

# POST-STROKE-CHECKLISTA från Nationella Arbetsgruppen för Stroke

Post-Stroke Checklistan (PSC) är framtagen för att hjälpa vårdgivare att identifiera hälsoproblem efter stroke, vilka är möjliga för åtgärd eller remittering. PSC är en enkel och lättanvänd checklista. Det är tänkt att man går igenom den tillsammans med patienten och vid behov med hjälp av anhörig/vårdare. PSC erbjuder ett standardiserat arbetssätt för identifiering av långvariga hälsoproblem hos personer med stroke och ger vägledning för remittering till lämplig instans och vidare behandling.

**Användningsföreslag:** Varje numrerad fråga ställs till patienten och svaret markeras i "svarsdelen". Generellt sett, om patientens svar är "NEJ", journalför och följ utvecklingen vid nästa kontakt. Om patientens svar är "JA", gå vidare med föreslagen åtgärd. Tänk på att föreslagen åtgärd i checklistan är tänkt som en vägledning och att JA- respektive NEJ- alternativen kan och bör anpassas efter lokala förhållanden.

Patientens namn och personnummer:

Ifylld av:

Datum:

Vid återkommande uppföljning: anpassa genom att byta ut "efter din stroke" till "senaste uppföljning (vårdbesök)"

<b>1</b> Sekundär prevention Har du fått råd om hälsorelaterade livsstilsförändringar eller medicin för att förhindra en ny stroke?	JA <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	NEJ <input type="radio"/>	Risikfaktorbedömning och ställningstagande till behandling. Se även PSC kompletteringsfrågor.
<b>2</b> Aktiviteter i dagligt liv (ADL) Har du <b>svårare</b> att klara dig själv i vardagliga aktiviteter <i>efter din stroke</i> ?	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Har du svårigheter att klä dig, tvätta dig och/eller duscha själv? Har du svårigheter att laga varm dryck och/eller mat? Har du svårigheter att ta dig utomhus? <b>Om JA</b> på någon av frågorna lämna över till ett stroketeam eller lämplig profession (t.ex. sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut) för ny rehabiliteringsbedömning (inkl hjälpmedel). Kontakta biståndshandläggare vid behov av social utredning ex LSS, vårdplanering.
<b>3</b> Rörlighet Har du <b>svårare</b> att gå eller förflytta dig säkert från säng till stol <i>efter din stroke</i> ?	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Har du pågående rehabiliteringsinsatser? <b>Om NEJ</b> , lämna över till stroketeam eller lämplig profession (t ex arbetsterapeut eller fysioterapeut) för ny rehabiliteringsbedömning inkl hjälpmedel och fallpreventiva insatser. <b>Om JA</b> , journalför och undersök vid nästa kontakt
<b>4</b> Spasticitet Har du en <b>ökad</b> stelhet i armar, händer och/eller ben <i>efter din stroke</i> ?	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Hindrar detta dig i vardagliga aktiviteter? <b>Om JA</b> , remittera till läkare, fysioterapeut eller arbetsterapeut, med kunskap om spasticitet efter stroke, för vidare bedömning och diagnos. <b>Om NEJ</b> , journalför och undersök vid nästa kontakt.
<b>5</b> Smärta Upplever du någon <b>ny</b> smärta <i>efter din stroke</i> ?	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Konsultera läkare med kunskap om smärta efter stroke för vidare bedömning och diagnos. Överväg att remittera till fysioterapeut för bedömning av symtom med ursprung från rörelseapparaten, tex. snedbelastning.
<b>6</b> Inkontinens Har du <b>mer</b> problem att kontrollera din blåsa eller tarm <i>efter din stroke</i> ?	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Bedömning av läkare, sjuksköterska och/eller fysioterapeut med kunskap om inkontinens. Eventuellt remiss till inkontinensmottagning.

