



Kristianstads kommun



**Centralsjukhuset Kristianstad**  
En del av Region Skåne

**Lokalt vårdprogram  
Riktlinjer för omhändertagande av  
personer med stroke  
i samverkan mellan Region Skåne och  
Kristianstads kommun**



# Innehållsförteckning

## Bakgrund

Stroke  
Stroketeam  
Vårdkedja  
Samordnad vårdplanering (SVPL)  
Vård- och omsorgsplan i samverkan (VOPS)  
Nationella riktlinjer 2005

## Syfte

## Metod

## Genomförande

## Riktlinjer

Att vara närstående  
Flödesschema och ansvarsfördelning i strokevårdkedjan  
Prehospitalt omhändertagande (bilaga 1)  
Akut omhändertagande (bilaga 2)  
Omhändertagande på strokeenheten, CSK (bilaga 3)  
Sjuksköterskors, arbetsterapeuters och sjukgymnasters  
ansvarsfördelning i strokevårdkedjan (bilaga 4-6)  
Checklista vårdplanering (bilaga 7)  
Hem utan vårdplanering och samordnad vårdplanering (bilaga 8)  
Koordinatorsfunktion (bilaga 9)  
Mall för vård- och omsorgsplan i samverkan VOPS (bilaga 10)  
Geriatrisk dagrehabilitering (bilaga 11)  
Riksstroke (bilaga 12)  
Afasifyren, Konkensus och Områdescentraler (bilaga 13)

## Referenser

# Bakgrund

## Stroke

Ett flertal faktorer kan innebära en ökad risk för insjuknande i stroke såsom ålder och ärftlighet samt fysiologiska faktorer som högt blodtryck, hjärtsjukdom såsom rytmstörningar, klaffel, hjärtsvikt, åderförkalkning, diabetes, höga blodfetter samt levnadsvanor som rökning, högt alkoholintag och högt östrogenintag (p-piller).

Stroke är ett samlingsnamn på blödningar eller blodproppar i hjärnans kärl. Sjukdomen karaktäriseras av att insjuknandet sker akut det vill säga under sekunder, minuter eller ett fåtal timmar.

Symtomen vid stroke kan vara varierande, som förvirring till mer påtagliga bortfallssymtom av funktioner som styrs av hjärnan till exempel förlamningssymtom, synförlust, svårigheter att tala och förstå samt medvetlöshet. Symtombilden är beroende av skadans omfattning och lokalisation. Depression är vanligt förekommande vid stroke. WHO har definierat stroke som:

*”bastigt påkommande tecken till fokala eller globala neurologiska bortfallssymtom som varat längre än 24 timmar eller lett till döden dessförinnan med säkerställd eller förmodad kärllagenes.” (Goldstein m.fl., 1989 s. 1412)*

Sjukdomen kan ge allvarliga konsekvenser och tillhör de mest kostnadskrävande sjukdomstillstånden. Uppskattningsvis drabbas cirka 35 000 svenskar varje år varav över 25 000 drabbas för första gången. Ungefär 10 000 personer avlider varje år i stroke. Stroke är en av de vanligaste orsakerna till neurologiskt handikapp hos vuxna, vilket medför varierande behov av hjälpinsatser och tillsyn. Omkring hälften av dem som insjuknar är över 75 år och cirka 20 procent är yngre än 65 år.

Stroke är sällsynt i yngre år vilket gör det till ett åldersrelaterat sjukdomstillstånd. Antalet personer med stroke har ökat, dels på grund av den ökade livslängden, som innebär att fler hinner få stroke under sin livstid, och dels på grund av bättre behandlingsmetoder som gör att långtidsöverlevnaden ökat (Socialstyrelsen, 2000).

## Stroketeam

Bästa resultat vid behandling av stroke uppnås genom en särskild enhet för stroke, personalen har ökade kunskaper och kompetens för att hantera stroke under akutfasen. Under akutfasen startar mobiliseringen, med individuell hänsyn till patientens vakenhetsgrad, i syfte att förebygga komplikationer som infektion, trombos och felställningar (Eriksson & Eriksson, 2002).

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård bör alla patienter med stroke erbjudas vård vid strokeenhet. Strokeenhet är ett funktionellt begrepp, och de nyckelprinciper som karaktäriserar vård vid strokeenhet omfattar bland annat:

- Multidisciplinärt arbete i team med specialutbildad personal som läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och vid behov logoped, kurator, psykiater, psykolog och dietist.
- Fastställt program för utredning och behandling, tidig aktiv rehabilitering, regelbunden registrering av insatser, resultat och funktionsnivå och utskrivningskonferens för planering av fortsatt vård i nära samarbete med rehabiliteringsklinik, primärvård, kommun etc. (Socialstyrelsen, 2003).

Detta har visats ge lägre dödlighet, större funktionsförbättringar och att en större andel människor kan skrivas ut till hemmet. Yngre människor återhämtar sig i allmänhet bättre efter strokeanfall än äldre (Harley & Warlow, 1999; Indredavik m.fl., 1997; Indredavik m.fl., 1999).



## Vårdkedja

Vid utvecklande av vårdkedjor är strävan att kunna öka kostnadseffektiviteten ytterligare och att förstärka vårdkvaliteten. Vårdkedja definieras enligt följande:

*”sammanhållen vårdepisod, en serie av samordnade vårdinsatser, inklusive patientinformation och patientundervisning, för att säkerställa adekvat utredning, diagnostik, behandling och rehabilitering utan dröjsmål. Med vårdkedja avses en professionell samverkan från det att en person vid ett vårdtillfälle först kommer i kontakt med en vårdorganisation till dess att personen är återställd, till exempel från intagning på akutintag tills han/bon åter är i hemmet efter en olycka. Förutom att avse en persons väg i vårdorganisationen kan vårdkedja också vara ett dokument – och informationsflöde, exempelvis hur patientjournaler och remisser hanteras”. (Nationalencyklopedin, 2000 s. 537)*

Det är känt att risken för bristande kvalitet i vårdkedjan är störst när ansvaret passerar över till nästa länk i vårdkedjan. Vårdkedjans syfte är att konstruera och bygga säkra broar för samverkan. För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett tillfredsställande och säkert sätt, bör rutiner finnas för att tydliggöra ansvar för samarbete och samverkan i gränssnitten mellan olika ansvarsområden. Samverkanspartners för primärvården är många och i patienternas sjukdomsbild finns oftast både fysiska, psykiska samt olika sociala problem. Kunskap har positiv inverkan på tillfrisknande, när patientens behov och förväntningar blir tillgodosedda i vårdkedjan blir den upplevda kvaliteten bra (Davidsson, 1998).

Strokesjukvården i Sverige skiljer sig från intentionerna i Socialstyrelsens riktlinjer på flera punkter. Exempel på områden som behöver förstärkas för att patientens behov skall kunna tillvaratas är tillgången till strokeenheter och stroteteam, informationsöverföring och samordnad vårdplanering, primärvårdens roll och patientinformation (Socialstyrelsen, 2003).

Socialstyrelsens riktlinjer betonar att fokus på patientens egen upplevelse och beskrivning av problemen måste uppmärksammas, liksom behovet av psykosocialt stöd och behovet att bearbeta krisreaktioner. Även närståendes behov av stöd måste uppmärksammas (Socialstyrelsen, 2003).

Ett hälso- och sjukvårdsprogram är framtaget i Region Skåne och programarbetsgruppen var tvärprofessionell och tvärfunktionellt sammansatt, se hälso- och sjukvårdsprogram stroke, 2001.

