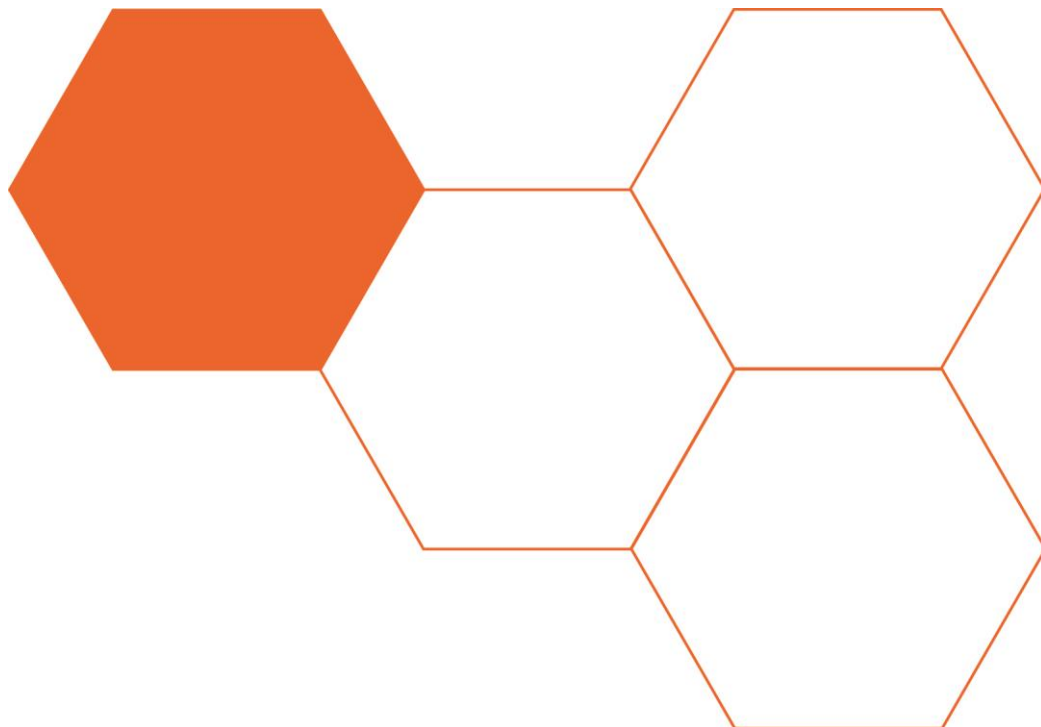


Regionalt vårdprogram för uppföljning, rehabilitering och sekundärprevention efter stroke och TIA

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa såvida inte särskilda skäl föreligger.

Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av ansvariga för hälso- och sjukvård inom Region Skånes



INNEHÅLL

| | |
|---|----|
| FÖRORD | 3 |
| DOKUMENTINFORMATION | 4 |
| SAMMANFATTNING | 5 |
| VÅRDPROGRAMSGRUPP | 6 |
| FÖRANKRING OCH REMISSYTTRANDE | 6 |
| MÅLGRUPP FÖR VÅRDPROGRAMMET, DEFINITIONER OCH AVGRÄNSNING | 7 |
| STROKEVÅRDKEDJAN SAMT GRÄNSSNITT OCH ANSVARSFÖRDELNING MELLAN OLIKA HUVUDMÄN OCH VÅRDNIVÅER..... | 7 |
| EPIDEMIOLOGI | 11 |
| SYM TOM OCH KLINISKA FYND | 12 |
| DIAGNOSTIK: STROKE OCH BAKOMLIGGANDE ORSAK | 12 |
| PREVENTION – FÖREBYGGANDE INSATSER | 13 |
| VANLIGA FÖLJDTILLSTÅND EFTER STROKE..... | 14 |
| REHABILITERING, DEFINITIONER, FÖRLOPP ÖVER TID, ÖVERGRIPANDE PRINCIPER | 16 |
| KROPPSFUNKTIONER – UTREDNING OCH FUNKTIONSHÖJANDE TRÄNING..... | 18 |
| AKTIVITET OCH DELAKTIGHET | 30 |
| NÄRSTÅENDEPERSPEKTIV | 35 |
| KVALITETSREGISTER, KVALITETSINDIKATORER OCH MÅLNIVÅER | 35 |
| REFERENSER OCH LÄNKAR | 35 |
| BILAGA 1 MODELL AV REHABILITERINGSPLAN SOM ANVÄNDS INOM REHABILITERINGSMEDICIN | 38 |
| BILAGA 2 EXEMPEL PÅ BEDÖMNING-/BEHANDLINGSTRINSTRUMENT SOM ANVÄNDS I SKÅNE..... | 40 |
| BILAGA 3 CHECKLISTA LÄKARE, INFÖR UTSKRIVNING..... | 42 |

FÖRORD

En sammanhållen vårdkedja är viktigt för bästa resultat av vården och ju mer komplexa den individuella patientens behov är desto mer viktig blir samordningen.

Strokepatientens väg från insjuknande till den akuta utredningen är redan väl beskriven i andra skrifter och stora framsteg i behandlingen har uppnåtts på kort tid men det som händer därefter är också mycket viktigt för den framtida livskvaliteten och aktivitetsförmågan. Sekundär prevention är avgörande för att förhindra återinsjuknande men vilka åtgärder och läkemedel som behövs finns redan väl beskrivna inom kärlområdet och berörs här bara kortfattat.

Att uppföljningen faktiskt behövs resten av livet är istället en av huvudteserna liksom att stor del av den uppföljningen redan sker i primärvården men måste bli mer strukturerad och utbyggd. Kunskap om vilka symtom som är viktiga och vanliga efter en stroke kan bli bättre genom detta vårdprogram liksom vad som kan utföras med gemensamma krafter över organisationsgränserna när patientens behov styr agendan.

Här saknas också tidigare riktlinjer inom rehabiliteringsområdet, både i region Skåne och nationellt vilket innebär att detta vårdprogram är efterlängtad med möjlighet att underlätta för många fler än strokepatienterna.

Fastställt 2018-08-28

Fredrik Lennartsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

DOKUMENTINFORMATION

| | Namn | Position | E-postadress |
|--|-------------------------|--|--|
| Huvudförfattare | Hélène Pessah-Rasmussen | Överläkare, docent Skånes universitetssjukhus | Helene.pessah@skane.se |
| Fastställt av | Fredrik Lennartsson | Hälso- och sjukvårdsdirektör | Fredrik.lennartsson@skane.se |
| Kontaktperson Koncernkontoret | Petra Widerkrantz | Medicinsk rådgivare | Petra.widerkrantz@skane.se |

GILTIGHETSTID

| | Giltigt från och med | Giltigt till och med | Ansvarig/huvudförfattare |
|----------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| Ursprunglig version | 2018-08-28 | 2021-08-28 | Hélène Pessah-Rasmussen |
| Revidering | | | |

SAMMANFATTNING

Rehabilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktions- och aktivitetsnivå samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och aktivt deltagande i samhället. Detta tillhör självklart den medicinska behandlingsarsenalen för patienter som insjuknat i stroke i tillägg till läkemedel och andra behandlingar.

Rehabilitering som behandlingsform är ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvården inom kommun och landsting, både för öppen och sluten vård och involverar flera olika yrkeskategorier med den behandlande läkaren som huvudansvarig. Samverkan över organisatoriska gränserna är särskilt svår men inte desto mindre viktig för just denna grupp patienter.

Livslång uppföljning

De som insjuknat i stroke och TIA ska följas upp regelbundet resten av livet eftersom risken att återinsjukna är stor men minskar tydligt genom adekvat sekundär prevention. Hos runt 90 procent av de som drabbas av stroke kan man identifiera en eller flera riskfaktorer. Strukturerad uppföljning är därför en av de mest högprioriterade rekommendationerna i socialstyrelsens nationella riktlinjer, Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Den definitiva versionen fastställdes under 2018 och har bevakats av vårdprogramgruppen i detta arbete. Hur uppföljningen bör se ut, vilka konsekvenser av strokeinsjuknandet som man bör uppmärksamma och vilka moment som ska utföras finns beskrivet i detta vårdprogram och även i sammanfattad form i Post-stroke checklista-*Skåne*, se bilaga 4.

Sömlösa övergångar med rehabiliteringsplan

Det är också viktigt att starta rehabiliteringsprocessen redan under slutenvårdstillfället och därefter föra över planeringen till nästa led i vårdkedjan så sömlöst som möjligt för att patienten inte ska tappa kraft och funktion i mellanrummen. Efter den post-akuta fasen blir den långvariga relationen med vårdcentralen avgörande för att de återvunna funktionerna ska bibehållas och i många fall fortsätter dessutom den gradvisa förbättringen under flera år efter strokeinsjuknandet. De besvär och symtom som är viktiga ur patientens synvinkel lyfts här i högre grad än vad som är vanligt i vårdprogram då den aspekten är särskilt viktig för en lyckad rehabiliteringsprocess.

Samordnad individuell planering (SIP) är en viktig mötesarena för att samordna de olika aktörernas insatser, med den fasta vårdkontakten på vårdcentral som kallelseansvarig. Särskilt betydelsefull är SIP inom rehabiliteringsområdet där vi förordar att man inkluderar en särskild rehabiliteringsplan som upprättas redan på sjukhuset. Planeringen ska utgå utifrån patientens behov och mål och ska följas upp och revideras regelbundet tillsammans med patienten. Rehabiliteringen är lika mycket en pedagogisk process som en process där återkommande insatser, inklusive eventuella träningsperioder, måste samordnas över tid och utvärderas i relation till patientens mål.

Kompensatoriska tekniker viktiga

Patienter med nedsatt minne och eller nedsatt problemlösningsförmåga efter stroke ska ha tillgång till arbetsterapeut och erbjudas träning i kompensatoriska tekniker utifrån egna förutsättning och på adekvat vårdnivå.

Arbetsterapeut som behandlar strokepatienter, oavsett vårdnivå, ska ha möjlighet att rådfråga bl.a. neuropsykolog. De patienter som kan tillgodogöra sig behandling på specialistnivå ska ha tillgång till program på klinik med tillgång till bland annat arbetsterapeut och neuropsykolog.

Vid ADL-träning ska många olika aspekter i utförandet beaktas utöver patientens egna önskemål: motorik, sensorik, och kognitiva funktioner som exempelvis uppmärksamhet, planering och initiativ, liksom begränsande eller underlättande faktorer i omgivningen. Eventuella behov av tekniska hjälpmedel och anpassningar av bostaden ska bedömas av arbetsterapeut och fysioterapeut, dock ansvarar logoped för förskrivning av kommunikationshjälpmedel.

VÅRDPROGRAMSGRUPP

Hélène Pessah-Rasmussen, överläkare, docent, sektionschef rehabiliteringsmedicin, VO neurologi och rehabiliteringsmedicin, Skånes universitetssjukvård, fick 2015-11-01 i uppdrag av Sven Oredsson, Enhetschef, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, att ta fram ett vårdprogram för uppföljning, rehabilitering och sekundärprevention efter stroke och TIA.

- Carina Byrlén Roos, MAS, Burlövs kommun
- Magnus Esbjörnsson, neurolog, KRYH Hässleholm
- Lena Eriksson, sjuksköterska, KRYH Kristianstad
- Cecilia Ervander, distriktsläkare, AKO Lund
- Titti Gohed, MAS, Bjuvs kommun, utsedd av Kommunförbundet
- Ingrid Lindgren, fysioterapeut, SUS neurologi (adjungerad)
- Stefan Hagstadius, neuropsykolog, KRYH Hässleholm
- Jessica Kristiansson, arbetsterapeut, SUND Helsingborg
- Erik Löfgren, fysioterapeut, Abels Rehab, SUS primärvård Malmö
- Anna Netterheim, MAR, Eslövs kommun
- Monica Persson, MAR, Helsingborgs kommun
- Pernilla Sandgren, neurolog, SUND Helsingborg
- Kerstin Wendel, arbetsterapeut, SUS rehabiliteringsmedicin
- Sara Wiberg, logoped, SUND Helsingborg

FÖRANKRING OCH REMISSYTTRANDE

Terapigruppen för neurologi har getts möjlighet att lämna synpunkter under framtagandet av vårdprogrammet via Magnus Esbjörnsson. Dialog har förts med läkare inom AKO och med ett flertal fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor verksamma inom sjukhus, primärvård och kommunal verksamhet.

Vårdprogrammet har varit på remiss hos:

- Kommunförbundet
- AKO
- Sund
- Kryh
- SUS
- Kunskapscentrum geriatrik
- Försäkringsmedicinska rådet
- Läkemedelsrådet
- Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention
- Expertgrupp psykisk ohälsa
- Brukarorganisationer
- Enheten för tandvårdstyrning
- RMK (Regionala medicinska kunskapsgrupp) Nervsystemets sjukdomar, Södra Regionvårdsnämnden
- Projektledning Nationella riktlinjer för vård vid stroke

MÅLGRUPP FÖR VÅRDPROGRAMMET, DEFINITIONER OCH AVGRÄNSNING

Målgrupp

Målgrupp för vårdprogrammet är alla som arbetar med strokepatienter oavsett inom vilken organisation de jobbar.

Detta vårdprogram omfattar omhändertagandet av patienter med stroke från och med utskrivningen från slutenvården och under den fortsatta vården och uppföljningen.

Definitioner

Stroke: Snabbt påkommande fokala störning av hjärnans funktion med symtom som varar minst 24 timmar eller leder till döden, där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär. I fall av djup medvetlöshet eller subaraknoidalblödning kan symtomen vara globala. När utredning (vanligen datortomografi, CT) fastställt strotetyp till ischemisk stroke (hjärninfarkt), intracerebralt blödning (hjärnblödning, hemorragisk stroke), eller subaraknoidalblödning är det lämpligare att använda dessa mer specifika diagnoser än termen stroke vid utskrivning från slutenvården.

TIA (Transitorisk Ischemisk Attack): Övergående fokala symtom från hjärnan eller retina med en duration som inte överstiger 24 timmar. TIA innefattas inte i definitionen av stroke.

Avgränsning, population och diagnos

Alla patienter äldre än 18 år som insjuknar i stroke eller TIA i Skåne, oavsett strokesvårighetsgrad, och oavsett om patienten bor i eget boende eller i kommunalt särskilt boende.

