

## **Bilagor till revisionsrapport Rehabilitering efter stroke**

Bilaga 1	Landstingsfullmäktiges mål
Bilaga 2	Kontrollmål – organisering
Bilaga 3	Kontrollmål – implementering av nationella riktlinjer
Bilaga 4	Kontrollmål – planering, samordning och information inför utskrivning
Bilaga 5	Kontrollmål – kvalitetsregister Riksstroke
Bilaga 6	Statistik

**”Sveriges bästa självskattade hälsa år 2020”**

Inom perspektiv Medborgare där *En jämlik och jämställd hälsa* anges som framgångsfaktor. Det innebär att arbetet inriktas både på levnadsvanor och livsvillkor och att ett sjukdomsförebyggande perspektiv är väl inarbetat i verksamheten.

**”En effektiv verksamhet med god kvalitet”**

Inom perspektiv Verksamhet där *En verksamhet som är jämlik och kvalitativt likvärdig* anges som framgångsfaktor. Det innebär att landstingets verksamheter ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett t.ex. bostadsort och kön. En annan framgångsfaktor för målet är *En kunskapsstyrd och säker verksamhet* vilket innebär t.ex. att all verksamhet ska använda sig av evidensbaserade/faktabaserade metoder och arbetssätt.

**”Helhetsperspektiv med personen i centrum”**

Inom perspektiv Verksamhet där ”God samverkan internt och externt” och ”Personcentrerad hälso- och sjukvård och kundorienterad service” är framgångsfaktorer.

### **Kiruna närsjukvårdsområde**

- Kiruna sjukhus

Tillgång finns till 14 vårdplatser. Antalet vårdplatser har förändrats under de senaste åren. Avdelningen har tre inriktningar; ortopedi, akutgeriatrik samt stroke. Avdelningen ligger i nära anslutning till öppenvårdsrehabilitering, arbetsterapi, sjukgymnastiken och strokesjuksköterskemottagningen. Kommentarer ges om att sommaren flytt av avdelningen och vårdplatser innebar en begränsad och försämrad tillgång till de för rehabilitering anpassade lokaler och "träningsslägenheten". Synpunkter om detta uppges funnits utrymme att lyfta till chefsnivå. En läkare har lite mer ansvar för strokeområdet än de övriga vid kliniken. Ett tydligare team uppfattas finnas vid strokeenheten till skillnad mot tidigare. Det lyfts även att hela teamet påverkas om det inte finns en läkarkontinuitet.

Vi får beskrivning att bedömning av en patient som inskrivits på avdelningen sker snarast möjligt av den paramedicinska personalen (fysioterapeut och arbetsterapeut). Dessa finns tillgängliga dagtid, måndag till fredag. Om behov finns av logoped krävs remiss av läkare.

Inom öppenvårdsrehabiliteringen finns cirka 8-12 patienter "inskrivna" samtidigt. En gång i månaden erbjuds en gemensam "månadsaktivitet" till patienterna. En patients rehabiliteringsperiod är mellan 6-8 veckor.

- Norrskens Hälsocentral

Hälsocentralen involveras oftast kring en patient som tidigare insjuknat i stroke i samband med körkortsuppföljning. Möjlighet till hembesök till samtliga patienter är inte möjligt utifrån de geografiska avstånden. Utifrån ett litet upptagningsområden (antal listade) saknas möjlighet att erbjuda gruppbehandling.

### **Gällivare närsjukvårdsområde**

- Gällivare sjukhus

Tillgång finns till 17 vårdplatser vid strokeenheten. En tydlig uppdelning och fördelning utifrån var och ens roll hos de som ingår i teamet uppges finnas. Samtidigt lyfts att en sårbarhet finns om någon i teamet är frånvarande. Upplever att utrymmet för rehabilitering minskat vid avdelningen och istället sker mer bedömning. Beskrivningar ges att personella resurserna vid en vårdavdelning går till övriga patienter. Exempelvis hinner inte alltid promenader med patienterna ske som planerat, t.ex. tre gånger per kväll.

All personal som arbetar på avdelningen uppges ha genomgått strokeutbildning. En basal rehabiliteringskunskap lyfts som värdefull oavsett vilken yrkesgrupp en medarbetare tillhör. Viktigt att ny personal erhåller utbildning, men även att upprätthålla kompetensen hos mer erfaren personal som arbetar inom rehabiliteringsområdet. Nuvarande neurolog vid sjukhuset uppges vid intervjutillfälle sagt upp sig.

