

# Strokeuppföljning i västra Östergötland

Enligt Vårdprocessprogram Stroke ska huvudansvaret för rehabiliteringsinsatser styras av patientens behov och inte av boendeform. För att säkerställa att övergången mellan slutenvård, öppenvård och hemsjukvård blir så bra som möjligt har denna arbetsrutin för strokeuppföljning tagits fram.

Patienter som överrapporteras från slutenvården har olika behov av bedömning, uppföljning och/eller träning i hemmet eller på Neurorehab. Det är när patienten har hunnit vara aktiv i sin vardagliga miljö som man har möjlighet att upptäcka nytillkomna, mer diskreta, svårigheter. Därför anses inte patienten vara färdigbedömd förrän de har varit cirka två veckor i sin hemmiljö, efter vistelse inom slutenvård eller på korttidsboende. En uppföljning ska därför alltid göras och det är då viktigt att klargöra vilken sjukvårdshuvudman som har ansvaret. Ansvarig rehabpersonal initierar fortsatta rehabiliteringskontakter om behov av detta finns.

## Överrapportering mellan Rehab Väst och kommunerna i västra Östergötland

### Grupp 1

**Strokeuppföljning/bedömning på mottagning:** Sker på Neurorehab inom 2 veckor.

Om det sedan framgår att patienten inte klarar att ta sig till mottagningen t.ex. vid trötthet sker överrapport från Neurorehab till kommunal hemsjukvård.

Ansvar: Neurorehab.

Tidsperspektiv: Inom två veckor.

Rehabplan: Vid behov.

### Grupp 2

**Översyn av hjälpmedelsbehov och boendemiljö:** Rehabiliteringspersonal i slutenvården bedömer att patienten har ett hjälpmedelsbehov, men inte behov av strokeuppföljning i hemmet. Slutenvården överrapporterar till kommunal hemsjukvård samt till Neurorehab för uppföljning på mottagning inom två veckor.

Ansvar: Betyder att både kommunen och Rehab Väst är ansvariga samtidigt för patienten.

Viktigt med samverkan.

Tidsperspektiv: Omgående.

Rehabplan: Vid behov.

### Grupp 3

**Strokeuppföljning/bedömning i hemmet:** Patienten är i behov av insatsen i hemmet. Kan vara uppföljning som inte kan utföras på Neurorehab, bedömning av hjälpmedelsbehov, hemmiljö, fortsatt träning.

Slutenvården eller Neurorehab överrapporterar till kommunal hemsjukvård eller Specialiserad Rehabiliterande Hemsjukvård(SRH).

Ansvar: Kommunal hemsjukvård eller SRH.

Tidsperspektiv: Omgående.

Rehabplan: Vid behov.

### Överrapportering från kommun eller SRH till Neurorehab

När patienten klarar att ta sig till mottagning, från hemmet eller korttidsboende, för att tillgodogöra sig träning sker överrapportering till Neurorehab muntligt efter samråd med patienten. Även patienter som varit sjuka en längre tid är aktuella. Patientens behov är styrande. Vid samtal med patienten är det viktigt att det tydligt framgår att Neurorehab kallar för bedömning och endast eventuell träningsperiod. Om patienten har rehabplan ska den delges personal på Neurorehab. Neurorehab Motala 010-1048146, Mjölby 010-1048085.

### Följande patientgrupper ska överrapporteras till Neurorehab

- Patienter som fått en uppföljning/bedömning i hemmet men som inte anses behöva fortsatt träning i hemmiljö. Dessa behöver bedömning på mottagning för ställningstagande till eventuell träningsperiod i Neurorehab regi.
- Träningssjukvårdspatienter i kommunal hemsjukvård eller SRH som har behov av fortsatt träning. Träningen kan påbörjas på mottagning även om hemrehabiliteringen inte är avslutad. Vid behov sker träning/åtgärder parallellt. Även patienter som bor på korttidsboende är aktuella.
- Patienter som har för avsikt att återuppta bilkörning och inte har klarat de kognitiva testerna i slutenvården.
- Patienter med icke fastställd strokedagnos men med kvarstående neurologiska symtom efter TIA-diagnos. Kommunal hemsjukvård ringer till Neurorehab för diskussion/rapport.