STROKEVÅRDKEDJAN SAMT GRÄNSSNITT OCH ANSVARFÖRDELNING MELLAN OLIKA HUVUDMÄN OCH VÅRDNIVÅER

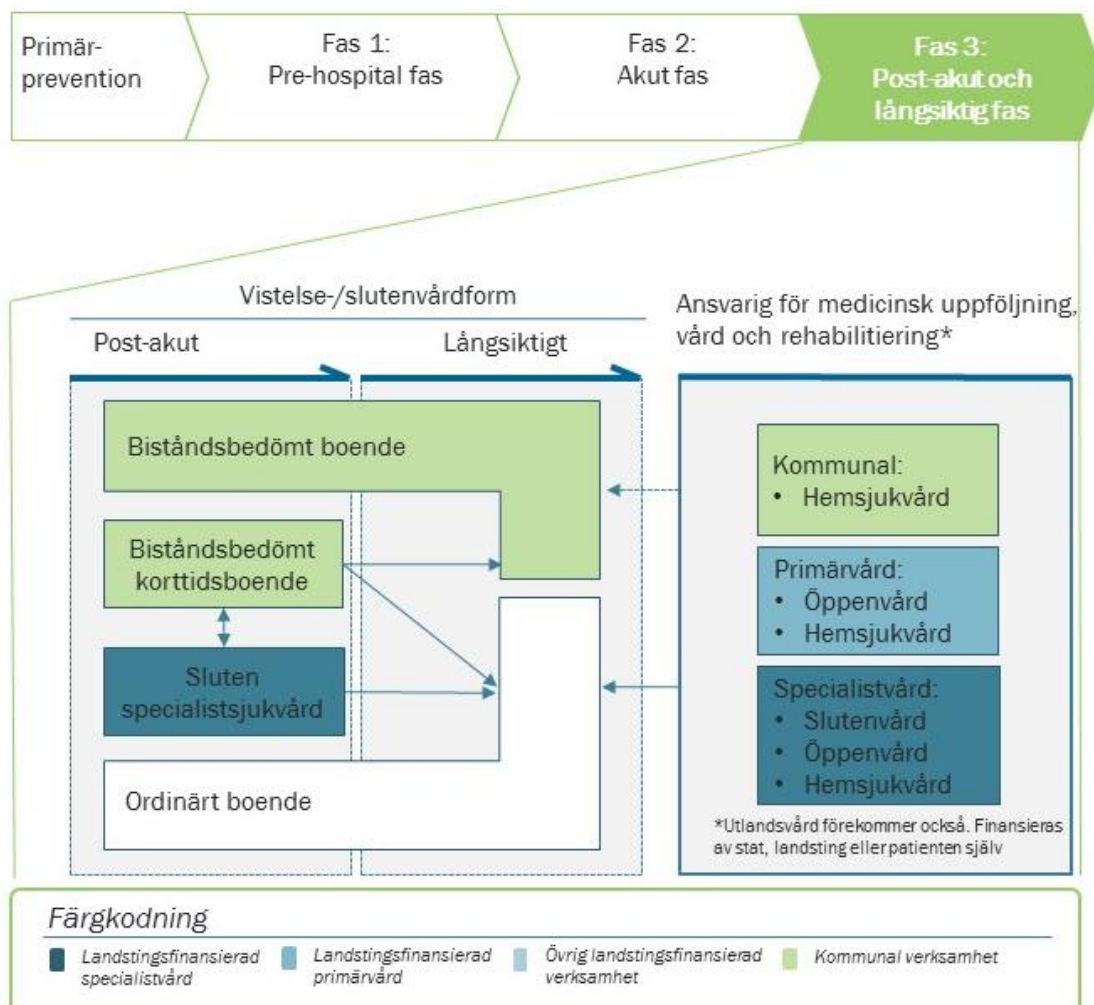
Vårdkedjan vid stroke är omfattande och komplex; vård av stroke involverar många specialiteter och inbegriper vårdinsatser under lång tid efter insjuknandet, inklusive livslång uppföljning. Därtill är flera huvudmän involverade.

Det är mycket viktigt med kontinuitet i metodik och synsätt från sjukhusnivå till primärvårds/kommunnivå. Det kräver ett väl fungerande överrapporteringsystem och en rehabiliteringsplan som följer patienten genom vårdkedjan.

Socialstyrelsen rekommenderar/förordar (Nationella riktlinjer för vård vid stroke) att alla patienter erbjuds strukturerad uppföljning efter stroke eller TIA med syfte att se över sekundärpreventiva åtgärder, tidigt identifiera nya eller förändrade symptom och att kunna erbjuda rätt åtgärd eller hänvisa till rätt instans i vårdkedjan utifrån patientens aktuella situation och behov. Det första återbesöket bör ske senast inom 3 – 6 mån efter stroke och inom 1 – 3 mån efter TIA.

Schematiskt kan vårdkedjan indelas i tre faser: pre-hospital fas, akut fas och post-akut/långsiktig fas (Figur 1, från SVEUS strokerapport)

Respektive fas ställer olika krav på omhändertagande, specialistkompetenser och för patienten nödvändiga insatser för att uppnå goda hälsoreultat och minska risken för återinsjuknande.



Figur 1. Översiktlig beskrivning av den post-akuta och långsiktiga fasen i vårdkedjan

Slutenvården

Ansvarar för den akuta fasen och övergången till post-akuta fasen. För de allra flesta patienter sker hela den akuta fasen ineliggande på sjukhus och avslutas genom utskrivning från sjukhuset, för en del patienter kan dock en del av den akuta fasen ske polikliniskt.

Övergången mellan den akuta och den post-akuta fasen har en avgörande betydelse för den fortsatta vårdkedjan. För att övergången ska vara patientsäker måste ansvarig läkare inom slutenvården försäkra sig om att alla undersökningar och behandlingar som hör till den akuta fasen är genomförda innan den akuta fasen avslutas och att det finns en planering för den fortsatta vården (uppföljning, rehabilitering, sekundär profylax) med tydlig anvisning om vem som ansvarar för vad.

Från och med 1 januari 2018 gäller Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Denna lag säger att om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna.

Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen. I Skåne betyder det i de flesta fall den vårdcentral eller mobila vårdteam där patienten är listad.

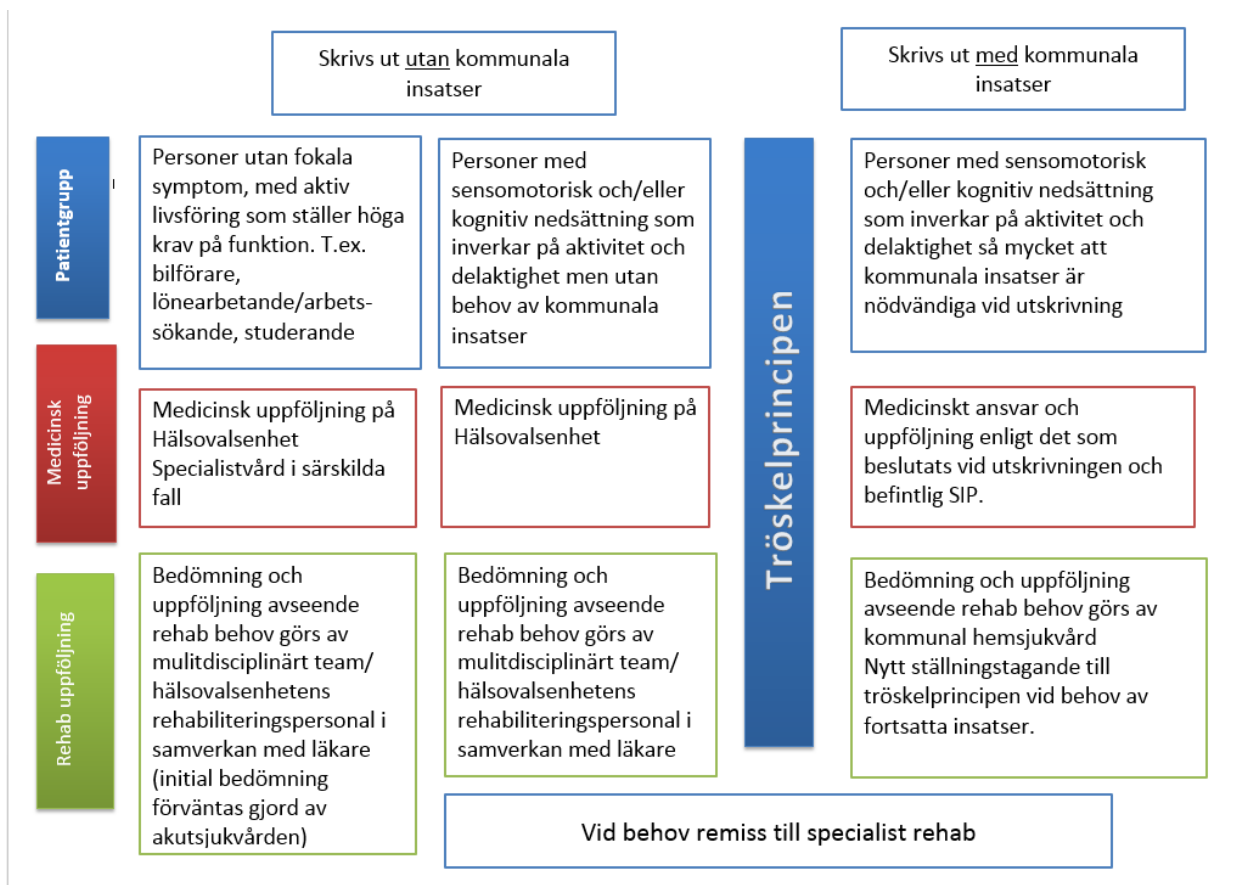
För patienter som efter utskrivningen inte behöver kommunala insatser måste samråd med vårdcentralen ske före utskrivningen om läkarinsatser därifrån krävs tidigare än efter tre månader. Vi förordar användning av ”[Checklista läkare, inför utskrivning av patient med stroke/TIA](#)” som ska vara väl förankrad inom slutenvården och användas av utskrivande läkare.

Specialiserad öppen vård

Ansvarar för akuta fasen i de fall patienten blir utskriven från slutenvården före samtliga delar är avklarade enligt utskrivningschecklistan ovan och för de patienter som har behov av snabb uppföljning under post-akuta fasen. De patienter som skrivs ut direkt till eget boende och som behöver läkarinsatser inom tre månader efter utskrivningen från sjukhuset bör, som regel, erhålla insatserna via den specialiserade vården.

Rehabilitering kan vara gemensamt ansvar för kommunal vård, primärvård och/eller specialiserad öppen vård

Varje patient med genomgången stroke är i princip i behov av en snar rehabiliterings insats/teamuppföljning inom den öppna vården, antingen primärvård och/eller specialiserad öppen vård. Insatserna kan dock se olika ut relaterat till patientstatus och livssituation, se figur 2.



Figur 2 Ansvarsfördelning utifrån patientens behov av rehabilitering

Primärvården

Efter utskrivningen från slutenvård ligger samordningsansvaret på vårdcentralen. Medicinskt ansvarig för rehabilitering är läkaren. Primärvården är oftast ansvarig för den första uppföljningen i den post-akuta fasen om den inte behöver ske kort efter utskrivning från slutenvården. Tillgång till ett multidisciplinärt team med särskild kunskap om stroke är av stor vikt.

Strokedrabbade ska följas upp livslångt, Frekvens på uppföljning och innehåll regleras efter det individuella behovet. I de allra flesta fall ansvarar primärvården för uppföljningen av strokepatienterna i den långsiktiga fasen.

Undantag finns och beror på patientens individuella, sammanlagda behov och behov av specialiserade rehabiliteringsinsatser som inte varit synliga under tidigare sjukdomsförlopp. Vi förordar användning av Post-stroke checklista-Skåne (PSC), se bilaga 4, i samband med såväl tidig som sen uppföljning. Checklisten kan med fördel administreras av sjuksköterska.

Sköra multisjuka patienter

Huvudmål för vård och uppföljning av strokedrabbade sköra multisjuka patienter är att patienterna ska uppnå och bibehålla så god livskvalité som möjligt. De har ofta svårt att tydligt påtala sina behov själva.

God oral hälsa och tarm och blåsfunktion samt adekvat smärtlindring är absolut centrala när det gäller välbefinnandet av de allra sköraste patienterna.

Vid nyinsättning av läkemedel ska hänsyn tas till möjliga biverkningar och potentiella läkemedelsinteraktioner och prioritera god livskvalitet utifrån vad som är viktigt för patienten framför statistiskt något förlängd överlevnad på gruppnivå. Av samma skäl är det viktigt att i samband med den långsiktiga uppföljningen återkommande ta ställning till eventuell seponering av sekundärprofylax.

Lägesändringar och viss mobilisering är av godo för de allra flesta sköra patienter och minskar ofta risken för smärta och andra komplikationer. Mobilisering syftar också till att öka patientens interaktion med den omgivande miljön. Funktionshöjande/bibehållande åtgärder är i princip endast motiverade om de har som främsta syfte att möjliggöra fortsatt välbefinnande.

För de patienter som har kvarstående betydande sväljningssvårigheter, (se avsnitt sväljning och nutrition) måste nyttan med enteral/parenteral nutrition (sond, PEG, iv behandling) alltid vägas mot eventuella biverkningar/obehag relaterade till näringstillförseln. Det är viktigt att tänka på att patienter som får sin nutrition via sond eller PEG också behöver munvård, smak- och luktupplevelser, ät- och sväljträning och den stimulans och sociala gemenskap som en måltid ofta är.

Dokumenterat ställningstagande till vårdform vid eventuellt återinsjuknande i stroke ska finnas för alla multisjuka personer inom hemsjukvård eller särskilt boende.

Dödsfall sent efter stroke sker ofta på institution. Rent vårdtekniskt skiljer sig inte vården av patienter med en allvarlig stroke i postakut och kronisk fas nämnvärt från vården av patienter i slutskedet av en kronisk neurologisk sjukdom eller demens (palliativ vård i livets slutskede, Nationellt vårdprogram).

EPIDEMIOLOGI

Stroke är den vanligaste orsaken till förvärvad funktionsnedsättning hos vuxna, och den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. Stroke orsakas i 85 procent av fallen av en blodpropp, och i övriga fall av olika typer av hjärnblödningar. Man har ofta angivit en incidens på 300 insjuknande per 100 000 invånare och år, men det finns signaler både på regional och nationell nivå att strokeincidensen är i sjunkande. Mellan 2011 – 2016 minskade antalet registrerade strokeinsjuknanden per år i Region Skåne med 651 patienter vilket kan tänkas förklaras av bättre primär- och sekundärprofylax. 2016 registrerades i riket 2 1797 patienter med akut stroke i Riksstroke, i Region Skåne 2 792 patienter.

Medelåldern vid insjuknande är drygt 75 år, men man räknar med att 20 – 25 procent är i yrkesför ålder. 1 000 personer på 100 000 invånare har tidigare haft stroke och lever med varierande grad och typ av handikapp. Ett år efter stroke arbetar en knapp tredjedel i samma omfattning som före strokeinsjuknandet, runt 50 procent saknar helt arbetsförmåga. Jämfört med perioden 1991 – 93 sjönk andelen dödsfall till följd av stroke under 2010-2012 för både män och kvinnor i alla socioekonomiska grupper. Fortfarande kvarstår dock signifikanta skillnader mellan hög- och lågutbildade och mellan inkomstgrupper. Detta förhållande förklaras sannolikt delvis av att tillgång och följsamhet till primär- och sekundärpreventiv behandling är sämre, och att andelen med ohälsosam livsstil (rökning,

övervikt, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor samt överkonsumtion av alkohol) är högre bland de med låg utbildning och de med lägre inkomst. Även efter justering för övriga riskfaktorer kvarstår utbildningsnivån som oberoende riskfaktor för återinsjuknande. Därför är livsstilsintervention och uppföljning av sekundärprofylax särskilt angelägen hos de mest utsatta patientgrupperna.

Den vanligaste riskfaktorn i befolkningen som ökar risken för stroke är högt blodtryck. Andra vanliga riskfaktorer är förmaksflimmer, diabetes mellitus, hyperkolesterolemi, ateroskleros med förträngning i halspulsådern, rökning, alkoholöverkonsumtion, övervikt och brist på fysisk aktivitet. Man räknar med att det hos mer än 90 procent av de som insjuknar i stroke föreligger en eller flera riskfaktorer där evidensbaserad åtgärd och behandling finns tillgänglig.

