Region Stockholm

10

Yttrande över remiss – personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp avseende tidiga insatser och vård, respektive fortsatt vård och rehabilitering, vid stroke och TIA från

Region Stockholm

Sveriges Kommuner och Regioner

VKN 2021-0247

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Vårdanalys och statistik
Ylva Westander

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2021-0247
2021-12-17

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp avseende tidiga insatser och vård, respektive fortsatt vård och rehabilitering, vid stroke och TIA från Sveriges Kommuner och Regioner

Ärendebeskrivning

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård har publicerat två remissversioner av kunskapsstöd som avser nervsystemets sjukdomar: ett uppdaterat personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp som avser tidiga insatser och vård vid stroke och TIA, och ett nytt personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp som avser fortsatt vård och rehabilitering vid stroke och TIA. Syftet med remissrundan är dels att ge profession och patienter tillfälle att ge synpunkter på det medicinska innehållet i vårdförloppen, dels att ge regionernas linjeorganisationer och huvudmän möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av ändringarna och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom dem.

Detta tjänsteutlåtande utgör Region Stockholms remissvar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remiss – personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA - tidiga insatser och vård
Remiss – personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering
Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering
Statistikunderlag avseende remiss – stroke och TIA

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till Sveriges Kommuner och Regioner.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
I detta avsnitt beskrivs (1) vad stroke och TIA är är, (2) hur patientgruppen ser ut, (3) hur tillståndet behandlas, (4) hur vården i Region Stockholm är utformad och organiserad samt (5) vad remissens förslag innebär.

Sjukdomstillståndet

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnas kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom. För att definieras som stroke ska symtomen antingen kvarstå minst 24 timmar eller leda till döden och inte ha någon annan uppenbar orsak än kärlsjukdom. Stroke orsakas vanligen av en blodpropp men i en mindre del av fallen av en blödning. I Sverige orsakas stroke i 85 procent av fallen av en blodpropp (akut ischemisk stroke). I cirka tio procent av fallen orsakas den av en blödning inne i hjärnvävnaden (intracerebral blödning), medan cirka fem procent beror av en spontan blödning mellan hjärnhinnorna (subaraknoidalblödning, SAB).

Om symtomen beror på ischemi (hämmat eller hindrat blodflöde genom ett organ/en vävnad) och varar kortare tid än 24 timmar definieras tillståndet som en transitorisk ischemisk attack (TIA, där transitorisk innebär övergående). Var femte person som får stroke avlider inom tre månader. De som överlever får ofta någon form av kvarstående motoriska eller kognitiva funktionsnedsättningar. Problem med sensorik, balans och kommunikation (tal och språk) är också vanliga. Stroke är den tredje vanligaste orsaken till funktionsnedsättningar.

Patientgruppen

Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke och 10 000 i TIA. Strokeincidensen (nyinsjuknandet) ökar med stigande ålder och fyra av fem patienter som insjuknar är över 65 år. Prevalensen, det vill säga antal personer som lever och har haft en stroke tidigare i livet, uppskattades 2015 till cirka 200 000 personer, det vill säga 1 942 per 100 000 personer. SAB drabbar en yngre patientgrupp där majoriteten är i arbetsför ålder.

Behandling

Den akuta vården vid stroke består primärt i att, med hjälp av läkemedel eller på kirurgisk väg, lösa upp eller avlägsna den blodpropp som hindrar blodflödet. Patienter som förs över till neurokirurgisk avdelning eller till neurointensivvård under neurokirurgiskt ansvar för högspecialiserad behandling (intracerebrala blödningar med behov av neurokirurgisk intervention och SAB) utgår ur vårdförloppet, liksom patienter som överförs till kärlkirurgisk enhet för karotiskirurgi. Dessa patienter kan efter behandling vid behov återföras till vårdförloppet för fortsatt vård och rehabilitering vid strokeenhet. Akut behandling av stroke sker primärt inom akutsjukvården.

Vård (återfallsprevention) och rehabilitering efter stroke sköts dels inom primärvården, dels inom specialiserad öppenvårdsrehabilitering. Högt blodtryck och förmaksflimmer behandlas för att förebygga återfall.

Vården i Region Stockholm
Den akuta vården vid stroke och TIA sker vid akutsjukhusen; patienter kommer vanligtvis via akuten, till neurologisk intensivvårdsavdelning eller intermediärvårdsavdelning till strokevårdsenhet eller annan neurologisk/internmedicinavdelning. Om patienten därefter har ett fortsatt vård-/rehabiliteringsbehov kan detta tillgodoses inom följande slutenvårdsuppdrag:

- Inom specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus (tre vårdgivare i vårdvalsuppdrag).
- Inom högspecialiserad hjärnskaderehabilitering vid Rehabmedicinska kliniken (Danderyds sjukhus).
- Inom geriatrisk rehabilitering (14 vårdgivare inom ramen för både LOV, LOU och uppdrag till SLSO och sjukhus i egenregi).