Inom öppenvårdsteamet har det borttagna kravet på remisser inneburit diskussioner om vad det innebär i förhållande till prioritering av resurser. Är det fortsatt så att det är "rätt patienter" som får ta del av deras resurser? Vi uppfattar att patienter som kommer via sjukhusets strokeenhet prioriteras inom öppenvårdsrehabiliteringen. Ungefär 8-15 patienter är "inskrivna" samtidigt. Ibland kan det vara möjligt att "få ihop" grupper. En rehabiliteringsperiod är vanligtvis åtta veckor, 2-4 tim/dag under två dagar i veckan. Detta kan dock förlängas vid/efter utvärdering. Avståndet till sjukhuset kan medföra att patienter kanske inte orkar såväl med resan dit och träning. Patienter uppges ibland starta med en vila för att sedan orka med träningen.

- Pajala hälsocentral

Remiss från slutenvården involverar hälsocentralen kring en patient. Vanligast innebär det en körkortsuppföljning samt uppföljning av patient vid 3 mån och 6 mån efter insjuknandet. Även uppföljning av patienter som insjuknat i TIA genomförs ur ett sekundärpreventivt syfte. Förekommit att patienter inskrivits på hälsocentralens observationsplats som följd av strokeinsjuknande. Även förekommit att en patient med "liten stroke" själv kontaktat hälsocentralen. "Tröskelprincipen" avgör om en patient kan komma till hälsocentralen för rehabiliteringsinsatser eller inte. I början av rehabiliteringsinsatserna kan kommun och hälsocentralen ha ett mer uttalat "teamarbete" kring patienten.

Vi uppfattar att det finns begränsad kännedom om hur strokesjuksköterskan i området arbetar. Samtidigt anges att slutenvården i Gällivare idag upplevs ta ett större ansvar än tidigare för patientgruppen. Vi uppfattar hälsocentralen som mindre delaktiga i rehabiliteringen av en patient än tidigare.

En utsedd strokegrupp med representanter för flera yrkesgrupper inom närsjukvårdsområdet har nyligen startat upp ett arbete att se över strokeprocessen. Vid tidpunkt för intervju finns en osäkerhet hos vårdavdelningens personal om vad detta innebär.

### **Kalix närsjukvårdsområde**

- Kalix sjukhus

Tillgång finns till 18 vårdplatser vid strokeenheten. Antalet vårdplatser varierar och personalbrist uppges medfört en minskning av antalet vårdplatser. Vi får en beskrivning om att det vid Kalix sjukhus funnits en kultur med hög kompetens inom strokeområdet och att sjukhuset var först i landet med sin strokeenhet. Metodstöd finns utifrån vårdprogrammet och lokala rutinbeskrivningar. De senare är till vissa delar under revidering.

Beskrivning ges av den paramedicinska kompetensen att deras arbetstid används mest till bedömning istället för behandling. Det upplevs finnas ett utrymme att göra mer än vad som hinns med. Läkarkontinuitet anges vara viktigt för teamets "rehabtänk".

Öppenvårdsrehabilitering vid sjukhuset har verksamhet fem dagar per vecka. Patientgrupper fyra dagar och en dag bedömningar/uppföljningar. Patientens rehabiliteringsperiod omfattar 8-10 tillfällen (två tillfällen per vecka).

- Överkalix hälsocentral

Remiss från strokesjuksköterskan i Kalix kan komma till hälsocentralen med begäran om uppföljning av patient. Om en patient vårdats vid Norrlands universitets sjukhus uppges denna oftast även vårdas vid Kalix sjukhus innan patienten inskrivs vid hälsocentrals observationsplats. Om det är ett "rädda hjärnan larm" skickas ambulansen med patienten direkt till Kalix sjukhus.

Tillgång till sjukgymnast och arbetsterapeut finns vid hälsocentralens vårdplatser. Dietist och logoped konsulteras vid behov. Vi uppfattar att funderingar finns hos intervjuade om den rehabilitering som erbjuds vid hälsocentralen är likvärdig och av samma kvalitet som vid sjukhusets strokeenhet.

Just nu sker inget inriktat utvecklingsarbete gällande stroke. Vi uppfattar att blodtryckskontroller varit ett fokusområde vid hälsocentralen.

## **Luleå – Boden närsjukvårdsområde**

- Sunderby sjukhus

Tillgång finns till 20 vårdplatser (varav en är s.k. "trombolysplats") vid strokeenhet. Vid avdelningen vårdas även geriatriska patienter. Nästan alla patienter med misstanke om TIA blir inskrivna under ett dygn vid sjukhuset. Det ibland som en "satellit" vid annan avdelning än strokeenheten (s.k. utlokaliserad).

Vi uppfattar att ledningen uppmärksammat att behov kan finnas av ytterligare sjuksköterskeresurser mot bakgrund av ett ökat antal "Rädda hjärnan larm". Det anges även finnas en framtida generationsväxling bland de läkare som arbetar med patientgruppen. Detta ses som ett hot mot kvaliteten. S.k. "utvecklingssjuksköterskor" uppges vara på gång till avdelningen. Intervjuade saknar ytterligare information om vad detta innebär.