## Samordnad vårdplanering (SVPL)

Vid SVPL överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan och SVPL blir härmed ett av de viktigaste stegen i en gemensam vård- och rehabiliteringsprocess.

Vid den samordnade vårdplaneringen planeras och beslutas om den fortsatta vård-, rehabiliterings- och stödinsatser tillsammans med patienten och/eller dennes närstående. Förutom patienten skall berörda deltagare från slutenvård, öppenvård och kommun medverka i de delar de är berörda av den fortsatta vård och omsorg som följer i anslutning till slutenvårdstillfället.

Den 1 juni 2004 infördes gemensamma rutiner för SVPL i Skåne och omfattar samtliga 33 kommuner och hela Region Skåne. Rutinerna gäller för alla de medicinska områden som regleras i lagen.

I nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt som omfattar Regionens slutenvård och primärvård, kommunerna Kristianstad, Bromölla, Ö Gönge, Hässleholm, Osby och Perstorp har det utarbetats rutiner för hur den samordnade vårdplaneringen skall genomföras lokalt; Dokument 3 i Samarbetsavtalet.

## Vård- och omsorgsplan i samverkan (VOPS)

En tydlig beskrivning över att kommunen ska ha ansvar för att en VOPS upprättas i samband med biståndsbeslut för personer som behöver vård och omsorg i ordinarie eller särskilt boende. Planen ska innefatta de insatser och omsorger som beviljas eller planeras enligt socialtjänstlagen och lagen om

stöd och service till vissa funktionshindrade samt de medicinska insatser, inklusive rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel som kommunen och landstinget ska anordna enligt hälso- och sjukvårdslagen. Även insatser från andra myndigheter och organisationer ska ingå. VOPS ska vara mer långsiktig och framåtsyftande än SVPL. I nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt planeras för tillfället hur VOPS skall användas lokalt. Stroke- och hjärtsviktpatienter är två diagnosgrupper som det inledningsvis ska upprättas VOPS på.

### **Nationella riktlinjer 2005**

Nationella riktlinjer för strokesjukvården har publicerats i början av 2006. Riktlinjerna ska ge nationellt stöd i sjukvårdshuvudmännens arbete med hälso- och sjukvårdsprogram och prioriteringar. De syftar även till att vara viktiga i Socialstyrelsens tillsynsverksamhet.

De nationella riktlinjerna pekar på flera viktiga områden som sjukvårdshuvudmännen bör fokusera på, bl a förebyggande insatser, behandlande insatser och rehabilitering. Det påpekas att tillgång till rehabilitering bör säkerställas ett år efter strokeinsjuknandet, att man bör säkra ett adekvat samspel mellan primärvård, vård före sjukhuset (prehospitalt omhändertagande), sjukhus och kommunal vård.

Mer utförlig information finns på [www.sos.se](http://www.sos.se)

# Syfte

Utforma ett lokalt vårdprogram med utgångspunkt från det hälso- och sjukvårdsprogram som är framtaget i Region Skåne. Inriktningen skall omfatta uppföljning, ansvarsfördelning och samverkan mellan Region Skåne och Kristianstad Kommun vid omhändertagandet av personer med stroke.

# Metod

## Genomförande

Den lokala styrgruppen för närsjukvårdsutvecklingen i Nordöstra Skånes Sjukvårdsdistrikt tog initiativet till att påbörja ett arbete med att ta fram ett lokalt vårdprogram för personer som drabbats av stroke. Frågan aktualiserades i detta sammanhang då Region Skåne ville ha kontaktpersoner från Kristianstad Kommun angående ett utformande av ett lokalt vårdprogram/handlingsprogram omkring vårdkedjan för personer med stroke. En tvärprofessionell arbetsgrupp i Kristianstads kommun har tillsammans med representanter från strokeenheten på CSK arbetat fram vårdprogrammet. En referensgrupp med representation från Högskola, Afasifyren, kostenheten och en person som drabbats av stroke har fungerat som stöd i arbetet.

## Arbetsgrupp:

Mette Davidsson; MAR

Peter Svensson; Teamchef

Hjördis Nilsson; Vårdbiträde/Undersköterska och anhörig

Anna Lindau (ersättare Marie Johansson, Birgitta Pankko); Arbetsterapeut

Maritha Nilsson; Teamchef och anhörig

Eva Thell; Sjukgymnast

Nina Mistén Svensson; Sjuksköterska

Gun Åkers; Biståndshandläggare

Lena Eriksson; Sjuksköterska CSK

Siv Karlsson; Sjuksköterska CSK

Lasse Wemming; Avdelningschef CSK

Bengt Wihlborg; Sjukgymnast CSK

Pernilla Arvidsson; Arbetsterapeut CSK

## Referensgrupp:

Ann-Marie Bjurbrant-Birgersson; Högskolan

Susanne Nilsson; Högskolan

Roger Kumlin; Erfarenhet av stroke

Karin Pettersson; Kostchef

Karin Rosén; Afasifyren

Ett stort tack till arbetsgruppen, referensgruppen och alla övriga som läst, granskat och lämnat kloka synpunkter under arbetets gång.

## **Att vara närstående till en person som drabbats av stroke**

Stroke är en sjukdom som uppstår akut, det vill säga att den uppstår utan förvarning.

Tillvaron för såväl den drabbade som för närstående förändras på några minuter eller några timmar.

Framtiden för de närstående påverkas av hur stora de bestående skadorna blir.

Kommer personen ifråga att:

- klara sitt dagliga liv själv eller blir behovet personlig assistans?
- orka delta i större sällskap?
- klara av att se möjligheter istället för begränsningar?

Oron för återfall finns också.

Förändringarna blir ofta stora, men i första skedet tänker säkert de flesta att detta ordnar sig, och då tänker man nog oftast att det skall bli som tidigare eller i varje fall nästintill. Variationerna kan bli stora, men för de allra flesta blir det förändringar för hela familjen och ofta upplevs de som stora och svåra att hantera.

För att klara denna nya situation är det viktigt med information, stöd, kommunikation och tillgänglighet av sjuksköterska, dels under sjukhusvistelsen, men också vid upprepade tillfälle senare.

Det krävs planering för varje enskilt fall och vid utskrivningen är det viktigt att få ett namn på en person som man kan vända sig till. Hemma upptäcker man ofta att det fortfarande finns många frågetecken och då vore det en fördel om man har träffats redan på sjukhuset.

Andra viktiga stödinsatser kan vara anhörigträffar och andra former av uppföljningar. Sjuksköterska måste ta kontakt med närstående då de kanske är rädda för att ställa frågor.

Det är viktigt att få kontakt med andra i samma situation, detta gäller för både närstående och den skadade själv. Som närstående krävs det tålmod, kraft och stor förståelse. De sociala rollerna förändras. Viktigt är att ha ett forum som anhörig, där man kan få uttrycka sin oro och ilska över situationen och att få kunskap från andra anhöriga om hur man bör agera i olika situationer. Det finns ofta en känsla av psykisk trötthet och känslan av att alltid behöva vara tillgänglig kan kännas stressande.