Vid fortsatt vård-/rehabiliteringsbehov som kan tillgodoses i öppenvård är följande uppdrag aktuella:

- Husläkarmottagningar (vårdval)
- Primärvårdsrehabilitering (vårdval) med tilläggsuppdrag Neuroteam
- Specialiserad fysioterapi (vårdval)
- Logopedi (vårdval)
- Syncentralen (för synrehabilitering, efter remiss från ögonläkare)

Som komplement till denna öppenvård finns också planerad specialiserad neurologisk rehabilitering (vårdval).

Totalt har 29 344 registrerats som vårdade för stroke och TIA (som huvuddiagnos) under åren 2017-2020. Under 2020 hade drygt 7 400 personer kontakter i öppenvård, med i genomsnitt sex besök per patient. Knappt två tredjedelar av dessa besök genomfördes i primärvård; övriga i akutsomatisk vård och övrig sjukvård. Under samma år vårdades knappt 5 700 personer i slutenvård, med en genomsnittlig vårdtid på 6,4 dagar. Denna vård utfördes framför allt i akutsomatisk vård. Notera att statistiken utgår från de diagnoskoder som avser de akuta tillstånden och inte de sena effekterna av stroke.

Remissens innehåll

Två dokument har remitterats till regionen för synpunkter: Ett förslag till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp som gäller tidiga insatser och vård vid stroke och TIA och ett förslag till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp som gäller fortsatt vård och rehabilitering vid stroke och TIA.

Den remiss som avser vårdförloppet vid tidiga insatser och vård utgör en uppdatering av ett sedan tidigare framtaget vårdförlopp och har till namnets förtydligats för att markera avgränsningen mot det vårdförlopp som avser fortsatt vård och rehabilitering. Utöver denna namnändring och rent redaktionella ändringar, innehåller förslaget följande förändringar i förhållande till tidigare gällande vårdförlopp:

- Beskrivningen av den initiala handläggningen av SAB (vilken tidigare inte inkluderades i vårdförloppet) har lagts till, liksom indikatorer för uppföljning av SAB.
- Patientkontraktet har adderats.
- Proceduren för ingången i vårdförloppet vid första vårdkontakt har förtydligats.

Vårdförloppet för fortsatt vård och rehabilitering vid stroke och TIA är nytt; någon tidigare version har inte funnits. Det beskriver omhändertagandet efter den tidiga slutenvårdsfasen och därefter livet ut. Detta andra vårdförlopp avser tre delprocesser: Utskrivning, fortsatt rehabilitering och strukturerad uppföljning. *Utskrivningsprocessen* syftar till att sammanfatta utförda insatser, resultat, fortsatta vård- och rehabiliteringsbehov samt säkra övergången till nästa vårdgivare. Utskrivning sker enligt vårdförloppen alltid till strukturerad uppföljning och vid behov också till fortsatt rehabilitering. *Uppföljning* med tillgång till ett multidisciplinärt team med särskild kompetens inom stroke är viktigt för att kunna bedöma behov, erbjuda relevanta insatser och kunna hänvisa vidare till rätt instans. *Rehabiliteringsåtgärderna* innefattar medicinska, psykologiska, pedagogiska, fysiska, kognitiva samt sociala aspekter. Förslaget beskriver också hur vårdförloppet ska följas upp. Centrala aspekter i vårdförloppet är följande:

- En fast vårdkontakt med strokekompetens som utgår från stroketeamet på sjukhuset förordas. Den syftar till att stödja patienten under en övergångsperiod efter utskrivningen från strokeenheten. Därefter överförs ansvaret för den fasta vårdkontakten till primärvård inom region eller kommunal hälso- och sjukvård.

- Fast läkarkontakt behöver byggas ut så att den erbjuds till alla patienter med stroke.

- Vårdförloppet ger förslag på ett utvecklat och för strokevården anpassat patientkontrakt som följer patienten från sjukhuset under hela vårdförloppet. Patientkontraktet ger patient och vårdgivare en gemensam plan vilket syftar till att säkra utskrivning och vårdövergång.

- Tidig understödd utskrivning från sjukhuset till hemmet (early supported discharge, ESD), där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmet förkortar vårdtiden på sjukhuset och leder till minskad mortalitet eller ADL-beroende (beroende av stöd för utförande av aktiviteter i dagligt liv, dvs. vardagliga aktiviteter).

- Strukturerad uppföljningen med tillgång till hela det multidisciplinära teamet med strokekompetens syftar till att skapa möjligheter för identifiering av patientens behov och genomförande av såväl medicinska åtgärder och omvårdnadsåtgärder som rehabiliteringsåtgärder.

- En förutsättning för att kunna implementera föreslagna åtgärder är utvecklande av digitala lösningar och gemensamma journalsystem för specialistvård, primärvård inom region och kommunal hälso- och sjukvård.

