för logopeder bedöms av de intervjuade vara svårt att möta. Logopeder med två års erfarenhet är svårrekryterade och det finns inte alltid vikarier att tillgå. Skrivningen om ”klinisk erfarenhet inom neurologisk rehabilitering” kan tolkas på olika sätt uppger de intervjuade. I intervjuerna med medarbetare framkommer tydliga önskemål om möjlighet till dispens vid rekrytering av logoped. Det saknas kännedom bland medarbetaren om att det sedan 1 juni 2017 finns ett tillämpningsbeslut om dispens av kompetenskrav för logoped i neurovårdteam.

Gällande arbetsterapeut och fysioterapeut upplevs inte kompetenskravet vara fullt lika svårt att möta som för logoped. Flera nämner dock att det i dagsläget är svårt att hitta arbetsterapeuter med vidareutbildning inom neurologi på avancerad nivå. Det är resurskrävande att avsätta den tid som krävs för att genomgå de utbildningar som krävs. De intervjuade önskar möjlighet att välja annan typ av utbildning som exempelvis skulle kunna genomföras på distans. Enhet Primärvård uppger dock att innehållet i den typ av utbildningar som efterfrågas är svårbedömda när det ska kopplas till ett kompetenskrav, däremot kan de stärka professionens kunskapsnivå inom det specifika området vilket är positivt.

Då kompetenskravet diskuteras framkommer en samstämmig bild av att neurovårdteamen bör kompletteras med ytterligare kompetenser. Det är främst kuratorskompetens som saknas inom teamen. Idag upplever flera av de intervjuade att många patienter har behov av ett professionellt samtalsstöd samt hjälp vid kontakter med myndigheter såsom försäkringskassan och arbetsförmedlingen. En kurator behöver nödvändigtvis inte ingå i teamet, istället efterfrågas en fast kuratorkontakt vid vårdcentral som har uppdrag att stötta neurovårdteamen med sin kompetens.

En kontinuerlig kontakt mellan neurovårdteam och neuropsykolog efterfrågas likaså. Även detta med någon typ av konsultativ roll. Idag är det upp till patienten att ta med frågor från neurovårdteamet inför sitt kommande besök hos psykolog. Därefter behöver patienten komma ihåg vad som framkom i samtal med psykologen och förmedla det åter till neurovårdteamet. Denna process försvåras av att patienten ofta lider av minnesstörningar. Det skulle vara en stor fördel för patienten om neurovårdteamet skulle kunna ställa frågor

direkt till psykolog. En fast kontakt med neuropsykolog skulle även kunna leda till en ökad kännedom om neurovårdsteamerna och därmed öka möjligheten för patienter som skrivs ut från slutenvården att besöka neurovårdsteamerna.

Det nämns även att en fast läkarkontakt är önskvärd, detta önskemål är dock inte lika tydligt som för kurator och neuropsykolog.

## Volymkravet

Krav- och kvalitetsboken 2.12.4: *Rehabenheten ansvarar för att teamet ska behandla minst 25 unika individer under en tolv månadersperiod. Avstämning görs tolv månader efter att teamet startat och därefter var tolfte månad. Om teamet inte når volymkravet har Västra Götalandsregionen rätt att återkalla godkännandet för tilläggsuppdraget. Bedömningen om ett återkallande av godkännandet ska grunda sig på resultatet av en uppföljning av teamets verksamhet samt av de faktorer som rehabenheten anser har påverkat verksamheten.*

De intervjuade uppger att 25 patienter/år är ett rimligt och bra volymkrav som inte bör korrigeras. De flesta team har inga problem att komma upp i 25 patienter per år, istället upplevs att det är ett stort inflöde på patienter. Kravet bör däremot inte höjas eftersom att flera team vid uppstartsfasen har fått arbeta hårt för att nå upp till det satta kravet. Kravet bör heller inte sänkas då de intervjuade menar att det är en bra gräns för att kunna upprätthålla kompetens. Den sammanfattande bedömningen är att volymkravet fungerar bra och möjliggör för såväl stora som små enheter att ansöka om tilläggsuppdraget.

Bilaga 1, bild 16 visar att samtliga neurovårdsteam klarar volymkravet året efter att de startade.