SYMPTOM OCH KLINISKA FYND

Det mest karakteristiska vid insjuknande i stroke är att symtomen debuterar plötsligt. Symtomen vid akut stroke är likartade vid ischemisk stroke och intracerebral blödning och beror på skadans lokalisation. En stor stroke ger oftast svåra symtom men även en liten skada i ett område med viktiga nervbanor, exempelvis för rörelseförmågan, kan ge omfattande symtom.

Skador i vänster hjärnhalva ger symtom i höger kroppshalva och vice versa. Vänster hjärnhalva är oftast dominant och här finns språkcentrum även hos majoriteten av vänsterhänta. Vid infarkt eller blödning i lillhjärnan ses däremot koordinationsstörning i samma kroppshalva som skadan är belägen i. I övrigt se avsnitt om kroppsfunktioner.

DIAGNOSTIK: STROKE OCH BAKOMLIGGANDE ORSAK

Stroke är en klinisk diagnos som karakteriseras av plötsligt insättande fokala neurologiska bortfallssymptom till följd av störd blodförsörjning i en avgränsad del av hjärnan. För att kunna avgöra om det rör sig om en ischemisk stroke och intracerebral blödning krävs neuroradiologisk undersökning, vilket i normalfallet innebär datortomografi (CT). Känsligheten för blödningar under första dygnet är minst 90 procent, men endast i runt 25 procent påvisas förändringar vid ischemisk stroke i detta skede.

Magnetresonanstomografi (MR) har lika god eller högre känslighet för akut blödning. Man räknar att MR har en känslighet på minst 90 procent för att kunna påvisa förändringar inom 24 timmar från insjuknandet i ischemisk stroke.

Nationella riktlinjer föreskriver att kärlutredning vid stroke/TIA ska vara utförd senast inom 24 timmar från inläggning, vilket i normalfallet innebär ultraljudsundersökning med så kallad duplex teknik. CT angiografi av halskärl görs i ökande omfattning vid akut inläggning, och ger en god kartläggning av både intra- och extrakraniella kärl. Kärlutredning i avsaknad av aktuella ischemiska symptom rekommenderas inte.

Samtliga patienter utan känt förmaksflimmer, som insjuknar i ischemisk stroke eller TIA, skall undersökas med långtids-EKG-registrering. Vid inläggning sker registrering med telemetri under 24 – 48 timmar. Om denna inte påvisar förmaksflimmer ska utskrivande

läkare ta ställning till behovet av kompletterande utredning med ambulerande långtids-EKG under 2 – 3 veckor, med lämplig teknik.

Gällande utredning på funktions-, aktivitets- och delaktighetsnivå (neuropsykolog, fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, dietist, sjuksköterska och kurator), se avsnitt rehabilitering.

PREVENTION – FÖREBYGGANDE INSATSER

Det är välbelagt att tidigt insatt behandling efter TIA eller mindre stroke kraftigt reducerar risken för patienten att återinsjukna, vilket gör att utredning och initiering av sekundärprofylax av dessa patienter skall ske akut på sjukhus. Hos runt 90 procent av de som drabbas av stroke kan man identifiera en eller flera riskfaktorer där evidensbaserad behandling signifikant minskar risken för återinsjuknande.

Levnadsvanor

Levnadsvanor som rökning, fysisk inaktivitet, övervikt, överkonsumtion av alkohol, stress och ohälsosamma kostvanor har visad koppling till risken att drabbas av stroke. Exempelvis löper rökare en dubbelt så stor risk att drabbas av stroke som icke-rökare. För den redan stokedrabbade finns det entydig evidens att rökstopp och fysisk aktivitet minskar risken att insjukna igen. Livsstilsintervention är därför viktig för samtliga patienter med TIA och stroke.

Framgångsrika metoder för att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor är individuellt anpassade och kombinerar passiva metoder (skriftlig information) med mer aktiva metoder som rådgivande samtal.

Enligt Region Skånes regionala vårdprogram för levnadsvanor bör patienter med ohälsosamma levnadsvanor erbjudas någon form av rådgivning eller samtal. Uppföljning längs hela vårdkedjan är viktigt för att öka chanserna att levnadsvaneförändringar blir bestående.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling är en mycket viktig del av det preventiva arbetet men ska sättas i relation till övriga läkemedelsbehandlade sjukdomar inklusive vanliga följsymtom efter stroke som t ex smärta, depression, ångest, sömnstörning, epilepsi.

Den vanligaste orsaken till stroke, oavsett om det rör sig om en ischemisk stroke eller intracerebral blödning, är högt blodtryck. Att effektivt behandla ett högt blodtryck är en av de långsiktigt viktigaste uppgifterna i samband med uppföljning på primärvårdsnivå efter stroke eller TIA. Den långsiktiga blodtryckskontrollen har stor betydelse för återinsjuknanderisken. Behandlingsmål för viloblodtryck uppmätt hos sjuksköterska brukar anges till 120 – 140 mm Hg systoliskt, och <90 mm Hg diastoliskt. Vid så kallad whitecoat hypertension utgör 24 timmars-blodtrycksmätning ett värdefullt komplement. Det finns god evidens för att även patienter med normalt blodtryck får en riskminskning av behandling med blodtryckssänkande medicin efter stroke. I första hand rekommenderas vid blodtryckssänkande behandling monoterapi eller kombination med ACE-hämmare/angiotensionreceptor-blockerare, kalciumblockerare eller tiaziddiuretika. I de fall man inte når blodtrycksmål, vid biverkningar eller behov av reglering av hjärtfrekvens kan behandling med betablockerare bli aktuell.

Tillgången till effektiv emboliprofylax vid förmaksflimmer har ökat i och med att direkt verkande antikoagulantia, NOAK (apixaban, dabigatran, rivaroxaban och edoxaban), har blivit tillgängliga som alternativ till warfarin. I början på 2017 publicerade Läkemedelsverket nya behandlingsrekommendationer vid förmaksflimmer, där NOAK bedöms lämpligare som förstahandsval vid icke-valvulärt förmaksflimmer även för svenska förhållanden där warfarinbehandling håller en mycket hög kvalitet. Andelen patienter där inte någon form av antikoagulantia kan erbjudas efter TIA eller stroke på grund av absolut kontraindikation, bedöms ligga runt 5 procent, hos övriga föreligger ett gynnsamt risk-/nyttförhållande även i högre åldrar. Det kan vara rimligt att i patientgruppen som tidigare haft stroke eller TIA i första hand överväga dabigatran vid insättning av NOAK vid förmaksflimmer eftersom dabigatran har en godkänd specifik antidot (idarucizumab) såvida det inte föreligger särskilda skäl till att välja apexaban, rivaroxaban eller edoxaban. Socialstyrelsen lyfter fram antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer efter stroke som den enskilt effektivaste sekundärprofylaktiska åtgärden per behandlingsår. Risken att drabbas av cerebral infarkt vid förmaksflimmer utan behandling med antikoagulantia, kan uppgå till 20 procent per år.

Antitrombotisk behandling (ASA eller klopidogrel) är indicerad hos i princip alla patienter med TIA/ischemisk stroke som inte beror på en kardiell emboli.

Behandling med kolesterolsänkande medicin med statin vid ischemisk stroke har god evidens, och rekommenderas oavsett om förhöjt kolesterol eller ogynnsamt förhållande mellan LDL-/HDL-kolesterol föreligger eller inte. Den största nyttan är att dessa patienter får en minskning av risken för hjärtinfarkt, som är betydande i denna population. Man bör därför i största möjliga mån försöka följa aktuella rekommendationer efter hjärtinfarkt gällande behandlingsmål. Vid uppföljning är det viktigt att kontrollera att gängse målnivåer med ett totalkolesterol <5 mmol/l, LDL <1,8 mmol/l och en LDL-/HDL-kvot < 3 uppnås. Dokumentation finns för simvastatin 40 mg och atorvastatin 80 mg. Det saknas evidens för behandling med statin vid hemorragisk stroke.

Personer med diabetes har en ökad risk att drabbas av stroke. Livsstilsintervention, adekvat farmakologisk intervention av övriga riskfaktorer samt optimal blodsockerbehandling är angelägna.

VANLIGA FÖLJDTILLSTÅND EFTER STROKE

Mental trötthet

En övervägande del av strokedrabbade upplever mental trötthet och uttrötthet (hjärntrötthet/poststroke fatigue) som det främsta hindret för ett normalt vardagsliv och för livskvaliteten. Den mentala tröttheten förefaller oberoende av skadeomfattning, tid sedan insjuknandet samt ålder. Det är sannolikt att den kognitiva tröttheten till stor del även bidrar till upplevandet av minnesproblem, koncentrationsproblem och bristande simultankapacitet. Den mentala tröttheten åtföljs av ett återhämningsbehov efter mental ansträngning.

Hjärntröttheten kan påverka såväl fysisk som mental funktion/prestation och kan ha en stor påverkan på patientens aktivitetsrepertoar och delaktighet. Kunskap om hjärnskadetrötthet och dess inverkan på vardagen, i kombination med inläring av kompenserande strategier,

kan förbättra aktivitetsbalansen. Se även avsnittet funktionsnedsättningar och begränsningar i aktivitet och delaktighet inklusive sjukskrivning

Emotionella och psykiska reaktioner

Emotionella och psykiska reaktioner i form av depression, posttraumatiskt stressyndrom, ångest, och ökad känslomhet (emotionalism) är vanligt efter stroke. Möjlighet till samtalsstöd behöver finnas genom hela vårdkedjan. Samtalsstödet behöver fokusera på de reaktioner som är relaterade till själva strokeinsjuknandet men också på de reaktioner som kan uppstå senare då personen behöver lära sig hantera de konsekvenser som en stroke kan medföra.

Depression i samband med stroke

Perioden med störst risk att utveckla depression förefaller vara de första månaderna, med en tydlig topp runt 3 – 6 månader och sedan en nedgång i förekomsten och en halvering efter ett år. Hos upp till en tredjedel av patienterna är symtomen kvarstående under det första året eller längre.

I vissa fall kan det vara svårt att differentiera mellan sen kris och depression. Hjärntrötthet och/eller kognitiva och exekutiva störningar kan ibland misstolkas som depression. Påverkat arbetsminne och inlärningsförmåga generellt samt störning av exekutiv förmåga är vanligt vid depression.

Det är viktigt att identifiera och behandla depressiva symptom även för rehabiliteringen, då obehandlad depression kan ha stora negativa effekter på förmågan att kunna tillgodogöra sig sådan, och kan också bidra till försämrad ADL-förmåga på längre sikt.

Behandling av depression efter stroke skiljer sig inte från övrig antidepressiv behandling förutom att, vid behov av farmakologisk behandling, kan det vara lämpligt att trappa upp långsammare än vanligt. Vid behov av farmakologisk behandling rekommenderas i första hand sertralin och mirtazapin. Det senare är särskilt lämpligt vid samtidiga sömnsvårigheter.

Sömnrubbing

Både ökat sömnbehov och sömnsvårigheter (kortare, ytligare eller oroligare sömn) är vanligt förekommande efter stroke.

Smärta

Många av de som drabbats av stroke har problem med smärtor efteråt. Smärtorna kan vara av många olika typer och smärtanalys är av största vikt före beslut om behandling.

Analysen bör innefatta, men inte begränsas till, följande frågor; Lokalisation? Smärttyp? Dygnsrhythm? Sociala faktorer? Samsjuklighet? Följder av smärtproblematiken?

Minskad rörelseförmåga är vanlig orsak till ledstelhet och ledvärk men även till bristande cirkulation i hud och muskulatur som i förlängningen kan leda till svårbehandlade sår.

Mobilisering, funktionsbevarande sjukgymnastik och avlastning är förstahandsalternativet för behandling. Spasticitet kan också orsaka smärta (se avsnitt om spasticitet).

Förändrade levnadsförhållanden, krisreaktion och det plötsliga beroendet av hjälp från anhöriga och vårdpersonal kan också i vissa fall kommuniceras som smärta även utan korrelerande neurologiska skador.

Neuropatiska smärtor är typiska vid stroke i thalamus och uppträder oftast flera veckor efter insjuknandet. Typiska symptom är halvsidiga smärtor, oftast med allodyni (smärta orsakad av en normalt icke-smärtsam retning) och parestesier (t ex myrkrypningar).

Generaliserad smärta med störd smärtmodulering är ofta multifaktoriell. En väl genomförd behandling tidigt i smärtförloppet utifrån förekommande smärtyper är bästa förebyggande åtgärden.

För ytterligare råd om lämplig läkemedelsbehandling för respektive smärtyyp liksom uppföljning av denna rekommenderas bakgrundsmaterialet till [Skånelistan](#) som uppdateras årligen.

Epilepsi

Risken för epilepsi efter stroke är cirka 5 – 12 procent. Risken är större hos patienter som har haft en intracerebral blödning och hos de som haft en större stroke innefattande hjärnbarken. Förekomst av anfall i nära anslutning till stroke ökar också risken för epilepsi efter stroke.

Lamotrigin eller levetiracetam är ofta lämpliga behandlingsalternativ då signifikanta interaktioner med vaskulär sekundärprofylax saknas. Tolerabiliteten är generellt god, preparaten kan dock ge kognitiva biverkningar vilket bör följas upp noggrant.

REHABILITERING, DEFINITIONER, FÖRLOPP ÖVER TID, ÖVERGRIPANDE PRINCIPER

Begreppet rehabilitering definieras som insatser vilka ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktions- och aktivitetsnivå samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och aktivt deltagande i samhället ([SOSFS 2008:20](#)).

Rehabiliteringen är lika mycket en pedagogisk process som en period av återuppträning där coping (bemästringsstrategier) och empowerment (bygga upp sin självkänsla, att få makt att påverka sitt liv) är begrepp som är viktiga att inkludera.

Alla patienter som drabbats av stroke skall följas strukturerat avseende kvarstående funktionsnedsättningar och begränsningar i aktivitet och delaktighet i både akut och i senare skede.

Tillförlitliga och i möjligaste mån validerade bedömningsinstrument ska användas längs hela vårdkedjan. I bilaga 2 visas exempel på de bedömningsinstrument och skalor som är mest använda i Skåne. Det kan med utgångspunkt från patientens skada vara svårt att i det akuta skedet dra långtgående slutsatser om vad skadan kommer att innebära för varje enskild individ i ett längre perspektiv.

En rehabiliteringsplan är ett verktyg för att inkludera patienten i rehabiliteringen och för att dokumentera, styra och följa den enskildes rehabiliteringsprocess. I denna dokumenteras patientens önskemål, resurser och begränsningar samt åtgärderna riktade mot de egna kort- och långsiktiga målen. Planen ska upprättas på sjukhus där också åtgärderna riktade mot de tidiga delmålen verkställs. Rehabiliteringsplanen kan vara en integrerad del av den samordnade vårdplaneringen. Den ska omprövas, verkställas och långsiktigt följas upp av primärvård och/eller kommun, och är ett levande dokument som bör följa patienten genom

vårdkedjan. I bilaga 1 visas exempel på den modell av rehabiliteringsplan som används inom rehabiliteringsmedicin.

Rehabiliteringen är en komplex process som påverkas av flera komponenter. ICF erbjuder en gemensam terminologi och klassifikation för att kartlägga personens funktionsnedsättningar och problem i aktivitet och delaktighet. Den kan användas både för beskrivande data på individ- och gruppnivå och för målformulering och utvärdering. Se ICF Core Set for Stroke och Koder Funktionstillstånd (ICF).