Till detta nya förslag till vårdförlopp, avseende fortsatt vård och rehabilitering, hör en konsekvensbeskrivning. I konsekvensbeskrivningen anges följande:

- Vårdförloppet kommer att identifiera patienter med kvarstående och nya rehabiliteringsbehov vilket kan leda till en undanträngningseffekt på andra patientgrupper i behov av rehabilitering.

- Den strukturerade uppföljningen innebär ett nytt arbetssätt där läkarbesök kompletteras med tillgång till hela det multidisciplinära teamet. Det kan komma att innebära en mindre undanträngningseffekt för övriga patientgrupper i behov av arbetsterapi, fysioterapi, logopedi eller andra insatser.

- Konsekvensbeskrivningens bedömning är att inkluderingen av SAB i Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA – tidiga insatser och vård, och i detta vårdförlopp; stroke och TIA –

fortsatt vård och rehabilitering, inte kommer ge några påtagliga undanträngningseffekter.

- För att genomföra vårdförloppet bedöms brister finnas i kompetensförsörjningen (på nationell nivå). Inom specialiserad vård finns brist på logopeder, dietister och psykologer med neuropsykologisk inriktning på flera håll. Inom primärvården finns brist på logopeder, brist på dietister (i vissa regioner saknas helt dietister som arbetar mot denna målgrupp i primärvården), brist på allmänläkare och möjlighet till fast läkarkontakt. Generellt saknas psykologer med vidareutbildning inom neuropsykologi samt kuratorer inom primärvårdsrehabilitering eller på vårdcentraler.

Överväganden
Här beskrivs (1) medicinska överväganden och (2) organisatoriska överväganden.

Medicinska överväganden
Att handläggningen vid SAB nu inkluderas i vårdförloppen är positivt, men det finns flera informationsglapp, avseende patienter som vårdats på annan specialistenhet än strokeenhet, mellan det vårdförlopp som avser tidiga insatser och det vårdförlopp som avser fortsatt vård och rehabilitering. Det vårdförlopp som avser tidiga insatser och vård bör utvecklas för att fullt ut inkludera patientgruppen med SAB, och det vårdförlopp som avser fortsatt vård och rehabilitering bör utvecklas för att fullt ut inkludera både denna patientgrupp och den patientgrupp vars stroke orsakats av en intracerebral blödning.

I det första vårdförloppet utgår patienter med SAB så snart patienten överförs till neurokirurgisk enhet eller intensivvård, vilket sker skyndsamt (ofta inom timmar eller något dygn). Utgången ur förloppet medför att beskrivningen av hälso- och sjukvårdens åtgärder för patienter med SAB saknas. Det gäller bl.a. hur/när patientkontrakt, som är ett centralt led i övergången från en vårdgivare till en annan, och rehabiliteringsplan ska utformas.

Ingången i det uppföljande vårdförloppet förutsätter vård vid strokeenhet, vilket inte är aktuellt för den patientgrupp vars stroke beror på blödning (intracerebral och subaraknoidal). Detta bör förtydligas så att det framgår hur även denna patientgrupp äntrar vårdförloppet, och hur vårdförloppets beskrivna åtgärder, exempelvis early supported discharge (ESD), ska kunna komma denna patientgrupp till godo.

Vidare finns en oklarhet vad gäller strukturerad uppföljning. Vårdförloppet anger att patienter som haft stroke har behov av livslång uppföljning av medicinska åtgärder, omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. Det torde dock finnas en avsevärd mängd patienter som återgår till normal eller nästan normal funktionsnivå och inte behöver livslång uppföljning. Vårdförloppet anger därtill att uppföljningsfrekvensen ska anpassas efter varje patients aktuella behov, utan att tydliggöra vilken variationsvidd som kan vara aktuell. Det innebär en risk för en variation som inte främjar ett jämlikt omhändertagande.

Slutligen rekommenderar vårdförloppet Webb-SKU för alla professioner och vårdnivåer. Denna utbildning omfattar dock inte samtliga stroketyper. Preciserad kompetens för läkare som följer upp patienter med genomgången stroke eller TIA anges. Motsvarande precisering vad gäller vilken kompetens läkare och övriga professioner som möter patienter som har haft subaraknoidalblödning behöver är önskvärd.

Organisatoriska överväganden
Den konsekvensbeskrivning som hör till det föreslagna vårdförloppet bedöms utgöra ett tillräckligt underlag för att uppskatta regionala effekter. HTA-analyser[1] över vårdförloppets åtgärder saknas dock på nationell nivå; Det pågår enligt remissen en pilotstudie inom HTA Syd, Region Skåne med registerdata från Riksstroke och Region Skånes vårddatabaser.