## Verksamhet, teamsamverkan, utbildning för närstående, gruppbehandling

Krav- och kvalitetsbok 2.12.5: *Neurovårdsteamet ska undersöka, bedöma, behandla, följa upp och utvärdera insatser. Bedömningen ska utföras gemensamt av ett team bestående av fysioterapeut, arbetsterapeut och logoped [...]. Om patienten enbart har behov av två professioner ska dessa tillsammans med patienten upprätta rehabiliteringsplanen. Behandlingsinsatserna kan sedan utföras av hela teamet eller delar av teamet utifrån patientens individuella behov.*

Samtliga intervjuade bedömer att patienter erbjuds en betydligt bättre, tryggare och mer kvalitativ vård genom neurovårdsteamens verksamhet. Den förbättrade kvaliteten bygger främst på en ökad kollegial samverkan mellan olika kompetenser där gemensamt lärande

och därmed en större kunskapsbas står i fokus. Den ökade tryggheten för patienten uppges vara ett resultat av att flera professioner följer patienten som en kontinuerlig vårdkontakt och arbetar mot gemensamma mål med olika infallsvinklar.

Här ska dock tydliggöras att en rehabiliteringsenhet kan inte utse fast vårdkontakt utan den fasta vårdkontakten är kopplad till en öppenvårdsmottagning inom länssjukvård eller till en vårdcentral. Ansvarig öppenvårdsmottagning ska meddela uppgift om fast vårdkontakt till den enskilde och till slutenvården. Detta framgår av Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Den enda svårigheten som lyfts är att arbete i team innebär schematekniska och logistiska utmaningar. Detta bedöms dock vara en naturlig följd av att synkronisera flera olika medarbetares scheman, ingen lösning från centralt håll efterfrågas.

Gällande kravet att patienten ska ha behov av minst två kompetenser framkommer delade meningar. Å ena sidan framhåller vissa att behandlingsinsatser inom neurovårdsteam ska vara just teaminsatser och då är kraven bra formulerade. Andra menar att vissa patienter som enbart har behov av en kompetens skulle ha nytta av att knytas till teamet för att få insatser av enbart en profession. Detta för att patienten senare ska kunna erbjudas annan kompetens om behovet uppstår, eller kunna erbjudas punktinsatser av en annan kompetens utan att gå igenom den administrativa processen med upprättande av ny gemensam rehabplan. Det understryks särskilt att patienter som enbart är i behov av logopedisk insats bör kunna behandlas inom ramen för neurovårdsteam. Det skulle vara ett sätt att knyta patienten till en kontinuerlig vårdkontakt inom primärvården och kunna erbjuda andra teaminsatser om behovet skulle uppstå.

De intervjuade menar att de skulle vilja se en utveckling av modellen där gruppträning möjliggörs på annat sätt än idag. Vissa av de intervjuade är av uppfattningen att det enligt nuvarande modell krävs 8 patienter och 2 terapeuter för att det ska räknas som ett gruppbesök. De intervjuade önskar istället gruppbesök om tre patienter och två terapeuter. Ett flertal av de intervjuade menar att det genomförs gruppbesök i relativt stor utsträckning idag men att det då görs "utan ersättning".

Gällande utbildning för närstående vill de intervjuade kunna erbjuda mer närståendestöd än idag. De intervjuade upplever inte att ersättningsmodellen möjliggör den typ av stöd som de vill kunna erbjuda de närstående, såsom gruppsamtal eller individuella samtal där patienten inte närvarar. Vid olika intervjuer framkommer samma typ av förslag; att ersättningen för besök för närstående skulle utformas på samma sätt som patientbesök.

Flera av de intervjuade efterfrågar formaliserade nätverk för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling. I dag anordnar Närhälsan nätverksträffar ca var artonde månad men det saknas motsvarande för privata aktörer. De intervjuade önskar att detta skulle formaliseras från regionens håll så att samtliga aktörer kan bjudas in.

