

Riksföreningen för
DISTRIKTSKÖTERSKOR



2005-06-20

Remissvar angående Socialstyrelsens riktlinjer för strokesjukvården 2005

Allmänna reflektioner

Riksföreningen för distriktsköterskor tackar för möjligheten att besvara denna remiss och för tillfället att yttra sig över dessa riktlinjer.

Riksföreningen för distriktsköterskor anser att kunskapsunderlaget i riktlinjerna är mycket gedigna och väl genomarbetade. Vi ser att möjligheterna att följa upp vården genom öppna redovisningar i kvalitetsregister ställer stora krav på att ta fram uppföljningsbara kvalitetsmått. Vi anser dock att kunskapsunderlaget *än mer skulle kunna utgöra underlag för att utveckla ytterligare relevanta kvalitetsmått*. Detta skulle ge större möjlighet att följa utvecklingen av strokevården både i den akuta fasen men också hela i eftervården.

Riksföreningen för distriktsköterskor saknar skrivningar om patientens kunskap och erfarenheter i dokumentet och anser att det är av stor betydelse att patienter involveras i riktlinjearbete.

Patienters kunskap behövs för att utveckla det bästa omhändertagandet. Att patienten ska känna trygghet, tillit och kontinuitet torde vara centrala hörnstenar i vården av de strokedrabbade

Genomlysning av kunskapsläget inom stroke har på ett mångfacetterat sätt belysts i dokumenten. Mycket fokus ligger på det akuta omhändertagandet vilket är otroligt viktigt, men med den befolkningsstruktur vi har idag och den pågående reorienteringen av sjukvård från slutenvård till primärvård så borde primärvården behandlas, i lika hög grad som akutvården. Stroke är ju ett tillstånd med ofta livslånga funktionella nedsättningar som individen måste tackla i sin vardag och där är primärvård (både kommunal och landstingsstyrd) den närmsta och främsta vårdinstansen. Speciellt viktigt uppfattar vi att satsa på förebyggande insatser vilket på lång sikt torde minska incidensen.

Att patienter vid insjuknande ska ha ett snabbt omhändertagande, bedömning och omhändertagande på strokeenhet kommer att ge drivkraft åt ett förtydligande av vad som utgör en "strokeenhet". Detta behövs för att säkerställa vilka kompetenser och erfarenheter som behövs för att vården vid en strokeenhet ska fungera som en av de viktigaste kvalitetsfaktorerna. Men denna kompetens behövs även i den rehabiliterande vården och tillika i den fortsatta eftervården i hemmet och i särskilda boendeformer såsom sjukhem. I en ny avhandling (Kumlien, S 2005) förtydligas att det är patienter med de svåraste resttillstånden som finns i sjukhemsvården där det många gånger finns ringa eller mycket låg kompetens avseende vård av strokedrabbade. Stroketeam i primärvården anser vi behöver utvecklas. Strokedrabbade patienter och närstående behöver lättillgänglig och specialiserad personal av flera kategorier som dessutom har en stor kunskap om samhällets resurser. Det är

också viktigt att ett sådant team överför kunskaper till alla utförare av vård. Tidigt omhändertagande är av stor betydelse för allvarlighetsgraden men mycket finns att vinna på att patienter med restillstånden får en fortsatt rehabiliterande vård under lång tid.

Specificerade synpunkter på dokumenten

Socialstyrelsen riktlinjer för strokevården är väldigt omfattande och precis som det beskrivs kommer att de att vinna på en tydlig uppdelning riktat till målgrupper och vårdområden.

Riktlinjernas användbarhet ökar dessutom om dokumentet delas upp på de olika fokusområdena. Vården behöver enkla tumregler och vårdprogram för att det ska kunna utgöra det dagliga stödet i det kliniska arbetet. Det finns risker i den vertikala prioriteringen att många åtgärder som är av omvårdnads- och rehabiliterade art är lägre prioriterat, eller inte ens finns medtaget som en åtgärd, t ex vikten av sömn och vila eller bemötande utifrån den enskildes förutsättningar samt delaktighet i de olika beslutsprocesserna. Detta är troligtvis beroende på, och som mycket riktigt beskrivs i dokumentet, att det fortfarande saknas den typ av studier som har högst bevisvärde i denna prioriteringsdiskussion.

Det behöver läggas mer resurser på att sprida ut forskningsrön till primärvården så att de inte fastnar inom den specialiserade vården. Många av de prioriterade åtgärderna hamnar på primärvårdens lott. Tyvärr så saknas ekonomiskt incitament för dessa prioriterade insatser såsom stöd till rökstopp, och förändring av livsstil. Det är ju områden, förutom rökningen, som är undermåligt dokumenterade vad gäller effekter men med ett tryck från Socialstyrelsen så kanske möjligheten för primärvården skulle öka för att utföra och utvärdera den typen av preventiva insatser. Sekundärprevention för fall, trycksår, smärta, urineringsbesvär, nedstämdhet, ångest är också primärvården och distriktssköterskornas ansvarsområde tillsammans med läkarna. Demens som komplikation till stroke bör också beaktas.