Utifrån ett organisatoriskt perspektiv gör hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedömningen att ett införande av de aktuella vårdförloppen förutsätter utökade personella resurser och tekniska lösningar samt förändrad organisatorisk struktur. Förändringar skulle behöva göras såväl inom akutsjukvård som inom primärvård och rehabilitering:

- Ett införande av de aktuella vårdförloppen skulle förutsätta en utökning av antalet strokevårdplatser. Även antalet neurologer och specialistutbildade sjuksköterskor skulle behöva utökas. Detta utgör en förutsättning för bl.a. den fasta vårdkontakt vid sjukhuset, efter utskrivning, som vårdförloppen förordar.

- Primärvårdens rehabiliteringsteam är uppbyggd av hälsoprofessioner, och är därmed inte runt den läkar- och sjuksköterskekompetens som förordas i vårdförloppet. Den fasta läkarkontakt som förordas, och som är en målbild för hela

[1] Health Technology Assessment (HTA) är ett begrepp för utvärdering av metoder, vård- och teknikrelaterade processer, procedurer och tillämpningar inom hälso- och sjukvården med syfte att säkra god kvalitet och kostnadseffektivitet.

primärvården, är en prioriterad åtgärd i regionen men behöver fortsatt byggas ut för att vårdförloppet ska kunna implementeras. En implementering av vårdförloppets föreslagna åtgärder skulle innebära en avsevärd ambitionsökning för husläkarmottagningarna.

- Vårdförloppet förutsätter en utökning av samarbetet med kommunal omsorg.

- Vårdens sammanhållenhet och användningen av det föreslagna patientkontraktet försvåras av att olika vårdgivare använder olika journalsystem och därmed inte självklart kan ta del av den information som patientens andra vårdgivare journalför.

Ett införande kan därmed antas innebära undanträngningseffekter på andra patientgrupper. Införande skulle behöva göras etappvis. Sjukdomstillståndet har en hög till mycket hög svårighetsgrad och är relativt vanligt i vissa patientgrupper. Tidiga interventioner har hög effekt i att motverka negativa långvariga problem.

Ekonomiska konsekvenser
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga ekonomiska konsekvenser. Ett införande av de föreslagna vårdförloppen kan antas innebära utökade kostnader.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga konsekvenser för patientsäkerhet. Ett införande av de föreslagna vårdförloppen kan antas ha positiva patientsäkerhetseffekter, bl.a. genom sammanhållenheten i vårdförloppet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga konsekvenser för jämställd och jämlik vård. Ett införande av de föreslagna vårdförloppen kan antas innebära större jämlikhet genom sin standardisering.

Miljökonsekvenser
Vare sig ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar eller ett införande av de föreslagna vårdförloppen bedöms få några egentliga miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga administrativa konsekvenser. Ett införande av de föreslagna vårdförloppen kan antas innebära högre krav på administration i syfte att åstadkomma högre sammanhållenhet och säkerhet i vården av patienterna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar (Sveriges Kommuner och Regioner)

Godkänd av Magnus Thyberg, 2021-12-17

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård

Vårdförloppet inleds vid misstanke om stroke eller TIA och avslutas inför utskrivning av patient från strokeenhet eller vid överflyttning av patient till annan specialistvård.

All ny text är markerad med gul överstrykning.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Datum	Version
2021-11-15	Öppen remiss Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för Stroke och TIA - tidiga insatser och vård I denna revidering har följande ändrats: • Namnet är ändrat för att särskilja det från vårdförloppet för Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering som hanterar den senare delen av vårdkedjan • Beskrivningen av den initiala handläggningen av subaraknoidalblödning har lagts till i vårdförloppet • Indikatorer för uppföljning av subaraknoidalblödning har adderats • Patientkontraktet har adderats • Proceduren för ingången i vårdförloppet vid första vårdkontakt har förtydligats • Hänvisningar till vårdförloppet för Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering har infogats • Tillägg på detaljnivå inklusive korrigeringar av en del mindre felaktigheter samt viss språklig korrektur har gjorts.

Sammanfattning

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnas kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom. För att definieras som stroke ska symtomen antingen kvarstå minst 24 timmar eller leda till döden och inte ha någon annan uppenbar orsak än kärlsjukdom. Stroke orsakas vanligen av en blodpropp men i en mindre del av fallen av en blödning. Om symtomen beror på ischemi och varar kortare tid än 24 timmar definieras tillståndet som en transitorisk ischemisk attack (TIA). Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke och 10 000 i TIA. Strokeincidensen ökar med stigande ålder och fyra av fem patienter som insjuknar är över 65 år. Spontan subaraknoidalblödning (SAB) ingår i strokegruppen. SAB beror oftast på ett rupturerat aneurysm i ett av hjärnans blodkärl. Förutom blödningen får patienten ofta ischemiska symtom. SAB drabbar en yngre patientgrupp och majoriteten är i arbetsför ålder. I nuläget har vården av personer med stroke eller misstänkt stroke flera utmaningar. En av dem är att allmänheten har otillräcklig kännedom om symtomen vid stroke och TIA. En annan relaterad utmaning, är att behandling inte alltid kan ges tillräckligt snabbt. Det finns även omotiverade skillnader över landet avseende strokevårdens tillgänglighet och kvalitet.

