

# Konsekvensbeskrivning av riktlinje för ny rehabiliteringsbedömning efter stroke

– av patienter som insjuknat i stroke och som initialt inte har möjlighet att tillgodogöra sig rehabilitering

# Konsekvensbeskrivning av riktlinje för ny rehabiliteringsbedömning efter stroke

- av patienter som insjuknat i stroke och som initialt inte har möjlighet att tillgodogöra sig rehabilitering

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2022-03-12	Version 1.

## Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för ny rehabiliteringsbedömning efter stroke .....	2
Versionshantering .....	2
Sammanfattning .....	4
1. Om konsekvensbeskrivningen .....	4
2. Konsekvenser .....	4
2.1 Omfattning .....	4
2.2 Nyttan eller risker för individen .....	5
2.3 Etiska aspekter .....	5
2.4 Verksamhet och organisation .....	5
2.5 Kostnader .....	5
2.6 Kompetensförsörjning .....	6
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd .....	6
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården .....	6
2.9 Uppföljning .....	6
2.10 Övriga konsekvenser .....	6

## Sammanfattning

En nationell inventering utförd av Nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke 2017, visade att patienters möjlighet till fortsatt stöd och rehabilitering efter akut ineliggande vården varierar mycket i landet beroende på organisation. En del patienter återhämtar sig under slutenvårdsfasen, får en rehabiliteringsbedömning och startar sin rehabilitering. De får en rehabiliteringsplan med sig ut till primärvård och kommun. Andra patienter hinner inte återhämta sig och en rehabiliteringsbedömning under vårdtiden är svår att genomföra. Patienten skrivs ut från slutenvården utan vare sig bedömning eller rehabiliteringsplan.

För en mer jämlik vård bör en rehabiliteringsplan utformas för samtliga patienter som insjuknat i stroke. Rehabiliteringsplanen bör samordnas inom ramen för en samordnad individuell plan. Rehabiliteringsplan dokumenteras i journal och lämnas skriftligen till patient. Patienter som initialt av olika skäl inte kan tillgodogöra sig rehabilitering, eller endast klarar av rehabilitering på en mycket lågintensiv nivå, bör få en ny rehabiliteringsbedömning. Rehabiliteringsbedömningen bör utföras av ett team med strokekompetens cirka 6 veckor efter insjuknandet avseende typ av insats och behandlingsintensitet. Vid oförändrad status bör uppföljande bedömning göras efter 3 månader, 6 månader och 1 år.

## 1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationella arbetsgruppen (NAG) Stroke ansvarar för konsekvensbeskrivningen.

Lars Rosengren, professor och överläkare i neurologi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg är ordförande i NAG Stroke.

Konsekvensbeskrivningen har utarbetats av Anna Brändal (Umeå) inom NAG Stroke

Övriga representanter i NAG Stroke är Mia Von Euler (Örebro), Per Wester (Umeå), Magnus Esbjörnsson (Skåne).

Samtliga representanter har deltagit i arbetet och godkänt det slutliga förslaget.

## 2. Konsekvenser

### 2.1 Omfattning

Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke. Incidensen ökar med stigande ålder och fyra av fem patienter som insjuknar är över 65 år. Var femte person som får stroke avlider inom tre månader. Stroke är den tredje vanligaste orsaken till funktionsnedsättningar och de som överlever får ofta någon form av kvarstående motorisk eller kognitiv funktionsnedsättning och behovet av rehabilitering är stort. Minst 31 % av patienterna som drabbats av stroke har ingen rehabiliteringsplan när de skrivs ut från sjukhuset och får därigenom inte heller någon systematisk uppföljning av rehabiliteringsbehovet. Patienter med svår stroke, och de som initialt har svårt att tillgodogöra sig rehabilitering, flyttas ofta till ett särskilt boende inom kommunal vård och omsorg. Där har patienten endast en liten eller obefintlig möjlighet till individuell rehabilitering i ett senare skede.

## 2.2 Nytt eller risker för individen

En ny rehabiliteringsbedömning cirka 6 veckor efter insjuknandet för patienter som initialt av olika skäl inte kan tillgodogöra sig rehabilitering, eller endast klarar av rehabilitering på mycket lågintensiv nivå, innebär en för patienten ny möjlighet till rehabilitering. Bedömning enligt riktlinjen innebär ingen risk för individen.

## 2.3 Etiska aspekter

Personer som drabbas av stroke kan få funktions- och aktivitetsbegränsningar som påverkar autonomin (som kommunikation, kognition och rörelseförmåga). För de svårast drabbade patienterna är det vanligt och det kan behövas längre tid för återhämtning. Riktlinjen bedöms inte påverka autonomi utan snarare underlätta personens möjlighet till delaktighet i vård och rehabilitering. Riktlinjen kan innebära undanträngningseffekter av andra patientgrupper då riktlinjen innebär att resurser behöver avsättas.

Riktlinjen har inga negativa konsekvenser avseende prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården – människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen eller kostnadseffektivitetsprincipen.

## 2.4 Verksamhet och organisation

Riktlinjen för ny rehabiliteringsbedömning kan innebära ett nytt arbetssätt mellan region och kommunal vård och omsorg då det kan innebära att patienten i ett tidigare skede lämnar sjukhuset för en period av återhämtning i kommunal vård och omsorg.

Vid införandet av riktlinjen är det viktigt med en tydlig ansvarsfördelning i samarbetet mellan aktörer så att patienten får möjlighet till ny rehabiliteringsbedömning av ett team med strokekompetens. I rehabiliteringsplanen ska det framgå tidpunkt och vem som utför den nya rehabiliteringsbedömningen samt att det vid behov finns resurser att genomföra rehabiliteringsåtgärder i ett senare skede.

## 2.5 Kostnader

Genomförande av riktlinjen innebär kostnadsbesparingar för samhället då rehabilitering medför att patienten i ett senare skede blir mer självständig och får ett minskat beroende i aktiviteter i dagliga livet (ADL).

På sjukhusnivå kan införandet av riktlinjen leda till besparingarna då vårdplatser på strokeenheten kan frigöras. Det kan möjliggöra en omfördelning av resurser till rehabiliteringskliniker och skapa möjligheter för rehabilitering av patientgruppen i ett senare skede.

Riktlinjen kan medföra ökade kostnad inom kommunal vård och omsorg då en del patienter överförs till korttidsboende för god omvårdnad och återhämtning innan fortsatt planering av patientens behov.

Inga större investeringar i utrustning, lokaler eller material behövs för att införa riktlinjen.

## 2.6 Kompetensförsörjning

I enlighet med riktlinjen ska en ny rehabiliteringsbedömningen utföras av ett team eller rehabiliteringspersonal (arbetsterapeut, fysioterapeut eller logoped) med strokekompetens. Kompetensen och utbildningsnivån hos team/profession bör likställas med det som finns på en strokeenhet. Teamet eller professionerna som utför riktlinjen bör ha kompetens och utbildning motsvarande den kostnadsfria utbildningen Webb-SKU för att uppnå god strokekompetens.

## 2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Riktlinjen påverkar inte andra kunskapsstöd.

## 2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Riktlinjen bedöms inte påverka andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.

## 2.9 Uppföljning

KVÅ-koderna AW020, Upprättande av rehabiliteringsplan och AW024, Uppföljning av rehabiliteringsplan.

## 2.10 Övriga konsekvenser

Riktlinjen bedöms inte ge några övriga konsekvenser.