Det uppges att organiseringen inte kanske är helt optimal utifrån de korta vårdtiderna. I sammanhanget anges att den paramedicinska kompetensen inte kan genomföra hembesök. Förkortade vårdtider anges medfört förändrade arbetssätt för de paramedicinska resurserna. Mer bedömning och mindre rehabilitering sker. Rehabiliteringen sker framförallt efter utskrivning. Patienter som bor på kommunalt särskilt boende uppges inte få insats av logoped. Patient kan parallellt med hemrehabilitering eller öppenvårdsrehabilitering få insatser av logoped.

Två sjuksköterskor (arbetar även vid strokeenheten) arbetar vid stromemottagningen på sjukhuset. Mottagning av patient vid stromemottagning sker en dag per vecka av en sjuksköterska.

Öppenvårdsrehabiliteringen i Luleå och Boden genomför gemensamma bedömningsronder av inkomna remisser. Remiss beskrivs som ett bedömningsunderlag. Patienter uppges inte kunna remittera sig själv utan använda sig av egen vårdbegäran. Väntetid av cirka fyra veckor finns. Vi uppfattar att mer rehabilitering i patientens eget hem sker i Boden, än i Luleå.

Teamet i Luleå består av arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator. Största delen av deras uppdrag uppges ske i verksamhetens lokaler. Ibland förekommer hembesök. Det för bedömningsmöte/uppföljningsmöte, träning i hemmet, överföring till ny vårdnivå eller översyn av patientens vistelsemiljö. Intervjuade uppskattar att cirka 40 % av patienterna har ett rehabiliteringsbehov som en följd av en stroke. I perioder finns väntetid såväl för bedömningsmöten och behandlingsstart. Rehabilitering sker för patienten 1-2 timmar, 2-5 dg/vecka under en period av max 8 veckor. Efter fyra veckor sker en utvärdering och därefter fattas beslut om ev. förlängning. Den "kognitiva biten" dvs. problem som är relaterat till tänkande hos en patient anges ibland vara utmanande.

Öppenvårdsrehabiliteringsteamet, Boden består av arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator. Verksamheten upplever sig som "halt" eftersom kuratorstjänsten sen ett år tillbaka inte varit tillsatt. Istället skickas remiss till kuratorsenheten, Sunderbyn. Teamet arbetar med rehabilitering såväl i verksamhetens lokaler som i patientens hem. Uppskattas vara hälften i hemmet och hälften på klinik. Första mötet med patienten sker i patientens hem. Den kraft och ork en patient har och "geografän" anges motivera hembesök.

- Gammelstads hälsocentral

Hälsocentralen involveras kring en patient utifrån en remiss från slutenvården. Hälsocentralens fysioterapeut eller arbetsterapeut genomför telefonuppföljningar, mottagningsbesök, teambesök samt i förekommande fall samverkan med arbetsgivare.

### **Piteå närsjukvårdsområde**

- Piteå sjukhus

Tillgång finns till 20 vårdplatser vid vårdavdelningen (allmän internmedicin). Synpunkter ges om att läkarkontinuitet är viktig för att uppnå en kort vårdtid vid avdelningen. Det anges som viktiga att både att upprätthålla kompetens hos personal som arbetar vid avdelningen, som att erbjuda utbildning till ny personal.

Så gott som samtliga patienter som är "inskrivna" vid öppenvårdsrehabiliteringen uppges bo i Piteå. Vi uppfattar att patienter oavsett hemkommun i närsjukvårdsområdet erbjuds deltagande. Möjlighet finns att bo på sjukhusets patienthotell, men det anges vara sällan förekommande. Patienter som inte kan bo på patienthotellet erbjuds elektiv rehabilitering (träning) som innebär att patienten blir inskriven vid avdelningen.

Utifrån att utvecklingsutrymme identifierats i kvalitetsregisterstatistik inleddes under hösten år 2010 ett utvecklingsarbete i projektform och år 2011 implementerades det.

- Piteå hälsocentral

Hälsocentralen menar sig egentligen aldrig vara involverad kring patientens själva rehabilitering utan däremot gällande uppföljning av en patient. Tillgång till kurator finns vid hälsocentralen.

### **Kiruna närsjukvårdsområde**

- Kiruna sjukhus

Vid kliniken finns egna rutindokument som utgår från det länsövergripande vårdprogrammet. Även arbetsrutiner för läkare finns. Läkarkontinuitet lyfts som viktigt för att upprätthålla en effektivitet vad gäller planering kring patienten. Ett rehabiliterande synsätt hos personal anges till viss del även vara personbundet.

- Norrskenets Hälsocentral i Vittangi

Kännedom finns om vårdprogrammet och det anges som är styrande för hälsocentralens vård och behandling. Vid tidpunkt för intervju finns inga egna lokala rutin och riktlinjedokument utarbetade.