Vårdförloppet i detta dokument omfattar akuta åtgärder vid misstanke om eller verifierad stroke eller TIA, den första tiden inom slutenvården på strokeenhet och förberedelser inför utskrivning därifrån. Vårdförloppet beskriver också diagnosticering av SAB och den akuta handläggningen av dessa patienter som skiljer sig från övrig stroke. Åtgärder senare i vårdkedjan beskrivs i vårdförloppet Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering som omfattar utskrivningsprocessen, fortsatt rehabilitering i sluten och öppen vård samt strukturerad uppföljning med insatser i specialiserad vård, primärvård i regionen samt kommunal vård och omsorg. Det föreliggande vårdförloppet beskriver inte den högspecialiserade delen av vården som bedrivs på regionala strokeenheter, inte heller behandling på enheter inom neurokirurgi, neurointensivvård eller kärlkirurgi.

Det övergripande målet med vårdförloppet är att förkorta tiden till akut behandling och adekvat omhändertagande vid akut stroke inklusive SAB, och TIA, samt att förutsättningar och kompetens på enheterna är hög. En viktig faktor är tiden mellan ankomst till sjukhus och start av trombolys- och trombektomibehandling vid akut ischemisk stroke med efterföljande strokeenhetsvård som första vårdnivå. Andra faktorer är omedelbar tillgång till neurovaskulär kirurgi och neurointervention vid intrakraniella blödningar som SAB, eller vid utveckling av ödem som vid malign mediainfarkt. För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till bland annat reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke samt till den akuta handläggningen av patienter med SAB. Uppföljningen görs via de nationella kvalitetsregistren Riksstroke och Registret för endovaskulär behandling av stroke (EVAS).

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade sammanhållna vårdförlopp, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationella programområdet (NPO) nervsystemets sjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en tvärprofessionell arbetsgrupp med två patientföreträdare. Varje avsnitt har haft en huvudansvarig som tillsammans med flera andra arbetat fram ett underlag. Arbetet har förankrats kontinuerligt under processen i Nationella arbetsgruppen (NAG) stroke och NPO nervsystemets sjukdomar. I arbetsgruppen ingick representanter från de olika professioner som arbetar med stroke, TIA och SAB, inkluderande universitet, patientföreträdare, Socialstyrelsen och Riksstroke.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning **4**

1. Beskrivning av vårdförlopp **5**

1.1 Om stroke inklusive SAB, och TIA 5

1.2 Omfattning 6

1.3 Vårdförloppets mål 6

1.4 Ingång och utgång 7

1.5 Flödesschema för vårdförloppet 8

1.6 Vårdförloppets åtgärder 9

1.7 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse 31

2. Uppföljning av vårdförlopp **32**

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter 32

2.2 Indikatorer för uppföljning 32

3. Bakgrund till vårdförlopp **34**

3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv 34

3.2 Kunskapsunderlag 36

3.3 Arbetsprocess 36

4. Referenser **39**

Appendix **42**

A Datortomografi (DT) 42

B Strokeenhet 42

C Monitorering av vitala funktioner 44

D Exempel på instrument som kan användas för riskbedömningar och screening samt bedömning av funktions-och aktivitetsförmåga 45

E Exempel på underlag för patientkontrakt 49

1. Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning. Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserad vård ska integreras med individanpassade åtgärder. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i journalen vad patienten respektive vården tar ansvar för.

För några av de första vårdförloppen görs avgränsningar i hur stor del av vårdkedjan de omfattar. Ytterligare delar av vårdkedjan bearbetas och presenteras då framöver.

1.1 Om stroke inklusive SAB, och TIA

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnas kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom. Symtomen ska kvarstå minst 24 timmar eller leda till döden, och inte ha någon annan uppenbar orsak än kärlsjukdom, för att definieras som stroke. Om symtomen beror på ischemi och varar kortare tid än 24 timmar definieras tillståndet som en transitorisk ischemisk attack (TIA) [1].

I Sverige orsakas stroke i 85 procent av fallen av en blodpropp (akut ischemisk stroke). I cirka tio procent av fallen orsakas den av en blödning inne i hjärnvävnaden (intracerebral blödning), medan cirka fem procent beror av en spontan blödning mellan hjärnhinnorna (subaraknoidalblödning; SAB) [2].

Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke och 10 000 i TIA [1]. Antalet strokefall har minskat under senare år. Strokeincidensen ökar dock med stigande ålder och fyra av fem patienter som insjuknar är över 65 år. Dock är patienter som genomgått SAB vanligen yngre och drygt hälften är i arbetsför ålder. Stroke kan förekomma i alla åldrar, även hos barn [2, 3].