Aktivitetsförmågan och delaktigheten kan förbättras under lång tid med rätt rehabiliteringsinsatser, genom utmaning och stimulans samt genom anpassning till förutsättningarna. Cirka hälften av den förväntade förbättringen av de sensomotoriska färdigheterna sker under de första månaderna efter stroke men det kan finnas stora individuella variationer. Det finns mycket stor risk för försämring om nyinlärda funktioner inte utnyttjas i vardagen. Meningsfulla fritidsaktiviteter har visat sig vara associerat med välmående i flera studier, och detta bör beaktas i rehabiliteringen i större utsträckning

Stroke innebär risk för nedsatt förmåga att initiera, planera, organisera och utföra måldrivna handlingar som till exempel ta egen kontakt med sjukvården. Detta tillsammans med bristande motivation, ork och nedsatt sjukdomsinsikt, kan medföra svårigheter i rehabiliteringen. I ett inledningsskede kan man därför behöva rikta insatserna mot just detta, för att skapa rätt förutsättningar för rehabilitering.

I all rehabilitering är det viktigt att stimulera till egenaktivitet även om patienten inte kan utföra hela aktiviteten själv. Även vila är en del av behandlingen. Ett bra resultat förutsätter en konsekvent och individuell behandlingsstrategi som integrerar all personal och närstående runt patienten. Rehabiliteringen måste naturligt integreras i vardagen och genomsyra dygnets alla timmar.

Den drabbade personen behöver stöd att klara en förändrad livssituation, genom exv. stödsamtal/coachning för att bemästra sin vardag utifrån nya förutsättningar och livsmål, och/eller genom handledning av anhöriga och personal inom social hemtjänst, särskilt boende och på vårdcentral.

Organisationen av rehabiliteringen efter akutfasen ser olika ut i Skåne. Behovet kan tillgodoses via till exempel:

- Rehabilitering i slutenvård
- ESD (Early Supported Discharge, tidig understödd utskrivning med fortsatt rehabilitering i hemmiljö av specialiserad öppenvård)
- Öppenvård på sjukhus: dagrehabilitering/behandling av enstaka yrkesgrupp
- Logopedmottagning
- Öppenvård i primärvården: enstaka yrkesgrupp/team, individuellt eller i grupp.
- Kommunal hemsjukvård inklusive rehabilitering på basnivå
- Kommunal korttidsenhet enligt SOL inklusive rehabilitering på basnivå (HSL)

Sväljning och nutrition

Svårigheter med att äta, svälja och nutriera sig är vanligt förekommande efter stroke och kan bero på en eller flera orsaker som sväljningssvårigheter, nedsatt munstatus, pareser eller andra kognitiva störningar. Utöver en negativ inverkan på patientens livskvalité medför dessa svårigheter även en ökad risk för aspiration. Undernäring kan inverka menligt på bland annat rehabiliteringen och innebära ökad risk för till exempel trycksår.

Orsak och grad av dysfagi varierar ofta under sjukdomstiden och det är därför viktigt att man regelbundet utvärderar och förnyar sväljningsbedömningen, detta gäller även patienter som får nasogastrisk sond eller PEG (Perkutan Endoskopisk Gastrostomi) initialt. Vid misstanke om sväljningssvårigheter bör logoped kontaktas för bedömning. Vid dysfagi ger logopeden sväljningsråd, rekommendationer kring konsistensanpassning och visar sväljningstekniker för att säkerställa intaget via munnen och göra sväljningen så säker som möjlig. Nedsatt insikt och oaktsamt beteende i samband med måltid kräver extra vaksamhet. Flertalet patienter som insjuknat i stroke för första gången får med adekvat behandling tillbaka sin förmåga att äta och dricka inom två till tre månader. Vid kronisk eller långvarig dysfagi kan logopeden även ge förslag på hjälpmedel och ge behandling för svårigheterna.

Bedömning av nutritionsstatus görs tidigt i sjukdomsförloppet och upprepas med jämna tidsintervall med samtidig regelbunden viktuppföljning. Dietist ska kontaktas för konsultation vid behov. Behandlingen måste utformas individuellt och följas upp och utvärderas regelbundet. Val av lämplig form av nutritionsterapi avgörs av tugg- och sväljförmåga samt bedömt behov av i första hand energi och protein. Oral nutritionsterapi bygger på kost i hel eller anpassad konsistens, eventuellt kompletterad med oralt nutritionsstöd i form av kosttillskott. Vitamin- och mineral supplementering bör ske vid behov. För val och dosering av näringsdryck bör samråd ske med dietist. Personer med nedsatt aptit bör erbjudas energi- och proteinrik kost, som kännetecknas av liten volym och hög energi- och proteintäthet. När det inte är möjligt att täcka beräknat behov av energi- och näringsämnen med oral nutritionsterapi, måste artificiell nutrition övervägas, antingen som enda näringskälla eller i kombination med oral nutritionsterapi.

Artificiell nutrition kan delas in i enteral (via tarmen) eller parenteral (vid sidan av tarmen). Enteral nutrition är att föredra så länge absorptionen i tarmen fungerar. Vid övergående dysfagi rekommenderas nasogastrisk sond men vid långvariga eller bestående svårigheter rekommenderas PEG. Viktigt att utvärdering/uppföljning av nasogastrisk sond finns i planeringen samt vem som är ansvarig för uppföljningen.

Även behovet av tekniska hjälpmedel såsom specialbestick, pet emot kant, lätthanterliga glas/muggar i matsituationen ska tillgodoses. Även sittställningen måste beaktas. Det är särskilt viktigt att sväljningssvårigheter och/eller risk för undernäring uppmärksammas vid utskrivningsprocessen. En tydlig planering behövs där både det medicinska ansvaret och övriga ansvarsområden tydliggörs så att patienten inte bara kan garanteras en medicinskt säker och adekvat nutrition, sväljningsträning och god oral hälsa utan också att livskvalitetsaspekten tillgodoses även för de patienter som önskar äta trots sväljningssvårigheter.

Oralhälsa, tandvård

Vid stroke kan oral hälsa och tandstatus drabbas påtagligt genom olika, både direkta och indirekta, mekanismer. Sväljningssvårigheter och nedsatt rörlighet och sensibilitet i läppar, tunga och kinder medför sämre självrengöring med kvarvarande matrester och eller läkemedel i omslagsvecket vilket kan leda till karies och slemhinneskador; kvarvarande matrester i munnen utgör i sig en aspirationsrisk.

Bett i tunga, läpp och kind kan ge upphov till sår som kan vara svårt att uppmärksamma särskilt om patienten har en känselstörning och/eller neglekt. Hel- och delproteser kan vara svåra att hålla på plats, patienter med nedsatt spatialförmåga kan ha dessutom stora svårigheter att hantera proteser och andra löstagbara föremål. Flera läkemedel ger muntorrhet och ökar därmed risken för skador.

Risken för skador i slemhinnor och tänder är mycket stor hos patienter med både sond och PEG om inte slemhinnan stimuleras genom munvård och om möjligt genom tillförsel av smakportioner i lämplig mängd och konsistens.

Patienten kan ha svårigheter att upprätthålla en god munhygien/proteshygien på grund bland annat av nedsatt handfunktion och/eller kognitiv störning och kan dessutom ha svårt att medverka vid en tandläkarundersökning på grund av oralapraxi (oförmåga att gapa på kommando) eller andra fysiska eller kognitiva nedsättningar. Då risken för karies kan vara ökad efter stroke pga. orsaker som angetts ovan bör personer som drabbats av stroke uppmanas att beställa tid för tandläkarundersökning några månader efter insjuknandet. Dock bör profylaktiska insatser för bibehållen oral hälsa initieras så snart det är möjligt efter insjuknandet.

Gällande personer med mer uttalade funktionsbortfall bör ansökan om statligt och/eller regionalt tandvårdsstöd utredas. I det statliga tandvårdsstödet finns STB (särskilt tandvårdsbidrag). Inom det regionala tandvårdsstödet erbjuder Region Skåne olika patientgrupper som är folkbokförda i Skåne tandvårdsstöd vilka kan vara uppsökande munhälsobedömning, N-tandvård (Nödvändig tandvård), F-tandvård (Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning) eller S-tandvård (Tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid).

Kriterierna är bland annat att patienten har ett bestående och stort omvårdnadsbehov, stora behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller en funktionsnedsättning. Även personer som har behov av särskild tandvård som led i sjukdomsbehandling under en begränsad tid ska erbjudas vård. Munhälsobedömningen är kostnadsfri. Tandvårdsstödet innebär i korthet att patienten får tandvård till samma kostnad som för sjukvård. Mer information finns på [Vårdgivare Skåne – vårdriktlinjer tandvård](#) och kan inhämtas via Patientservice i Region Skåne eller inom respektive folkbokföringskommun.

Tarm- och blåstömning

Obstipation förekommer hos patienter med stroke och kan orsakas av försvagad buk- och bäckenmuskulatur och nedsatt rektumsensibilitet. Faktorer som bidrar till risk för obstipation är nedsatt rörlighet, rubbat vätske- och födointag, minskad fysisk aktivitet, kognitiva störningar, depression och oförmåga att uppleva signaler från tarmen.

Problem med urinläckage och inkontinens är relativt vanligt hos patienter som insjuknar i stroke. Urininkontinens kan utgöra ett hinder för deltagandet i sociala aktiviteter då patienten behöver närhet till toalett eller upplever skamkänslor i samband med inkontinens.

Patienterna ska erbjudas adekvata råd och behandling. Vid behov kan sjukhus, primärvård och kommunerna erbjuda inkontinenshjälpmedel till personer med urin- och faecesinkontinens.

Hud

Trycksår orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnadsskada. Primära orsaker till trycksår är framför allt tryck, skjuvning och friktion och/eller en kombination av dessa faktorer. Patienter med nedsatt motorik och sensorik har särskilt hög risk för att utveckla trycksår. Risk för trycksår ökar om patienten är undernärd, har feber eller är inkontinent. Adekvat avlastning ska erbjudas inte bara i liggande men även i sittande och i samband med förflyttningar. Medicintekniska hjälpmedel för avlastning kan förskrivas av leg hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunen.

Upplevelsen av att ha trycksår kan ta sig uttryck som smärta, ångslan, orenhet, bundenhet och beroende vilket leder till sämre livskvalitet. Att identifiera risk för trycksår och sätta in förebyggande och behandlande åtgärder är av stor vikt för att undvika och förvärra uppkomst. Nortonbedömning ska göras på samtliga patienter över 65 år samt då behov anses finnas. Vårdhandboken - Modifierad Nortonskala

Patient med nedsatt skyddskänsl i kombination med uppmärksamhetstörning/neglekt, oavsett förekomst av pares eller inte, har en mycket ökad risk att drabbas av kläm- och brännskador i den drabbade extremiteten.

Kommunikation

Kommunikationssvårigheter är ett vanligt förekommande problem efter stroke och vid misstanke om sådana bör logoped kontaktas för bedömning i akut skede. Eftersom kommunikationssvårigheterna kan kvarstå livet ut är det också viktigt med fortsatta uppföljningar. Logopeden differentialdiagnosticerar mellan afasi, dysartri och talapraxi samt utreder vilken grad och typ av störning personen har. Utifrån testresultat ges information angående svårigheterna och prognos till personen, närstående och vårdpersonal. Logopeden ger även information kring hur man kan underlätta kommunikationen samt ger behandling och ordinerar hjälpmedel i de fall det bedöms lämpligt.

Afasi

Afasi är en oförmåga eller nedsatt förmåga att använda sig av och/eller att förstå språk. Den expressiva förmågan är användningen av språk; att tala eller skriva. Den impressiva förmågan är att förstå språk, det vill säga att förstå tal och läsning. En person med afasi, bör anses ha både impressiva och expressiva svårigheter tills motsatsen är bevisad. Symtomen är allvarligast direkt efter insjuknandet och minskar oftast med tiden. Efter det akuta skedet är det av stor vikt att personen följs upp av logoped för eventuell behandling och andra insatser.

Dysartri

Dysartri är en neurologisk (tal)störning som medför nedsatt rörlighet i de muskler som används vid tal. Vid dysartri kan logopeden ordinera kommunikationshjälpmedel, stötta personal samt närstående i hur dessa används samt ge behandling med syfte att hjälpa personen med kompensatoriska strategier kring tal- och röstfunktion.

Talapraxi

Talapraxi innebär en nedsatt förmåga eller oförmåga att programmera artikulationen, det vill säga svårigheter att koordinera vilka muskler som ska aktiveras och i vilken ordning detta ska ske.

Övrig kognitiv och exekutiv förmåga

Merparten av den kognitiva träningen sker i aktivitet, se även avsnittet om Aktiviteter i dagliga livet- ADL. För vissa specifika kognitiva problem finns det även behandlingsalternativ på funktionsnivå.

Neuropsykologisk diagnostik

Vad gäller diagnostiken av problem relaterade till kognition, kan användning av screening-instrument (exv. MOCA, Kognistat, AQT m.fl. bilaga 5), framförallt i kombination med observationer i aktivitet, indikera nedsättning. Detta kan vara av vikt då även små strukturella förändringar kan ge stora problem för individen. Dessa screeninginstrument används ofta av arbetsterapeuter eller annan vårdpersonal. För en djupare förståelse krävs dock en neuropsykologisk utredning som i enstaka fall kan bli aktuell redan i tidig fas men som oftast är mest ändamålsenlig några månader efter insjuknandet; i första hand personer i arbetsför ålder och bilförare där annan bedömning indikerat begränsning, ska erbjudas detta.

En neuropsykologisk utredning innebär analys av högre visuella funktioner, verbala, auditiva funktioner, spatiala funktioner, uppmärksamhetsfunktioner, minnesförmåga och exekutiv förmåga. Även emotionell status/emotionella förändringar undersöks, liksom observation av beteende. Diagnostiken sker med evidensbaserade, standardiserade, kvantitativa testmetoder samt kliniska skattningar och skattningsskalor.

”Dolda” kognitiva problem efter stroke

”Dolda”, funktionshinder på grund av hjärnrötthet och eller kognitiva nedsättningar är mycket vanliga och kan vara begränsande vid utförandet av basala aktiviteter, men framför allt märkbara vid mer komplexa och krävande aktiviteter. En observation i aktivitet i kombination med en kognitiv screeningbedömning, följt av vidare utredning, kan tydliggöra bakomliggande orsaker till en aktivitetsbegränsning.

Nedsatt minne och nedsatt problemlösningsförmåga

Patienter med nedsatt minne och eller nedsatt problemlösningsförmåga efter stroke ska ha tillgång till arbetsterapeut och erbjudas träning i kompensatoriska tekniker utifrån egna förutsättning och på adekvat vårdnivå. Arbetsterapeut som behandlar strokepatienter, oavsett vårdnivå, ska ha möjlighet att rådfråga bland annat neuropsykolog. De patienter som kan tillgodogöra sig behandling på specialistnivå ska ha tillgång till program på klinik med tillgång till bland annat arbetsterapeut och neuropsykolog.

Arbetsminnet hjälper oss att hålla relevant information i medvetandet så länge detta är ändamålsenligt. Efter stroke utgör ett sviktande arbetsminne ofta ett problem på längre sikt. Behandlingen består av träning av kompensatoriska tekniker för att bland annat trigga adekvat beteende; om patienten är motiverad och graden av minnesstörning inte för stor kan även träning på funktionsnivå bli aktuell.