## Samverkan med andra aktörer

*Krav- och kvalitetsbok 2.4; Rehabiliteringen ska samverka med berörda eller vårdaktörer som patienten själv valt, oavsett driftform. Rehabiliteringen ska även samverka med myndigheter, samordningsförbund, organisationer och övriga personer som är engagerade i patientens vård. Initiativ till samverkan och kontakt med patientens fasta vårdkontakt ska ske vid behov och i samråd med patienten.*

*Krav- och kvalitetsbok 6.3; Den samlade ersättning som betalas ut till en rehabilitering förväntas täcka samtliga kostnader för åtagandet för de patienter som väljer rehabiliteringen, det vill säga kostnader för drift av den egna rehabiliteringen inklusive bland annat hälsofrämjande och förebyggande insatser, samverkan med vårdgrannar och myndigheter, personal, lokaler samt respektive organisations overheadkostnader inklusive befintliga och kommande IT-stöd som är nödvändiga för uppdraget.*

I krav- och kvalitetsbok 6.1.5 framgår den extra ersättningen som utgår för tilläggsuppdrag i neurovårdsteamet.

Av intervjuerna framkommer att samverkan med andra aktörer såsom exempelvis specialistsjukvården, försäkringskassan och kommunens hemtjänst och socialtjänst skulle kunna fungera bättre. Det framkommer önskemål om tydligare samverkansrutiner.

Samverkan med specialistsjukvården gäller främst i samband med ADL-bedömningar. Det tycks variera mellan olika sjukhus och mottagningar hur pass väl samverkan fungerar, det är ofta personbundet och det saknas tydliga samverkansrutiner. Samverkan med vårdcentraler kan också förbättras. Det utökade upptagningsområdet innebär att en patient som behandlas inom ett neurovårdsteam kan vara listad på en vårdcentral som ligger långt bort från den aktuella rehabiliteringen och kontaktvägarna in till vårdcentralen är därmed inte alltid kända och försvåras av att det saknas samverkansrutiner. Vid någon intervju framkommer att samverkan med andra vårdenheter ligger utanför neurovårdsteamets uppdrag och ersättning och eftersom det inte finns några rutiner för samverkan, prioriteras det bort.

Samverkan med andra myndigheter såsom försäkringskassan och socialtjänsten fungerar inte optimalt enligt de intervjuade. Denna typ av samverkan uppges dock ligga utanför neurovårdsteamets ramar och ersättning, detta trots att teamets syfte är att möjliggöra ett aktivt och självständigt liv, ofta med målet att ta steget tillbaka till yrkesverksamhet. Vid en intervju med chefer framkommer att ersättningsystemets begränsningar sätter mycket press på medarbetarna som är medvetna om att rehabiliteringen inte får ersättning för vissa insatser. Enligt Enhet Primärvård utgår den extra ersättningen för tilläggsuppdraget för neurovårdsteam bland annat med anledning av behovet av ökad samverkan med andra vårdaktörer och myndigheter.

Flera av de intervjuade uppger att samverkan med hemtjänsten ofta är bristfällig. Stor personalomsättning och stora arbetsgrupper försvårar möjligheterna till ett stabilt samarbete. Därmed är det svårt att nå ut med rätt information om vilken typ av träning patienten skulle behöva hjälp med i hemmet. I vissa kommuner tycks hemtjänsten stötta

med gångträning, förflyttningar i hemmet och uppresningar, i andra kommuner uteblir den typ av träning från hemtjänstens sida enligt de intervjuade.

De intervjuade medarbetarna uppger att man mycket sällan deltar vid samordnad individuell planering (SIP). Av analyserad data framgår att åtgärdskod för SIP inte registrerats vid något tillfälle eller vid något team.

## Nationella riktlinjer för stroke

Enligt krav- och kvalitetsboken avsnitt 2.3 ska rehabenheterna följa nationella och regionala riktlinjer för uppdraget.

Socialstyrelsens reviderade riktlinjer för vård vid stroke som syftar till att ersätta de nationella riktlinjerna från 2009, var under tiden för utvärderingens genomförande enbart publicerade i en remissversion. Remissversionen stängdes för synpunkter 2017-09-20. Av vad som framkommit av den information som Socialstyrelsen publicerat har inga korrigeringar gjorts i remissversionen som påverkar sakinnehållet så att det får konsekvenser för neurovårdteamens verksamhet. I följande avsnitt hänvisas således till de nya riktlinjerna, dock med reservation för att den slutgiltiga versionen ännu inte publicerats.