Prevalensen, det vill säga antal personer som lever och har haft en stroke tidigare i livet, uppskattades 2015 till cirka 200 000 personer, det vill säga 1 942 per 100 000 personer [4].

Ungefär tre av fyra patienter med stroke kommer till akutsjukhus med ambulans och första vårdkontakt är oftast via 112 men också via 1177 [2]. En mindre andel strokepatienter söker direkt på akutmottagning, alternativt tar de kontakt med primärvård eller närakut först och hänvisas då akut vidare till akutmottagning. Akut behandling av stroke sker primärt inom akutsjukvården.

Var femte person som får stroke avlider inom tre månader [2]. De som överlever får ofta någon form av kvarstående motoriska eller kognitiva funktionsnedsättningar. Problem med sensorik, balans och kommunikation (tal och språk) är också vanliga. Stroke är den tredje vanligaste orsaken till funktionsnedsättningar [3].

1.2 Omfattning

Vårdförloppet omfattar utredande och behandlande åtgärder från att det vid första vårdkontakt finns en misstanke om stroke (inklusive SAB) eller TIA, tills att patienten ska skrivas ut från sluten vård eller överflyttas till annan specialiserad vård.

En första kontakt med vården kan ske via 1177 Vårdguiden, larmcentral (112), primärvård eller akutmottagning. Kontakt med sjukvården kan också tas från ambulans, slutenvårdsenhet eller kommunal vård och omsorg. Den centrala delen av vårdförloppet sker inom strokeenhetsvården. För multisjuka personer med stort omvårdnadsbehov bör läkarbeslut fattas om annan vårdform är aktuell vid eventuellt strokeinsjuknande.

Patienter som förs över till neurokirurgisk avdelning eller till neurointensivvård under neurokirurgiskt ansvar för högspecialiserad behandling (intracerebrala blödningar med behov av neurokirurgisk intervention och SAB) utgår ur vårdförloppet, liksom patienter som överförs till kärlkirurgisk enhet för karotiskirurgi. Dessa patienter kan efter behandling vid behov återföras till vårdförloppet för fortsatt vård och rehabilitering vid strokeenhet. Se kapitel 1.4 för fler anledningar till utgång ur vårdförlopp.

I vårdförloppet Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering, beskrivs utskrivningsprocessen, fortsatt rehabilitering i sluten och öppen vård samt strukturerad uppföljning med insatser i specialiserad vård, primärvård i regionen samt kommunal vård och omsorg.

1.3 Vårdförloppets mål

Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet syftar till god och jämlik vård vid dessa tillstånd genom praktisk tillämpning av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke [1]. Det övergripande målet för vårdförloppet är att hålla nere tiden till akut behandling och att ge adekvat omhändertagande inom slutenvården och säkerställa goda förutsättningar för verksamheten på enheterna.

Det innebär att

- förkorta tiden mellan ankomst till sjukhus och start av reperfusionsbehandling (propplösande medicin och/eller mekanisk propputdragning vid akut ischemisk stroke)
- öka andelen patienter som ges reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke
- förkorta tiden till akut insatt sekundärprevention vid ischemisk stroke och TIA
- tidigt ge blodtryckssänkande behandling vid intrakraniell blödning
- öka andelen patienter som kommer till strokeenhet som första vårdnivå vid stroke (ej SAB) och TIA
- säkerställa hög kompetensnivå vid behandling med reperfusion och vid vård på strokeenhet
- öka andelen av patienter som kommer till neurokirurgisk klinik som första vårdnivå vid SAB
- förkorta tiden till behandling av aneurysm vid SAB
- förkorta tiden till utredning och kärlkirurgisk åtgärd av eventuell karotisstenos
- tidigt i förloppet erbjuda uppgiftsspecifik och målorienterad rehabilitering
- minska konsekvenser av stroke eller TIA

1.4 Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet ska ske vid misstanke om akut stroke inklusive SAB, och TIA hos patienter

- där första kontakt tas via 1177 Vårdguiden, larmcentral (112), primärvård eller akutmottagning
- som efter intervention på neurokirurgisk enhet förs över till strokeenhet
- som efter intervention på kärlkirurgisk enhet förs över till strokeenhet.

Misstanke föreligger om följande kriterier är uppfyllda:

- patienten är över 16 eller 18 år (varierar regionalt)
- plötsligt påkomna akuta neurologiska symtom eller bortfall som exempelvis
    - halvsidig förlamning eller halvsidigt känselbortfall
    - tal/språkstörning
    - synfältsbortfall
    - ögonmotorikrubbning
    - förvirring
    - yrsel/koordinationsstörning
    - mycket snabbt insättande svår huvudvärk .