### **Referens:**

” Min man har fått stroke, men jag då” en litteraturstudie om närståendes erfarenheter och behov

### **Om du vill veta mer**

Stroke-Riksförbundet- [www.strokeforbundet.org](http://www.strokeforbundet.org)

Socialstyrelsen, Anhörigas röster-[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Strokeföreningen i Hässleholm telefon 0451-80123

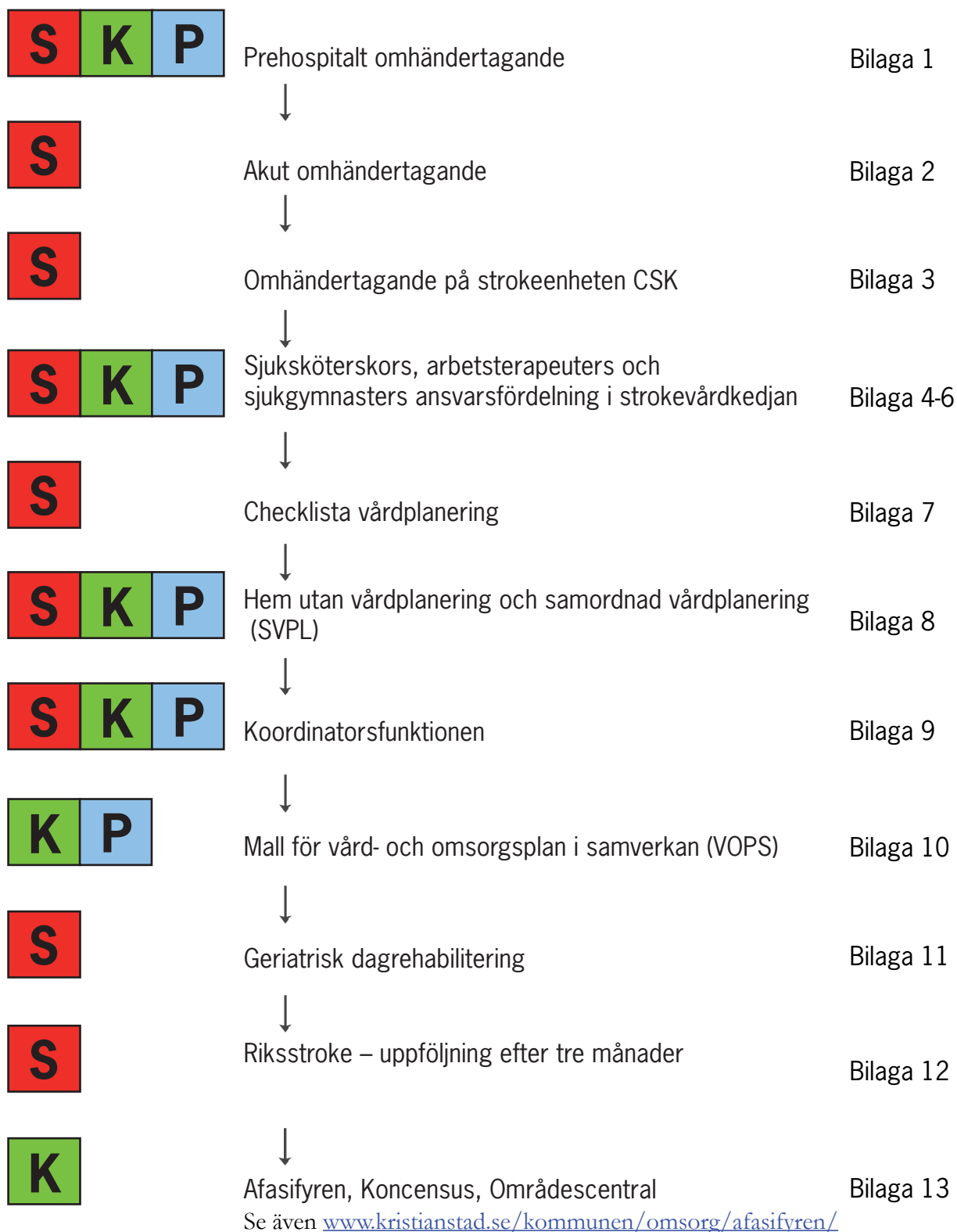
Närståendetränar på stroke-enheten, våning 10 Centralasjukhuset Kristianstad telefon 044-309 24 96

## Flödesschema och ansvarsfördelning i strokevårdkedjan

**S** = strokeenhet/slutenvård

**K** = kommun

**P** = primärvård





## **Prehospitalt omhändertagande**

**Vid akuta Stroke/TIA symtom:**

**Larma SOS ”Rädda hjärnan”.**

**Vid urakuta symtom <2 timmar, meddela akutmottagningen för sökning av Stroke-Trombolysjour eller sök via CSK växel.**

Följ regionens prehospitala vårdprogram ”Rädda hjärnan” KAMBER-Skåne 2005.

Kamber, [www.skane.se/kamber](http://www.skane.se/kamber), Kambers Vårdprogram, [www.skane.se/templates/Page.aspx?id=68107](http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=68107)

Rädda Hjärnan [www.skane.se/upload/Webbplatser/KAMBER/Medicin/VP\\_Stroke\\_051201.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/KAMBER/Medicin/VP_Stroke_051201.pdf)

För äldre multisjuka personer på särskilda boende bedöm vinster i förhållande till risker före inremittering.

Konsultera vid behov läkare på stroke-enheten Centralsjukhuset Kristianstad, telefon:

044-309 17 37,

044-309 17 38

eller sök via växel 044-309 10 00.

**Vid ej akuta stroke/TIA symtom:**

Konsultera läkare på Stroke-enheten Centralsjukhuset Kristianstad före inremittering eller handläggning av utredningen polikliniskt, telefon

044-309 17 37

044-309 17 38

eller sök via växel 044-309 10 00

**Strokesymtom under pågående Waranbehandling - alltid urakut.**

## **Akut omhändertagande vid stroke**

Vid urakuta symtom -symtomduration på högst 2 timmar, Trombolysbehandling kan bli aktuell vid hjärninfarkt och skall då påbörjas inom 3 timmar från insjuknandet.

## **Sök Trombolysjour och följ lokalt vårdprogram "Trombolys vid Hjärninfarkt".**

<http://www.skane.se/upload/Webbplatser/CSK/Forum/Medicin/Akutkompendiet/Dokument/Trombolys%20vid%20hjärninfarkt.pdf>

## **Urakut CT-hjärna sök röntgenjour 1505**

- NIHss bedömning (max 42p) enligt vårdprogram trombolys CSK
- Anamnes
- Lab.analyser.
- EKG
- Övervakning av RLS, blodtryck, puls, andning, saturation, blodsocker.
- Vid en hjärninfarkt eventuellt blodtrycksänkande läkemedel om >220/120.

## **Eventuell trombolysbehandling påbörjas efter CT-hjärna och beslut av Trombolysjour i samråd med patient och/eller närstående.**

- Patientinformation i vårdprogram trombolys CSK.
- Trombolysbehandling på HIA under övervakning.
- Till Stroke-enheten efter avslutad behandling för fortsatt övervakning och utredning.
- CT-hjärna 24 timmar efter trombolysbehandling

## **Om ej Trombolys**

till stroke-enheten med fortsatt täta kontroller av paresstatus, RLS, blodtryck, puls, temp, p-glucos, saturation.

Akut CT-hjärna beställs från akuten, angelägenhetsgraden avgörs individuellt, dock alltid inom 24 timmar.

Vid försämring av symtom förnyad läkarbedömning.

## **Vid cerebralblödning**

- i vissa fall läkarkontakt med NK Lund för vidare handläggning.
- Om ej akut NK åtgärd till Stroke-enheten med fortsatt täta kontroller, vid försämring ny läkarbedömning.
- Om blodtryck > 200/100 vid en blödning kan blodtryckssänkande läkemedel bli aktuellt, kontakta jour.

