

## Regional medicinsk riktlinje

# Tidig understödd utskrivning från sjukhus med rehabilitering i hemmet efter stroke

## Innehåll

Innehåll .....	1
Huvudbudskap .....	1
Bakgrund.....	2
Indikation för behandling/åtgärd.....	2
Behandling- Tidig understödd utskrivning .....	3
Utskrivning - Utvärdering, avslut och informationsöverföring .....	5
Uppföljning .....	5
Vårdsnivå.....	5
Innehållsansvarig .....	6

## Huvudbudskap

- Riktlinjen omfattar personer med lindrig till måttlig stroke vilka bör erbjudas tidig understödd utskrivning från sjukhus med rehabilitering i hemmet efter den inneliggande initiala rehabiliteringen på strokeenhet.
- Målnivå är att  $\geq 25$  % av samtliga strokefall som sjukhusvårdats och skrivits ut till ordinarie boende efter avslutat akut vårdtillfälle har genomgått åtgärden tidig understödd utskrivning.
- Teamet för tidig understödd utskrivning ska utgå från strokeenhet och medverka vid koordinering av utskrivning till hemmet samt utföra rehabilitering i hemmet direkt efter utskrivning.

- Det multidisciplinära teamet ska bestå av arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped, kurator, sjuksköterska och läkare med fördjupad kunskap om strokevård och rehabilitering. Patientens behov ska styra vilka professioners insatser som behövs.
- Teamet ska samordna sina insatser och ha teammöte minst 1 gång per vecka.
- Samverkan ska ske med andra aktörer (till exempel hemtjänst, arbetsgivare, biståndshandläggare) som är viktiga för patienten som drabbats av stroke och dennes närstående.

## Bakgrund

I gruppen mild till måttlig stroke där tidig understödd utskrivning kan vara aktuellt är det vanligt med funktionsnedsättningar som ofta leder till minskad självständighet med begränsningar av aktivitet och delaktighet.

I VGR sjukhusvårdas årligen cirka 3 500 personer för akut stroke. En ökande majoritet skrivs ut till eget boende men uppföljningar visar på kvarstående behov av stöd och rehabilitering efter utskrivning från slutenvården i denna population.

Hälso- och sjukvården bör enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke erbjuda tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet för personer med lindrig till måttlig stroke. För denna grupp kan den initiala rehabiliteringen starta på strokeenhet men fortsätta i hemmiljö med stöd av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med särskild kunskap om stroke. Denna form av rehabilitering är relativt ny men stöds av stark vetenskaplig evidens, och därför är den högt prioriterad i de nationella riktlinjerna och utgör en viktig del i Vårdförlopp stroke och TIA- fortsatt vård och rehabilitering. Åtgärden betraktas som fortsatt strokeenhetsvård i hemmiljö och tillför ett högre värde av rehabiliteringen samtidigt som den frigör platser på strokeenheten. Evidensen understryker att samma stroketeam som koordinerar utskrivningen också bör utföra rehabiliteringen i hemmiljön. Regionen behöver tillse att denna rehabiliteringsform har en tydlig struktur och ett bestämt innehåll och denna riktlinje syftar till att nå regional jämlikhet i tillgång till och innehåll i åtgärden oavsett patientens geografiska hemvist.

### Diagnoskod (ICD-10)

- I61 Hjärnblödning
- I63 Cerebral infarkt
- I64 Akut cerebrovaskulär sjukdom ej specificerad som blödning eller infarkt
- I60 Subaraknoidalblödning (SAB)

## Indikation för behandling/åtgärd

Hälso- och sjukvården bör enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke erbjuda tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet för personer med lindrig till måttlig stroke (prioritet 2). Nationell målnivå enligt Socialstyrelsen:

≥25 % av samtliga strokefall som sjukhusvårdats och skrivits ut till ordinarie boende efter avslutat akut vårdtillfälle bör ha genomgått åtgärden tidig understödd utskrivning.

