

Gapanalys - Konsekvensbeskrivning

210305
Stefan tar kontakt med HSLG och återkopplar till LAG Stroke. Eventuella kompletteringar kan behövas. Återkopplingen ej protokollförd.

Vårdförlopp: Stroke och TIA
Processledare: Martin Johansson

Datum: 2021-01-04

Rekommenderat läge Vårdförlopp	Nuläge - vad finns	Gap - vad saknas	Identifierade åtgärder	Prio åtgärder 1-3	Resurs behov A-C
B Beslutsblock: prioriteringsnivå ambulanstransport. Utlarmning av ambulans/ambulanshelikopter enligt prioritet 1 eller 2	Ambulans: Tidsgräns för prio 1 är ändrad.	Rutin för prioritet 1	Rutin tas fram som omfattar alla tre sjukhusen	1	A
D Beslutsblock: Strokalarm. Stroke hos patient som är på sjukhus	Tidsgräns för prio 1 ändrad.	Rutin för prioritet 1/strokalarm	Rutin tas fram som omfattar alla tre sjukhusen	1	A
E Utredningsblock: första omhändertagande på sjukhus. Screening av vitala funktioner.	Görs till stor del men användning av NIHSS kan öka	Strukturerad användning av NIHSS	Utbildning av sjuksköterskor på strokeenheterna, AT-läkare och andra läkare i NIHSS. Pågår.	1	A
G Utredningsblock: Akut bilddiagnostik. •Datortomografi (DT) + datortomografiangiografi (DT-ai) utförs inom 15 min från ankomst till sjukhus och bedöms snarast	Ambulans väntar inte tills svaret kommit idag. DT inom 15 min klarar man dagtid på alla tre sjukhus. Nattetid i Lindesberg och Karlskoga har rtg inställelsetid på 30 min.	Röntgenpersonal med inställelsetid på 15 min i Lindesberg och Karlskoga	Röntgenpersonal jourtid med 15 min inställelsetid.	1	C
N Behandlingsblock: akut behandling vid intracerebralblödning. Bedömning av neurokirurg/neurointerventionist för åtgärd och eventuellt övertag	Rutiner för bedömning av neurokirurg saknas	Rutin för bedömning av neurokirurg.	Ett gemensamt vårdprogram tas fram, arbete pågår.	1	A
O Val av vårdnivå för vidare åtgärd - Strokeenhet	All personalen på strokeenheterna har ej genomgått strokekompetensutbildning. Utmaning utifrån stor omsättning på personal. 1-2 kurser pågår nu men behov finns av fler platser. Utbildningen följer http://www.webbsku.se/	Strokekompetensutbildning som når flera.	Starta upp fler kurser för strokekompetensutbildning. Utse kursansvariga.	1	A

Gapanalys - Konsekvensbeskrivning

R Medicinsk utredning - levnadsvanor	Nuvarande inskrivningsrutin fångar inte samtliga levnadsvanor	Rutin för att fånga levnadsvanor vid inskrivning	Inskrivningsmallen för de tre sjukhusen kompletteras med alla fyra levnadsvanor - strokesjuksköterskorna tar fram förslag	2	A
S Utredningsblock: funktions och aktivitetsförmåga	Görs, men gemensam rutin saknas	Gemensam struktur för mer systematisk och likvärdig bedömning	Ta fram gemensam rutin för bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga. Uppdrag till rehab?	2	A
W Behandlingsblock: Åtgärder för att förbättra funktions och aktivitetsförmåga	Afasi - Intensiv språklig träning (4 tim/v och totalt ca 60 tim träningstid) kan ej erbjudas på något av sjukhusen. Varierar mellan sjukhusen hur mycket som kan erbjudas men ca en gång i veckan under en kortare tid, 45 min per gång. Under träningsperiod på rehabmedicin kan 2-3 gånger per vecka erbjudas, 30-45 min.	Enligt socialstyrelsens beräkningar har ca 25% av de som är aktuella för rehabiliteringsinsatser efter stroke kvarstående språksvårigheter. Av dessa uppskattar man att ungefär hälften är aktuella för intensiv afasibehandling. För Örebro län motsvarar det ca 55 personer/år (2019 års siffror).	Utökning av logopedresurs. Utifrån socialstyrelsen beräkning ca 4-5 tjänster i länet.	1	C
X Information om funktions- och aktivitetsförmåga	Information finns idag på olika ställen	Samlat informationsmaterial gemensamt för sjukhusen.	Strokesjuksköterskorna tar fram gemensamt informationsmaterial.	2	A
Ö Beslut: Rehabilitering på strokeenhet	Totalt 5-7 rehab-platser finns för varierade rehab-diagnoser, för personer i yrkesverksam ålder på Rehabmedicin, USÖ. Platserna är länsgemensamma. På Rehabmedicin slutenvårdsrehab passerar under ett år ca 20 strokepatienter. Rehabplatser finns ej för personer över yrkesverksam ålder.	Rehabplatser inom slutenvård för personer över yrkesverksam ålder saknas. Rehabinsatser på kommunernas korttidsenheter och i hemvård är begränsade.	Utreda möjlighet till utökning av rehabplatser inom slutenvården.	1	C

Prio åtgärder 1-3

1 - högsta prioritet

Resursbehov

A - klarar inom planerad verksamhet

B - behov av tillfälligt mindre stöd < 250 tkr (ex äska medel)

C - större resursförändring - prioritering i HSLG (behöver förtydligas i underlag, riskanalys)