## **Omhändertagande på strokeenheten, CSK**

På enheten finns 26 vårdplatser, där personer som drabbats av stroke, TIA eller annan neurologisk sjukdom vårdas. På avdelningen finns ett team med läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kurator, logoped och dietist speciellt kunniga inom strokevården

### **Efter svar på CT-hjärna, som ej påvisat blödning insättning av profylax :**

I första hand Trombyl 320mg som startdos, sedan 160mg dagligen. Plavix 75mg vid ASA överkänslighet, 4 tabletter som startdos sedan 1 tablett dagligen. I vissa fall kan det bli aktuellt att kombinera Trombyl med Persantin.

**Vid förmaksflimmer Waranbehandling om ej kontraindicerat**

**Bedöm behandlingsnivå, HLR (= hjärt-lungräddning).**

**Fortsatt övervakning enligt övervakningslista, under första dygnet med 1-4 timmars intervall.**

**Urinscanna patient med benpares eller medvetandepåverkan inom 12 timmar.  
Medvetlös patient skall ha KAD**

**MEWS mätning.**

**NIHss bedömning (max 42poäng utan hand)**

**Information till patient och närstående.**

**Tidig mobilisering och rehabilitering.**

**Bedömma funktionella konsekvenser och rehabiliteringsbehov samt om behov finns upprätta rehabplan.**

**Dysfagibedömning – näringsintag.**

**Trombosprofylax – kompressionstrumpa på paretiskt ben, överväg Klexane i lågdos till imobliserad patient.**

**Vid behov infektionsparametrar.**

**Justera höga blodsockervärden.**

## **Sekundär utredning/handläggning av TIA/stroke**

Syftar till att kartlägga de neurologiska symtomen, utesluta differentialdiagnoser, fastställa huvudtyp av stroke och inleda eventuell behandling samt bedöma funktionelle konsekvenser och rehabiliteringsbehov.

### **Hjärt- och kärlsjukdom utredning med :**

- Duplex halskärl med frågeställning stenosis ?
- Telemetri med frågeställning förmaksflimmer ?
- EKG
- Ultraljud av hjärtat i vissa fall.

### **EEG- epeleptisk aktivitet – ev. diff.diagnos**

#### **Inventering av riskfaktorer:**

- Hypertoni BT <140/80 bör eftersträvas på längre sikt. För diabetiker < 130/70 .
- Diabetes
- Hyperlipidemi behandling med Simvastatin 20-40 mg vid Hjärninfarkt eller TIA med stor kärlsjukdom. Målvärdet för icke Diabetiker total kolesterol <5. LDL <3.
- Rökning
- Alkohol
- Fysisk inaktivitet
- Övervikt – BMI på alla, dietistkontakt vid behov.

**FIM bedömning** utförs av omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och sjukgymnast, uppföljning på rehabron. (FIM Functional Independence Measure)

**Teamsamtal** för information och planering av fortsatt planering, rehabilitering och behandling i samråd. (Teamet , patient och närstående)

**Fortlöpande information** till patient och närstående, skriftlig och muntlig.

**Riks-stroke registrering.**

## Fortsatt utredning och behandling av andra sekundära symtom/problem:

- Ögonundersökning inklusive synfältsundersökning.
- Nutrition- Dysfagiutredning- nutritionsond, dietistkontakt.
- Psykosocialt- Depression, kris, trötthet, personlighetsförändring.
- Kuratorskontakt till patient och närstående.
- Sömnproblem – apné syndrom ?
- Smärta
- Spasticitet - kontrakturer
- Trycksårsprevention
- Kommunikation- Logopedbedömning
- Fallrisk
- Kognitiva symtom
- Postapoplektisk EP
- Elimination
- Initiera vårdplanering- justerad vårdplan före utskrivning.
- Närståendeträffar

## Utskrivning

- NIHss bedömning (max 42p)
- Läkarsamtal - Bilkörning, Vapenlicens, riskfaktorer, livstil.
- Uppföljning på strokemott. efter 3 månader / geriatrisk dagrehab./ med.rehab. /ansvarig läkare i kommunalt boende.
- Bedömma behovet av ny ögonundersökning inför återbesök om körkortbedömning.
- Finns behov av neuropsykologbedömning ?
- Fortsatt rehabiliteringsbehov - remiss geriatrisk dagrehab/ med.rehab i Hässleholm/ hemrehab/ arbetsterapeut och /eller sjukgymnast i primärvården.
- Rehabplan till nästa vårdnivå.
- Sjukskrivning
- Läkemedelsrecept / APO-dos.
- Informationsöverföring till PV och/eller kommun- Stroke ssk. OBS patientens medgivande! Obruten vårdkedja eftersträvas.
- Läkarepikris, omvårdnadsepikris skickas till berörd instans familjeläkare/ kommun-boende/ hemsjukvård/sjuksköterska.
- Riks-strokeuppföljning 3 månader efter insjuknandet via telefon, brev eller i samband med återbesök på strokemottagningen.

## Länkar:

Regionalt prehospitalt vårdprogram ( [www.skane.se/kamber](http://www.skane.se/kamber) )

Riks-stroke, [www.riks-stroke.org/](http://www.riks-stroke.org/)

Socialstyrelsen - Nationella riktlinjer. [www.sos.se](http://www.sos.se)

Vårdprogram Trombolys [www.skane.se/forum](http://www.skane.se/forum) - medicinkliniken (CSKs intranät)

Patientinformation om stroke från CSK [www.skane.se/csk/broschyer](http://www.skane.se/csk/broschyer)

Strokeförbundet [www.strokeforbundet.org/](http://www.strokeforbundet.org/)



**S****Sjuksköterskans ansvarsfördelning i strokevårdkedjan  
ansvar slutenvård:**

- Samordnare i stroketeamet.
- Identifiera och rapportera patientens fysiska, psykiska och sociala problem, samt uppmärksamma förändringar i patientens tillstånd. Följ Vårdprogram.
- Information till patient och närstående, muntlig och skriftlig, lokalt patientinformationshäfte.
- Handledning av personal.
- Information till kommunen vid inskrivning.
- Medverka i upprättandet av rehabplan samt vid FIM bedömning.
- Medverka i Teamsamtal.
- Riks-stroke registrering.
- Riskfaktorprevention.
- Initiera SVP om behov finns.
- Medverka vid SVP.
- Vid utskrivning :
  - Finns justerad vårdplan?
  - Omvårdnadsepikris till nästa vårdnivå samt muntlig rapport.
  - Finns behov av att läkemedel skickas med patienten?
  - Genomgång av skriftligt informationshäfte tillsammans med patient och/eller närstående.
  - Hur sker hemtransporten?
  - Utskrivningsmeddelande till kommunen.
- Telefonrådgivning av strokesjuksköterska.
- Strokesjuksköterska följer upp patienten i Riks-stroke efter 3 månader, via telefon, brev eller vid återbesök på strokemottagningen.
- Initierar och medverkar i regelbundna närståendeträffar på sjukhuset.
- Överföra adekvat information till kommunens strokesjuksköterska och/eller Strokeansvarig i PV

**K****Sjuksköterskans ansvarsfördelning i strokevårdkedjan  
Ansvar kommun:**

Efter överenskommelse vid vårdplanering eller överrapportering från slutenvård kan följande insatser bli aktuella;

- Upprätta omvårdnadsplan för att bedöma behov och problem.
- Åtgärda problem som kan uppstå, kontakta annan vårdgivare vid behov.
- Informationsöverföring till annan vårdnivå vid behov.
- Rådgivning, handledning och information till patient, närstående och vårdpersonal.