### **Åtgärdskod**

- ZV025 Öppenvårdsbesök i patients bostad eller motsvarande
- XS902 Teambesök. Används som tillägg om teamet medverkar

## **Behandling - Tidig understödd utskrivning**

Tidig understödd utskrivning fungerar som en länk mellan slutenvården och hemmet och är ett alternativ till sedvanlig rehabilitering på sjukhus. Rehabiliteringen koordineras och utförs av teamet för tidig understödd utskrivning som utgår från sjukhuset. En person kan under rehabiliteringsperioden ha samtidiga behov av kommunal vård och omsorg, vilket ej utgör ett hinder för åtgärden. Personcentrerad rehabilitering, klar struktur och tidsplan samt säkerställd informationsöverföring skapar trygghet och tydliga ramar för personen som haft stroke och kan underlätta övergången till nästa del i vårdkedjan.

### **Team**

Det multidisciplinära teamet består av arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, logoped, läkare och sjuksköterska. Teammedlemmar bör ha fördjupad kunskap om strokevård och rehabilitering, definierat som strokekompetensutbildning, förslagsvis Webb-SKU, omfattande minst 3 högskolepoäng. Expertkunnande definierat som 15 högskolepoäng inom neurologisk rehabilitering är önskvärt. Personens behov styr vilka professioners insatser som behövs men tillgång till samtliga ska säkerställas vid behov. Teamet samordnar insatser och har teamträffar minst en gång per vecka med utgångspunkt från personens behov och rehabiliteringsplan.

Teamet arbetar främst i personens hem men kan också finnas tillgängligt digitalt eller per telefon under pågående rehabiliteringsperiod. I dessa fall kan digital utrustning tillfälligt placeras hos personen och teamet ansvarar för att säkerställa att personen känner sig trygg med användandet och besitter kompetens att hantera digital utrustning.

### **Vård- och rehabiliteringsperiod**

Tidig understödd utskrivning bör erbjudas personer med lindrig till måttlig stroke som skrivs ut till hemmet. Teamet på strokeenheten identifierar personer som inte längre har behov av inneliggande vård och rehabilitering och där utskrivning till hemmet är aktuellt. Behovet av fortsatta åtgärder i hemmiljö bedöms och personen informeras om möjlighet till tidig understödd utskrivning. Om denne tackar ja, ges anpassad information muntligt och skriftligt. Närstående involveras med personens samtycke.

En medlem i teamet för tidig understödd utskrivning tar kontakt med personen som haft stroke på sjukhuset och deltar i planering av utskrivning och fortsatta åtgärder tillsammans med personen och närstående. Om möjligt formuleras målsättning med

tidig understödd hemgång redan innan utskrivning. Rehabiliteringen fortsätter i hemmet i direkt anslutning till utskrivning.

Hur ofta rehabiliteringsbesöken genomförs och hur länge rehabiliteringen ska pågå utgår från rehabiliteringsplanens målsättning och styrs av patientens behov av rehabilitering på specialistnivå. Personen som haft stroke uppmuntras att också träna själv och successivt ta mer ansvar för sin rehabilitering. Insatserna kan glesas ut allteftersom personen som haft stroke och närstående upplever att de kan hantera sin vardag på ett säkert sätt. Beroende av personens behov bör teamet kunna erbjuda flera besök per vecka för att senare anpassa besöksfrekvensen till förbättringsförloppet. Då rehabiliteringsbehovet efter stroke ofta är långvarigt kan det vara aktuellt med andra rehabiliteringsinsatser, såsom dagrehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering, rehabilitering på primärvårdsnivå eller kommunal rehabilitering efter det att tidig understödd utskrivning avslutats.

### **Patientkontrakt och Rehabiliteringsplan**

Ett skriftligt patientkontrakt innehållande en sammanhållen planering inklusive rehabiliteringsplan, fast vårdkontakt och överenskomna tider bör medfölja personen från strokeenheten till tidig understödd utskrivning. Om ingen rehabiliteringsplan upprättats under vårdtiden på strokeenhet ansvarar den första professionen som gör hembesök för upprätta en sådan.

Patientkontraktet inklusive rehabiliteringsplanen används sedan för att tydliggöra och kommunicera kring personens vård- och rehabiliteringsprocess. I rehabiliteringsplanen konkretiseras mål och planerade insatser, uppskattad rehabiliteringstid och utvärdering, uppföljning samt informationsöverföring till nästa del i vårdkedjan dokumenteras.