Utgång ur påbörjat vårdförlopp kan ske på något av följande sätt:

- om stroke eller TIA diagnos avskrivs
- inför utskrivning från strokeenhet (se film Webb-SKU: Vårdkedjan).
- vid beslut om palliativ vård i livets slutskede enligt Nationellt vårdprogram för palliativ vård [5]
- om patienten förs över till neurokirurgisk enhet
- om patienten överförs till kärlkirurgisk enhet
- om patienten under neurokirurgiskt ansvar förs över till intensivvård.

Diagnoskoder som kan vara aktuella i vårdförloppet [6]:

- Cerebral infarkt, ICD-kod I63
- Intracerebral blödning, ICD-kod I61
- Transitorisk ischemisk attack (TIA), ICD-kod G45 (inte G45.4)
- Subaraknoidalblödning (SAB), ICD-kod I60

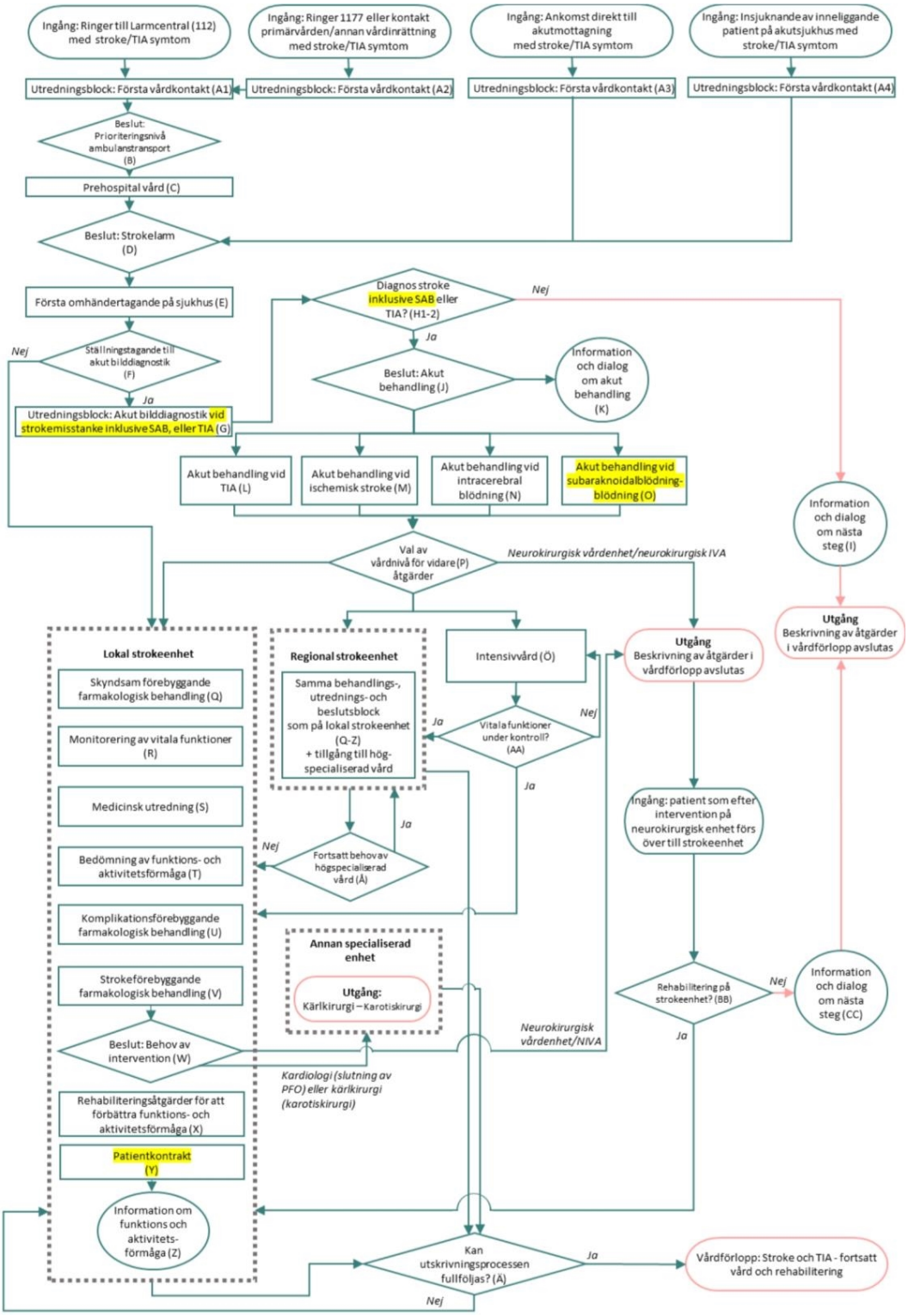
Exempel på tillstånd som kan förväxlas med stroke och TIA och som därmed inte ingår i vårdförloppet:

- Traumatisk subaraknoidalblödning, ICD-kod S06.6
- Andra specificerade intrakraniella skador, ICD-kod S06.8
    - Traumatisk cerebellär blödning
    - Traumatisk intrakraniell blödning UNS
- Transitorisk global amnesi, ICD-kod G45.4

Vissa patienter som inkommer med misstänkt stroke eller TIA har annan, icke-neurovaskulär, orsak till sina symtom, som till exempel hypoglykemi, intoxikation, andra metabola/endokrina rubbningar, migrän, epilepsi, andra kramper, perifer pares eller psykiatriska tillstånd.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) illustreras vårdförloppets åtgärder. Beskrivning av åtgärder i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema Stroke och TIA - tidiga insatser och vård

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

1.6 Vårdförloppets åtgärder

I Tabell 1 nedan följer åtgärderna i vårdförloppet.

