

Strukturerad uppföljning av strokepatienter

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Irene Bijsterveld Sjuksköterska Medicinkliniken Ljungby, Annette Borland Sjuksköterska Medicinkliniken Växjö

1 Inledning

Stroke kan leda till begränsningar inom det dagliga livet. Begränsningarna kan vara av olika omfattning och ha varierande påverkan under olika skeden av livet.

Socialstyrelsens nationella strokeriktlinjer rekommenderar att strukturerad uppföljning görs på patienter som insjuknat i stroke eller TIA. Syftet med uppföljningen är att se över sekundärpreventiva åtgärder, tidigt identifiera nya eller förändrade symtom, och att kunna erbjuda rätt åtgärd eller hänvisa vidare till rätt instans i vårdkedjan utifrån patientens aktuella situation och behov.

Uppföljningen ger även patienter och närstående möjlighet att ställa frågor och få individanpassad information om sjukdomen samt vilka behandlingsalternativ som finns.

För att säkerställa att uppföljningen omfattar det som avses rekommenderas att Post-stroke checklista (PSC) används. PSC är framtagen för att hjälpa vårdgivare att identifiera problem efter stroke, vilka är möjliga för åtgärd eller remittering. PSC är en enkel och lättanvänd checklista. PSC erbjuder ett standardiserat arbetssätt för identifiering av långvariga problem hos personer med stroke och utgör en vägledning för adekvat remittering och vidare behandling.

2 Generell rekommendation

Uppföljningen sker inom öppen vård och kan genomföras av olika professioner med särskild kunskap om stroke. För att kunna bedöma samtliga aspekter av patientens funktionshinder och hälsa samt specifika behov av insatser bör det finns tillgång till relevanta kompetenser i det multidisciplinära teamet.

Den första uppföljningen behöver ske inom 3–6 månader efter att en person insjuknat i stroke samt inom 1–3 månader efter insjuknande i TIA. Ytterligare uppföljningstillfällen anpassas sedan efter patientens aktuella behov. Behovet av uppföljning kan vara långvarigt och kräva upprepade uppföljningar. Genomförandet av fortsatta uppföljningar kan övergå till annan instans efter överenskommelse.

Uppföljningen ska genomföras på det sätt som bedöms vara mest adekvat för patienten och med hänsyn till kostnadseffektivitet; vid ett besök, telefonsamtal

eller att patienten själv kan besvara PSC-patientenkät. Uppföljningen kan vid behov göras med stöd av närstående/vårdare.

3 Organisation för strukturerad uppföljning i Region Kronoberg

Strokemottagningarna i Ljungby och Växjö har huvudansvaret för att strukturerad uppföljning genomförs och att specifika rutiner upprättas vid behov.

I PSC har de gula fälten med rekommendationer om åtgärd, anpassats till Region Kronoberg och kan behöva individanpassas. När patient hänvisas ska vårdöverenskommelsen mellan primärvård och kommun beaktas. Generellt gäller att om patienten kan ta sig till vårdcentral ska hänvisningen ske dit i första hand.

Metod för uppföljning

Uppföljning kan ske genom enkät, telefonintervju eller vid mottagningsbesök

För Cosmicanvändare: Dokumentera i sökordsmallen avsedd för strukturerad uppföljning av strokepatienter. Fyll i blanketten i Cosmic: Post stroke-checklistan eller skanna enkät.

Övriga: hanteras enligt lokala rutiner

Aktörer

Personal inom hälso- och sjukvården (Regionvård, primärvård eller kommunal hemsjukvård) med lämplig strokekompetens.

Planering av uppföljning

Första uppföljningen

I samband med utskrivning från strokeenhet planeras för när den första uppföljning ska göras. Om uppföljning ska genomföras av annan aktör/vårdgivare än strokeenheten skickas remiss för detta samt när i tid det kan vara lämpligt (bevakningsdatum).

Fortsatta uppföljningar

Den som genomför uppföljning bedömer om det finns behov av fortsatta uppföljningar och vilken aktör som är lämplig.