

Rehabilitering vid stroke

Gäller för: Region Kronoberg

1 Inledning

Alla personer som drabbas av stroke i Kronobergs län ska erbjudas tidig och likvärdig rehabilitering i enlighet med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för Strokesjukvård. Rehabiliteringen ska vara individuellt anpassad, målinriktad och strukturerad, samt ske i en sammanhängande vårdkedja. Alla yrkeskategorier ska ha hög kompetens inom strokesjukvård.

Riktlinjerna ska säkerställa att:

- alla som har behov av rehabilitering ska enligt evidens och beprövad erfarenhet få det i rätt tid, i rätt omfattning och på rätt sätt.
- Regionens resurser synliggörs och tillvaratas på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.
- patientens möjlighet att få likvärdig rehabilitering i alla delar av region Kronoberg säkerställs.
- patienten blir delaktig genom att erhålla information och uppmuntras till delaktighet i sin rehabiliteringsprocess.
- det är ett smidigt flöde mellan vårdnivåer och vårdgivare.
- det finns en god samverkan mellan olika aktörer så att alla resurser används på ett för patienten bästa sätt.
- alla som arbetar med strokepatienter inom region Kronoberg har hög kompetens och använder likartade men individanpassade metoder som följer Nationella Riktlinjer på åtgärdsnivå.

Målgrupp

I Sverige drabbas ca 30 000 personer varje år av stroke, varav ca 500 personer i Kronobergs län. Av samtliga insjuknande är ca 25-30 % återinsjuknande i stroke. Medelåldern är ca 75 år. Under 2012 registrerade medicinklinikerna i Växjö och Ljungby i Cosmic, 492 nyinsjuknade strokepatienter över 18 år. Av dessa var 395 patienter över 65 år (80 %).

Ca 170 strokepatienter registrerades samma år inom rehabiliteringen. Ca 100 av dessa var över 65 år (59 %). Strokepatienter utgör således en mycket stor grupp, där många har kvarstående nedsättningar av fysiska funktioner och begränsningar inom aktivitet och delaktighet, vilket bidrar till försämrad livskvalitet. Denna grupp kräver därför stora vård och omsorgsinsatser från samhället.

Målgruppen för dessa riktlinjer är alla patienter från 18 år, som insjuknat i stroke oavsett svårighetsgrad och som har rehabiliteringspotential.

För patienter i palliativ vård i vårdboende samt multisjuka och/eller dementa patienter bör ställningstagande till omvårdnad och rehabilitering ske i befintlig vård/boendeform.

Patienter som drabbats av TIA (transitorisk ischemisk attack) dvs. en snabbt övergående tillfällig syrebrist i något av hjärnans blodkärl, innefattas inte i målgruppen för riktlinjearbetet. De får på strokeenhet, bedömning av sjukgymnast och arbetsterapeut samt information om sjukdomen, men detta kommer inte närmare att beskrivas.

Förutsättningar utifrån aktuell patientgrupp

Svårighetsgrad, prognos och typ av symtom ser olika ut och det kan vara synliga och/eller dolda funktionsnedsättningar. Symtom kan vara t ex halvsidig förlamning, yrsel, svårighet att äta/dricka/svälja, svårigheter att kommunicera, neglekt, trötthet, nedsatt minne, koncentrationssvårigheter, nedsatt problemlösningsförmåga, humörsvängningar och brist på initiativförmåga. För många strokepatienter är rehabilitering en långvarig, ofta flerårig process. Om patienten drabbats av kognitiva funktionsnedsättningar och före insjuknandet var en aktiv person ställer det speciella krav på personalens kompetens och val av åtgärder. Även rehabiliteringens utformning och längd påverkas av detta.

Rehabiliteringen behöver kunna riktas mot alla domäner inom ICF (**International Classification of Functioning, Disability and Health**).

- Inom kroppsfunktioner kan det vara åtgärder riktat mot kognition, smärta, sömn, röst- och tal, ödem, sväljning, nutrition och elimination, spasticitet, känsel, motorik, koordination och risk för trycksår.

- Inom kroppsstrukturer är det framför allt åtgärder med tanke på risk för kontrakturer.

- Rehabiliteringens utformning för att minska begränsningarna inom aktivitet och delaktighet påverkas även i hög grad av patientens kognitiva förmåga. Det kan gälla patientens förmåga till lärande och att tillämpa kunskap, att utföra enstaka moment eller hela rutiner, kommunikation, kunna förflytta sig, gå och stå, kunna använda sin påverkade hand, kunna sköta sin hygien och påklädning, sköta sin egen hälsa såsom att följa ordinationer, anpassa sin kost och andra livsstilsförändringar. Att planera för och genomföra sysslor i hemmet såsom inköp, matlagning städning, tvätt och sköta hushållsekonomin är komplexa uppgifter som kan kräva omfattande rehabiliteringsinsatser även vid mindre kognitiv påverkan. För många patienter ökar behovet av en meningsfull fritid om man inte längre kan utföra en del av tidigare sysslor eller arbete.

- Behovet av omgivningsåtgärder är stort för många patienter. Det som kan vara aktuellt är t ex att använda kompenserande strategier eller hjälpmedel, anpassa bostad, arbetsplats eller arbetsuppgifter eller olika hjälpinsatser.

För patienter med stora fysiska och kognitiva nedsättningar, där den specialiserade rehabiliteringen i tidigt eller senare skede bedömer att det inte finns rehabpotential, läggs stor vikt vid information till patient och närstående om sjukdomen och dess konsekvenser. Kontakt med kurator eller psykolog ska erbjudas. Inför utskrivning förmedlas vid behov stödkontakt inom kommun eller primärvård och information ges om fortsatt stöd i det långa perspektivet. Råd, stöd och handledning erbjuds omvårdnadspersonal och rehabiliteringspersonal

inom kommunen och ges på det sätt som fungerar bäst för patient och närstående. Patienter under 65 år som kan vara aktuella för ansökan om LSS remitteras till rehabiliteringskliniken.

Behovet av insatser kan variera under olika rehabiliteringsfaser. Även lång tid efter insjuknandet kan det finnas behov av ytterligare rehabilitering.

Funktionsförmågan kan ha försämrats, ofta p.g.a. inaktivitet. Även bibehållande träning behövs för att inte patienternas funktion, förmåga till aktivitet-delaktighet och livskvalitet ska försämrats. I samband med övergång till högre aktivitetsnivå och mer komplexa aktiviteter får begränsningar som t ex hjärntrötthet, nedsatta fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar etc. större betydelse. Uppföljning av patienter flera år efter strokeinsjuknandet visar på nedsatt förmåga till förflyttningar och nedsatt fysisk kondition. Dessutom finns det indikationer på att ADL-beroendet har ökat två år efter utskrivning. Det finns därför behov av kontinuerlig uppföljning och en lätt väg för patienter och närstående att komma i kontakt med rätt instans för fortsatta åtgärder.

Personer med kvarstående symptom efter stroke har nedsatt kondition och nedsatt fysisk prestationsförmåga. Efter rehabiliteringsperioden kan strokepatienter behöva fortsätta med t ex konditionsträning och styrketräning vilket ger signifikanta funktionella förbättringar. Många strokepatienter kan vara fysiskt aktiva på ett anpassat sätt, vad gäller styrka, kondition, balans, koordination och avspänning.

Behovet av information och undervisning är stort, inte bara till patienten utan även till närstående. Många patienter och närstående önskar kontinuerliga träffar med andra i samma situation för träningsgemenskap, stöd och utbyte av erfarenheter.

Resurser, kompetens

För initial mobilisering och tidig specialiserad rehabilitering behövs multidisciplinära team på strokeenhet, där deltagarna har specialistkunskap inom stroke och främst arbetar med strokepatienter. Teamen består av läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped samt tillgång till dietist, och psykolog helst med neuropsykologisk inriktning. Det har även visat sig finnas behov av tillgång till tandhygienist bland annat därför att många patienter får påverkad munmotorik och känsel och framför allt äldre strokepatienter har svårt att sköta munvården. Dålig munhygien med smärta som följd påverkar i hög grad patientens nutrition. Vid rehabilitering, inklusive hemrehabilitering, upp till tre veckor består kärndelen av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

Patientrummen bör vara avsedda för en eller två patienter. Inte sällan behöver utrymmeskrävande individuella och arbetstekniska hjälpmedel användas. För rehabilitering behövs tillgång till sedvanliga lokaler och utrustning. Dessutom behöver det finnas viss träningsutrustning samt rum för enskild bedömning och träning i anslutning till strokeenheten. Alla professioner behöver tillgång till hjälpmedel inom sitt område. Sedvanliga rum behövs för stöd/information/undervisning av patienter och närstående individuellt och i grupp.

Specialiserad rehabilitering i senare skede (efter vård på strokeenhet) sker på rehabiliteringskliniken i Växjö eller medicinavdelning 2 på Ljungby lasarett. (se tabell s 6) Rehabiliteringen ska bedrivas av interdisciplinära team som formas efter patientens behov med tillgång till följande resurser; bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped, kurator, med tillgång till dietist och tandhygienist. Teamen ska ha specialistkunskap inom strokerehabilitering och använda arbetsmetoden ”rehabmetodik”.

Vid rehabilitering inför återgång till kognitivt krävande aktiviteter (oavsett ålder) t ex arbete, föreningsliv, ideell verksamhet, behöver ovanstående team ha expertkunskaper inom respektive område och vara förstärkt med neuropsykolog och uroterapeut.

Rehabiliteringen behöver ske i en stimulerande och samtidigt avstressande miljö, vilket kan uppnås genom bl. a. färgval, möblering, utrustning och utemiljö. Flertalet strokepatienter behöver enkelrum på vårdavdelning med eget badrum med dusch. Möbleringen behöver kunna anpassas efter funktions- och aktivitetsförmåga och vid behov kunna anpassas till att efterlikna hemmiljö. Inte sällan behöver utrymmeskrävande individuella och arbetstekniska hjälpmedel användas. För rehabilitering behövs sedvanliga lokaler och utrustning samt lokaler och utrustning för arbetsförberedande och kognitiv träning. För aktivitets- och delaktighetsträning behövs utrustning och lokaler för mer komplexa boende- och fritidsaktiviteter. Träningslägenhet förbättrar möjligheten att träna dagliga rutiner i realistisk miljö. För stöd/information/undervisning av patienter och närstående individuellt och i grupp, behövs sedvanliga lokaler och utrustning.

Träning som bedrivs av arbetsterapeut och logoped sker ofta med specifika datorbaserade träningsprogram. Alla professioner behöver tillgång till hjälpmedel inom sitt område. För att kunna genomföra träningsinsatser inom dagvården för patienter med kognitiva nedsättningar och långa resvägar bör patienthotell eller liknande finnas i närområdet.

För allmän rehabilitering (som bedrivs inom primärvården) behövs sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och psykosocial resurs samt tillgång till läkare, som vid behov arbetar i multidisciplinärt team. Grundläggande strokekunskap ska finnas, med möjlighet till konsultation från den specialiserade rehabiliteringen.

För funktionsträning individuellt och/eller i grupp behöver det finnas sedvanliga lokaler och utrustning. Dessutom behövs utrustning för styrke-, konditions- samt handträning. För stöd/information/undervisning av patienter och närstående individuellt och i grupp, behövs sedvanliga lokaler och utrustning.

För stöd till patient och närstående i det långa perspektivet:

Inför utskrivning informeras patient och närstående, muntligt och skriftligt, av strokekoordinatören (eller motsvarande), om vart de kan ringa vid behov av råd och stöd. Detta kan även innebära att få råd om vart de ska vända sig vid behov av åtgärder.

Patient som skrivits ut från lasarett (utan fortsatt behandling på rehabiliteringsklinik) hänvisas i första till strokemottagning på respektive lasarett. Patient som

skrivits ut från rehabiliteringsklinik hänvisas i första hand till rehabiliteringsklinikens strokemottagning.

Strokekoordinatorn ska vid behov ha tillgång till läkare och paramedicinare för att bedöma vart patient/närstående ska hänvisas.

Definitioner enligt detta riktlinjearbete

Rehabiliteringspotential:

Nuvarande och tidigare sjukdomar, funktionsnedsättningar och aktivitets- och delaktighetsnivå ska inte motverka rehabiliteringsåtgärdernas syfte som är att bibehålla/höja nivån på funktions- och aktivitetsförmågan, delaktighet samt minska funktionshindren.

Grundläggande strokekunskap:

Den baskompetens som erhålls via yrkesutbildningen

Specialutbildning inom stroke/specialistkunskap:

Arbete i stort sett enbart med strokepatienter under minst ett år med handledning samt adekvata fördjupade teoretiska kunskaper.

Expertkunskap:

Som ovan men med fördjupade kunskaper och erfarenhet kring aktuellt mål-/åtgärdsområde.

Multidisciplinärt team:

Olika professioner som arbetar med samma patienter och träffas regelbundet för informationsöverföring och planering. Parallella utredningar och behandlingar med professionsanknutna målsättningar. Vertikal interaktion mellan ansvarige läkare och andra konsulter/terapeuter.

Interdisciplinärt team:

Olika professioner som arbetar med samma patienter. Samordnad utredning och behandling med integrerade målsättningar utifrån de olika professionernas kunskap och patientens behov. Behandlarna arbetar i nära samverkan med den drabbade, dennes anhöriga och med varandra för att uppnå gemensamma mål. Horisontell interaktion i teamet.

Initial mobilisering och rehabilitering:

De mobiliserande och rehabiliterande åtgärder som utförs på strokeenhet under den första veckan efter insjuknandet.

Tidig specialiserad rehabilitering:

Den rehabilitering som bedrivs upp till ca tre veckor efter insjuknandet. Bedrivs på strokeenhet.

Specialiserad rehabilitering i senare skede:

Bedrivs på rehabiliteringsklinik/rehabavdelning efter rehabilitering på strokeenhet. Rehabiliteringen kan även vid behov genomföras längre tid efter insjuknandet.

CI-terapi:

CIMT* Constraint induced movement therapy. CI-terapi är en träningsmetod som förbättrar förmågan att använda den svaga sidans arm/hand. Den friska armen sätts i bandage, därmed "tvingas" den svaga sidans arm/hand att utföra alla aktiviteter. Hjärnans beteende att automatiskt använda den friska sidan fungerar då inte. Genom den intensiva träningen stimuleras funktionen i den svaga sidan

Strokekoordinator:

Strokekoordinator finns på strokeenheterna. I strokekoordinators uppgifter ingår:

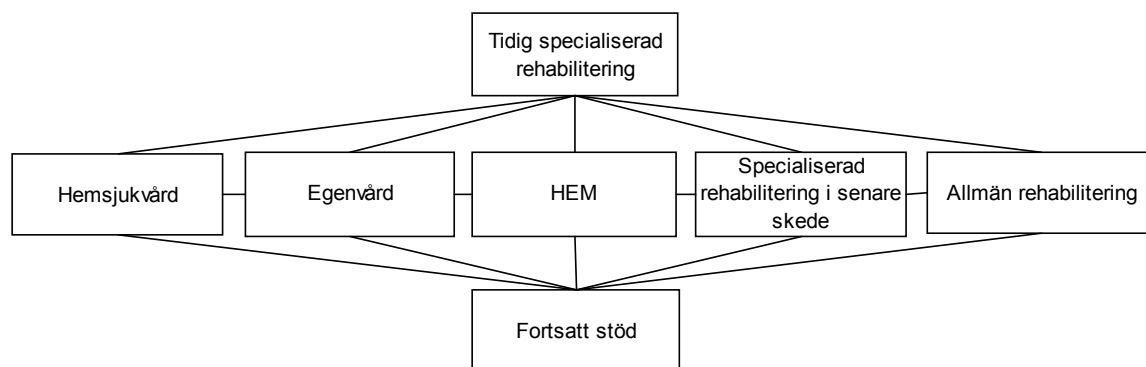
- registrering i Riksstroke
- samordning av verksamheten
- vara kontaktperson för patienter som skrivits ut med stroke
- informatörsroll avseende stroke såväl internt som externt
- samordning och utbildning i omvårdnaden kring stroke och i mån av tid även uppföljande besök för patienter efter genomgången stroke

Rehabmetodik:

En arbetsmodell för specialiserad rehabilitering där insatser ges av ett interdisciplinärt team där patienten (och närstående om patienten så önskar) ingår. Mål och åtgärder beslutas av teamet och patienten delaktighet i rehabiliteringen eftersträvas i så hög grad som möjligt.

(Arbetsmodellen är framtagen av Jan Lexell, överläkare och Marcelo Rivano-Fischer, psykolog, Skånes universitetssjukhus)

2 Flöde/process



Tidig specialiserad rehabilitering – strokeenhet

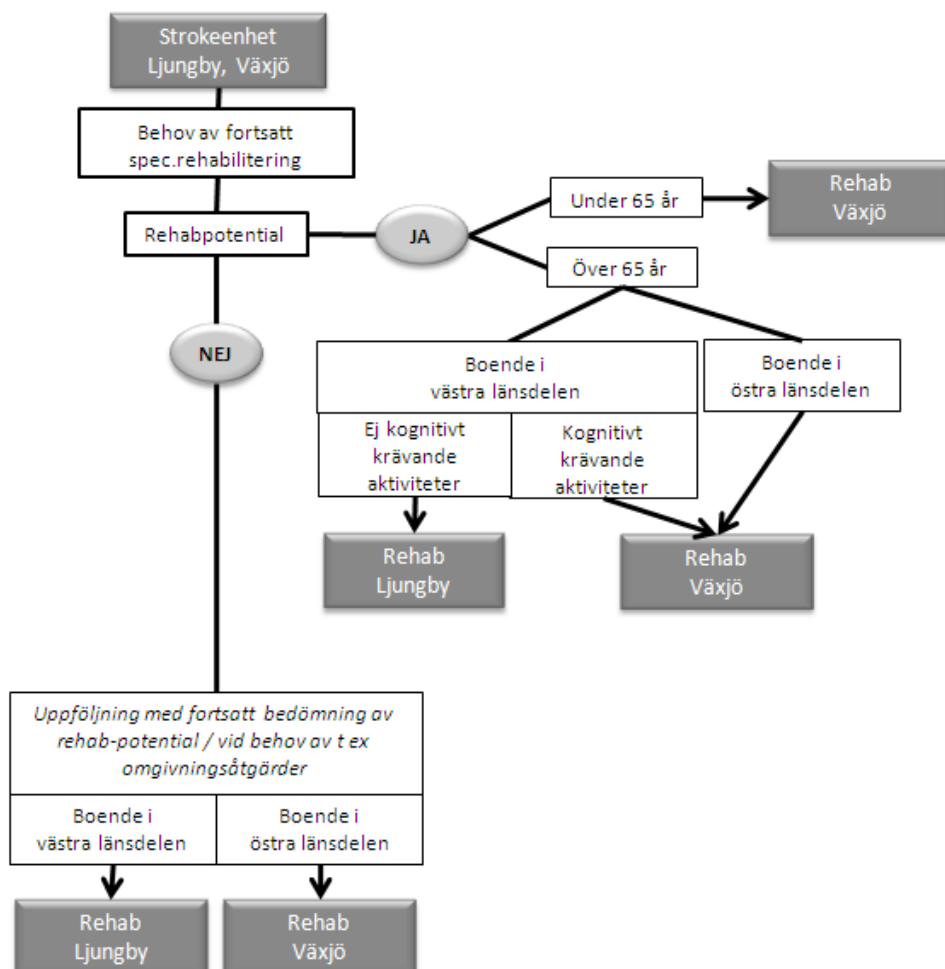
Funktionsbedömning och tidig mobilisering/rehabilitering på strokeenhet för nysjuknade patienter.

Vid upp till tre veckors behov av mobilisering och specialiserad rehabilitering sker det av team på strokeenhet. Rehabiliteringen kan ske på klinik eller i hemmet.

Specialiserad rehabilitering, senare skede

Rehabilitering för alla patienter (18 år och äldre) som i anslutning till insjuknandet eller i senare skede, förväntas ha behov av specialiserad rehabilitering.

Patienter som efter avslutade initiala rehabinsatser bedöms ha förnyat behov av specialiserad rehabilitering kan erbjudas ny rehabiliteringsperiod. Rehabiliteringen kan ske på kliniken/avd eller i hemmet.



3 Rehabilitering

Allmän rehabilitering – primärvård

Rehabilitering på vårdcentral för patienter med behov av åtgärder som inte faller under kommunens ansvarsområde eller som inte kräver specialiserade insatser.

Insatserna ges i form av rehabilitering av fysiska funktioner och förmåga till aktivitet och delaktighet. Behandling sker individuellt eller i grupp och med möjlighet till råd och stöd.

Om patient som är i behov av uppföljning av utprovade ortoser och skenor samt utprovning och uppföljning av kompressionshandskar, inte kan ta sig till rehabiliteringskliniken på grund av medicinska skäl, till exempel hjärntrötthet, sker detta inom primärvården efter överenskommelse och överlämningsrapport.

Det finns även möjlighet för råd och stöd av psykosocial resurs. Insatser kan ske i kombination med eller efter avslutad specialiserad rehabilitering.

Hemsjukvård

Den allmänna rehabilitering och utprovning av de hjälpmedel som faller under kommunens ansvarsområde samt bostadsanpassningar.

Egenvård

Pat får vid behov stöd att bedriva egenvård i hälsofrämjande och sekundärpreventivt syfte.

Egenvården kan också utgöras av självträning efter program utformade av paramedicinsk personal inom allmän eller specialiserad rehabilitering. Egenvård ska i första hand bedrivas i hemmiljö eller offentliga lokaler men kan vid behov även ske t ex i diagnosgrupp på vårdcentral.

Fortsatt stöd

Inför utskrivning informeras patient och närstående, muntligt och skriftligt, av strokekoordinatör (eller motsvarande), om vart de kan ringa vid behov av råd och stöd. Detta kan även innebära att få råd om vart de ska vända sig vid behov av åtgärder.

Patient som skrivits ut från lasarett (utan fortsatt behandling på rehabiliteringsklinik) hänvisas i första hand till strokemottagning på resp lasarett. Patient som skrivits ut från rehabiliteringsklinik hänvisas i första hand till strokerehabmottagning.

Strokekoordinatör ska vid behov ha tillgång till läkare och paramedicinare för att bedöma vart patient/närstående ska hänvisas.

Tidig specialiserad rehabilitering på strokeenhet

Utredning/bedömning

Bedömning av rehabiliteringsbehov och rehabiliteringspotential. ICF-baserade bedömningar av kroppsfunktioner, aktivitet och delaktighet samt omgivningsfaktorer. Bedömningar görs yrkesspecifikt och av team.

Indikationer för behandling

Alla patienter utan medicinska kontraindikationer.

Behandling

Alla patienter får initial mobilisering och specialiserad rehabilitering i tidigt skede på strokeenhet. Dessa tidiga insatser påbörjas inom 24 timmar efter insjuknandet och upp till ca 1 vecka.

Rehabilitering i upp till tre veckor ska kunna ges på strokeenheten. Rehabiliteringen utförs enligt rehabplan eller mostavarande och kan ske på enheten och/eller i hemmet.

Egenvård

Sekundärprevention i form av livsstilsförändringar samt uppehållande träning och långsiktig självträning i funktions- och aktivitetsbevarande eller -höjande syfte.

FaR

Efter en rehabiliteringsperiod kan strokepatienter behöva fortsatt fysisk träning genom FaR. Fyss (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) rekommenderar konditionsträning, styrketräning, muskulär uthållighetsträning, funktionell träning och åtgärder för ledrörlighet. Efter den första rehabiliteringstiden kan ett konditionstränings-program förbättra uthålligheten och funktionell förmåga. Aktiviteter som är naturliga och lustbetonade för individen rekommenderas, t ex promenader, dans och cirkelträning. Detta kan ordinerats via FaR-recept. Även patienter som skrivs hem från strokeenhet, utan behov av specialiserad eller allmän rehabilitering, kan behöva stöd i egenvårdsträningen.

Uppföljning/avslut

Avslut när rehabmålet i rehabplanen eller motsvarande har uppnåtts eller när patienten inte bedöms ha rehabiliteringspotential. Strokeskola i grupp erbjuds patient och närstående.

Patienter som vid utskrivning inte har några eller endast mycket lätta kvarstående symtom/konsekvenser av stroke ska få muntlig och skriftlig information om strokekonsekvenser och om att de vid behov kan vända sig till rehabiliteringskliniken för råd och stöd.

Vid bedömt behov av fortsatt rehabilitering erbjuds detta enligt flödesschema. Patienter som i anslutning till insjuknandet har bedömt behov av specialiserad rehabilitering men saknar rehabiliteringspotential under vårdtiden på strokeenheten remitteras till rehabiliteringsklinik/rehabavd (se tabell s 6). Vid behov av fortsatt träning av språkliga funktioner och kommunikation följs detta upp av rehabiliteringsklinik. Vid synpåverkan skickas remiss till ögonklinik för fortsatt utredning och bedömning om ev behov av synrehabilitering på syncentralen.

Uppföljning av alla strokepatienter sker genom Riksstroke. Övrig uppföljning sker vid behov och enligt lokala vårdrutiner.

Inför utskrivning informeras patient och närstående, muntligt och skriftligt, av strokekoordinatören om att ringa stromottagningen vid behov av råd och stöd. Detta kan även innebära att få råd om vart de ska vända sig vid behov av åtgärder.

Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

Patient och närstående medverkar i rehabplan, får muntlig och skriftlig information och undervisning om stroke och sekundärprevention med livsstilsförändringar. Muntlig och skriftlig information om möjligheter för fortsatt stöd ges till patient och närstående.

Patientsäkerhet, riskanalys

- Vård av strokepatienter ska ske på strokeenhet. Jämfört med vård på allmän medicinsk avdelning medför detta minskad risk för död eller aktivitetsnedsättning.
- Vid överföring till annan rehabinstans och i kommunikation mellan team och patient/närstående, finns risk för brister i informationsöverföring. Detta ska därför ske med hjälp av samordnad rehabplan eller motsvarande. Det säkerställer även grunden för patientens och närståendes delaktighet. Informationsöverföring till kommun sker vid samordnad vårdplanering samt genom LINK.
- För att alla patienter i länet ska få lika vård ska samma metoder för bedömning av behov av fortsatt rehabilitering användas.

- Fallriskbedömning ska göras på alla patienter.
- För att handläggandet av körförmågan ska ske lika för alla strokepatienter i länet, ska detta ske enligt fastställda rutiner.

Mål och mätetal

- Patienten har fått muntlig och skriftlig information om stroke och sekundärprevention med livsstilsförändringar. Följs upp genom KVÅ-registreringar; KVÅ QV001 QV002
- Patientens rehabilitering har skett med rehabplan som grund. Följs upp genom KVÅ-registreringar; KVÅ DV093, DV094

Dokumentation inkl KVÅ

Journalföring och rehabplan sker i Cosmic, registrering i Riksstroke och Webrehab Sweden.

KVÅ-koder:

DV093	Upprättande av rehabiliteringsplan
DV094	Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan
QV001	Information/undervisning om hälsa-ohälsa. Syftet är att öka individens kunskap, färdighet, förståelse, motivation, handlingsberedskap och verklighetsförankring som förutsättningar för att sköta sin egen hälsa. Innefattar primärprevention, patientskolor.
QV002	Information och undervisning om sjukdom, skador och funktionshinder och deras behandling. Innefattar även sekundärprevention.

Dessutom används KVÅ-koder inom respektive profession.

Specialiserad rehabilitering på rehabiliteringskliniken Växjö /avd 2 Ljungby (se flödesschema)

Utredning/bedömning

Bedömning av rehabiliteringsbehov och rehabiliteringspotential. ICF-baserade bedömningar av kroppsfunktioner, aktivitet och delaktighet samt omgivningsfaktorer. Bedömningar görs yrkesspecifikt och av team.

Indikationer för behandling

Patienter ska ha bedömd möjlighet att kunna öka sin aktivitets- och delaktighetsnivå.

Alla patienter som har behov av specialiserad rehabilitering och där detta förväntas ta mer än tre veckor, remitteras från strokeenhet. De patienter i denna grupp som inte har rehabpotential under perioden på strokeenheten följs upp på rehabiliteringskliniken Växjö /rehab avd 2 Ljungby (se flödesschema)

Patienter som har medelsvåra till svåra motoriska nedsättningar men endast inga till lätta kognitiva nedsättningar har god nytta av intensiv fysisk och mental stimulering och träning i anslutning till insjuknandet. Denna patientgrupp kan i ett senare skede ha nytta av att träna med hjälp av CI-terapi.

Patienter med kognitiva nedsättningar (även lätta nedsättningar om det påverkar patientens aktivitet-delaktighet) behöver i anslutning till insjuknandet specialiserad rehabilitering, om de före insjuknandet haft en relativt hög aktivitetsnivå med komplexa uppgifter. Denna grupp kan även vara aktuell för återkommande rehabiliteringsperioder för att kunna återuppta fler av sina tidigare sysslor och aktiviteter.

Patienter med påverkan på språkliga funktioner och nedsatt kommunikativ förmåga och som har behov av mer än tre veckors rehabilitering i anslutning till insjuknandet.

Strokepatienter med behov av rehabilitering mot kognitivt krävande aktiviteter oavsett övrig rehabiliteringsform, remitteras från strokeenheterna till rehabiliteringskliniken.

Patienter som vid utskrivning från strokeenhet, inte har några eller endast mycket lätta kvarstående symtom/konsekvenser av stroke kan vid behov vända sig till rehabiliteringskliniken för råd och stöd. Behovet kan även uppmärksammas i senare skede, t ex vid uppföljningar eller kontakt med strokekoordinator.

Patienter med stora konsekvenser efter stroke som inte bedöms kunna medverka aktivt i rehabilitering kan behöva specialiserade insatser i form av bedömning av alternativa kommunikationssätt och/eller omgivningsåtgärder, för att optimera det fortsatta omhändertagandet och patientens/närståendes delaktighet.

Behandling

Specialiserad rehabilitering utförs av interdisciplinära team med arbetsmodellen "Rehabmetodik" som grund. Behandling kan även ske av enskild profession med specialistkunskap och med tillgång till stöd av övriga teamet vid behov. Den specialiserade rehabiliteringen kan ske i anslutning till vård på strokeenhet men kan även vara aktuellt för patienter där behovet uppkommer i ett senare skede.

Behandling utförs enligt rehabplan.

Mottagning för spasticitetbehandling bedrivs på rehabiliteringskliniken.

Behandlingsperiod med CI-träning och med specifik kognitiv träning finns.

Hemrehabilitering bedrivs integrerat med övrig behandling. Psykosocialt stöd ges även i form av patient- och närstående grupper där man får möjlighet att dela sina känslor och erfarenheter.

Patienter med påverkan på språkliga funktioner och nedsatt kommunikativ förmåga kan få anpassad behandling. Dessa patienter kan även ha behov av återkommande behandlingsperioder för att utveckla sin språkliga aktivitetsförmåga.

Uppföljning genom bedömning av rehabiliteringspotential, rehabiliteringsbehov och rehabiliteringsform görs på de patienter som remitterats från strokeenhet men som i det skedet inte hade rehabpotential.

Patienter med stora konsekvenser efter stroke som inte bedöms kunna medverka aktivt i rehabilitering kan behöva specialiserade insatser i form av t ex omgivningsåtgärder.

Egenvård

Sekundärprevention i form av livsstilsförändringar samt uppehållande träning och långsiktig självträning i funktions- och aktivitetsbevarande eller -höjande syfte.

FaR

Efter en rehabiliteringsperiod kan strokepatienter behöva fortsatt fysisk träning genom FaR. Fyss (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) rekommenderar konditionsträning, styrketräning, muskulär uthållighetsträning, funktionell träning och åtgärder för ledrörlighet. Efter den första rehabiliteringstiden kan ett konditionsträningsprogram förbättra uthålligheten och funktionell förmåga. Aktiviteter som är naturliga och lustbetonade för individen rekommenderas, t ex promenader, dans och cirkelträning. Detta kan ordinerars via FaR-recept.

Uppföljning/avslut

Perioden avslutas när rehabmålet i rehabiliteringsplanen uppnåtts eller när fortsatt specialiserad rehabilitering inte bedöms kunna påverka patientens förutsättningar att nå sina mål. Patienten informeras om möjligheter till fortsatt stöd samt hur egenvård kan bedrivas. Vid bedömt behov av fortsatt rehabilitering erbjuds detta enligt flödesschema.

Uppföljning sker genom Webrehab Sweden efter 1 år samt vid behov enligt lokala vårdrutiner .

Inför utskrivning informerar teamet patient och närstående, muntligt och skriftligt, om att ringa rehabmottagningen vid behov av råd och stöd. Detta kan även innebära att få råd om vart de ska vända sig vid behov av åtgärder.

Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

Patient och närstående får information om och är delaktiga i rehabiliteringsprocessen genom rehabplanen och arbetsmodellen

”Rehabmetodik”.

Muntlig och skriftlig information och undervisning om stroke och sekundärprevention med livsstilsförändringar ges till patient och närstående. I samband med patientens dagliga aktiviteter ges praktisk handledning till närstående.

Strokeskola i grupp erbjuds patient och närstående.

Patientsäkerhet, riskanalys

- För att patienten ska få mental och fysisk stimulans i den omfattning och på det sätt som rekommenderas, ska övergång från strokeenhet ske så snart det är medicinskt möjligt.
- Vid överföring mellan rehabinstanser och i kommunikation mellan team och patient/närstående, finns risk för brister i informationsöverföring. Detta ska därför ske med hjälp av samordnad rehabplan. Det säkerställer även grunden för patientens och närståendes delaktighet. Informationsöverföring till kommun sker vid samordnad vårdplanering samt genom LINK.
- För att alla patienter i länet ska få lika vård ska samma metoder för bedömning av behov av fortsatt rehabilitering användas.
- Fallriskbedömning ska göras på alla patienter.
- För att handläggandet av körförmågan ska ske lika för alla strokepatienter i länet, ska detta ske enligt fastställda rutiner.

Mål och mätetal

- Patient som remitteras från strokeenhet ska få fortsatt specialiserad rehabilitering inom 6 dagar efter remittering. Följs upp genom BO.
- Patienten har fått muntlig och skriftlig information om stroke och sekundärprevention med livsstilsförändringar. Följs upp genom KVÅ-registreringar; KVÅ QV001 QV002
- Patientens rehabilitering har skett med rehabplan som grund. Följs upp genom KVÅ-registreringar; KVÅ DV093, DV094

Dokumentation inkl KVÅ

Journalföring och rehabplan i Cosmic och registrering i Webrehab Sweden

KVÅ-koder:

DV093	Upprättande av rehabiliteringsplan
DV094	Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan
QV001	Information/undervisning om hälsa-ohälsa. Syftet är att öka individens kunskap, färdighet, förståelse, motivation, handlingsberedskap och verklighetsförankring som förutsättningar för att sköta sin egen hälsa. Innefattar primärprevention, patientskolor.
QV002	Information och undervisning om sjukdom, skador och funktionshinder och deras behandling. Innefattar även sekundärprevention.

Allmän rehabilitering inom primärvård

Utredning/bedömning

Bedömning av rehabiliteringsbehov och rehabiliteringspotential.
ICF-baserade bedömningar av kroppsfunktioner, aktivitet och delaktighet samt omgivningsfaktorer. Bedömningar görs yrkesspecifikt och vid behov av team.

Indikationer för behandling

Patienter med behov av allmän rehabilitering och uppehållande träning av enskild profession eller team i anslutning till insjuknandet eller i senare skede.

Behandling

Rehabilitering sker enligt samordnad rehabplan om sådan är upprättad.
Rehabiliteringen sker individuellt och/eller i grupp och med möjlighet till råd och stöd.

Utprovning och uppföljning av kompressionshandskar, ortoser och skenor görs efter överenskommelse med specialiserad rehabilitering, om patienten inte kan ta sig till rehabiliteringskliniken av medicinska orsaker såsom till exempel hjärntrötthet. Råd och stöd ges av psykosocial resurs. Insatser sker i anslutning till den specialiserade rehabiliteringen eller senare vid förnyat behov.
Rehabiliteringen sker på enheten. Om behandlingen är miljöberoende ges det i hemmiljö.

Gruppträning kan bedrivas med syfte att öka gångfunktionen och balansförmågan. Denna typ av träning kan även stimulera till social aktivitet och fungera som en plattform för utbyte av erfarenheter.

Råd och stöd kan ges vid egenvård som behöver bedrivas enskilt eller i grupp i enhetens lokaler. Det kan ske t ex om patienten inte på grund av sina nedsättningar kan träna i hemmiljö eller i offentlig verksamhet.

Egenvård

Sekundärprevention i form av livsstilsförändringar samt uppehållande träning och långsiktig självträning i funktions- och aktivitetsbevarande eller -höjande syfte.

FaR

För personer med symtom efter stroke kan styrketräning bidra till ökad funktion. Fyss (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) rekommenderar konditionsträning, styrketräning, muskulär uthållighetsträning, funktionell träning och åtgärder för ledrörlighet. Konditionsträning ökar förmågan att klara av dagliga aktiviteter, detta pga den ökade toleransen. Träningen kan även bidra till ett ökad självförtroende. Träningen ska vara individanpassad men kan gärna ske tillsammans med andra för social och psykologisk stimulans. Detta kan ordinerars via FaR-recept.

Uppföljning/avslut

Avslut när rehabmålet uppnåtts.

Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

Patient och närstående medverkar vid rehabsamtal samt upprättande och

återkommande utvärderingar av rehabplan. Muntlig och skriftlig information samt undervisning om stroke och sekundärprevention med livsstilsförändringar ges till patient och närstående vid behov.

Patientsäkerhet, riskanalys

- Fallriskbedömning ska göras vid behov.
- För att alla patienter i länet ska få lika vård ska samma metoder för bedömning av behov av fortsatt rehabilitering användas.
- För att handläggandet av körförmågan ska ske lika för alla strokepatienter i länet, ska detta ske enligt fastställda rutiner.

Dokumentation inkl KVÅ

Journalföring och rehabplan i Cosmic

KVÅ-koder:

DV094	Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan
QV001	Information/undervisning om hälsa-ohälsa. Syftet är att öka individens kunskap, färdighet, förståelse, motivation, handlingsberedskap och verklighetsförankring som förutsättningar för att sköta sin egen hälsa. Innefattar primärprevention, patientskolor.
QV002	Information och undervisning om sjukdom, skador och funktionshinder och deras behandling. Innefattar även sekundärprevention.

4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring

Rehabplan ska upprättas för alla patienter inom specialiserad rehabilitering samt vid behov vid allmän rehabilitering. Rehabplanen (samordnad rehabplan) följer patienten under hela rehabiliteringsperioden och fungerar även som ett instrument för informationsöverföring i alla led. Rutiner ska finnas i syfte att säkerställa samordning och smidighet vid överföring mellan olika vårdgivare/instanser/aktörer.

5 Sjukskrivningsprocessen

Arbetsförmågan påverkas av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar (kognitiva inkl språkliga nedsättningar) samt hjärntrötthet. Även lättare psykiska funktionsnedsättningar och trötthet påverkar i högre grad än patienten kanske föreställer sig. Detta kan medföra onödigt lidande för både patient och närstående om arbetsåtergången påbörjas för tidigt och utan stöd. Bedömning av arbetsförmåga och åtgärder i form av råd och stöd, anpassningar av arbetsuppgifter och arbetstid samt förberedande arbetsträning bidrar till att återfå arbetsförmåga.

Initialt sker sjukskrivningen på strokeenhet. Patienten remitteras därefter till rehabiliteringsklinik för kontakt med team med expertkunskap inom arbetsrehabilitering. Arbetsförmågebedömning, åtgärder i form av råd och stöd och behandling ges. Vid behov av fortsatt sjukskrivning görs detta av enheten. När arbetsförberedande åtgärder avslutas övergår ansvaret för sjukskrivning till läkare inom primärvården. Det kan ske även under period av uppföljning av genomförda åtgärder om inte specialistkunskaper krävs.

Om arbetsförmågan inte påverkas av hjärntrötthet eller psykiska funktionsnedsättningar kan stöd och åtgärder vid arbetsåtergång oftast ges av företagshälsovården.

6 Patientorganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet. Det går att hitta kontaktpersoner och mera information om föreningens verksamhet och målsättning i en pärm i väntrummen på de olika mottagningar. Pärmerna är märkt "Patientinformation".

7 Kvalitetsindikatorer

- Vård på strokeenhet Källa: Riksstroke, Socialstyrelsens målnivå $\geq 90\%$
- Direktinläggning på strokeenhet Källa: Riksstroke, Socialstyrelsens målnivå $\geq 90\%$
- Andel nöjda med rehabiliteringen 3 månader efter stroke Källa: Riksstroke Socialstyrelsens målnivå $\geq 87\%$
- Tillgodosedda behov av stöd och hjälp efter utskrivning från sjukhus 3 månader efter stroke Källa: Riksstroke Socialstyrelsens målnivå $\geq 75\%$
- Andel ADL-beroende vid 3 mån, av de som var oberoende vid insjuknandet Källa: Riksstroke Mål: \geq riksgenomsnittet
- Behovet av rehabilitering ska upplevas vara tillgodosett. Utvärderas genom Riksstroke 1-årsuppföljning. Källa: Riksstroke
- Det upplevda hälsotillståndet ska inte vara sämre vid Riksstroke 1-årsuppföljning än vid 3-månadersuppföljningen.

Källa: Riksstroke

8 Referenser

Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009, Vetenskapligt underlag och

Tillstånds- och åtgärdslista. Socialstyrelsen

Riks-Stroke Årsrapport 2009 och 2010

Strokevård. Nationell utvärdering 2011. Socialstyrelsen

Smith J, Forster A, House A, Knapp, P, Wright JJ, Young J. Information provision for stroke patients and their caregivers (Review). The Cochrane Library, 2008, Issue 3

Turner-Stokes L, Nair A, Sedki I, Disler PB, Wade, D/T. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age (Review). The Cochrane Library, 2011, Issue 1.

Bateman A, Culpan FJ, Pickering AD, Powell JH, Scott OM, Greenwood RJ. The effect of aerobic training on rehabilitation outcomes after recent severe brain

injury. A randomized controlled evaluation. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:174-82.

9 Länkar

- [Nationella riktlinjer för strokesjukvård](#)
- [Riksstroke](#)
- [Trafikmedicinsk enhet](#)
- [Webrehab – Sweden](#)
- [Vårdalinstitutet](#)
- [Medicinska riktlinjer för levnadsvanor](#)

10 Bilagor

- [Information till patienter i stroke-rehabprocessen](#)
- [Prioriterade åtgärder](#)