De nya riktlinjerna tydliggör innebörden av att patienter med stroke erbjuds att träna aktiviteter i det dagliga livet (ADL-träning) i den egna hemmiljön. I intervjuerna framkommer att teamen inte erbjuder ADL-träning i hemmet i den utsträckning som de bedömer vore önskvärt, detta uppges bero på att ersättningsmodellen innebär begränsningar. Visserligen finns en kod för just hembesök som ger extra ersättning jämfört med ett besök på rehabmottagningen. De intervjuade menar däremot att teamens stora upptagningsområden ofta innebär så pass långa färdvägar hem till patienter att det blir olönsamt att genomföra hembesök.

De intervjuade lyfter även att det vore önskvärt med ytterligare en kod för ersättning för besök som sker på annan plats än i hemmet eller på mottagningen, såsom simhall, matvaruaffär eller i lokaltrafiken. Dessa typer av besök kräver ofta längre tid än ett mottagningsbesök och flera intervjuade menar att dessa typer av besök idag görs delvis utan ersättning.

De nya riktlinjerna rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder modifierad CI-terapi som är en träningsmetod för personer med nedsatt arm- och handfunktion efter stroke, prioritet 4. Träningen ska ske under 6 timmar dagligen och patienten ska använda ett hjälpmedel under 90 % av den vakna tiden. Vid intervjuerna förs olika typer av resonemang kring neurovårdteamens möjlighet att erbjuda modifierad CI-terapi. Vissa menar att det vore en fördel om denna typ av intensiv träning gick att erbjuda patienterna, men då förutsätter det möjlighet att ha längre besök än 60 minuter. Andra intervjuade menar att neurovårdteamen inte bör bedriva denna terapiform i så omfattande och tidskrävande bemärkelse, utan istället ge förutsättningar för patienten att klara modifierad CI-terapi i hemmet. Det är tydligt att tolkningen av neurovårdteamens uppdrag enligt riktlinjerna skiljer sig åt mellan de intervjuade.

Vidare innebär de nya riktlinjerna att hälso- och sjukvården rekommenderas att erbjuda mer intensiv språklig träning (minst 4 timmar i veckan) till personer med afasi (svårigheter vid tal och skrift samt att förstå muntligt och skriftligt språk). De intervjuade ser positivt på



denna rekommendation och menar att det bekräftar innebörden av att kunna erbjuda logopedisk insats inom neurovårdsteamet. Den bristande tillgången på logopeder är dock problematisk och innebär en risk att inte kunna erbjuda den typ av träning som riktlinjerna rekommenderar.

Detta gäller också riktlinjernas rekommendationer kring kommunikationspartnerträning som innebär att närstående till personer med afasi får träning av logoped i kommunikationstekniker. De intervjuade menar att de önskar möjlighet att i ökad utsträckning kunna erbjuda kommunikationspartnerträning.

De nya nationella riktlinjerna kommer att publiceras 27 mars. Det regionala strokerådet fick ombads beskriva arbetet och planen med framtagandet av de regionala riktlinjerna. Svaret lyder som följer:

*”Nu arbetar vi främst med att definiera skillnaden mellan det vi redan gör i regionen och det som behövs tillföras för att uppfylla riktlinjerna. Sen kommer vi söka ett ”ordnat införande” för det som vi anser behöver göras för att fylla gapet i VGR. Vi kommer inte att skriva en regional riktlinje för all strokevård i regionen. Sedan tidigare har vi flera regionala riktlinjer rörande det akuta omhändertagandet och tidiga vården vid stroke och dessa ska uppdateras. Det kommer att behöva skrivas en helt ny regional riktlinje riktad mot den medicinska delen av primärvården.”*

## Sammanfattande bedömningar

Tilläggsuppdraget för neurovårdsteam inom Vårdval Rehab bedöms vara en väl fungerande verksamhet som i stora drag fungerar i enlighet med de krav som framgår i krav- och kvalitetsboken. Det är tydligt att samtliga intervjuade upplever att tilläggsuppdraget för neurovårdsteam ökar såväl kvalitén på vården som tryggheten för de patienter som behandlas inom teamen.

Det bedöms positivt att såväl chefer som medarbetare påvisar en samsyn kring uppdraget och dess utformning. Det bedöms dock problematiskt att såväl medarbetare som chefer framhåller att flera typer av insatser som genomförs inom ramen för neurovårdsteam sker utan explicit ersättning, trots att tilläggsuppdragets utformning innebär en högre grundersättning i syfte att täcka ökade kostnader som verksamhet i neurovårdsteam kan leda till.