### **Gällivare närsjukvårdsområde**

- Gällivare sjukhus

Lokala rutiner och riktlinjer finns. Vårdprogrammet ett bra stöd. Ett rehabiliterande synsätt upplevs ibland hamna i skymundan i förhållande till det "medicinska synsättet". Det uttrycks även att andra patientgrupper kan vara bättre på att "ta plats" och härigenom använda personalresurser.

- Pajala hälsocentral

Vårdprogrammet är känt hos intervjuade. Samtidigt lyfts att individens unika behov är det som ska vara styrande.

### **Kalix närsjukvårdsområde**

- Kalix sjukhus

Lokala riktlinjer finns nedbrutna utifrån vårdprogrammet. Det uppges finnas erfarna och rutinerade läkare som stöd i avdelningens arbete med strokerehabilitering.

- Överkalix hälsocentral

Kännedom finns om expertgrupp och vårdprogram. Detta har inte brutits ner till lokala rutiner.

### **Luleå – Boden närsjukvårdsområde**

- Sunderby sjukhus

God kännedom finns om vårdprogrammet som är brutet ner till lokala rutiner. Även öppenvårdsrehabiliteringen har egna rutiner och det inom ramen för sitt styr- och



ledningssystem. Detta finns tillgängligt på intranätet och åskådliggör verksamhetens processer. Klick i processrutor innebär att de styrande dokument som finns för området åskådliggörs.

- Gammelstads hälsocentral

Vårdprogrammet har inte brutits ner i lokala rutiner.

### **Piteå närsjukvårdsområde**

- Piteå sjukhus

Kännedom finns hos intervjuade om vårdprogrammet som även utgör grund för verksamhetsgällande egna program/rutiner/riktlinjer.

- Piteå hälsocentral

Kännedom finns om expertgrupp och vårdprogram.

## Kontrollmål – planering, samordning och information inför utskrivning

### Bilaga 4

#### **Kiruna närsjukvårdsområde**

- Kiruna sjukhus

Dokument finns gällande rutiner i samband med utskrivning av en patient och dennes fortsatta vård och rehabilitering. Vi får en bild av att patienten är delaktig i samordningen inför utskrivning. Vid ”målmöten” lyfts hemsituation och behov av hembesök. Ett ”förstärkt strokesamtal” kan behövas om patienten har en bristande insikt om sina rehabiliteringsbehov.

Såväl patienter med diagnos stroke eller TIA erbjuds ett uppföljningsbesök hos strokesjuksköterskan två månader efter utskrivning från sjukhuset.

Krav finns gällande läkarremiss till öppenvårdrehabiliteringen. Ibland behövs ett hembesök som en del i beslutsunderlag om öppenvårdsrehabilitering. I de fall patienten inte kan resa till sjukhuset blir det istället aktuellt med kommunal hemrehabilitering.

Patienten får med sig dokument i form av patientinformation (PINF), rehabiliteringsplan, läkemedelslista och omvårdnadsepikris. Även muntlig information ges och vi uppfattar att om patienten har kognitiva nedsättningar lämnas information till anhöriga.

- Norrskenets Hälsocentral i Vittangi

Vid tillfälle för intervju saknas erfarenhet hos intervjuade av att delta i planering och samordning kring en patient som är på väg att bli utskriven från slutenvården (strokeenheten). Kännedom saknas om vilken information slutenvården lämnar till patienten. Vid hälsocentralen finns ingen särskild anpassad skriftlig information för patientgruppen.

#### **Gällivare närsjukvårdsområde**

- Gällivare sjukhus

Rutiner finns gällande planering inför utskrivning. Enligt intranätet är dokument gällande planering och utskrivning under revidering. Vid teamrönder utvärderas satta rehabiliteringsmål utvärderas. Det är medicinska parametrar som avgör om patienten kan bli utskriven från vårdavdelningen. Uppföljning kan ske via primärvården som via öppenvårdsrehabiliteringen.

Vid planering inför hemgång är det patientens behov som styr vilka professioner som deltar. Hembesök anges även kunna ske i samband med utskrivningsplanering. Angående kurator vid hälsocentral inom närsjukvårdsområdet uppges det endast finnas vid hälsocentralen i Pajala. Efter utskrivning erbjuds patienten att efter en månad träffa strokesjuksköterska.

Struktur och rutin för dokumentation av patientens inskrivning och utskrivning vid öppenvårdsrehabiliteringen. Innan en rehabiliteringsperiod påbörjas kan patienten ha behov av

att vara i sitt hem. Kontakt och muntlig rapportering sker i de fall kommunens paramedicinska resurser ska fortsatt rehabiliteringen.

Information som ges till patient i samband med utskrivning från vårdavdelning är PINF, omvårdnadsepikris samt ”min vård – rehabiliteringsplan”. Informationen anpassas efter patientens behov och logoped kan vid behov bistå med kommunikationshjälpmedel.