<p><b>7</b> <b>Kommunikation</b></p> <p>Upplever du att det är <b>svårare</b> att kommunicera med andra människor <i>efter din stroke</i>?</p>	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Remiss till logoped för ytterligare bedömning.
<p><b>8</b> <b>Sinnesstämning</b></p> <p>Känner du <b>mer</b> oro eller nedstämdhet <i>efter din stroke</i>?</p>	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Konsultera läkare på vårdcentral för bedömning. Lämna eventuellt över till kurator eller psykolog.
<p><b>9</b> <b>Kognition</b></p> <p>Upplever du att du har <b>svårare</b> att tänka, koncentrera dig eller minnas <i>efter din stroke</i>?</p>	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Begränsar detta ditt deltagande i aktiviteter? <b>Om Nej</b> , följ utvecklingen vid nästa kontakt <b>Om JA</b> , remittera till annan vårdgivare med kunskap om kognitionsförändringar (överväg remiss till specialiserad öppenvård).
<p><b>10</b> <b>Livet efter stroke</b></p> <p>Upplever du att saker som är viktiga för dig blivit <b>svårare</b> att genomföra <i>efter din stroke</i>? (t. ex fritidsaktiviteter, intressen, arbete, liksom relationer till närstående, om det är relevant).</p>	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Om svårighet att arbeta, bedömning av läkare för ev. fortsatt sjukskrivning och/eller bedömning av arbetsförmåga. Hänvisa i övrigt till lämplig profession/instans såsom patientorganisationer (se nedan), eller kurator. Bemöt funderingar till exempel om sexualliv.
<p><b>11</b> <b>Familjeförhållanden</b></p> <p>Upplever du att ditt förhållande till din familj blivit <b>mer</b> komplicerat eller stressfyllt <i>efter din stroke</i>?</p>	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Planera nästa primärvårdsbesök tillsammans med patient och familjemedlem. Eventuell kontakt med kurator, psykolog eller kommunens anhörigstöd. Hänvisa till relevanta patientorganisationer (Stroke-Riksförbundet, Afasiförbundet, Neuroförbundet).
Tilläggsfrågor:		
<p><b>12</b> <b>Trötthet (Fatigue)</b></p> <p>Upplever du en <b>ökad</b> trötthet som påverkar din förmåga att träna eller utföra andra aktiviteter <i>efter din stroke</i>?</p>	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Ge information om hjärntrötthet. Hänvisa till läkare och/eller arbetsterapeut eller annan vårdgivare med kunskap om hjärntrötthet för utredning av bakomliggande orsaker (överväg remiss till specialiserad öppen vård).
<p><b>13</b> <b>Munhälsa, sväljning och nutrition</b></p> <p>Har du <b>svårare</b> att sköta din munhygien, att äta eller svälja <i>efter din stroke</i>?</p>	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Har du svårt att sköta din munhygien? Har du nedsatt aptit? Har du svårt att äta/svälja? Har du gått ner i vikt? <b>Om JA</b> , på någon av frågorna remittera till lämplig profession (tandläkare/tandhygienist, läkare, sjuksköterska, logoped, dietist) för ytterligare bedömning.
<p><b>14</b> <b>Andra utmaningar</b></p> <p>Har du några övriga utmaningar eller bekymmer som påverkar din återhämtning och/eller som orsakar dig svårigheter <i>efter din stroke</i>? (Ex. balansproblem, synbesvär, uppmärksamhet, sexualliv, rädslor).</p>	NEJ <input type="radio"/>	Följ utvecklingen
	JA <input type="radio"/>	Planera ett nytt primärvårdsbesök och initiera eventuell utredning, kontakt med kurator, psykolog, kommunens anhörigstöd eller brukarorganisation (se ovan).

## Uppföljning TIA/Stroke

Kompletterande frågor till post stroke checklistan. Besvaras vid teamrund eller läkarbesök.

Område			JA	NEJ	Åtgärder
<b>1</b> <b>Levnadsvanor</b>	Team	Röker du? Dricker du alkohol? Är du fysiskt aktiv? Har du bra kostvanor? Upplever du stress?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Om behov av förändring:</b> information om rökavvänjning, alkohol, fysisk aktivitet, kostvanor och stresshantering. Ställningstagande till remiss(er).
<b>2</b> <b>Prover</b>	Läkare	<i>Labbprover:</i> Blodstatus Elektrolyter, kreatinin Blodfetter, ALAT Lipider B-glukos	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Om avvikande,</b> ställningstagande till utredning.
<b>3</b> <b>Blodtryck/EKG</b>	Läkare	<i>Undersökningar:</i> Blodtryck:  Målblodtryck uppnått? EKG Förmaksflimmer	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Om målblodtryck ej uppnått,</b> ändra medicinerings.  <b>Om förekomst av förmaksflimmer,</b> ta ställning till orala antikoagulantia.
<b>4</b> <b>Läkemedel</b>	Läkare	Blodtryckssänkare Trombocythämmare Orala antikoagulantia Lipidsänkare	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Om ja,</b> medicinförändringar vb. och beakta ev. biverkningar <b>Om nej,</b> ta ställning till om läkemedel bör sättas in eller om ej aktuellt.
<b>5</b> <b>Bilkörning</b>	Läkare	Har du körkort? Kör du bil?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Om ja,</b> bedöm kör lämplighet. Om fortsatt körförbud: beslut om tid för ny bedömning, remiss körkortsutredning eller anmälan till Transportstyrelsen.
<b>6</b> <b>Vapen</b>	Läkare	Har du vapenlicens? Har du vapen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Om ja,</b> bedöm om patienten är olämplig att inneha vapen och i så fall anmälan om vapeninnehav till polisen.
<b>7</b> <b>Sjukskrivning</b>	Läkare	Yrkesarbetar du? Om ja, hur fungerar det att arbeta? Är sjukskrivning aktuell?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Om ja,</b> Ta ställning till och fyll i sjukintyg. Överväg remiss arbetsförmågebedömning och arbetsinriktad rehabilitering.
<b>8</b> <b>Uppföljning</b>	Team	Har tid för ny uppföljning bokats in?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Om ja,</b> Vårdnivå? När? Form (vem/vilka)?