### Kontakt med logoped och kurator

- Logoped ska kontaktas när patienten är i behov av en sväljbedömning eller språklig bedömning. Kommunerna ska kontakta logoped via logopedernas mottagningstelefon 010-105 99 13 mellan klockan 7.30–12.30. Bedömning görs antingen på mottagning eller via hembesök.
- Kuratorn ska kontaktas när strokepatienter har behov av krisbearbetning och samtalsstöd utifrån livsförändring. Stödet riktar sig till patienter och anhöriga. Kuratorskontakten ska vara väl förankrat hos patient och anhöriga om vad en sådan kontakt innebär och patienten ska själv vilja ha kontakten. Kuratorn ska kontaktas på mottagningsnummer 010-105 99 19 mellan klockan 7.30–12.30. Besök av kurator görs antingen på mottagning eller via hembesök.

## Överrapportering till SRH

Då patienten uppfyller kriterierna för SRH kan överrapport ske till arbetsterapeut 072-210 35 52, fysioterapeut/ sjukgymnast 072-210 41 55 eller till kurator eller logoped på mottagningstelefonerna, se Neurorehab. Skriftlig remiss kan också ske till Rehab väst. Ange SRH eller hemrehab i remissen.

### Ordlista

**Kommunal hemsjukvård** – I detta dokument ett team bestående av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast som jobbar på uppdrag av kommunen. Teamet ansvarar för rehabilitering i patientens boende. I Motala ingår även rehabassistenter.

**Neurorehab** – sker inom Regionens regi och är till för den som drabbats av neurologisk skada/sjukdom och är i behov av rehabilitering. Neurorehab består av team med arbetsterapeut, kurator, logoped och fysioterapeut/sjukgymnast.

**Rehabplan (rehabiliteringsplan)** - upprättas tillsammans med patienten och följer patienten under hela rehabiliteringsprocessen så länge behov kvarstår. I rehabplanen formuleras mål med träningen. Rehabplanen ska utvärderas och revideras kontinuerligt.

**SRH (specialiserande rehabiliterande hemsjukvård)** – Team bestående av arbetsterapeut, kurator, logoped och sjukgymnast som utgår från Lasarettet i Motala. Teamet träffar patienter med en komplex sjukdomsbild som har behov av teambaserad hemrehabilitering.

### Strokebedömning/strokeuppföljning

Patienten ska få en bedömning/uppföljning utifrån de symptom som patienten insjuknade i. Nedan följer **rekommendationer** på olika områden att följa upp, med överrapporterade symptom som grund. arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast inom kommunens rehab ska fråga patienten om samtycke för att ta del av patientens journal. Vid samtycke kan anteckningen utskrivning/avslut i Panorama/NPÖ användas som stöd.

- P-ADL, t.ex. av/påklädning, daglig hygien, matsituation.
- I-ADL, t.ex. matlagning, tvätt, städ, inköp.
- Förflyttningsstatus, till exempel i/ur säng, toalett, dusch, vardagsrum, kök, gång, trapp, in/ut entré.
- Neurologisk status, till exempel tonus, ytlig/djup känsel, styrka, koordination, ROM, balans, yrsel, synfält, kropps- och rumsuppfattning.
- Smärta
- Kognitionsbedömning. Områden att fråga om: telefon, läsa, betala räkningar, TV, larm, minne.
- Hitta i närområde och i hemmet
- Intressen- har patienten hittat tillbaka?
- Hjärntrötthet- stöd i att hitta balans mellan aktivitet och vila. Läsvärd broschyr för patienter och anhöriga finns under länken <http://mf.gu.se/om-mental-trotthet>
- Personlighetsförändringar
- Socialt nätverk- vilka anhöriga är nyckelpersoner och vilken roll vill/kan/bör de ha enligt patienten och anhörig?

Personal bör vara uppmärksam på patientens psykiska välmående. Symptom som bör uppmärksammas hos patient (men även hos närstående) och som föranleder kuratorskontakt kan vara

- Uppgivenhetskänslor
- Hopplöshetskänslor
- Värdelöshetskänslor
- Låg sinnesstämning
- Prat som "det vore lika bra att jag inte fanns"
- Utbrändhet och stressymptom (främst hos anhöriga)

Symptom som föranleder logopedkontakt kan vara

- Svårigheter att svälja, t.ex. dregling, hosta vid måltid, sätter i halsen.
- Svårigheter att uppfatta och förstå tal
- Svårt att hitta ord (ordmobiliseringssvårigheter)
- Mödosamt tal
- ord- och ljud utbyten eller nyordsbildningar

Andra punkter som är viktiga att tänka på/ta ställning till är

- Vilken rehabilitering kan patienten göra själv?
- Vad kan göras med hjälp av närstående?
- Vad kan vara hemtjänst/personals roll?
- Vad blir rehabiliteringspersonalens roll?
- Kan samverkan ske ihop med annan vårdgivare?