

Bo Ågren, med dr, överläkare, strokeenheten, internmedicin, Lasarettet i Helsingborg ([bo.agren@helsingborgslasarett.se](mailto:bo.agren@helsingborgslasarett.se))

## Checklista ger säkrare vård vid stroke

■ Ett uttalat önskemål från regeringen är att patienter som vårdas vid sjukhus och inom primärvård och kommuner tydligare ska kunna se resultatet av den vård och omsorg de erbjuds [1]. Enligt propositionen Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården uppdrogs åt Socialstyrelsen att i samverkan med Landstingsförbundet och Kommunförbundet förbättra informationsförsörjningen och verksamhetsuppföljningen inom vård och omsorg.

Inom projektet InfoVU (Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning) arbetar man bl a med att underlätta möjligheterna att koordinera, följa upp och slutligen jämföra vård- och omsorgsinsatser i ett lite längre perspektiv. Man strävar alltså efter generaliserbara uppgifter men fokuserar det praktiska arbetet till fyra olika områden inom vård och omsorg, där stroke är ett av dem.

Ett nationellt politiskt mål är en jämlik sjukvård och omsorg. Uppsatta och jämförbara mål ska kunna förstås av såväl patienten och närstående som vårdgivare, politiker och tjänstemän. Det primära målet för den strokedrabbade kan handla om att överleva sjukdomen. I ett lite längre perspektiv kan det vara att bli oberoende i sina personliga dagliga aktiviteter, t ex vid på- och avklädning och toalettbesök. Men alla patienter når inte dit [2, 3].

En strokeenhets arbetssätt präglas av noggrann planering av patientens fortsatta vård samt samordning med och informationsöverföring till dem som ska svara för den fortsatta vården, omsorgen och rehabiliteringen [4]. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering [5] är just nu på väg att revideras. Detta är speciellt påkallat med anledning av lagen om betalningsansvar, som gäller från 1 juli 2003 och som berör bl a den gemensamma vårdplaneringen (1990:1404).

### Checklista för behovsplanering

Nedan presenteras ett förslag till ett hjälpmedel, en checklista, för att kartlägga och besluta om behov av stöd efter sjukhusvistelse. Behovsbedömning inför utskrivning vid större kvarstående aktivitetsbegränsning hos den strokedrabbade görs i samverkan med patienten, närstående och representanter för aktuella huvudmän.

Listan har tagits fram genom ett antal seminarier runt om i landet med deltagande av framför allt de professioner som svarar för stödinsatserna efter den akuta sjukhusvistelsen vid stroke. Företrädare från främst kommuner och primärvård, som biståndshandläggare, sjuksköterskor, distriktsarbetsterapeuter, distrikts sjukgymnaster och läkare, har deltagit vid seminarierna. Ett par olika referensgrupper har också utvecklat listan, där kompetenser från strokeenheter dominerat. En arbetsgrupp inom InfoVU som arbetar med termer och begrepp har granskat innehållet, och samråd har skett med styrgruppen för Riks-Stroke.

Sjuksköterskan inom den slutna hälso- och sjukvården inhämtar underlag för att upprätta en vårdplan med stöd av

### Sammanfattat



Strokevård bedrivs i en kedja av aktiviteter, där ansvaret för vården och behandlingen av en enskild patient ofta fördelas mellan flera yrkeskategorier.

Genom att underlätta informationsöverföringen mellan vårdgivare kan vården göras säkrare.

Projektet InfoVU arbetar för att informationen om vård och omsorg ska vara tillförlitlig, användbar och enkelt tillgänglig för medborgare, medarbetare och beslutsfattare.

Exempel på detta är en checklista, som består av en samlad tvärprofessionell funktionsanalys och aktivitetsbedömning inför den samordnade vårdplaneringen. Bedömningen skapar förutsättningar för rätt beslut kring de fortsatta insatserna och utgör också ett naturligt underlag för kvalitetsmätning.

checklistan (Fakta 1). Underlaget (C) utgörs av en samlad funktionsanalys (A) och en aktivitetsbedömning (B) som bygger på den av Socialstyrelsen nyligen utgivna svenska översättningen av den internationella klassificeringen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) [6]. Det är angeläget att betona betydelsen av funktionsanalysen och aktivitetsbedömningen, då dessa skapar förutsättningar för rätt beslut kring bl a fortsatta rehabiliterings-, sjukvårds- och omsorgsinsatser. Vid stroke krävs ofta en bred tvärprofessionell samverkan. Gemensam dokumentation till alla berörda stärker helheten i vården och omsorgen kring den det berör.