Uppföljning av personens hälsostatus och funktionsförmåga såsom:

- **Kommunikation;** förmåga att förstå och göra sig förstådd.
- **Kunskap/utveckling;** kognitiva svårigheter och apraxi. Läkemedelshantering.
- **Psykosocialt;** krisreaktion, depression, koncentrationssvårigheter.
- **Aktivitet;** balans och bedöma fallrisk.
- **Andning/cirkulation;** utvärdera medicinsk behandling (blodtryck, kompressionsbehandling).
- **Nutrition;** matens konsistens, tandstatus, vikt.
- **Elimination;** hjälpmedel vid inkontinens.
- **Hud;** Nortons riskbedömning.
- **Sömn;** Trötthet, uttrötthet.
- **Smärta;** smärtbedömning.
- **Sexualitet;** Psykiska/fysiska problem.

## S

### Arbetsterapeuters ansvarsfördelning i strokevårdkedjan

#### Ansvar slutenvård:

- Anamnes och status av tidigare och nuvarande aktivitets- och funktionsförmåga, delaktighet, omgivnings- och psykosociala faktorer
- Tidig mobilisering, aktivering och träning inom P- och I- ADL
- Kompensatoriska åtgärder vid funktionsbortfall till exempel genom strategier, utprovning av tekniska hjälpmedel, anpassning av miljö
- Förebygga komplikationer som trycksår, smärta, ödem och spasticitet
- I samråd med patient och vårdpersonal upprätta FIM och rehabiliteringsplan med mätbara huvudmål och delmål
- Handledning av vårdpersonal och närstående om patientens aktivitets- och funktions begränsning och förhållningssätt till dessa.
- Medverka vid teamsamtal och samordnad vårdplanering
- Medverka vid hembesök för att möjliggöra hemgång och /eller initiera bostadsanpassning
- Överrapportering till arbetsterapeut inom kommun eller annan verksamhet inom Region Skåne

#### Ansvar geriatrisk dagrehabilitering:

- Upprätta rehabiliteringsplan i samråd med patient inklusive fortlöpande bedömning och målformulering
- Bedömning /träning av aktivitetsförmågan inom I-ADL och fritid
- Bedömning /träning av hand- och armfunktion
- Bedömning /träning av kognitiv förmåga
- Förebygga komplikationer efter stroke såsom smärta, spasticitet, ödem och kontraktur
- Utprovning och uppföljning av hushålls hjälpmedel
- Medverka på anhörigteam
- Information och handledning till närstående, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och övrig personal inom den kommunala hemtjänsten och inom särskilda boenden
- Informera om patientföreningar, Afasifyren, kommunens dagcentraler etc
- Bedöma behovet av fortsatt träning efter utskrivning från geriatrisk dagrehabilitering
- Överrapportering till arbetsterapeut inom kommun eller annan verksamhet inom Region Skåne

#### Bedömningsinstrument

- Aktivitetsanalys; bedömning av personlig/instrumentell ADL: ADL-taxonomin, COPM, AMPS
- Funktionsanalys; bedömning av kognitiv förmåga: Kognistat, MMSE, DBF
- Neglekt test: Alberts test, Star Cancellation Test, Baking Tray Task, Catrin Bergego
- Sensomotorisk funktionsbedömning; arm- och handfunktionsstatus: aktiv och passiv rörlighet, handstyrka (Grippit) sensibilitet, tactil gnosis, koordination, finmotorik (pinnprov) och grovmotorik



## Arbetsterapeuters ansvarsfördelning i strokevårdkedjan Ansvar kommun

Efter överenskommelse vid vårdplanering eller överrapportering från slutenvård kan följande insatser från kommunen bli aktuella:

### Hemsjukvård

- Hembesök och kartläggning av problematik i hemmiljö, framförallt personlig ADL och tillgänglighet i bostad och i närmiljö. Uppföljning av det man tränat och tillämpat inom slutenvården och/eller på korttidsboende. Undersöka behovet av fortsatt träning i hemmet.
- Utprovning, ordination och uppföljning av tekniska hjälpmedel.
- Bedöma eventuella behov av bostadsanpassning.
- Information och handledning till närstående och vårdpersonal i ordinärt eller på särskilt boende.
- Medverka vid utprovning av kommunikationshjälpmedel och elrullstolar där Region Skåne har ordinations- och kostnadsansvar.

### Korttidsboende

- Bedömning av personlig ADL och förflyttningar.
- Målsamtal med patienten, sjuksköterska, sjukgymnast, kontaktperson och arbetsterapeut.
- ADL-träning, både P- ADL och köksaktiviteter.
- Bedömning och träning av kognitiva funktioner, t.ex. med dator.
- Bedömning av handfunktion och handträning.
- Utprovning, ordination och uppföljning av tekniska hjälpmedel och träning med dessa, t.ex. träning i rullstolsteknik.
- Information och handledning till närstående och vårdpersonal.
- Hembesök tillsammans med arbetsterapeut och/eller sjukgymnast i hemsjukvården för att förbereda hemgång och se över bostaden. Bedöma ev. behov av bostadsanpassning.

### Bedömningsinstrument som kan förekomma

- Aktivitetsbedömningar; ADL-taxonomin, COPM, Sunnaas ADL-index, AMPS
- Bedömningar vid bostadsanpassningar; Housing Enabler



## **Sjukgymnasters ansvarsfördelning i strokevårdkedjan**

### **Ansvar slutenvård**

- Neurologisk och funktionell bedömning.
- Tidig mobilisering och rehabilitering.
- I samråd med patient och vårdpersonal upprätta FIM och rehabiliteringsplan.
- Handledning av vårdpersonal om patientens funktionsnedsättning.
- Förebygga komplikationer vid stroke.
- Delta vid team och etablera kontakt med närstående.
- Medverka vid hembesök.
- Bedömning av behovet av fortsatt rehabilitering efter slutenvårdsperioden.
- Utprovning av förflyttnings- och gånghjälpmedel.
- Delta vid samordnad vårdplanering.
- Överrapportering till ansvarig sjukgymnast inom kommun, primärvård eller i privat regi.

### **Ansvar geriatrisk dagrehabilitering**

- Neurologisk och funktionell bedömning.
- Fortsatt rehabilitering av den strokedrabbade inklusive fortlöpande anpassning av träningsprogram och gång/förflyttningshjälpmedel.
- Team med patienten med planering av fortsatt rehabilitering där närstående och kringpersonal deltar efter behov.
- Handledning av närstående och personal.
- Uppföljning av situationen i hemmet eller särskilt boende.
- Bedömning av behovet av fortsatt träning efter avslutad träning på Dagrehab.
- Överrapportering till ansvarig sjukgymnast inom kommun, primärvård eller i privat regi.