Riksföreningen för distriktssköterskor önskar att följande ytterligare förtydligas:

- Kvalitetsindikatorerna måste stämma överens med kunskapsunderlaget och viktiga kvalitetsmått måste kunna fångas i hela vårdkedjan.
- Rangordningslistan måste kunna spåras i kvalitetsuppföljningen för att säkerställa att de högst prioriterade åtgärderna får genomslag i vården av de strokedrabbade och att ytterligare registreringar behöver göras.
- Ytterligare måste vården när patienten vårdas i det egna hemmet eller i särskilt boende kunna följas upp. Mått för patientmedverkan måste utvecklas ytterligare samt indikatorer avseende vilka underlag som används inför beslut hur den fortsatta vården ska utformas för den enskilde.
- När det gäller dokumentationen av patientens delaktighet, saknas den i översikten över ändamålsenlig vårddokumentation men återfinns som kvalitetsindikator, i form av beskriven upplevelse och önskemål samt att åtgärderna är beslutade i samförstånd. Det vore önskvärt att dela upp indikatorn om upplevelse av vården ytterligare så att bemötande, information etc. fick egna indikatorer. Det skulle också ingå en processindikator, vad gäller upplevelse, för att på så sätt kartlägga hur bemötande och information ges avseende både formerna och innehållet. Vet vi något om vad dessa patienter tycker sig behöva? För patienterna är informationsvärdet annorlunda än för personalen. Det är därför viktigt att kartlägga vilken typ av stöd som patienterna anses sig behöva.

Avseende föreslagna indikatorer anser vi att följande behöver förtydligas

Ang indikatorer 5 a+b

Avseende att ange som felkälla att patienten” uppgivit felaktiga uppgifter” kan inte vara förenligt med respekt för patient.

Ang indikator 8 uttrycks det i likaledes som felkälla i att angiven tidpunkt för symptomdebut. Formuleringar som sådana kan uppfattas som om att patienten skulle vilseleda professionen.

Ang indikator 16 så uppfattar vi att den hör bättre hemma inom indikatorområdet vård i rimlig tid.

Ang indikator 18 så är det vår absoluta mening att patients delaktighet måste även få uttryckas av patienten och närstående. Att endast utgå från vårddokumentation där vårdgivares uppfattning om delaktighet återspeglas kan innebära att patienten inte ges möjlighet till att vara delaktig. Det behövs mer direkta mått där patientens delaktighet i beslut kan spåras.

Ang indikator 20 önskar vi att detta också måste tydliggöras i ett vårdkejdperspektiv när patienten förflyttas mellan de olika vårdformerna. Var fångas denna information?– Är det vid samliga vårdenheter där patienten vårdas eller är det vid den sista?

Ang indikator 26 önskas ett förtydligande av eget boende. Är det ökade insatserna för att möta behovet av hjälp man vill fånga in så behövs detta uttryckas tydligare.

Ang indikator 28 så är det även där skillnaden före och efter stroke som ska fånga graden av oberoende i förhållande till tidigare behov före insjuknandet.

Ang indikatorer för prevention

Vi ser det som ett viktigt framgångskoncept att inom preventionsområdet ytterligare förtydliga åtgärden att diskutera livsstil. Distriktssköterskan spelar stor roll i det preventiva arbete såsom vid blodtryckskontroller och stöd i samband med livsstilsförändring t.ex. vid övervikt och fysisk inaktivitet. Vi önskar därför att åtgärd såsom förebyggande insatser och t.ex. motiverande samtal följs upp rutinmässigt och systematiskt. Detta borde kunna följas i register för att möjliggöra huruvida preventiva insatser minskar incidens i stroke. Detta innebära också att så väl nämnare som täljare behöver tydliggöras t.ex. andel rökare som slutat och vidmakthållit rökstopp.

Fortfarande saknas en genomlysning av livsstilsförändrade enskilda åtgärder och inte som här beskrivet i klump. Det skulle vara av stor betydelse om det i dessa riktlinjer klargjordes behovet av tidig riskbedömning liksom att förebyggande livsstilsinsatser framhävs.

Sammanfattningsvis så anser Riskföreningen för distriktssköterskor att dessa riktlinjer behöver finna sina former och diskuteras vidare ute i vården som en del i implementeringen av riktlinjerna. Önskvärt vore att Socialstyrelsen samlar erfarenheter utifrån de vårdprogram som blir resultat av dessa riktlinjer för att diskutera framtida enhetliga vårdprogram så att en god vård på lika villkor kan beskrivas och tillhandhållas.

Riksföreningen för distriktssköterskor ser att dessa riktlinjer, om de kommer till användning, kommer att innebära förbättringar men att det krävs att man formulerar tydliga och enkla vårdprogram och tumregler inom varje enskilt område.

Riskföreningen för distriktssköterskor

Inger Rising

ordförande

Manganvägen 42

187 46 Täby

epost.inger.rising@sll.se