Patientkontrakt inklusive tydlig rehabiliteringsplan möjliggör för person som haft stroke att vara delaktig i vård- och rehabiliteringsprocessen och vikten av att ta vara på individens egna resurser understryks. Personen uppmuntras att formulera sina mål. I samband med målformulering och utvärdering kan olika självskattningsskalor användas för att underlätta dialog. Planen görs tillgänglig för samtliga i teamet att dokumentera i.

### **Åtgärder som utförs inom ramen för Tidig understödd utskrivning**

Val av träningsaktiviteter som erbjuds inom ramen för tidig understödd utskrivning utgår från personens individuella behov och målsättning. Åtgärder fokuserar på vardagliga aktiviteter/situationer i och utanför hemmet såsom matsituation, toalettbesök, påklädning, dusch/bad, matlagning, städning, inköp av matvaror, samspel och kommunikation med omgivning, förflyttning i inom- och utomhusmiljö, trappgång, resor såsom transport med buss och balansträning. Exempel på andra åtgärder innefattar att ge och följa upp information kring sjukdomen (till exempel orsak, prognos, riskfaktorer, medicinering, livsstilsfaktorer), psykologiskt stöd till personen och närstående, praktiska råd kring anpassning och prioritering av aktiviteter, sömn, trötthet, fysisk aktivitet och hjälpmedel. Åtgärder sker i samverkan

med andra aktörer (till exempel hemtjänst, biståndshandläggare, arbetsgivare) som är viktiga för personen som drabbats av stroke och dennes närstående.

De olika professionerna i teamet har olika ansvarsområden, samverkar nära och har kunskaper att genomföra åtgärder som i vissa delar överskrider traditionella yrkesgränser.

## Utskrivning - Utvärdering, avslut och informationsöverföring

Rehabiliteringsperioden avslutas när personen har uppnått målen för tidig understödd utskrivning enligt rehabiliteringsplanen. Teamet bör ha en rutin för hur processen avslutas som följer utskrivningsprocessen enligt Vårdförlopp stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering. Utskrivningsprocessen syftar till att sammanfatta utförda insatser, resultat, fortsatta vård- och rehabiliteringsbehov samt säkra övergången till nästa vårdgivare.

Ett gemensamt möte med personen som haft stroke, närstående och involverade teammedlemmar bör vid behov erbjudas. Mötet syftar till att öka personens delaktighet i att utvärdera sina mål och identifiera nya, stämma av med teamet och planera för fortsatt rehabilitering.

Rehabiliteringsplanen sammanställs och patientkontraktet revideras. Teamet säkerställer att personen har tillgång till patientkontraktet inklusive sin rehabiliteringsplan efter utskrivning. Vid behov av fortsatta vård- och rehabiliteringsinsatser sker informationsöverföring till nästa instans i vårdkedjan i samråd med personen.

## Uppföljning

Uppföljning av andel personer med stroke som erhåller tidig understödd utskrivning följs kvartals- och årsvis via det nationella kvalitetsregistret Riksstroke.

Regionalt processteam stroke ansvarar för att följa upp hur regionens strokeenheter tillämpar de regionala riktlinjer för teamutformning och geografisk täckning som anges i detta dokument.

## Vårdnivå

Ställningstagande och utförande görs på regionnivå vid respektive sjukhus.

## Utarbetad av

Charlotte Wassenius, Fil. Dr, specialistarbetsterapeut Södra Älvsborgs Sjukhus, medlem Regionalt processteam stroke

Åsa Rejnö, Docent, sjuksköterska, Skaraborgs sjukhus, processledare för Regionalt processteam stroke.

Maria Davidson, överläkare, Neurologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset,  
ordförande för Regionalt processteam Stroke.

## Innehållsansvarig

Samordningsråd Neurologi

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Regional medicinsk riktlinje, RMR

**Gäller för:** Västra Götalandsregionen

**Innehållsansvar:** Mikael Edsbagge, (miked), Sektionschef

**Godkänd av:** Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

**Dokument-ID:** SSN12865-780821730-654

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2024-12-20

**Giltig till:** 2026-12-20