Exekutiv förmåga handlar framförallt om att kunna använda och anpassa sina kognitiva, emotionella och beteendemässiga resurser på ett ändamålsenligt sätt utifrån olika

livssituationers krav. En begränsning innebär nedsatt förmåga att ta initiativ, planera och organisera sitt handlande, samt ett bristande konsekvenstänkande. Problemlösningsstrategier i reell miljö rekommenderas träningsmässigt, där patienten får träna att närma sig vardagliga situationer på ett rationellt och systematiskt sätt; analysera problem, fundera över alternativa lösningar samt genomföra och utvärdera handlingsplaner.

Kompensatoriska tekniker ska erbjudas personer med minnesproblem och nedsatt exekutiv förmåga. Personer som primärt har en minnesnedsättning har nytta av rutinmässig användning av almanacka och minnesdagbok, medan personer med primärt nedsatt exekutiv förmåga, även i kombination med en minnesnedsättning, är mer hjälpta av olika typer av elektroniska almanackor med påminnelsefunktion etc. Det finns även särskilda applikationer till mobiltelefoner som kan fås som hjälpmedel, i syfte att förbättra förmågan att strukturera vardagen. Vid nedsatt förmåga att orientera sig i tid, finns särskilda klockor, exempelvis med färgmarkeringar för dag och natt, som förenklar orienteringen.

Neglekt

Särskilt svårtränat och ofta terapieresistent är så kallad neglekt; bortfall ur medvetandet av olika typer av sinnesstimuli, från vänster hemifält - ofta av visuell karaktär, men även hörsel och känsel är frekvent drabbat. Ofta orsakar neglekt långsiktiga problem, speciellt i stimulusrika miljöer, dvs. i vardagliga situationer. Trafikmiljö och exempelvis arbete med maskiner/verktyg utgör i detta sammanhang en särskilt stor skaderisk. Neglektets komplexitet gör att träningsresultat är mycket individuella.

Vid träning av neglekt rekommenderas aktiviteter där olika sinnesintryck stimulerar uppmärksamheten av både höger och vänster del av rummet och kroppshalva. Inled med kontakt från patientens opåverkade kroppshalva (vanligen höger) och arbeta mot att rikta uppmärksamheten allt mer mot den påverkade kroppshalvan/delen av rummet. Träning av visuell avsökning syftar till att skapa en vana att söka av åt vänster (oftast).

Verbal vägledning i vardagliga sammanhang, blinkande markörer eller färgmarkeringar på bordsyta/dataskärm eller i text, kan stimulera patienten till ökad uppmärksamhet mot den negligerade sidan av kroppen och omgivningen.

Vid en lättare grad av bortfall kan patienten rikta sin uppmärksamhet mot neglektsidan, men inte på ett ändamålsenligt sätt. Utsläckningsfenomenet innebär att nedsatt uppmärksamhet av rum, omgivande miljö eller den egna kroppen, framträder när annan samtidig stimuli konkurrerar om uppmärksamheten.

Rörelseträning av hemisidan och spegelterapi (se mer under rubrik [Arm/handfunktion](#)) kan ha en viss effekt i behandlingen av kroppsneflekt.

Nedsatt spatial förmåga

Spatial förmåga innebär förmåga till rumsligt tänkande, och en nedsättning kan leda till svårighet att tolka förhållanden mellan olika saker i det tredimensionella rummet. Det kan vara mellan kropp och omgivning, såsom avståndsbedömning när man sätter sig på en stol, eller det rumsliga läget mellan olika föremål (t ex nedanför, ovanför, bakom och framför). Praktiskt kan det ge svårigheter vid påklädning, i att hitta inomhus och utomhus (även i känd miljö), samt då spisvred ska kopplas till rätt platta. Genom att identifiera ledtrådar och kännetecken (stort träd/gult hus mm) att orientera sig efter, kan patienten lära sig att hitta lättare i omgivande miljö. En annan strategi kan vara att kläderna placeras i logisk följd,

och på det sätt som de ska tas på, då påklädning tränas. Skriftliga instruktioner/bilder kan vara till hjälp.

Apraxi

Ideomotorisk apraxi innebär en svårighet att utföra komplexa viljemässiga motoriska aktiviteter som inte beror på nedsatt kraft, känsel eller rörlighet utan på att det motoriska programmet inte hittas. Det kan resultera i fumliga handrörelser med fel grepp och minskat flyt i rörelsen och beror på en vänster sidig hjärnskada och kan således förekomma hos patienter med afasi. Drabbar oftast den högra handen men kan drabba båda händerna. Det förekommer andra typer av apraxi beroende på sekundära effekter av tankemässiga störningar. Vid ideatorisk eller ideationell apraxi (vanligt vid frontallobsskador) finns svårighet att utföra en serie moment/aktiviteter korrekt. Konceptuell/begreppsmässig apraxi (oftast vid utbredda, djupa skador) innebär svårighet att associera: 1) rätt verktyg – till rätt aktivitet (t ex tandborste och tandborstning), 2) rätt verktyg – till ett objekt (t ex äggdelare – ägg)

Oavsett typ av apraxi bör träningen ske i uppgiftsspecifika aktiviteter som kan behöva delas upp i delmoment. Patienten kan behöva fysisk/verbal guidning mot normalt rörelsemönster och i att använda redskap ändamålsenligt.

Syn

Det vanligaste ögonsymtomet vid stroke är synfältspåverkan (homonym hemianopsi) som kännetecknas av att samma halva av synfältet är borta för båda ögonen. Mindre vanligt är kvadrantanopsi som ger en mindre uttalad synfältsdefekt.

Synfältsdefekten blir kontralateral till hjärnskadan. Homonyma synfältsbortfall kan ibland vara förvånande stora utan att personen upptäcker dem, en synfältsdefekt blir inte mörk utan det resterande synfältet har blivit personens hela synfält.

Bilateral total homonym hemianopsi kan uppstå vid skada i båda occipitalloberna (t ex vid trombos i basilariskärlet). Fenomenet brukar kallas för kortikal blindhet och kan vara förknippat med en märklig omedvetenhet om oförmågan att se. Ett relativt ovanligt fenomen är visuell agnosi som innebär bristande förmåga att tolka synintryck, det vill säga personen känner inte igen föremål eller välkända ansikten trots att synfält och synskärpa är intakt.

Vid skada i hjärnstammen kan personen drabbas av dubbelseende (diplopi).

Ögonläkare avgör om remiss ska skrivas för synrehabilitering på syncentral. Där kan synpedagoger bidra med relevant information, specifika hjälpmedel och anpassningar i bostaden. Även kommunala syninstruktörer kan ge stöd i olika sammanhang. Mindre synfältsdefekter behöver inte orsaka permanenta besvär men de som efter tre månader fortfarande har svåra problem att hantera sin vardag kan också bli aktuella för remiss.

Social interaktion

Målet med träning av social interaktion och kommunikation är att utveckla patientens förmåga att kommunicera behov och tankar, lyssna till och förstå andra, använda och tolka icke-verbala signaler, styra sina känslor, förstå och förhålla sig till sociala regler och begränsningar och att arbeta tillsammans med andra för att lösa problem. Socialisering är

ett led i rehabiliteringsprocessen inom specialiserade sjukvården. Brukarorganisationer och kommunala verksamheter kan ha en viktig roll i detta.

Sensomotoriska funktioner

Viss specifik träning sker på funktionsnivå, men merparten av träningen av sensomotoriska funktioner sker uppgiftsspecifikt i vardagliga aktiviteter, se ADL-avsnittet. Stor vikt bör läggas vid att informera patient, närstående, och övriga involverade i vård och rehabilitering kring funktionsnedsättningar, och hur kvarvarande förmåga tas tillvara och förbättras i vardagssammanhang. Patienten kan också behöva stöd i utförandet av individuellt utformade träningsprogram. Patientinformation från till exempel Mobilus och Physiotoools tillhandahåller patientinstruktioner även på andra språk än svenska, och kan vara till stor hjälp.

Motorisk återinlärning

Att främja motorisk återinlärning av så kallad icke-kompensatoriska och så ändamålsenliga rörelser som möjligt är en viktig del av rehabiliteringen. Denna typ av träning är mest effektiv om den är uppgiftsspecifik, högintensiv med stegrande svårighet, sker repetitivt, är målinriktad och individuellt anpassad. Starkast evidens finns för nyttan av träning i den subakuta fasen, det vill säga inom sex månader efter insjuknandet, då hjärnans återhämtningsförmåga är som störst. Träningen bör genomsyras av strävan att patienten ska använda och belasta sina båda kroppshalvor så jämnt som möjligt i utförandet av olika aktiviteter. Uppmuntran till användning av återstående motorik i den påverkade kroppshalvan är centralt för att bibehålla eller öka funktionen, samt förhindra kompensatoriska rörelser och inlärd icke-användning (s k learned non-use).

Sensorik

Stroke kan leda till förändringar av olika känselmodaliteter. Sensoriska nedsättningar utgör ofta stora svårigheter i vardagens aktiviteter. Exempelvis påverkar beröringskänsl, proprioception och stereognosi, förmågan att känna innehållet i en väska/jackficka utan synens hjälp. Förmågan att anpassa kraften i greppet kan också påverkas och en hand som använder för mycket kraft då den greppar om föremål utan att uppfatta detta, kan ge till exempel blåmärken, blåsor och skärsår.

Återkopplingen från de sensoriska systemen är också av stor betydelse vid till exempel användning av cykel- eller rollatorhandbroms, eller när man trampar på något vasst. Sensoriska nedsättningar i nedre extremitet kan påverka både koordinationen och kontrollen av amplitud i muskelkraften, och på så vis ge nedsättningar i både balans och gång-/förflyttningsförmåga.

Vid uttalad nedsättning av känsel för beröring/tryck/smärta fungerar inte kroppens varningssystem när det är risk för skada, ofta benämnt som skyddskänsl.

Detta kan leda till risk för trycksår, klämskada, brännskada vid hantering av heta föremål/vätskor samt skärsador. Risksituationer behöver identifieras, och förebyggas, vilket förutsätter information till den drabbade och närstående/vårdpersonal för att medvetandegöra farorna som kan uppstå.

Känslerna kan påverkas på olika sätt, utöver försämrad sensibilitet kan patienter även besväras av en abnorm känselupplevelse parestesi (t ex myrkrypningar), dysestesi, (obehaglig sensorisk upplevelse av känselstimuli som normalt inte orsakar obehag), hyperestesi (överkänslighet för känselstimuli), samt allodyni (smärta orsakad av en normalt icke-smärtsam retning). Den abnorma känslerna kan ibland vara mycket plågsam för

patienten och påverka sömnen. De läkemedel som används mot neuropatisk smärta kan ibland lindra problemen.

Test av känselpåverkan innefattar ytlig sensibilitet (beröring, tryck, vibration, smärta och temperatur) och djup känsel (proprioception, ledsinne) samt stereognosi (förmåga att identifiera ett föremål via känseln).

Sensorisk återinläring

Se under avsnittet Arm- och handfunktion

Muskelstyrka, kondition och fysisk aktivitet

Muskelsvaghet efter stroke beror i första hand på oförmåga att viljemässigt aktivera muskeln i kombination med förändringar i den lokala muskelvävnaden. Dessa förändringar har man sett att man kan påverka genom styrketräning. Muskelsvagheten tros delvis även kunna förklaras av ökad tonus i antagonistiska muskler. Progressiv styrketräning, som innebär träning med få repetitioner med hög belastning som successivt ökas, har visat sig kunna förbättra muskelkraften i nedre extremitet hos strokepatienter. Styrketräning för strokepatienter bör engagera stora muskelgrupper och bedrivas 1 – 3 gånger/vecka, 1 – 3 sets med en belastning som medger maximalt 10 repetitioner. Styrketräning ska samordnas med övrig fysisk träning.

Nedsatt kondition är vanligt efter stroke. En eventuell hemipares gör dessutom inte sällan att rörelser, förflyttningar och gång blir mer energikrävande. Detta gör att en person med stroke kan ligga nära sin maximala fysiska kapacitet redan vid vardagliga aktiviteter. Träningsbarheten hos strokepatienter är samma som hos jämnåriga friska individer och studier visar att konditionsträning förbättrar konditionen hos strokepatienter i form av förbättrad syreupptagningsförmåga och/eller maximal arbetsbelastning.

Strokepatienter är mer inaktiva än matchade individer som inte har haft stroke. Vetenskapligt stöd finns för att fysisk aktivitet (definierat som all form av aktivitet som innebär ökad energiförbrukning) kan förbättra gångförmåga, minska funktionsnedsättning, öka kondition och styrka hos personer som drabbats av stroke. Aktiviteten kan ske i hemmet, på arbetet, under transporter, på fritiden eller i form av organiserad fysisk träning. Enligt rekommendationer i FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, www.fyss.se) bör den fysiska aktiviteten utformas och individanpassas av medicinskt utbildad personal. Övervakad träning rekommenderas de första 4-6 veckorna. Man bör börja på låg dos och öka gradvis. I första hand rekommenderas aerob fysisk aktivitet (exempelvis gång, cykling) av måttlig intensitet 150 min/vecka fördelat på 3-7 tillfällen. För personer som inte kan uppnå rekommendationerna är rådet att vara så aktiv som möjligt.

För ytterligare information om fysisk aktivitet och övriga levnadsvanefaktorer i samband med stroke hänvisas till avsnittet om prevention.

Balans

Balans är ett paraplybegrepp innefattande både motoriska system (muskuloskeletala och neuromuskulära funktioner), sensoriska system (syn, vestibulära och somatosensoriska

funktioner) samt kognitiv förmåga (t ex förmåga till uppmärksamhet, multitasking, visuell perception). Prevalensen av balansproblem bland strokedrabbade är hög och får konsekvenser i form av ökad fallrisk, minskad grad av oberoende och inskränkt delaktighet. Balansträning bör således ha en central roll i strokerehabiliteringen. Träningen sker på funktions- och aktivitetsnivå, är intensiv och utformas med fördel uppgiftsspecifikt. Fallförebyggande åtgärder bör erbjudas.

Spasticitet

Förekomsten av spasticitet hos patienter med förstagångsstroke är ungefär 20 – 30 procent. Spasticitet kan orsaka smärta, nedsatt rörelse- och aktivitetsförmåga, samt leda till sekundära komplikationer i form av muskel- och ledkontrakturer.

När spasticitet blir hindrande för aktivitet och delaktighet är fysioterapeutisk behandling förstahands-alternativet. En spastisk muskel, hos en, på grund av stroke inaktiv patient, kommer med tiden att genomgå biomekaniska förändringar. Det passiva motståndet i muskeln kommer således att successivt utgöras av både en neuronal (reflexmedierad) och en biomekanisk komponent som är svåra att särskilja kliniskt. länk

Man har inte kunnat påvisa att fysioterapi skulle ha effekt på den neuronala komponenten. De fysioterapeutiska åtgärderna inriktas därför mot att bibehålla eller öka muskellängden, förebygga ytterligare biomekaniska förändringar och underlätta viljemässig motorik. Den vetenskapliga evidensen för vilka fysioterapeutiska behandlingsmetoder som har bäst effekt är emellertid svag. Viktigt att veta är däremot att evidens finns för att styrketräning inte har någon negativ inverkan på graden av tonus vid spasticitet efter stroke.

I de nya Nationella riktlinjerna för vård vid stroke rekommenderas behandling med botulinumtoxin i kombination med andra rehabiliteringsinsatser vid kliniskt signifikant spasticitet med negativ inverkan på patientens livskvalitet. Behandlingen föregås av noggrann analys av patientens rörelse- och funktionsförmåga, ofta utförd av läkare tillsammans med fysio- eller arbetsterapeut. Botulinumtoxin injiceras lokalt i den spastiska muskeln för att blockera överaktiviteten. Effekten kommer vanligtvis successivt inom två veckor och varar i 12 – 16 veckor. Töjningsbehandling och träning med fysio- eller arbetsterapeut kan förstärka och förlänga effekten. Kompletterande ortoser kan bli aktuellt.

Förflyttningsförmåga

Patientens förflyttningsförmåga i den egna bostaden (t ex i och ur säng, till och från toalett) bedöms vanligtvis av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut från kommunen. Utprovning, förskrivning och uppföljning av eventuella förflyttningshjälpmedel kan bli aktuellt.

Förflyttningar tränas med fördel i den miljö där de ska utföras, det vill säga i patientens hemmiljö, där goda möjligheter till uppgiftsspecifik träning finns. Att i hemmiljön träna förflyttningar är även en del i det fallpreventiva arbetet. Träning på funktions/aktivitetsnivå med målsättning att öka självständighetsgraden vid förflyttningar kan i enlighet med tröskelprincipen även bedrivas på primärvårdsnivå. Viktigt blir då samarbetet mellan primärvårdens och kommunens fysioterapeut/ arbetsterapeut för att patienten ska ges möjlighet att omsätta och implementera nya färdigheter i sin hemmiljö.

Gångförmåga

Vetenskapligt stöd finns för att uppgiftsspecifik gångträning efter stroke har signifikant positiv effekt på gånghastighet och gångsträcka. Ett så icke-kompensatoriskt gångmönster som möjligt bör eftersträvas, dels i syfte att minimera onödig energiåtgång men också för att minska risken för sekundära problem i form av överbelastningsmärta eller

felställningar som ett asymmetriskt gångmönster kan medföra. Träning med fysioterapeut vid nedsatt gångförmåga efter stroke har hög prioritet.

Ortosbehandling

Användande av fotledsortos kan bli aktuellt för att möjliggöra gångträning efter stroke, och för att underlätta inläringen av ett icke-kompensatoriskt gångmönster. Visst vetenskapligt stöd finns för att användande av fotledsortos ger en ökad gånghastighet samt minskad energiåtgång vid gång. När utprovning av fotledsortos ska initieras bör strokekunnig fysioterapeut bedöma patientens gångförmåga samt bakomliggande orsak till nedsatt dorsalflektion.

Arm- och handfunktion

Handstatus görs i allmänhet för att identifiera vilken eller vilka funktionsnedsättningar som ligger till grund för ett aktivitetsproblem orsakat av nedsatt handfunktion.

Det finns ett flertal bedömningsinstrument som kan vara tillämpliga för att mäta olika funktioner, där god användarvänlighet, validitet och reliabilitet ska eftersträvas (se t ex Stroke Engine). Se bilaga 2 för de instrument som framförallt används i Skåne.

Vanligen bedöms greppförmåga, grov handkraft, koordination, finmotorik, sensibilitet för beröring och tryck, taktil gnosis, proprioception, förmåga att identifiera kyla/värme, ödem och smärta. Om handfunktionen inte är tillräckligt god för att tränas i aktivitet tränas handen på funktionsnivå (t ex rörlighet och kraft), för att efterhand övergå till träning på aktivitetsnivå eller en kombination av bådadera. Funktions-/rörelseträning kan ske på olika sätt.

Uppgiftsspecifik träning i meningsfulla aktiviteter bör eftersträvas i första hand. Detta kan kombineras med rörelseprogram med eller utan handträningmaterial. En annan metod är spegelträning som innebär att man rör den hemiparetiska handen efter bästa förmåga, samtidigt som man i spegeln ser på sin starka hand i rörelse. Spegeln ger patienten en visuell återkoppling av att den svaga handen rör sig och detta ersätter avsaknaden av normal proprioception.

CI-terapi/modifierad CI-terapi (Constraint Induced Therapy) är en intensiv arm och handträningmetod som kan vara ett behandlingsalternativ i postakut skede för personer med viss kvarvarande rörelseförmåga i armen och handen. Träningen bör ligga på gränsen till individens kapacitet. Syftet är att medvetandegöra patienten om kvarvarande funktion i arm och hand, stimulera till aktiv och repetitiv användning, samt motverka kompensation med den friska sidan. En högfrekvent användning som sker i aktivitet över stora delar av dagen har visat sig leda till en ökad representation i cortex. Metoden är resurskrävande och tillhandahålls på få ställen i landet.

Vid nedsatt sensorik ska sensorisk återinläring/träning hjälpa hjärnan att åter kunna tolka vad handen känner och berör. Denna träning bör utföras några gånger per dag och sker genom diskrimination/igenkänning av olika **textur**, (t ex grovt – fint sandpapper, hårt – mjukt, skrovligt – slätt) och **objekt** (föremål från relativt stora, vardagliga föremål till mindre).

- Placera ett likadant föremål i vardera handen.
 - Känn på föremålen utan att titta på dem.
 - Är föremålen likadana eller annorlunda och hur? (Form, storlek, temperatur och textur)
 - Titta på föremålet samtidigt som det identifieras med känseln. Jämför med hur det känns i den icke drabbade handen. Upprepa med stängda ögon.
-

- Upprepa proceduren med andra föremål.
- Upplevelse av extremitetsposition: Sker genom att försöka efterfölja terapeutens passiva positioneringar av motsatt extremitet.

Behandling av ödem och ökad tonus

Hos patienter med uttalad handpares kan ödembehandling (högläge, pumpövningar eventuellt i kombination med kompressionshandskar) och kontrakturbehandling samt vid behov långvarig passiv töjning med uppblåsbara splintar/ortoser bli aktuella. Prefabricerade eller specialtillverkade ortoser för övre extremitet bl.a. viloskena kan användas vid spasticitet. Splintar/ortoser kan användas inför handträning eller för att underlätta aktivitet, samt bibehålla rörlighet. Konsultera vid behov en ortopedteknisk avdelning. Se Hjälpmedelshandboken, ortopedtekniska hjälpmedel.

ATT TÄNKA SÄRSKILT PÅ I SAMBAND MED OMVÅRDNAD OCH REHABILITERING AV PATIENTER MED SENSOMOTORISK NEDSÄTTNING AV ÖVRE EXTREMITET

Vid total avsaknad av aktiv motorik:

Säkerhet

- ta hand om arm och hand
- undvika risk/skadesituationer (nedsatt känsel)

Förebyggande av komplikationer

- rörlighet (ortos, viloställningar, dagligt rörelseuttag vid ADL)
- Smärta (avlastande hjälpmedel för armen, skulderortos)
- Spasticitet

Fånga sen återhämtning

- uppföljning

Träna

- Spegelträning etc
- Motorik i skuldran?

Vid svårt nedsatt aktiv motorik:

Säkerhet

Förebygg komplikationer

- Minskad rörlighet, spasticitet (rörelseuttag, belastning, långvarig töjning)
- Smärta
- Undvika "non-use" (underutnyttjande av funktion)
- Undvika kompensatoriska motoriska mönster

Träning

- funktionsträning av motorik och sensorik
- spegelträning

Använda funktion i aktivitet – gärna repetitiva moment, guidad inläring av rörelser

- uppgiftsspecifik träning

Bibehålla funktionen, hitta/nyttja i meningsfulla aktiviteter

Vid måttligt till lätt nedsatt motorik:

Undvika komplikationer

- undvika "non-use" (underutnyttjande av funktion)
- undvika kompensatoriska motoriska mönster

Träning

- CI-terapi
- sensorisk träning
- finmotorik
- styrketräning

Stegrande användning av funktion i aktivitet

Bibehålla och hitta nya meningsfulla aktiviteter

Träning i friskvård

AKTIVITET OCH DELAKTIGHET

Aktiviteter i dagliga livet – ADL

Bedömning och träning av dagliga aktiviteter bör om möjligt inledas tidigt i förloppet, redan på strokeenheten, men är ofta aktuellt även i ett senare skede. Utöver fysiska funktionshinder är kognitiva funktionshinder vanligt förekommande och utgör inte sällan en stark begränsning för aktivitetsutförande och delaktighet. Dessa kan vara begränsande vid utförandet av basala aktiviteter, men framförallt märkbara vid mer komplexa och krävande aktiviteter. Träning i aktivitet möjliggör patientens förståelse genom praktiska erfarenheter; synliggör kvarvarande förmågor och aktivitetshinder, samt hjälper till att finna nya lösningsmöjligheter. En observation på aktivitets- och delaktighetsnivå, i kombination med en kognitiv screening (se exempel på bedömningsinstrument i [bilaga 2](#)) kan tydliggöra bakomliggande orsaker till en aktivitetsbegränsning.

På strokeenheter finns ofta ett komplett multidisciplinärt rehabiliteringsteam runt patienten som kartlägger funktionsnedsättningarna och dess påverkan på aktivitet, delaktighet samt livskvalitet. I primärvård/kommun utgörs teamet som behandlar strokepatienter oftast av arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska. De ansvarar för vidare bedömning, träning och vid behov delegering till annan personal, oftast undersköterska, samt vägledning av närstående. Dessa yrkeskompetenser måste finnas tillgängliga för alla stokedrabbade, både tidigt och sent i förloppet oavsett vårdnivå. Vid behov bör möjlighet till samverkan med till exempel kurator, logoped, neuropsykolog och läkare finnas.

Efter det att bedömning gjorts, bör en rehabiliteringsplan upprättas där mål och åtgärder tydliggörs. Rehabiliteringsplanen är ett levande dokument som bör följa patienten genom vårdkedjan och utvärderas löpande.

Träningen ska vara riktad mot rehabiliteringsmål relevanta för tidigare aktivitetsutförande, aktuella behov och förutsättningar och ske i aktiviteter som är meningsfulla för individen. Den bör vara verklighetsanpassad och ske i uppgiftsspecifika ADL-situationer i hemmiljö eller annan för patienten känd miljö. Merparten av både den fysiska och kognitiva träningen riktas mot aktiviteter inom personlig vård, boende, arbete/studier och fritid, se bland annat avsnittet Nedsatt minne och eller nedsatt problemlösningsförmåga.

Vid ADL-träning ska många olika aspekter i utförandet beaktas: motorik, sensorik, och kognitiva funktioner som exempelvis uppmärksamhet, planering och initiativ, liksom begränsande eller underlättande faktorer i omgivningen. Eventuella behov av tekniska hjälpmedel och anpassningar av bostaden ska bedömas av arbetsterapeut och fysioterapeut, dock ansvarar logoped för förskrivning av kommunikationshjälpmedel. Ta hänsyn till att patienten ofta är hjärntrött och snabbt uttröttbar. Varva aktivitet med vila. Till att börja med kan det räcka att endast träna ett fåtal av aktivitetens delmoment. Det är viktigt att i ett tidigt skede göra patienten medveten om både sina resurser och sina problem.

Det är särskilt svårt för en patient med kognitiva funktionsnedsättningar att tillämpa nyinlärd kunskaper i vardagen. Under en period kan det behövas personlig hjälp för att utföra aktiviteten gynnsamt, i syfte att förhindra till exempel ökad smärta och tonus. Åtgärder som kompensatorisk träning (utförande av aktiviteten på ett nytt sätt) och/eller träning i att använda hjälpmedel kan också vara aktuella.

Umgänge och omsorg om familj/vänner kan påverkas av en stroke, se avsnitt Närståendeperspektiv. Arbete/studier behandlas i eget kapitel.

Relationsproblem, inaktivitet, social isolering

Relationsproblem, inaktivitet och social isolering är mycket vanliga efter stroke och kan orsakas av många olika faktorer. Fråga aktivt! Ge patienten/närstående chansen att ta upp frågan. I avsnitten nedan har vi valt att lyfta upp särskilt två aspekter som kan ha stor betydelse för patient och närstående.

Personlighetsförändring

Den strokedrabbade kan bli förändrad i sitt beteende och vara ökat irriterbar, emotionellt labil, initiativlös, och impulsiv. Ibland kan personen misstolka andra människors beteende. Även ångest, tendenser att vilja isolera sig socialt, och en orealistisk självuppfattning kan inverka på livssituationen. Som anhörig kan det vara svårt att förstå varför den drabbade har blivit annorlunda. Det kan också vara så att patienten inte känner igen sig själv. Rådfråga läkare, socionom/kurator, psykolog, eller arbetsterapeut.

Intimitet, Samlevnad och Sex

Stroke kan leda till stora förändringar avseende sex och samlevnad. Både fysiologisk och psykologisk påverkan kan ha betydelse på såväl önskan som förmågan att ha sex och intimitet. Rörelsebegränsningar, känselnedsättningar, smärta, trötthet, och neurogen blåsrubbning är exempel på utmaningar som man behöver beakta. Förändringar av ställningar, kuddar, sexualtekniska hjälpmedel och läkemedel mm kan då underlätta. Läkemedel kan dock även inverka negativt på både erektionsförmåga och lust, och därför kan en översyn behövas.

Afasi, personlighetsförändring, skamkänslor, osäkerhet, tvivel kring attraktivitet, nedstämdhet och rädsla för att åstadkomma skada eller ett nytt strokeinsjuknande, kan också vara hindrande för intima relationer. Detta gäller även en rollförändring orsakad av till exempel ny arbets- och ansvarsfördelning eller partners deltagande i omvårdnaden.

Genom att tidigt i rehabiliteringsprocessen aktivt lyfta upp dessa frågor i samtalen kan dock hinder helt eller delvis överbryggas, och behövt stöd och trygghet ges för att återuppbygga och bibehålla sexualiteten.

Det är även viktigt att hänvisa vidare till en djupare professionell kompetens utifrån problematiken det rör sig om. PLISSIT-modellen som står för Permission, Limited Information, Specifik Suggestions, och Intensive Therapy är en nivåindelning av åtgärder som kan vägleda i det kliniska arbetet, och för varje nivå krävs ökade kunskaper och träning. Förenklat innebär steg 1 en tillåtande hållning och öppenhet för individens sexualitet och problem som kan uppstå. Steg 2, sexualupplysning, innebär att man ger begränsad information av direkt relevans för problemet. Ofta överlappar dessa nivåer varandra. Steg 3 innebär mer specifik och ingående rådgivning kopplat till den aktuella problemställningen (spasticitet, smärta, känselstörning, personlighetsförändring etc.) och slutligen innebär steg 4 mer omfattande psykoterapi/sexualterapi. Åtminstone steg 1 och 2 bör kunna vara aktuellt för alla medarbetare i vården.

Viktigt att se över läkemedel som kan påverka sexuell lust och eller förmåga.

Potenshöjande läkemedel kan testas; titreras upp från låg dos. Frikostigt med remiss till urolog. Hos strokedrabbade kvinnor i fertil ålder är det viktigt med nära samarbete med gynekologisk verksamhet avseende bland annat preventivmedel.

Bilkörning och vapeninnehav

Läkare har anmälningsskyldighet, men det är Transportstyrelsen som fattar beslut om indraget körkort eller intygsföreläggande/medicinskt villkorande och polisen som fattar beslut när det gäller vapeninnehav. Patienten kan ansöka om villkorad lämplighet för körkort hos Transportstyrelsen. Villkorad lämplighet finns inte för vapeninnehav.

Bilkörning

SKL (beslutsstödet från Nationella programrådet för stroke Körkort efter stroke/TIA) rekommenderar körförbud efter TIA pga. tidig recidivrisk och efter stroke pga. såväl recidivrisk som pga. lämpligheten att framföra ett fordon är ofta påverkade efter stroke.

Rekommenderad tid för köruppehåll:

TIA

- Vanlig behörighet: minst två veckor, tills patienten är färdigutredd och profylax påbörjats.
- Yrkestrafik: Generellt rekommenderas köruppehåll i tre månader. Vid TIA-recidiv kan en längre tids köruppehåll rekommenderas. Särskilt beaktande av adekvat insatt och följsamhet till sekundärprofylaxbehandling.

Stroke: Körförbud gäller tills en utredning/bedömning blivit gjord och patienten fått meddelande om att körförbudet är upphävt.

- Vanlig behörighet: Bedömning om körlämplighet bör göras tidigast efter två-tre månader efter insjuknandet.
- Yrkestrafik: Minst sex månaders köruppehåll rekommenderas. Risk för återinsjuknande måste beaktas. Yrkesförare bör utredas på specialiserad enhet.

Det åligger ansvarig läkare på strokeenhet/motsvarande att, före utskrivning från slutenvården, informera patient och anhöriga om att körförbud gäller tills patienten fått meddelande om att körförbudet är upphävt. Läkare är skyldig att anmäla till Transportstyrelsen om det finns misstanke om att rekommendationen att avstå bilkörning inte efterföljs.

Om läkaren bedömer att patienten kommer att hörsamma rekommendationen så behövs ingen anmälan till Transportstyrelsen initialt. I de fall hinder för körkort föreligger > 3 – 6 månader efter insjuknande skall dock anmälan till Transportstyrelsen ske, om det inte är uppenbart att patienten inte kommer att köra bil (saknar körkort, särskilt boende etc). Om patienten återhämtar sig tillräckligt i senare skede kan behandlande läkare utfärda ett intyg som bekräftar att patienten uppfyller kraven.

Bedömning av körlämplighet under uppföljningen bör göras av behandlande läkare. Om första uppföljningen efter stroke/TIA sker på sjukhuset ligger ansvaret där, i annat fall på vårdcentralen där patienten är listad. I de fall då patienten är knuten till rehabiliteringsläkare ligger ansvaret hos dennes enhet tills patienten remitteras till vårdcentralen. Om synfältsinskränkning är den enda kvarvarande hinder för bilkörning ligger oftast uppföljningsansvaret av bilkörningsförbudet hos ögonläkare så länge uppföljning hos ögonläkare pågår.

Bedömningen av körlämplighet ska grundas på läkarundersökning med anamnes och somatiskt status. Förutom oftalmologisk status är det viktigt att bedöma högre visuella funktioner samt uppmärksamhetsfunktioner, liksom perceptuell snabbhet och

uppfattningsförmåga. Hur eventuella sensoriska eller motoriska nedsättningar påverkar körförmåga bör också bedömas. Det kan vara lämpligt att läkaren frågar om tidigare incidenter i trafiken före insjuknandet i stroke. Läkaren ska även beakta samsjuklighet och eventuellt missbruk. Om det är tydligt att personen inte är körlämplig så behövs ingen vidare undersökning med tester.

Läkarens bedömning av patientens mentala och fysiska förutsättningar för att köra bör vid behov kompletteras med bedömning av andra yrkeskategorier som stöd för beslutet. Denna bedömning utförs vanligen av en arbetsterapeut och/eller neuropsykolog med särskild kunskap i området, och är ibland även följt av ett praktiskt körtest. Det finns inget enskilt test som kan avgöra körlämplighet hos en enskild individ. Delresultat från flera tester och anamnes måste beaktas.

Vid misstänkt eller tydlig kvarvarande kognitiv nedsättning kan det vara lämpligt med kontakt med specialiserad verksamhet inom till exempel geriatrik, neurologi, rehabiliteringsmedicin eller motsvarande. Kontakt med specialiserad mottagning för bedömning av körlämplighet rekommenderas vid oklarheter eller gällande personer som kör i yrkestrafik.

Vid uppföljningen bör eventuellt behov av bilanpassning samt möjligheten att erhålla bilstöd för detta eller för nyinköp via försäkringskassan utredas. Om patienten inte är berättigad till detta kan bilanpassningar med bilsäten, bilsitsar och bildynor via hjälpmedelsverksamheten vara aktuella. Kontakt för rådgivning, bedömning och stöd gällande alternativa förflyttningssätt, såsom kollektivtrafiken eller färdtjänst, är av stor vikt för personer som fått körförbud.

Vapeninnehav

En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen ska omedelbart anmäla detta till polismyndigheten på den ort där patienten är folkbokförd – såvida inte det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att patienten inte har tillstånd att inneha skjutvapen.

Det är polismyndigheten som utreder om patienten har vapen eller inte, samt beslutar om ett eventuellt omhändertagande av vapen och/eller återkallande av vapentillstånd. Vårdgivaren ansvarar för att det finns rutiner för hur läkare ska fullgöra sin anmälningsskyldighet enligt vapenlagen.

Flygresor och fritidsresande

Det finns ingen evidens för att flygresor i sig ökar risk för återinsjuknande, enda undantaget är patient som har intrakraniell luft postoperativt där man behöver välja lägre flyghöjd. Lämplig dock att avvakta med längre resor till dess att man hämtat sig adekvat för att orka genomföra det, och att man bedömer att sekundärprofylaxen är adekvat utformad för att minimera återinsjuknanderisken då olägenheten och medicinska risker med att insjukna i andra delar av världen kan vara betydande.

Lämpligt att informera patienten om att det kan vara svårt för patienten att uppnå aktivitetsbalans under en resa under de första månaderna även efter en lindrig stroke. Det finns en risk att resan, även om efterlängtd och välplanerad, blir en stor fysisk och psykisk belastning för både patient och anhörig. I förekommande fall kan läkaren intyga att det finns medicinska skäl för patienten att avstå från att resa. Vid behov kan flygbolaget

kontaktas innan utresa i syfte att förboka ledsagning p.g.a. till exempel funktionsnedsättning.

Sjukskrivna patienter bör informeras om att de ska kontakta försäkringskassan före eventuell resa. Det kan finnas en risk att patientens privata försäkringar upphör att gälla inför resan och därmed kan det vara lämpligt för patienten att kontakta sitt försäkringsbolag. I förekommande fall kan det vara rimligt att teckna en försäkring som täcker kostnader för sjukvård och hemtransport.

Sjukskrivning

Nedsatt arbetsförmåga är mycket vanligt efter stroke. I stort sett alla strokedrabbade har en förhöjd mental uttrötthet, ett dolt handikapp som ofta får stora konsekvenser för arbete. Under sjukskrivningen är det viktigt med struktur på vardagen, god balans mellan aktivitet och vila, upprätthållande av sociala kontakter samt fysisk aktivitet.

De största förbättringarna i sensomotoriken, synfältet och kognitionen sker inom de första månaderna, men stora förbättringar kan ske i upp till ett år efter insjuknandet och även senare. Komplikationer som exempelvis depression, epilepsi och smärta kan förlänga återhämtningen. Det är vanligt med kvarstående funktionsnedsättningar. Dolda besvär av kognitiv art samt hjärntrötthet kan bli bestående.

Återgång till arbete/studier efter stroke är en viktig faktor för livskvaliteten. Överväg därför arbetsrehabilitering tidigt. Arbetsförmågan efter stroke är ofta kopplad till möjligheten att anpassa arbetet, motivationen och uppfattningen om den egna förmågan. Kontakt med team inom specialiserade öppna vården bör erbjudas till dess att patienten funnit en bra balans mellan arbetsliv och privatliv.

Efter stroke det som regel aktuellt med hel sjukskrivning i upp till två månader för att börja med. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid Cerebrovaskulära sjukdomar. Under sjukskrivningen är det viktigt med struktur på vardagen, god balans mellan aktivitet och vila, upprätthållande av sociala kontakter samt fysisk aktivitet. Efter denna period kan man ofta göra en mera långsiktig bedömning av arbetsförmågan och rehabiliteringsmöjligheterna.

Efter det akuta skedet kan många patienter börja arbetsträna eller deltidsarbeta trots kvarstående funktionsnedsättningar om det skapas goda förutsättningar på arbetsplatsen. Patienten med misstänkta kognitiva nedsättningar ska erbjudas en neuropsykologisk utredning, någon/några månader efter insjuknandet. Det är nödvändigt med en rehabiliteringsplan med tydliga mål där patienten är delaktig. Successiv upptrappning av arbetsinsatsen och partiell sjukskrivning ska alltid övervägas. (från hjärntrötthetavsnittet) Det är därför nödvändigt att återgång i arbete initialt planeras med återhämtningsdagar, oftast arbete måndag, onsdag och fredag och återhämtning tisdag, torsdag. Arbetsprövningens omfattning kan initialt omfatta 25 procent av ordinarie arbetstid och sedan med successiv upptrappning.

I de flesta fall behövs en fortsatt arbetsträning eller partiell sjukskrivning under många månader, Många patienter får en permanent nedsättning av arbetsförmågan, få patienter återgår till heltidsarbete med oförändrade arbetsuppgifter.

NÄRSTÅENDEPERSPEKTIV

Anhöriga skall erbjudas information och praktisk handledning. Under den akuta fasen kan anhöriga ha svårt att ta emot information och därför måste denna kunna upprepas i ett senare skede. Anhöriga måste ha möjlighet till krisbearbetning, vid behov med professionell hjälp av personal med psykoterapeutisk kompetens inom primärvården, till exempel läkare, kurator, sjuksköterska eller psykolog. Patienter kan ansöka om olika bistånd för avlastning enligt SOL hos kommunens biståndshandläggare. Kommunens anhörigstöd och patientorganisationerna kan vara av stor betydelse

KVALITETSREGISTER, KVALITETSINDIKATORER OCH MÅLNIVÅER

Riksstroke är ett nationellt kvalitetsregister med säte i Västerbottens läns landsting. Syftet är att främja god strokevård för alla, oavsett bostadsort, kön och ålder. Sedan 1998 lämnar alla sjukhus i Sverige uppgifter till registret. Registret finansieras av Socialstyrelsen samt Sveriges Kommuner och Landsting. Dataresultat utifrån Riksstroke följs kontinuerligt inom Region Skåne för att utveckla och bibehålla hög kvalitet inom strokevården. För att få tillförlitliga data är det viktigt att alla som insjuknar i stroke och TIA finns med i registret. I arbetet med att ta fram nytt journalsystem finns direktöverföring från patientjournal till kvalitetsregister med som en målsättning.

Mål för kvalitetsindikatorer inom strokevården sätts årligen på nationell och regional nivå. Riks-stroke har fastställt målnivåer för 14 variabler som kännetecknar en god strokevård. Socialstyrelsen har kvalitetsindikatorer för att följa upp hur nationella riktlinjer används och påverkar praxis i vården och omsorgen. Indikatorerna speglar framför allt de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna, men även vårdresultat som bedöms vara viktiga att följa över tid. Flertalet av nuvarande uppsatta mål handlar om slutenvårdens kvalitet. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Arbete pågår avseende måltal avseende vårdkvalitet av vård på kommunal och primärvårdsnivå. I Riksstroke följs alla patienter upp via en enkät tre månader efter insjuknandet. Enkäten kan besvaras antingen via brev, telefon eller vid återbesök. Ansvar för tremånaders uppföljning i Riksstroke ligger på sjukhusnivå. En uppföljningsenkät ett år efter strokeinsjuknandet skickas hem till patienten av Riksstroke.

REFERENSER OCH LÄNKAR

Referenser

Boomkamp-Koppen H GM., Visser-Meily JMA M., Post M WM., Prevo A JH. *Poststroke hand swelling and oedema: prevalence and relationship with impairment and Disability*. Clin Rehabil 2005, 19: 552. DOI: 10.1191/0269215505cr846oa

Bowen A, Hazelton C, Pollock A, Lincoln NB. *Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD003586.

Carey LM, Matyas TA, Oke LE: Evaluation of impaired fingertip texture discrimination and wrist position sense in patients affected by stroke: comparison of clinical and new quantitative measures. Journal of Hand Therapy 2002, 15, 71-82.

Chung CSY, Pollock A, Campbell T, Durward BR, Hagen S. *Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain*

damage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No CD008391. DOI: 10.1002/14651858. Pub2.

Cicerone, K.D, Dahlberg, J.F., Malec, D.M., Langenbahn, T., Felicetty, S., Kneipp S et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature from 1998 Through 2002. Arch Phys Med Rehab, 2005, 86: p.1681-1692.

Corbetta D, Sirtori V, Castellini G, Moja L, Gatti R. *Constraint-induced movement therapy for upper extremities in people with stroke*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD004433. DOI: 10.1002/14651858. CD002293.pub3.

das Nair R, Cogger H, Worthington E, Lincoln NB. *Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD002293. DOI: 10.1002/14651858. CD008391.pub2.

Guidetti, S. Tham, K. Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study. Occup Ther Inter, 2002, 9(4), 257-76.

Kautz, D. D. & Van Horn, E. R. *Sex and Intimacy after Stroke*. Rehabilitation Nursing 2016, 0, 1-9.

Legg, L., Drummond, E., Langhorne, P. *Occupational Therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke*. Cochrane Database of Systematic Reviews. (4). 2006. Art.No.:CD003585. DOI: 10.1102/14651858.

Loetscher T, Lincoln NB. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke (Review). The Cochrane Library 2013, Issue 5

Meyer, S., Karttunen, A., Thijs, V., Feys, H., Verheyden, G. How do Somatosensory Deficits in the Arm and Hand Relate to Upper Limb Impairment, Activity, and Participation Problems After Stroke? A Systematic Review. Phys Ther, 2014. vol: 94 (9) pp1220-31.

Mobilus. Internetsida: <http://www.mobilus.se/>

Nilsen DM et.al. Effectiveness of interventions to improve occupational performance of people with motor impairments after stroke: an evidence-based review. Am J Occup Ther. 2015 Jan-Feb;69(1):6901180030p1-9. doi: 10.5014/ajot.2015.011965

Physiotools. Internetadress: <http://www.physiotools.com/sv>

Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, van Wijck F. *Interventions for improving upper limb function after stroke (Review)*. The Cochrane Library 2014, Issue 11

Rosén, B, Lundborg, S. *Training with mirror in rehabilitation of the hand*. Scandinavian J Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery, 2005, 39 (2):104-108.

Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för strokesjukvård, Stöd för styrning och ledning <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20618/2017-5-13.pdf>

Stegmayr B, Lundström S. *Dödsfall sent efter stroke sker ofta på institution.* Läkartidningen 51-52/2017, Lakartidningen.se 2017-12-07.

Stinear Cathy. Prediction of recovery of motor function after stroke. *Lancet Neurol* 2010; 9: 1228–32.

Thieme H, Mehrholz J, Pohl M, Behrens J, Dohle C. *Mirror therapy for improving motor function after stroke.* Cochrane Database of Systematic Review 2012, Issue 3.

Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, van der Wees PJ, Hendriks E, et al. What is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2014 Feb 4;9(2):e87987. doi: 10.1371/journal.pone.0087987. eCollection 2014.