### **Bedömningsinstrument för sjukgymnast på strokeenhet CSK**

- Gångtester: 10 meter på tid, Gångsträcka på 6 minuter
- Balanstester: Rombergs test, Bergs balansskala, BDL balansskala, SWWT, TUG
- Spasticitetsbedömning: Ashworth
- Smärtskattning: VAS
- Aktivitetsbedömning: FIM



## **Sjukgymnasters ansvarsfördelning i strokevårdkedjan** **Ansvar kommun**

Efter överenskommelse vid vårdplanering eller överrapportering från slutenvård kan följande insatser från kommunen bli aktuella:

- Bedömning av funktionsförmåga i ordinärt boende och/eller i särskilt boende.
- Vid behov initieras träning eller behandling.
- Bedömning, utprovning, ordination och uppföljning av förflyttningshjälpmedel och/eller träningshjälpmedel.
- Rådgivning, handledning och/eller information till patienter, närstående, vårdpersonal i ordinärt- och/eller på särskilt boende.
- Vid behov slussning till träningsgrupp inom kommunen (dagcentral).
- Vid behov slussning till korttidsplats, Opalen eller Stafres
- Vid behov hembesök tillsammans med sjukgymnast och/eller arbetsterapeut från Opalen/Stafres.
- Vid behov hänvisning/rapportering till sjukgymnast inom Region Skåne, privat eller korttidsboende inom kommunen.
- Uppföljning av träning som påbörjats inom slutenvården och/eller på korttidsboende. Vid behov sker en ny bedömning i ordinärt- och/eller på särskilt boende.
- Återremittering till dagrehabilitering för eventuell bedömning av ny träningsperiod.
- Vid behov görs hembesök tillsammans med Region Skånes sjukgymnast och arbetsterapeut.
- Medverkan till samordnad vårdplanering.
- Smärtlindring

### **Korttidsboende**

- Neurologisk och funktionell bedömning.
- Fortsatt rehabilitering av den strokedrabbade inklusive fortlöpande anpassning av träningsprogram och gång-/ förflyttningshjälpmedel.
- I samråd med patient och vårdpersonal upprätta rehabiliteringsplan.
- Information och rådgivning om stroke och aktuella funktionsnedsättningar ges till patient och närstående.
- Handledning till patient och personal om daglig träning.
- Teamsamtal med patient och personal för upprättande av rehabiliteringsplan.  
Mål och delmål görs upp, som på rehabträffarna varje vecka utvärderas och vid behov förändras.
- Vårdplanering initieras.
- Hembesök med patient, arbetsterapeut, sjukgymnast och vid behov närstående.
- Kontakt med hemtjänst och kontaktman för besök på Opalen/Stafres för instruktion om patientens fortsatta träning i ordinärt boende.
- Vårdplanering samordnas.
- Överrapportering om fortsatt träning sker muntligt eller via epikris till sjukgymnast i kommun, primärvård och/eller Region Skåne.
- Fysisk aktivitet genom receptförskrivning med ordination enligt FaR.
- Smärtlindring

### **Bedömningsinstrument för sjukgymnast Opalen/Stafres**

- Funktions-/aktivitetsbedömning: Sunnaas



# Checklista för strokepatienter

## Vårdplanering

Namn ..... Person nr.....

### Checklista inför SVPL

Datum = datum fylls i om det är aktuellt

Ej aktuellt = kryssas i om det ej är aktuellt

	Datum	Ej aktuellt
<b>Har patienten någon hemtjänst?</b> T ex larm, mat osv.		
<b>Har patienten någon hemsjukvård?</b> T ex såromläggning, tablettindelning, PK-prov osv.		
<b>Har patienten fått och givit sitt medgivande till informationsutbyte kommun/sjukhus?</b> Angående hemsituation och hälsotillstånd.		
<b>Är det faxat för inskrivning?</b> Till kommunen, primärvården. Be Dsk, Sjg, AT att ringa och ge muntlig rapport (via inskrivningsmeddelandet).		
<b>Anser teamet och patienten att SVPL kan behövas?</b> Finns behov av bedömning av AT/Sjg inför SVPL?		
<b>Är det faxat kallelse för SVPL?</b> Till kommunen, primärvården, patienten.kontoret. Behöver kommunens At/Sjg vara med? SVPL kan även göras per telefon eller hemma. Skriv om patienten önskar anhöriga med.		
<b>Är vårdplanen påbörjad?</b> Har PAL fyllt i hälsotillstånd och öppenvårdsinsatser?		
<b>Är det bestämt tid för SVPL?</b> Biståndshandläggare meddelar anhöriga om ej annat är bestämt.		
<b>Är vårdplanen faxad?</b> Till kommunen och primärvården.		
<b>Är det faxat Utskrivningsklar?</b> Patienten är UK när vårdplanen är justerad eller 24 h efter genomförd SVPL. UK-fax ska skickas dagen före hemgång, om ej annat är överenskommet. Personlig kontakt med biståndshandläggare ska tas om patienten ska hem samma dag.		

# Checklista SVPL

## Närvarande

Ssk stroke-enheten		At regionen		Sjg regionen		Ssk kommunen	
Vårdpersonal kommunen		At kommunen		Sjg kommunen		Biståndshandläggare	
Bedömning FIM instrumentet	Ja	Nej	Fortsätta arbeta med FIM	Ja	Nej		

	Datum	Ej aktuellt
Överrapportering till Dsk/ssk		
Överrapportering till Sjg		
Överrapportering till At		
Medicinsk epikris till läkare		
Rehabplan		
Checklista /FIM instrumentet överlämnat		

## Förberedelser inför hemgång

	Datum	Ej aktuellt
<b>Är patienten och anhörig förberedd inför hemgång?</b> Helst någon dag före. Finns kläder, nycklar osv?		
<b>Är boende/dsk/biståndshandläggare informerade om hemgång?</b> Tips: Samla telefonnummer i melior under utskrivningsplanering. Ta hjälp från förra vårdtillfället.		
<b>Medicinhantering?</b> Behövs dosett och hjälp att dela av anhörig eller Dsk? Vem hämtar ut ev recept? Behövs det skickas med läkemedel för något dygn? Finns aktuell medicinlista, sk gul lista med ev Waran-ordination?		
<b>Transport:</b> Hur åker patienten hem? Vem hämtar? Anhöriga eller Samres (t ex bårtaxi, rullstolstaxi)? Ambulans? Har patienten färdtjänst (fråga när du ringer Samres) behövs ej intyg.		
<b>Tillhörigheter:</b> Se till att patienten får alla sina ”saker” med hem. T ex läkemedel/ insulinpennor, dosett, kläder, hjälpmedel, värdesaker, patientenient-bricka		
<b>Är patienttelefonen urkopplad?</b>		



### **Patient som går direkt hem utan vårdplanering**

Strokesjuksköterska på CSK kontaktar sjuksköterska i primärvården för överlämnande av patientansvar.



- Målet är att patienten kontaktas inom 2 veckor efter hemgång.
- Information kring patient från slutenvård skickas till primärvården.
- Andra yrkeskategorier kontaktas vid behov för bedömning och eventuella åtgärder.
- Bedömning av funktionell förmåga genomförs med FIM-instrumentet (Functional Independence Measure).
- Kan vara inskrivna i dagrehabilitering.



### **Samordnad vårdplanering på sjukhus – ordinärt boende, ej hemsjukvård men eventuell hemtjänst eller LSS.**



Vårdplanering görs enligt riktlinjer och rutiner i Samordnad Vårdplanering (SVPL) och Dokument 3. Utöver detta skall alltid arbetsterapeut och sjukgymnast lämna sin bedömning som underlag till vårdplaneringen. Bedömning av funktionell förmåga genomförs med FIM-instrumentet.



#### **Finns behov av Vård- och OmsorgsPlan i Samverkan (VOPS)?**

##### **Vårdplanering:**

- Sjuksköterska, biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjukgymnast ingår.
- Vårdplaneringen skall genomföras i god tid innan patient är utskrivningsklar.
- Patientansvarig läkare, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut finns i primärvården.

Vid behov bedömning av hemmiljö och eventuellt behov av bostadsanpassning eller hjälpmedel kontaktas arbetsterapeut i kommunen.

Vid vårdplaneringen bestäms vem inom primärvården (sjuksköterska) som är kontaktperson.

Kontaktman (vårdpersonal) inom kommunen har givna riktlinjer över sitt uppdrag.