Utvärderingens nyckeltalanalys visar en stor variation mellan teamen, bland annat gällande antal snittbesök, besök per profession samt behandlingsperiodens längd. Detta torde tyda på skillnader i arbetssätt. Enhet primärvård rekommenderas att genomföra en djupare utredning för att kartlägga var dessa skillnader bottnar i för att sedan kunna vidta åtgärder i syfte att säkerställa en likvärdig vård inom neurovårdsteam.

### **Med utgångspunkt från vad som framkommit i utvärderingen rekommenderas fortsatt arbete för att:**

1. Utveckla tilläggsuppdraget för neurovårdsteam i syfte att möjliggöra för kommunikationspartnerträning med logoped
2. Stimulera till att samverkansrutiner mellan neurovårdsteam och övriga vårdaktörer kommer på plats och tydliggöra verksamheternas ansvar för samverkan
3. Se över kravet för lägsta bemanningsnivå inom neurovårdsteam för att säkerställa följsamhet till uppdraget särskilt gällande logoped
4. Tydligare kommunicera tilläggsuppdragets utformning för att motverka att chefer och medarbetare uppfattar att insatser inom neurovårdteamet genomförs utan ersättning då detta riskerar att påverka kvaliteten på de insatser som ges inom neurovårdteam

### **Med utgångspunkt från vad som framkommit i utvärderingen rekommenderas översyn gällande:**

1. möjligheten att förenkla och underlätta registreringsarbetet och administrationen kring registrering
2. om kompetenskrav för arbetsterapeuter och fysioterapeuter kan ersättas med annan typ av utbildning som motsvarar 15 hp

### **Med utgångspunkt från vad som framkommit i utvärderingen rekommenderas följande att utredas:**

1. varför inte rehabplaner har upprättats för samtliga patienter samt varför enbart 3 gruppbesök finns registrerade trots att intervjuerna visar att gruppbesök utförs i större utsträckning än så. Detta kan ske inom ramen för den löpande uppföljningen

2. var skillnader i arbetssätt bottnar i, exempelvis gällande antal snittbesök, besök per profession samt behandlingsperiodens längd, för att sedan kunna vidta åtgärder i syfte att säkerställa en likvärdig vård inom neurovårdsteam
3. hur behovet av kuratorskompetens samt neuropsykologkompetens kan tillgodoses
4. om kravet att en patient ska ha behov av minst två kompetenser för att få behandling inom neurovårdsteam bör revideras
5. om listan med neurodiagnoser som ryms inom neurovårdteamens uppdrag ska revideras med utgångspunkt från vad som framkommit i utvärderingen

Slutligen är en övergripande bedömning att tilläggsuppdraget för neurovårdsteam går i linje med omställningen av vården enligt den del som fokuserar på att utveckla och stärka den nära vården. Detta då neurovårdteamens utformning innebär en stärkt kompetensnivå i den nära vården.

Utvärderingens resultat har vidare sänts till Kunskapscentrum för Jämlik vård med efterfrågan om en analys utifrån perspektivet om Jämlik vård. För att kunna göra en efterfrågad analys uppges det dock krävas ett större datauttag än vad omfattningen av denna utvärdering tillåter.

Enhet Primärvård kan däremot konstatera att den geografiska spridningen på neurovårdsteam i regionen innebär en ojämlik tillgång på nära vård inom neurovårdsteam. Här ska dock understrykas att samtliga rehabenheter som är godkända för uppdraget ska erbjuda patienter med neurodiagnos rehabilitering. Gällande det faktum att fler män än kvinnor kommer till neurovårdsteam hänvisas till den analys som det regionala strokerådet presenterar ovan, nämligen att det sannolikt är rimligt att fler män än kvinnor söker hjälp från neurovårdsteam. Detta då männen är något fler, kvinnorna är äldre och sjukare och då rimligen med lägre rehabiliteringspotential, samt ensamstående utan partner som kan stödja dem.

Med utgångspunkt från vad som framkommit i utvärderingen bedöms tilläggsuppdraget som modell med fördel kunna appliceras inom andra områden. En jämförande analys med alternativa organiseringsformer bör dock föregå ett sådant beslut i syfte att undersöka på vilket sätt en jämlik tillgång på vård säkerställs.

**Lena Karlsson**  
Regionutvecklare  
Koncernkontoret Enhet Primärvård

**Caroline Trowald**  
Prové AB