- Pajala hälsocentral

Samordning sker med slutenvårdens strokeenhet genom en överrapportering. Om behov finns kan deltagande ske vid vårdplanering. Vi får en bild av att hälsocentralens läkare upplever sig lite ”vid sidan om” vad gäller målen för rehabiliteringen. Vi uppfattar att behov ibland finns av att tydliggöra dessa mål.

### **Kalix närsjukvårdsområde**

- Kalix sjukhus

Struktur och rutiner för planering med berörda externa aktörer inför utskrivning finns. Patientens behov styr vem som deltar i planeringen. Samarbetet med primärvården och hemsjukvården upplevs fungera väl. Vem (kommun eller landsting) som ska förskriva hjälpmedel till patienten upplevs ibland vara en svår gränsdragning.

Såväl patienter som insjuknat i stroke, som de som insjuknat i TIA attack, erbjuds efter två månader (omfattar inte patienter som bor vid kommunalt boende) ett återbesök hos till strokesjuksköterska eller klinikansluten läkare vid strokemottagningen. Därefter remitteras patienten till primärvården (hälsocentralen). Vid intervjun lyfts att det inte finns kuratorer vid hälsocentralerna inom närsjukvårdsområdet.

Vid fortsatt rehabilitering vid öppenvårdsrehabiliteringen erhåller den verksamheten såväl en muntlig som skriftlig rapportering. Om patienten är ineliggande på vårdavdelningen besöks denne av personal från öppenvårdsrehabiliteringen. Patientens ”vård- och rehabplan” som finns dokumenterad i VAS ses som värdefull, samtidigt som det är ett levande dokument. Patientens mål är styrande för vilken rehabilitering och vilka stödinsatser som är aktuella för den fortsatta rehabiliteringen i hemmet (efter avslutad öppenvårdsrehabilitering).

Vid utskrivning från avdelningen erhåller patienten skriftlig information genom PINF och en mapp med ett antal broschyrer (inkl. broschyren ”Min vård och rehabilitering”)

- Överkalix hälsocentral

Hälsocentralen blir involverad genom en remiss från strokesjuksköterska. Kan innebära att uppföljning av rehabilitering, blodtryckskontroller och körkortsuppföljning. Vi uppfattar att läkaren kan vara lite ”utanför” rehabiliteringsplaneringen men att det inte ses som något negativt. Arbetsterapeuten är ”rehabkoordinator” vilket innebär en sammankallande funktion.

Samarbete och samverkan med kommunen fungerar väl. Rutin med veckorond gällande kommunal hemsjukvård. Samordnad individuell planering kan även ske både på hälsocentral och i patientens hem. Vid utskrivning från hälsocentralen lämnas PINF till patient. S.k. fokuspatienter rings upp i hemmet för att förebygga återinläggning.

## **Luleå – Boden närsjukvårdsområde**

- Sunderby sjukhus

Rutin och metodstöd finns för utskrivningsplaneringen. ”Målmöten” sker som utgår från patientens rehabiliteringspotential. Här deltar patient och anhöriga, arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare, sjuksköterska och ibland undersköterska. Vid behov deltar även logoped. Fysioterapeut och arbetsterapeut från hälsocentral deltar ibland vid sjukhusets vårdplanering inför utskrivning. Ibland inhämtas information från kommunal kollega inför detta. Verksamhetschef och läkare upplever kommunikationen med berörda inom kommunen som svårare än innan kommunaliseringen av hälso- och sjukvården.

I samband med utskrivning från avdelning remitteras patienten till primärvården.

Återbesök vid sjukhusets strokemottagning hos strokesjuksköterska erbjuds efter 3-6 månader (omfattar inte patient boendes vid kommunalt särskilt boende). I samband med utskrivning går meddelande att kallelse för detta ska ske. Rutindokument för vad som ska tas upp med patienten vid besöket finns. Vid komplicerade orsaker till stroke kan att återbesök hos läkare ske vid strokemottagningen.

Om en patient haft en TIA-attack så kallas denna istället till ”TIA-skola” som innebär en gruppinformation av strokesjuksköterska och fysioterapeut till 6-8 patienter.

Öppenvårdsrehabiliteringen beskrivs effektiviserats efter kommunaliseringen. Hjälpmedel bistår kommunen med. I samband med avslutad rehabiliteringsperiod sker hembesök och överrapportering till den kommunala paramedicinska kompetensen.

I samband med utskrivning från avdelning erhåller patient PINF, vårdplan och omvårdnadsepikris. PINF uppges ha ersatt dokumentet vård- och rehabiliteringsplan. Logoped bistår vid behov med ”bildmedel”. När en patient påbörjar öppenvårdsrehabilitering ges broschyren; ”tankar inför din rehabilitering”.