**S** **Samordnad vårdplanering på sjukhus – ordinärt boende, har hemsjukvård och eventuell hemtjänst**

**P** Vårdplanering görs enligt riktlinjer och rutiner i SVPL och Dokument 3. Utöver detta skall alltid arbetsterapeut och sjukgymnast lämna sin bedömning som underlag till vårdplaneringen.

**K** Bedömning av funktionell förmåga genomförs med FIM-instrumentet.

**Finns behov av Vård- och OmsorgsPlan i Samverkan (VOPS)?**

**Vårdplanering:**

- Sjuksköterska, biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjukgymnast ingår.
- Vårdplaneringen skall genomföras i god tid innan patient är utskrivningsklar.
- Patientansvarig läkare finns i primärvården.

Vid vårdplaneringen bestäms vem inom kommunen som är kontaktperson (sjuksköterska?) framöver.

Kontaktpersonen har ett klart och tydligt uppdrag.

**Samordnad vårdplanering på sjukhus – patient planeras till eller bor på särskilt boende.**

**S** Vårdplanering görs enligt riktlinjer och rutiner i SVPL och Dokument 3. Utöver detta skall alltid arbetsterapeut och sjukgymnast lämna sin bedömning som underlag till vårdplaneringen. Bedömning av funktionell förmåga genomförs med FIM-instrumentet.

**P**

**K** **Finns behov av Vård- och OmsorgsPlan i Samverkan (VOPS)?**

**Vårdplanering:**

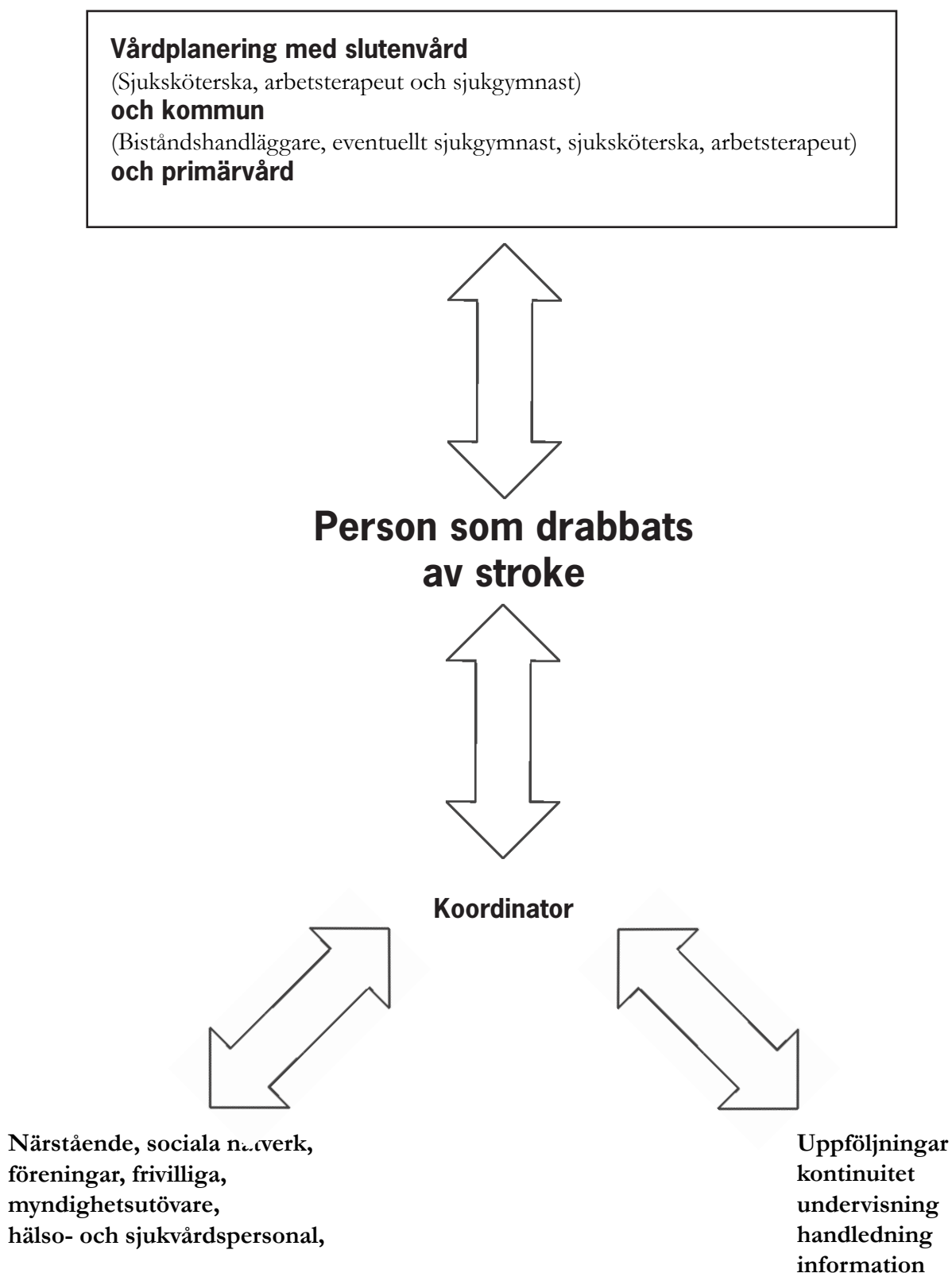
- Sjuksköterska, biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjukgymnast ingår.
- Vårdplaneringen skall genomföras i god tid innan patient är utskrivningsklar.
- Patientansvarig läkare finns i primärvården.

Vid vårdplaneringen bestäms vem inom kommunen som är kontaktperson (sjuksköterska?) framöver.

Kontaktpersonen har ett klart och tydligt uppdrag.

## Koordinatorsfunktion i strokevårdkedjan

Eftersom ovanstående processer innehåller många olika moment och ansvarsnivåer har det tydliggjorts att det finns stora risker för att det skall ske misstag i vårdkedjan. Därför bör det utses en koordinator som har till uppgift att hålla ihop processerna för varje enskild person som drabbats av stroke. Nedan beskrivs arbetsgruppens förslag på koordinators funktion i strokevårdkedjan.





---

## VÅRD- OCH OMSORGSPLAN I SAMVERKAN

---

**Patientuppgifter**

Personnummer:

Namn:

Adress:

Telefon:

**Gäller from (år, månad, dag):****Mötesdeltagare (namn, enhet, datum):****Ansvarig (kontaktperson i kommunen)**

Namn:

Yrkestitel:

Arbetsplats:

Telefon:

**Ansvarig läkare**

Namn:

Arbetsplats:

Telefon:

**Hälsotillstånd/Diagnos Stroke:****Mål: Att kunna klara sig i eget boende och återfå tidigare funktionsnivå****Patientyttrande:**

Planerade insatser	Ansvarig	Utvärdering
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Läkemedelsordination</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Waran</li> <li>○ EP-med. justering</li> <li>○ Insulin</li> </ul> </li> </ul>	Familjeläkare Läkare PK-mott RoDEoN	Uppföljning Datum: Sign: Provtagning efter ordination
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicindelning</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Läkemedelshantering</li> <li>○ Medicinintag</li> </ul> </li> </ul>	Sjuksköterska Hemtjänst	Uppföljning: Datum: Sign:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cirkulation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trycksårsprevention</li> </ul> </li> </ul>	Arbetsterapeut/Sjuksköterska	Uppföljning: Datum: Sign:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rehabilitering/Personlig ADL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Förflyttning</li> <li>○ Rörlighet/styrka/balans</li> <li>○ På- och avklädning</li> <li>○ Hygien/dusch/bad</li> <li>○ Toalettbesök</li> <li>○ Matsituationen</li> </ul> </li> </ul>	Sjukgymnast Sjukgymnast Arbetsterapeut Arbetsterapeut Arbetsterapeut Biståndshandläggare/dietist	Uppföljning Datum: Sign:

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Planerade insatser	Ansvarig	Utvärdering
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rehabilitering/Instrumentell ADL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Matlagning</li> <li>○ Handla</li> <li>○ Städa</li> <li>○ Tvätta</li> <li>○ Sköta sin ekonomi</li> </ul> </li> </ul>	Arbetsterapeut/ Biståndshandläggare	Uppföljning Datum: Sign:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sociala insatser</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Följeslagare</li> <li>○ LSS</li> <li>○ Hemtjänst</li> <li>○ Färdtjänst</li> </ul> </li> </ul>	Biståndshandläggare	Uppföljning Datum: Sign:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kommunikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Syn</li> <li>○ Hörsel</li> <li>○ Afasi</li> </ul> </li> </ul>	Logoped/arbetsterapeut	Uppföljning Datum: Sign:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kognition</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insikt</li> <li>○ Planering</li> <li>○ Initiativ</li> <li>○ Trötthet</li> <li>○ Koncentrationssvårighet</li> <li>○ Minne</li> </ul> </li> </ul>	Sjuksköterska Arbetsterapeut/hemtjänst	Uppföljning Datum: Sign:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fysisk miljö</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Yttre</li> <li>○ Inre</li> <li>○ Bostadsanpassning</li> <li>○ Hjälpmedel</li> <li>○ Körkort</li> </ul> </li> </ul>	Sjukgymnast/arbetsterapeut  Återbesök: VC-läkare alt stroke- eller neuroläk	Uppföljning Datum: Sign
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Psykosocialt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oro/trötthet</li> <li>○ Närstående</li> <li>○ Sömn</li> </ul> </li> </ul>	Sjuksköterska/läkare/ kontaktperson	Uppföljning Datum: Sign:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Brytsamtal</b></li> </ul>	Distriktsläkare på VC	Datum: Sign:

Akuta insatser	Ansvarig	Utvärdering
		Uppföljning Datum: Sign:

## **Geriatrisk dagrehabilitering på CSK avd 320.**

På avdelningen kan strokedrabbade över 65 år få fortsatt rehabilitering några halvdagar i veckan i högst tre månader. Teamet på avdelningen består av arbetsterapeut, sjukgymnast, koordinator, läkare, undersköterska samt logoped.

## **Riks-stroke**

Riks-stroke är ett nationellt kvalitetsregister för strokesjukvården. Syftet med registret är att bidra till att strokevården håller en hög och jämn kvalitet i landet. Ett instrument för kvalitetsutveckling av strokevården. Målet är att alla med strokedagnos skall registreras, även de som inte läggs in på sjukhus. Tre månader efter insjuknandet sker en uppföljning via telefon, brev eller vid återbesök. Riks-stroke planerar en ettårsuppföljning för kommunens och primärvårdens vård och omsorg.

## **Afasifyren**

Afasifyren är en dagverksamhet för personer med afasi. Afasifyrens verksamhet är en naturlig fortsättning på den afasidrabbades rehabilitering. Här erbjuds många tillfällen att träna kommunikation tillsammans med andra människor i en trygg och tillåtande miljö. Det är viktigt att minska de sociala konsekvenserna och den isolering som kan komma med afasi.

Afasifyren erbjuder studiecirklar för att stimulera språket, läs- och skrivträning på dator samt träning i dagliga aktiviteter. Man tar emot studiebesök och bedriver undervisning kring afasi. Även närstående kan vända sig till Afasifyren. Varje person skräddarsyr sin vistelse på Afasifyren.

Ungefär 40 personer med afasi kommer varje vecka till Afasifyren. De är i åldrarna 35-86 år.

Afasifyren drivs av Kristianstad Kommun, Afasiföreningen i Skåne med omnejd, Furuboda Folkhögskola och Region Skåne. [www.kristianstad.se/kommunen/omsorg/afasifyren/index.asp](http://www.kristianstad.se/kommunen/omsorg/afasifyren/index.asp)

## **Koncensus**

Koncensus är en dagverksamhet för personer med fysiska funktionshinder i åldern 18-65 år. Den drivs av Folkuniversitetet på uppdrag av Kristianstads kommun och Sjukvården i Nordöstra Skåne. Koncensus samverkar med handikappsorganisationer, Riksgymnasiet Syd, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Koncensus övergripande mål är att utgöra en hälsofrämjande och lärande miljö för deltagarna. Den sociala samvaron är viktig. För varje deltagare finns individuella möjligheter att prova, utveckla och lära nya färdigheter genom ett varierat veckoschema med olika kurser. Exempel på kurser är hantverkstad, staffimålning, bad och styrketräning, data, matlagning, bilkurs, frigörande dans och tidningsverkstad.

Var och en planerar sitt eget schema för antal arbetsdagar i veckan, vilka tider och vilka kurser man ska vara med i.

Koncensus finns på Götgatan 6, som en del av Folkuniversitetets verksamhet. Där finns ett antal aktivitetsrum och man har även tillgång till keramikverkstad, lektionsrum och aerobicsal i huset. Lokalerna är tillgängliga för alla, med hiss i entrén och till övriga våningsplan i huset.

## **Områdescentraler i Kristianstads kommun**

Områdescentralernas främsta syfte är att ge möjligheter till gemenskap och aktivitet. De är platser för samvaro i en miljö som kan vara både avkopplande och stimulerande.

Områdescentralerna har i regel öppet hela dagarna, på vardagar. Information om exakta öppettider kan du få av respektive områdescentral.

[www.kristianstad.se/templates\\_custom/Page.aspx?id=10733](http://www.kristianstad.se/templates_custom/Page.aspx?id=10733)

Områdescentralerna är avgiftsfria, men det finns möjlighet att äta lunch. Det behövs inget särskilt biståndsbeslut för att ta del av områdescentralens verksamhet.

## Referenser

Davidsson J (1998) Primärvård –en vårdnivå. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, E & Eriksson, T (2002) Medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad, medicinsk behandling och patofysiologi. Lund: Studentlitteratur.

Goldstein M, Barnett H J M, Orgogozo J M, Sartorius N, Symon L & Vereshchagin N V (1989) Stroke – 1989 Recommendations on stroke prevention, diagnosis and therapy. Report of the WHO task force on stroke and other cerebrovascular disorders. *Stroke*, 20, 1407-1431.

Harley G J, & Warlow, C P (1999) Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs and effects on individuals and populations. *The Lancet*, 354(23) 1457-1463.

Indredavik B, Slördahl S A, Bakke F, Rokseth R & Håheim L L (1997) Stroke Unit Treatment. Long-term effects. *Stroke*, 28, 1861-1866.

Indredavik B, Bakke F, Slördahl S A, Rokseth R & Håheim L L (1999) Stroke unit treatment. 10-year follow-up. *Stroke*, 30, 1524-1527.

Nationalencyklopedin (2000) Ett uppslagsverk på vetenskaplig grund. Supplementband III. Malmö: Bra Böcker.

Socialstyrelsen (2000) Nationella riktlinjer för strokesjukvård. Version för hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003) Hur tillämpar hälso- och sjukvården Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård? Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2005) Nationella riktlinjer för strokesjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen.