

POST STROKE-CHECKLISTA (PSC)

Förbättra livet efter stroke

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

Användningsförslag: Varje numererad 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 checklisten är tänkt som en vägledning och "om JA" och "om NEJ" alternativen kan och bör anpassas efter lokala förhållanden

Se Region Kronobergs riktlinje: Strukturerad uppföljning av stroke/-TIA patienter
 Dokumenteras i journal i sökordsmall "Strukturerad uppföljning stroke/TIA"

Patientens namn och personnummer:

Ifyllt av: Sjukvårdspersonal Patient Närstående Annan

Metod för uppföljning: Enkät Telefon Besök Datum:

Sedan din stroke eller senaste undersökning

1. SEKUNDÄRPREVENTION

Har du fått råd om hälsorelaterade livsstilsförändringar eller läkemedel för att förhindra en ny stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ	Om NEJ , hänvisa patienten till primärvården för riskfaktorbedömning och vid behov, behandling.
	<input type="checkbox"/> JA	Följ utvecklingen

2. AKTIVITETER I DAGLIGT LIV (ADL)

Har du svårare att klara dig själv?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> 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?

3. MUNHÄLSA OCH NUTRITION

Har du fått svårigheter med din munhälsa eller ditt näringsintag?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Har du svårt att sköta din munhygien eller upplever du aptitlöshet? Har du svårt att äta/svälja? Har du gått ner i vikt?

4. RÖRLIGHET

Har du svårare att gå eller att förflytta dig säkert från säng till stol?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Får du fortlöpande rehabiliteringsinsatser?

5. SPASTICITET

Upplever du en ökad stelhet i armar, händer och/eller ben?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hindrar detta dig i dagliga aktiviteter?

6. SMÄRTA

Upplever du någon ny smärta relaterat till din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hänvisa till läkare inom primärvården för vidare bedömning och diagnos. Hänvisa till fysioterapeut/sjukgymnast inom primärvård/kommun för bedömning av om besvären är muskuloskeletala t.ex. pga. snedbelastning.

7. INKONTINENS		
Har du mer problem med att kontrollera din blåsa eller tarm?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hänvisa till sjuksköterska inom primärvården.
8. KOMMUNIKATION		
Upplever du att det är svårare att kommunicera med andra människor?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hänvisa till logoped Ljungby Lasarett eller rehabiliteringskliniken i Växjö för vidare bedömning.
9. SINNESSTÄMNING		
Upplever du mer oro eller nedstämdhet?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hänvisa till läkare inom primärvården för bedömning.
10. KOGNITION		
Upplever att du har svårare att tänka, uppmärksamma saker, koncentrera dig eller minnas?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Försvårar/ hindrar det dig i dina dagliga aktiviteter?
		Om NEJ , följ utvecklingen Om JA , hänvisa till arbetsterapeut inom primärvård/kommun för bedömning. Om arbete eller arbetsliknande aktiviteter påverkas; hänvisa till rehabiliteringskliniken i Växjö
11. HJÄRNTRÖTTHET (FATIGUE)		
Upplever du mental trötthet som påverkar din förmåga att träna eller utföra andra aktiviteter?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hänvisa till arbetsterapeut inom primärvård/kommun för bedömning, alternativt till specialiserad rehabilitering om problemen upplevs betydande
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?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hänvisa till arbetsterapeut inom primärvård/kommun för bedömning. Hänvisa till patientorganisationer för personer som haft stroke såsom t ex Stroke-Riksförbundet, Afasiförbundet eller Neuro- förbundet. Patient med längre sjukskrivning, hänvisa till rehabiliteringskliniken i Växjö
13. FAMILJERELATIONER		
Upplever du att ditt förhållande till andra människor (familj, vänner eller andra) har blivit mer komplicerat eller stressfyllt?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hänvisa till psykosocial resurs inom primärvården.
14. ANDRA UTMANINGAR		
Har du några övriga strokerelaterade utmaningar eller bekymmer som påverkar din återhämtning och/eller som orsakar dig svårigheter?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hänvisa till adekvat resurs/instans.
FORTSATT PLANERING		
Behov av fortsatt uppföljning	<input type="checkbox"/> NEJ	Motivering:
	<input type="checkbox"/> JA	När och av vilken instans (efter överenskommelse): Planera tid för uppföljning