- Gammelstads hälsocentral

Patientens rehabiliteringsplan finns dokumenterad i VAS och beskrivs som ett levande dokument. Ett aktivt arbete sker med rehabiliteringsplanen och åtgärder för att minska funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Patienter som behöver hembesök överrapporteras till kommunens arbetsterapeut och/eller sjukgymnast direkt från strokeenheten. En rapportering från strokeenhetens fysioterapeuter/arbetsterapeuter kan ske till motsvarande yrkesprofession på hälsocentralen. Även rapportering från patienten själv eller från andra interna eller externa vårdgivare förekommer. Planeringen och samordning kring

patientens rehabilitering anges vara mer otydlig efter att hälso- och sjukvården kommunaliserats.

Intervjuade beskriver att patienter som inte har synliga handikapp efter en stroke kan "hamna mellan stolarna". Det har förekommit att rehabiliteringsbehov av mer kognitiv karaktär uppmärksammas först när patienten gjort återbesök vid hälsocentralen. Hälsocentralens arbetsterapeut uppges oftast vara den som arbetar med patienter som enbart har kognitiva funktionshinder. Samtidigt menar en intervjuad att det inte är tydligt var/vem i organisationen bästa stödet för detta rehabiliteringsbehov finns. I sammanhanget lyfts att det är en problematik att det inte finns tillgång till kurator vid hälsocentralen. Ett gott stöd anges funnits av kurator i samband med krissituationer till följd av sjukdom och de uppges även att de kan arbeta med anhörigstöd.

### **Piteå närsjukvårdsområde**

- Piteå sjukhus

Styrande om utskrivning från vårdavdelning är aktuellt är om patienten är medicinskt färdigbehandlad. Det aktualiseras vid regelbundna möten teamet och patienten har som innebär en avstämning/utvärdering i förhållande till satta rehabiliteringsmål. Logopediska mål finns såväl i separat logopedjournal som integrerat i medicinsk journal. Tydlig struktur för utskrivningsplanering finns. Rutindokument finns tillgängliga på intranätet och vårdprocessen åskådliggörs i schematisk bild där klick på en process visar styrande dokument. Vårdplanering sker vid behov där deltagare styrs utifrån patientens behov. Avdelningens personal upplever att det kan vara otydligt att bedöma (tröskelprincipen) om det är en representant från kommun eller primärvård som ska delta. Vid förstärkt utskrivning deltar även strokesjuksköterska.

Vid utskrivning remitteras patienten till primärvården och meddelande skickas till sjukhusets strokesjuksköterska. Den senare kallar såväl patienter som insjuknat i stroke som i TIA-attack för återbesök fyra till sex veckor efter utskrivning.

Elektiv rehabilitering kan erbjudas vid vårdavdelning kan erbjudas för patienter som inte är aktuella för öppenvårdsrehabilitering. T.ex. en patient som bor i Arjeplog och har ett vårdbehov som innebär att det inte är aktuellt med boende på patienthotellet.

Vid utskrivning erhåller patienten dokumentation i form av PINF, vård- och rehabiliteringsplan, hemträningsprogram och informationsbroschyr om afasi från logoped.

- Piteå hälsocentral

Deltar vid vårdplanering sker när behov av detta finns. PINF beskrivs även som värdefull för primärvårdens läkare eftersom det ger en bild av vilken information patienten erhållit. Intervjuade menar att en långsiktig (efter fem år) uppföljning av patientens livsstilsfaktorer vore värdefull.

### **Kiruna närsjukvårdsområde**

- Kiruna sjukhus

Stokesjuksköterskan ansvarar för att lägga in underlaget som börjar registreras av sjuksköterska på vårdavdelning. Även arbetsterapeut och fysioterapeut registrerar i underlaget. Det uppges funnits en bemanningsproblematik och att nuvarande strokesjuksköterskan är nyanställd. Det menar man har påverkat inregistreringen i kvalitetsregistret.

Tidigare rutin har varit att verksamhetschef, vårdavdelning men även paramedicinska resurser fått en sammanställning i form av årsrapporten från kvalitetsregistret.

- Norrskens Hälsocentral i Vittangi

De anger sig inte vara involverade i kvalitetsregistret och har inte heller fått någon uppföljning för området tillsänt sig.

### **Gällivare närsjukvårdsområde**

- Gällivare sjukhus

Stokesjuksköterskan lägger in statistik i registret där underlaget är ifyllt från avdelningens sjuksköterskor. Ibland krävs ett spårande/sökande av uppgifter, t.ex. om ett "drinkingtest" är utfört. Statistiken visar att utrymme finns för förbättring vad gäller nöjdhetssiffror. Inte desto mer utrett vad det står för. Strokesjuksköterskan har återrapporterat statistik till personal vid strokeenheten och läkargruppen.

- Pajala hälsocentral

Uppger sig inte vara involverade i kvalitetsregisterregistreringen och har inte tagit del av uppföljning av detta.

### **Kalix närsjukvårdsområde**

- Kalix sjukhus

Strokesjuksköterskan ansvarar för att rapportera in i registret. Det beskrivs ta mycket arbetstid. Vi uppfattar att det inte tidigare genomförts ett arbete för att identifiera skillnader utifrån statistikuppföljning. Årligen sker inom öppenvårdsrehabiliteringen en patientenkät.

- Överkalixhälsocentral

Uppger sig inte vara involverade i kvalitetsregisterregistreringen och har inte tagit del av uppföljning av detta.

## **Luleå – Boden närsjukvårdsområde**

- Sunderby sjukhus

Sjuksköterskorna på vårdavdelningen, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att fylla i underlaget till RiksStroke som sedan registreras in i kvalitetsregistret av mottagningen. Det är en undersköterska som registrerar in i registret. Om underlaget är felaktigt ifyllt returneras det till den som fyllt i det felaktigt. Vi uppfattar inte att öppenvårdsrehabiliteringen är delaktig i kvalitetsregistret. Några intervjuade uppger att vårdavdelning, verksamhetschef och läkare får del av statistiken. Dock uppger inte samtliga att de fått del av en uppföljning utan att detta tagits fram på eget initiativ. Det beskrivs som ett bra underlag och exempel ges av att registerstatistik inneburit ett målarbete. Samtidigt lyfts att det är en utmaning att få in data på ett bra sätt.

- Gammelstads hälsocentral

Vi uppfattar inte att hälsocentralen får en uppföljning som innebär att de kan utläsa sin ”del” i denna. Däremot anges att de på individnivå har en möjlighet att följa upp.

## **Piteå närsjukvårdsområde**

- Piteå sjukhus

Sjukhusets strokesjuksköterska ansvarar för att rapportera in till Strokeregistret. Vi får en bild av att det finns en inarbetad struktur för att följa upp kvalitetsregistret. En årlig rapportering sker vad gäller statistiken till läkarna men även till enhetschefen för vårdavdelningen och stroke teamet. Vi uppfattar däremot inte att öppenvårdsrehabiliteringen är lika delaktiga i detta arbete.

Piteå har valt att inte delta i registrering vad gäller patienter som insjuknat i TIA attack. Det anges att skäl till detta är tillgång på resurser men funderingar finns att rapportera detta.

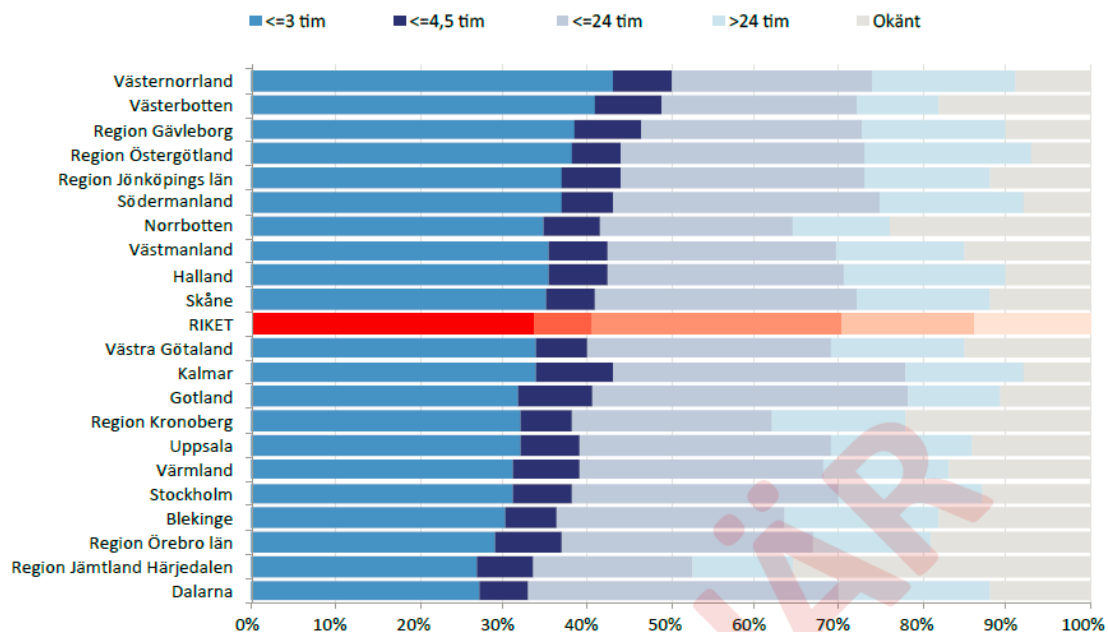
Tidigare genomfört utvecklingsarbete startade utifrån att utvecklingsutrymme identifierats i kvalitetsregisterstatistik.

- Piteå hälsocentral

Vi får en bild av att de via konferenser får information om resultat från kvalitetsregistret.

Källa: preliminär webbrapport Riksstroke<sup>1</sup> utgiven juni 2015. Uttaget 151202.

**Andelen till sjukhus inom 3 timmar (per landsting/region)**



**Figur 12.** Figuren visar andelen som kom till sjukhus inom olika tidsintervall efter strokeinsjuknandet, per landsting/region under 2014.

Källa: webbrapport, sidan 69.

Ovan figur visar andelen patienter som kom till sjukhus i olika tidsintervall.

I nedanstående tabell redovisas andelen per sjukhus i länet i olika tidsintervall.

**Tabell 1.** Andelen patient till sjukhus i olika tidsintervall per sjukhus samt i riket.

Sjukhus	<=3,5 tim Andel, %	<=4,5 tim Andel, %	<=24 tim Andel, %	>24 tim Andel, %	Okänt Andel, %
Gällivare	32	7	37	18	7
Kalix	38	8	23	13	19
Kiruna	29	9	15	26	21
Sunderbyn	37	6	18	10	29
Piteå	37	32	24	8	28
<b>Riket</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>14</b>

Källa: webbrapport, sidan 70-71.

<sup>1</sup> <http://www.riksstroke.org/sve/forskning-statistik-och-verksamhetsutveckling/forskning/arsrapporter/>



**Tabell 2.** Andelen strokepatienter där sväljförmågan undersöktes i anslutning till inläggningen på sjukhus. Per sjukhus och i riket.

Sjukhus	Andel, %
Kiruna	100 <sup>2</sup>
Gällivare	100
Kalix	94
Sunderbyn	94
Piteå	88
<b>Riket</b>	<b>92</b>

Källa: webbrapport sidan 83.

**Tabell 3.** Andelen som blivit bedömd av logoped eller öron-näsa-halsspecialist avseende tal- eller sväljförmåga under vårdtiden, per sjukhus samt i riket.

Sjukhus	Ja, %	Nej, %	Beställt till efter utskrivningen, %
Kalix	40	60	0
Gällivare	39	60	1
Kiruna	35	61	3
Sunderbyn	35	64	1
Piteå	25	73	1
<b>Riket</b>	<b>36</b>	<b>63</b>	<b>1</b>

Källa: webbtabel 11, sidan 14.

**Tabell 4.** Visar andelen strokepatienter som rökte före strokeinsjuknandet som fick information om rökstopp under sjukhusvården.

Sjukhus	Ja, %	Antal	Nej, %	Antal	Ej relevant, %	Antal	Okänt, %	Antal
Gällivare	70	14	0	0	5	1	25	5
Kalix	75	15	0	0	5	1	20	4
Kiruna	75	3	0	0	0	0	25	1
Piteå	37	11	7	2	3	1	53	16
Sunderbyn	88	21	0	0	4	1	8	2
<b>Riket</b>	<b>59</b>	<b>1762</b>	<b>13</b>	<b>389</b>	<b>3</b>	<b>103</b>	<b>25</b>	<b>754</b>

Källa: webbrapport, sidan 109-110.

<sup>2</sup> Kommentar ges i webbrapport om att värdet är osäkert utifrån en täckningsgrad av <75 %.

**Tabell 5.** Andelen patienter med hjärninfarkt utan förmaksflimmer som vid utskrivning behandlades med trombocythämmande läkemedel per sjukhus och i riket.

Sjukhus	Andel, %
Piteå	98
Gällivare	98
Kalix	90
Sunderbyn	88
Kiruna	83 <sup>3</sup>
<b>Riket</b>	<b>89</b>

Källa: webbrapport, sidan 112.

**Tabell 6.** Andelen strokepatienter med hjärninfarkt respektive hjärnblödning som skrevs ut från sjukhuset med någon form av blodtryckssänkande medicinering, 2014. Per sjukhus och i riket.

Sjukhus	Hjärninfarkt Andel, %	Hjärnblödning Andel, %	Alla Andel, %
Gällivare	88	75	88
Kalix	77	80	77
Kiruna <sup>4</sup>	79	100	81
Piteå	75	80	76
Sunderbyn	75	75	75
<b>Riket</b>	<b>78</b>	<b>79</b>	<b>78</b>

Källa: webbrapport, sidan 118-119.

**Tabell 7.** Andelen med statinbehandling efter hjärninfarkt. Per sjukhus och i riket.

Sjukhus	Andel, %
Kiruna	89 <sup>5</sup>
Gällivare	78
Piteå	74
Kalix	65
Sunderbyn	55
<b>Riket</b>	<b>71</b>

Källa: webbrapport, sidan 122.

<sup>3</sup> Kommentar ges i webbrapport om att värdet är osäkert utifrån en täckningsgrad av <75 %.

<sup>4</sup> Kommentar ges i webbrapport om att värdet är osäkert utifrån en täckningsgrad av <75 %.

<sup>5</sup> Kommentar ges i webbrapport om att värdet är osäkert utifrån en täckningsgrad av <75 %.