West C, Bowen A, Hesketh A, Vail A. Interventions for motor apraxia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD004132. DOI: 10.1002/14651858.CD004132.pub2.

Länkar till några patientföreningar/brukarorganisationer

Stroke riksförbundet: www.strokeforbundet.org

Afasiförbundet i Sverige www.afasi.se

Neuroförbundet <http://neuroforbundet.se>

Hjärnskedeförbundet Hjärnkraft www.hjarnkraft.nu

HISO (Handikappidrottens Samarbetsorganisation i Malmö) www.hiso.nu

FIFH (Föreningen Idrott För Handikappade) www.fifh.com

BILAGA 1 MODELL AV REHABILITERINGSPLAN SOM ANVÄNDS INOM
REHABILITERINGSMEDICIN

REHABILITERINGSPLAN

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Rehabplanen upprättad: | Samordnare av rehabiliteringen: |
| Rehabiliteringsperiod: | |

| BEDÖMNING | |
|---|---|
| Funktionshinder | |
| Funktionsnedsättningar och strukturavvikelser | Svårigheter i aktivitet och problem i delaktighet |
| | |
| Omgivnings- och personfaktorer | |
| Resurser | Hinder |
| | |

PLANERING – ÅTGÄRDER – UTVÄRDERING

Egna förväntningar och prioriteringar

På kort sikt:

På lång:

Huvudmål

| Delmål | Åtgärder | Ansv | Tidsp | Måluppf |
|--------|----------|------|-------|---------|
| | | | | |

Övriga åtgärder

Ansv

Tidsp

Utvärd

FORTSATT PLANERING EFTER REHABILITERINGSPERIODEN

REHABILITERINGSTEAMET

Yrke, namn, telefon

BILAGA 2 EXEMPEL PÅ BEDÖMNINGS-/BEHANDLINGSINSTRUMENT SOM ANVÄNDS I SKÅNE

Kroppsfunktioner:

Psykiska (mentala) funktioner (Kap. 1 ICF)

- Montreal MocaMontreal Cognitive Assessment (MoCA) (finns på flera språk) *
- Cognistat <https://www.cognistat.com/>
<http://www.blidomakeri.se/index.php/produkter/testmakeriet/cognistat>
- Addenbrookes <http://docplayer.se/12788855-Addenbrookes-kognitiva-undersokning-reviderad-version-2005.html>
- Kognitiva Screeningbatteriet (KSB)
- Bedömning av Djupa, Bakre och Främre funktioner (DBF)
<http://www.arbeterapeuterna.se/PageFiles/3435/rapport.pdf>
- Minne: Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT)
- Neglekt: Klocktest, Alberts test, Star cancellation test *

Neuromuskuloskeletal funktioner (Kap. 7 ICF)

- Sollerman handfunktionstest: greppförmåga
- Jamar handdynamometer, Grippit: grov handkraft
- ABILHAND
- Box and Block: Grov koordination*
- Nine hole peg test *, Purdue pegboard*: finmotorik
- Mobergs pick-up test
- Semmes-Weinstein Monofilament: sensibilitet
- Shape Texture Identification Test (STI)
- Känselpåsar, provrör värme/kyla, måttband, VAS-skala
- Modified Ashworth Scale: muskeltonus

Aktivitet och delaktighet:

- ADL-taxonomin**
- Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) *
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM) **
- Catherine Bergegego Scale (CBS): neglektbedömning **
- GAP i vardagens aktiviteter – självskattning av vad en person vill göra och faktiskt gör **
- Min mening – bedömning av kompetens och värderingar genom självskattning (OSA-S) **
- Ocairs-s Bedömning av delaktighet i aktivitet **
- Rollchecklistan (RC V2:QP-S) **
- Modifierad Motor Assessment Scale (M-MAS): förflyttningar, sittande balans, motorisk funktion arm och hand
- Svenska Physiotherapy Clinical Outcome Variable Scale (S-COVS): förflyttningar, gång, rullstolskörning, sittande balans, armfunktion
- 6 minuters gångtest: funktionell gångförmåga
- Timed Up and Go (TUG): balans, gång, funktionell rörelseförmåga
- Dynamic Gait Index: balans, gång, funktionell rörelseförmåga
- Bergs Balansskala: balans i sittande och stående

Arbete

- Assessment of Work Performance (AWP)
- The Worker Role Interview (WRI-S)
- The Work Environment Impact Scale (WEIS-S)
- Assessment of Work Characteristics (AWC)
- Dialog om arbetsförmåga (DOA) **

Bilkörning

- Assessment of Motor and Process Skills, AMPS, för relevant aktivitesbedömning
- Nordic Stroke Driver Assessment, NorSDSA. Bör användas i kombination med andra instrument.
- Useful Field Of View, UFOV. UFOV är ett användbart och relativt snabbadministrerat (ca 20 min) instrument med god prediktiv förmåga avseende både förmåga att köra i reell miljö och i simulator, samt avseende dokumenterade bilkörningsproblem. Resultatet av UFOV kan påvisa fortsatt utredningsbehov eller påvisa att det föreligger stora svårigheter avseende funktionellt synfält och visuell uppmärksamhet som därmed klassar bilkörning som riskfylld i hög eller mycket hög grad.
- Praktiskt körtest med bedömning genom P-drive (Bedömning av trafiksäkerhet, körbeteende och aktivitetsutförande i reell miljö av körlärare och arbetsterapeut)

*se Stroke Engine

** se Sveriges arbetsterapeuter

BILAGA 3 CHECKLISTA LÄKARE, INFÖR UTSKRIVNING

Är patienten färdigutredd när det gäller bakomliggande mekanism till stroke-/TIA-insjuknandet?

- Doppler halskärl/CT angiografi
- Långtidsregistrering EKG gjord eller planerad. Om planerad, finns det beslut på vilken undersökning som ska göras? Vem skriver remissen? Vem följer upp remissvaret?
- Vid intracerebral blödning: Finns anledning till ytterligare neuroradiologi med tanke på t ex arteriovenös missbildning, aneurysm, tumör?

Är patienten färdigbedömd avseende funktionsnedsättningar; finns plan för fortsatt uppföljning av funktionsnedsättningarnas betydelse för aktivitetsförmåga och delaktighet?

- Kartläggning genom bedömning i aktivitet, t.ex. ADL-status och/eller kognitiv screening, som till exempel MoCA, Kognistat.
 - Konsekvenser i vardagen; personlig vård, intag av mat och dryck, kommunikation, hushållsaktiviteter, fysisk aktivitet/träning, resande, hantering av ekonomi.
 - Behov av fortsatt rehabilitering?
- Finns det plan för avveckling av KAD?
- Finns det plan för nutrition? Finns det plan för uppföljning/avveckling av sond/PEG, träning av sväljningsförmåga?
- Klarar patienten att sköta sin medicinerings självständigt?

Är riskfaktorerna kartlagda? Lämplig sekundärprevention?

- Är patienten insatt på trombocythämmare (vid Ischemisk stroke/TIA)?
- Har patienten förmaksflimmer eller annan kardiell embolikälla? Är patienten insatt på warfarin eller NOAK? Om inte; varför då?
- Är patienten insatt på antihypertensiv behandling?
- Har patienten normalt f-glukos? Vid diabetes; är behandlingen optimerad?
- Är patienten insatt på statin?
- Har vikten av rökstopp diskuterats?
- Har vikten av övriga livsstilsfaktorer (fysisk aktivitet, matvanor) diskuterats?
- Vid intracerebral blödning: Har patienten informerats om restriktion avseende läkemedel som ökar blödningsbenägenhet överlag (även t ex NSAID)?

CHECKLISTA LÄKARE, INFÖR UTSKRIVNING AV PATIENT MED STROKE/TIA

Bilkörning – Vapenlicens

Måste diskuteras med patienten innan utskrivning, gärna i god tid utifrån de praktiska konsekvenserna som kan uppstå!

Efter stroke är praxis att körförbud gäller tills en utredning blivit gjord och patienten fått meddelande om att körförbudet är upphävt. Bedömning om körämplighet bör göras tidigast två-tre månader efter insjuknandet. Avgörande för om patienten kan återuppta bilkörning är kvarstående synfältsdefekter, pareser, kognitiva störningar, multisjuklighet (diabetes, hjärtsjukdom) mm.

Efter insjuknande i TIA råder konsensus om att patienten avstår från bilkörning i minst två veckor.

Är bilkörningsförbudet journalfört? Har patienten och i förekommande fall anhöriga fått skriftlig information?

Vem följer upp bilkörningsförbudet? (Läkare i primärvård? Neurolog? Rehabiläkare? Ögonläkare? Transportstyrelsen?). När ska bilkörningsförbudet följas upp?

Om en patient innehar skjutvapen och läkare bedömer att patienten är olämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl, t ex hjärnskada, ska anmälan till polismyndigheten göras omedelbart.

Sjukskrivning efter stroke

I regel aktuellt med hel sjukskrivning minst 2 månader för att börja med, var god se Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Vem följer upp sjukskrivningen? (Läkare i primärvård? Neurolog? Rehabiläkare? Annan?) När ska sjukskrivning följas upp? Räcker sjukskrivningen till den planerade uppföljningen?

Är remiss till vårdcentralen utfärdad?

POST-STROKE *Checklista*



SKÅNE



Förbättra livet efter stroke Post-Stroke checklistan (PSC) är framtagen för att hjälpa vårdgivare att identifiera problem efter stroke, vilka är möjliga för åtgärder eller remittering. Det är tänkt att man går igenom den tillsammans med patienten och vid behov med hjälp av närstående/vårdare.

Användningsförslag: Varje nummerad fråga ställs till patienten och svaret markeras. 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 "om JA" och "om NEJ" alternativen kan och bör anpassas efter lokala förhållanden.

Patientens namn och personnummer:

Ifyllt av: Sjukvårdspersonal Patient Närstående Annan Datum:

Sedan din stroke eller senaste undersökning

1 Sekundär prevention

Har du fått råd om hälsorelaterade livsstilsförändringar eller medicin för att förhindra en ny stroke?

NEJ

Risikfaktorbedömning och vid behov, behandling

JA

Följ utvecklingen

2 Aktiviteter i dagligt liv (ADL)

Har du svårare att klara dig själv?

NEJ

Följ utvecklingen

JA

Har du svårigheter att klä dig, tvätta dig eller duscha själv?
Har du svårt att laga varm dryck eller mat?
Har du svårare att ta dig utomhus?

Om JA på någon av frågorna lämna över till lämplig profession (t ex sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut) för ytterligare bedömning.

3 Munhälsa och nutrition

Har du fått svårigheter med din munhälsa eller ditt näringsintag?

NEJ

Följ utvecklingen

JA

Har du svårt att sköta din munhygien eller upplever du aptitlöshet? Har du svårt att äta/svälja? Har du gått ner i vikt?

Om JA på någon av frågorna remittera till lämplig profession (tandläkare/tandhygienist, läkare, sjuksköterska, logoped, dietist) för ytterligare bedömning.

4 Rörlighet

Har du **svårare** att gå eller att förflytta dig säkert från säng till stol?

NEJ

Följ utvecklingen

JA

Har du pågående rehabiliteringsinsatser?

Om JA, journalför och undersök vid nästa kontakt.
Om NEJ, lämna över till lämplig terapeut (t ex arbetsterapeut eller fysioterapeut) för ytterligare bedömning.

5 Spasticitet

Upplever du en **ökad** stelhet i armar, händer och/eller ben?

NEJ

Följ utvecklingen

JA

Hindrar detta dig i dagliga aktiviteter?

Om NEJ, journalför och undersök vid nästa kontakt.
Om JA, remittera till läkare, fysioterapeut eller arbetsterapeut, med kunskap om spasticitet efter stroke, för vidare bedömning och diagnos.

6 Smärta

Upplever du någon **ny** smärta relaterat till din stroke?

NEJ

Följ utvecklingen

JA

Konsultera läkare på vårdcentral och/eller remittera till läkare med särskild kunskap om smärta efter stroke för vidare bedömning och diagnos. Lämna över till fysioterapeut för bedömning av om besvären är muskuloskeletala t.ex. pga. snedbelastning.

Sedan din stroke eller senaste undersökning

7 Inkontinens

Har du **mer** problem med att kontrollera din blåsa eller tarm?

NEJ Följ utvecklingen

JA Konsultera initialt läkare/sjuksköterska på vårdcentral med kunskap om inkontinens, och/eller lämna över till fysioterapeut. Remittera ev. till inkontinensmottagning.

8 Kommunikation

Upplever du att det är **svårare** att kommunicera med andra människor?

NEJ Följ utvecklingen

JA Remittera till logoped för ytterligare bedömning.

9 Sinnesstämning

Upplever **mer** oro eller nedstämdhet?

NEJ Följ utvecklingen

JA Konsultera läkare på vårdcentral för bedömning.

10 Kognition

Upplever att du har **svårare** att tänka, uppmärksamma saker, koncentrera dig eller minnas?

NEJ Följ utvecklingen

JA Försvårar/hindrar det dig i dina dagliga aktiviteter?
Om NEJ, journalför och följ utvecklingen vid nästa kontakt.
Om JA, konsultera läkare på vårdcentral för bedömning, lämna över till arbetsterapeut för utredning och/eller remittera till annan vårdgivare med kunskap om kognitionsförändringar (överväg remiss till specialiserad öppen vård)

11 Hjärntrötthet (fatigue)

Upplever du mental trötthet som påverkar din förmåga att träna eller utföra andra aktiviteter?

NEJ Följ utvecklingen

JA Ge information om poststroke fatigue. Konsultera läkare på vårdcentral för bedömning, lämna över till arbetsterapeut och/eller remittera till annan vårdgivare med kunskap om hjärnskadetrötthet (överväg remiss till specialiserad öppen vård).

12 Livet efter stroke

Upplever du det **svårare** att genomföra saker som är viktiga för dig, såsom t ex att utöva fritidsaktiviteter eller hobbyer, arbeta eller ha ett aktivt sexualliv?

NEJ Följ utvecklingen

JA Lämna över till lämplig profession (t ex arbetsterapeut eller fysioterapeut) för ytterligare bedömning. Om patienten är arbetsför med längre sjukskrivning och rehabutredning, lämna över till läkare på vårdcentral för kontakt med Försäkringskassan och diskussion med arbetsgivare. Hänvisa till patientorganisationer för personer som haft stroke såsom t ex Stroke-Riksförbundet, Afasiförbundet eller Neuroförbundet.

13 Familjerelationer

Upplever du att ditt förhållande till andra människor (familj, vänner eller andra) har blivit **mer** komplicerat eller stressfyllt?

NEJ Följ utvecklingen

JA Planera nästa primärvårdsbesök tillsammans med patient och anhörig. Rekommendera ev. kontakt med kurator eller psykolog. Hänvisa till kommunens anhörigstöd. Hänvisa till relevanta patientorganisationer (se ovan).

14 Andra utmaningar

Har du några övriga strokerelaterade utmaningar eller bekymmer som påverkar din återhämtning och/eller som orsakar dig svårigheter?

NEJ Följ utvecklingen

JA Planera nästa primärvårdsbesök tillsammans med patient och anhörig, med syfte att diskutera utmaningar och bekymmer. Rekommendera ev. kontakt med kurator eller psykolog. Hänvisa till kommunens anhörigstöd. Hänvisa till relevanta patientorganisationer (se ovan).