### Försöksverksamhet pågår

I InfoVUs regi pågår just nu ett försök där checklistan prövas på en strokeenhet. Personal inom de olika professionerna skriver i ett gemensamt dokument, checklistan, och en lokal manual anger vem som ansvarar för vad med hänvisning till ICF. Det är inledningen till det gemensamma dokumentet – från bl a sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut vid strokeenheten – till patienten och dem som kommer att stå för de fortsatta stöd- och rehabiliteringsinsatserna.

Inom sex månader räknar vi med att ha en första utvärdering av dokumentet. Berörd personal kommer att ge synpunkter på hur checklistan fungerat – dels som stöd inför vårdplaneringen, dels som informationsöverföring, dels som underlag för kvalitetsmätning jämfört med tidigare situation.

I funktionsanalysen (A2–10) besvaras kort, punkt för

## II Fakta 1

### Checklistan

Vårdperiod på strokeenheten:

Sjukdomar av betydelse:

Omvårdnadsansvarig sköterska på strokeenheten:

Medgivande från patient/närstående:

#### A. Funktionsanalys inför vårdplanering för kartläggning av eventuellt behov av fortsatt bistånd/behandling efter stroke

1. Riskbedömning: medvetande, andning, fall-/frakturrisik, trycksår, funktioner vid intag av föda, uttalad inaktivitet med bl a risk för blodpropp
2. Sömn, uppmärksamhet, minne
3. Emotionella funktioner, socialt samspel
4. Perception, orientering
5. Läs-, skriv-, språk-, kalkyleringsförmåga
6. Syn, hörsel, vestibulär funktion, känsel, smärta
7. Avförings-/urineringsproblem
8. Rörlighet i leder, muskelkraft, muskeltonus, viljemässiga/icke-viljemässiga rörelser
9. Hudens skydd
10. Ange om funktionsnedsättning (1–9) fanns före aktuellt strokeinsjuknande

#### B. Beroende av annan person (med eller utan hjälpmedel) för att

11. Äta och dricka
12. Röra sig inomhus
13. Röra sig utomhus
14. Klä sig
15. Sköta toalettbehov
16. Tvätta sig inklusive duscha/bada
17. Inta läkemedel
18. Ange om beroende i personlig ADL (11–17) fanns före aktuellt strokeinsjuknande

#### Upprättad vårdplan inför utskrivning

#### C. Beviljat bistånd, rekommendationer och fortsatt planering vid utskrivningen

- I. Ange om oberoende i personlig ADL (14 + 15) bedöms som ett delmål 3 månader efter insjuknande
- II. Boendeform
- III. Beviljat bistånd (korttidsplats, dagverksamhet, hemtjänst, p-ADL/I-ADL, larm, anhörigstöd, färdtjänst, LSS, matleverans etc)
- IV. Sjukvårds-/omvårdnadsinsatser (såromläggning, medicindelning, särskilt vak)
- V. Läkemedelsbehandling (se lista i utskrivningsmeddelande)
- VI. Övriga samhällsinsatser (god man, förvaltare, körkort/vapenlicens)
- VII. Rehabilitering (rehabklinik, hemma, sjukhus/öppen vård, dagtid, dyrare hjälpmedel som elrullstol, bostadsanpassning)
- VIII. Sjukskrivningsgrad, om aktuell
- IX. Sammanboende/närstående
- X. Behandlingsansvarig läkare i öppen vård och tid för första uppföljning
- XI. Tid för IVP utanför lasarettet för ny delmålsgenomgång om aktuellt för SVP

punkt, om funktionsnedsättning föreligger. Om ingen nedsättning föreligger sker bara en avcheckning av den aktuella punkten. För bl a prognosen är det viktigt att med »ja« eller »nej« ange om nedsättning fanns före aktuellt stroke. Riskbedömningen (punkt A1) belyser var klara risker för framtida funktionshinder kan föreligga. Också här gäller det att besvara kort eller med »u a«.

#### Samordnad och individuell vårdplanering

Det är den behandlande läkaren på avdelningen som ansvarar för att en samordnad vårdplanering (SVP) kommer till stånd då behov föreligger. Oftast är det den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan som först inhämtar patientens tillstånd till SVP. Oavsett vem som kommer att stå för insatserna efter utskrivningen är det sjukvårdens uppgift att presentera ett underlag för behovsbedömningen vid SVP. Detta underlag blir ett stöd vid förnyad individuell vårdplanering (IVP) efter utskrivningen från sjukhuset, något som inte är ovanligt.

Den upprättade vårdplanen inför utskrivningen utgör också en rehabiliteringsplan för den enskilde patienten. Därför är det speciellt viktigt att förtydliga vilka insatser som behövs inom området personlig ADL (p-ADL). Det kan gälla stöd för t ex aktiviteter under punkterna B11–B17 eller att förtydliga insatser inom området instrumentell ADL (I-ADL). Det kan innebära hjälp med städning, inköp och/eller matlagning. Viktigt är att beakta patientens önskemål/vilja (under C), speciellt om han eller hon har avvikande uppfattning om t ex det föreslagna boendet efter utskrivningen. Under denna punkt bör också framgå om patienten och eventuell närstående inte har medverkat i vårdplaneringen och, om så är fallet, skälen för detta.

#### Vikten av delmål

Förutsättningen för att meddelande om utskrivning, med uppgift om beräknad utskrivningstid, ska kunna skickas är att det föreligger information om patientens aktuella tillstånd och behov av vård och omsorg. Den gemensamma utskrivningsdokumentationen från landstingets slutna hälso- och sjukvård kan omfatta checklista, upprättad vårdplan, vilka som ansvarar för patientens vård inom slutenvården, inskrivningsorsak, sammanfattning och utvärdering av genomförd vård och behandling men också vem som ansvarar för återbesök, eventuell tid för uppföljning/behandling och om speciella önskemål framkommit från patienten beträffande fortsatt stöd. Efter patientens medgivande, senast samma dag som patienten skrivs ut från slutenvården, skickas denna dokumentation till dem som kommer att stå för de fortsatta stödinsatserna, inklusive patientansvarig läkare i öppenvården, och till patienten.

Vår ambition är att ett delmål i vårdplanen (C1) ska vara att den strokedrabbade tre månader efter insjuknandet uppnår oberoende i sina personliga dagliga aktiviteter vid på- och avklädning och toalettbesök förutsatt att personen klarade det före insjuknandet. Detta är också etablerade kvalitetsmått i Riks-Stroke. Checklistan blir på detta sätt ett underlag inte bara för vårdplanering och informationsöverföring utan också för kvalitetsmätning. Sistnämnda syfte uppfyller framför allt punkterna B11–B17 med fasta alternativ som beskriver beroendegrad.

Den enda kvarstående dokumentationen är sedan en kort medicinsk epikris, som skickas senast inom något dygn efter utskrivningen från behandlingsansvarig läkare i slutenvård till behandlingsansvarig läkare efter utskrivningen. Detta sker vanligtvis tillsammans med en formell remiss för uppföljning.

#### Konklusion

Genom att underlätta informationsöverföringen mellan vårdgivare, med patientens godkännande, kan vården göras säk-

rare. Gemensam dokumentation inför utskrivning av patienten ger mer allsidig bedömning av de behov av fortsatta stödinsatser som finns. Detta skapar också förutsättningar för en utvärdering av gjorda insatser. Att använda kvalitetsmått för målformulering på individnivå ökar delaktigheten i rehabiliteringen. Ett delmål kan vara att av dem som är ADL-oberoende vid av- och påklädning och toalettbesök före stroke ska minst 75 procent vara oberoende också vid en uppföljning tre månader senare med utgångspunkt från nationella data från Riks-Stroke [2, 3].

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Regeringsproposition om stärkta insatser för ett heltäckande och sammanhållet system för verksamhetsuppföljning, informationsöverföring och informationsförsörjning inom vård och omsorg. Proposition 1999/2000:149, avsnitt 7.5.3.
2. Riks-Stroke (2000): Socialstyrelsens medicinska faktabas MARS. <http://www.sos.se/mars>
3. Analyserande rapporter från Riks-Stroke för helåren 1999–2000 och 2001–2002. <http://www.riks-stroke.org>
4. Socialstyrelsen (2000). Nationella riktlinjer för strokesjukvård – version för hälso- och sjukvårdspersonal. <http://www.sos.se/fulltext/fulltext/0000-028-000-028.htm>
5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:32). Informationsöverföring och samordnad vårdplanering.
6. Socialstyrelsen (2003). ICF-publicerat. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.sos.se/>



= artikeln är referentgranskad