Åtgärderna utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer (NR) för vård vid stroke [1]. I första hand refereras till åtgärder som **bör** erbjudas (prioritet 1–3) respektive **kan** erbjudas (prioritet 4–7) nivå. För vissa åtgärder saknas referens i NR. För dessa anges referens för visad effekt.

En central del i vårdförloppet är strokeenheten. Det är en slutenvårdsenhet som enbart eller övervägande tar hand om personer som har fått stroke. Även patienter med TIA bör vårdas på strokeenhet. En strokeenhet har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering. Den goda effekten av strokeenhetsvård är evidensbaserad i studier där medelvårdtiden på enheten är sju dagar eller mer. Huvudsaklig vårdtid inom sluten vård bör därför vara på sådan strokeenhet och har mycket hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke [1].

Utmärkande för patienter med SAB, men också en del intracerebrala blödningar, är att de inte vårdas på strokeenhet som första vårdnivå då de behöver akut neurokirurgisk och neurointerventionell behandling. De ska då utan dröjsmål överföras till neurokirurgisk klinik.

Åtgärderna syftar till att öka förutsättningarna för optimal återhämtning och att patienten kan leva ett självständigt liv efter behandling (se film Webb-SKU: Prehospitalt och diagnos på sjukhus).

I Appendix finns exempel på metoder för hur åtgärden kan genomföras.

Tabell 1. Åtgärder i vårdförloppet

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**

(A1–A4) Första vårdkontakt (direkt eller indirekt)
Den första vårdkontakten får inte fördröja processen.
(A1) Larmcentral (112)
• Strokesymtom identifieras enligt strukturerat bedömningsstöd samt vid behov med utökad intervju för att säkerställa pareser, känselbortfall eller domning, tal- och eller språkpåverkan, synrubbning, yrsel eller balansrubbning, eller huvudvärk som tyder på stroke och TIA.
• Strokesymtom efterfrågas hos patienter som fallit eller hittas liggande.
• Notera klockslag för debut eller senast kända tidpunkt utan misstänkta strokesymtom.
• Vid isolerad svår huvudvärk utan andra symtom på stroke eller TIA (misstanke om SAB):
  ○ Bedöm och prioritera enligt prehospitalt beslutsstöd gällande huvudvärk.
  ○ Notera klockslag för smärtdebut och om möjligt hur snabbt huvudvärken kom.
	• Berätta om hälsa, symtom och mående.
	• Delta i överens-kommelse om bedömning och åtgärder.
	• Medverka i bedömningar och åtgärder.
	• Lämna samtycke till kommunikation mellan vård-kontakter och närstående.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)

(A2) 1177, primärvården, annan vårdinrättning
• Identifiera strokesymtom. Se A1.
• Uppmärksamma klockslag för debut eller senast kända tidpunkt utan misstänkta strokesymtom och dokumentera om möjligt.
• Ta omedelbar kontakt med larmcentral (112) om symtom inom senaste dagarna för ambulanstransport.
• Vid isolerad svår huvudvärk utan andra symtom på stroke eller TIA:
  ○ Uppmärksamma klockslag för smärtdebut och om görligt hur snabbt huvudvärken kom. Dokumentera om möjligt.
  ○ Misstänk SAB vid snabbt insättande svår huvudvärk (”åskknallshuvudvärk”).
  ○ Ordna att patient snabbt kommer till akutmottagning för bedömning vid misstanke om SAB.
• Gör individuell bedömning om personen varit symtomfri senaste dagarna.
 	
1177 Vårdguiden på telefon följer beslutsstödet, Rådgivningsstödet.
 	
(A3) Ankomst direkt till akutmottagning
• Bedöm symtom och notera klockslag för symtomdebut eller senast kända tidpunkt utan misstänkta strokesymtom.
• Vid isolerad svår huvudvärk utan andra symtom på stroke eller TIA:
  ○ Uppmärksamma klockslag för smärtdebut och om görligt hur snabbt huvudvärken kom. Dokumentera om möjligt.
  ○ Misstänk SAB vid snabbt insättande svår huvudvärk (”åskknallshuvudvärk”).
  ○ Vid misstanke om SAB kontakta läkare snarast.
 	
(A4) Vid insjuknande av inneliggande patient på akutsjukhus
• Vid identifiering av strokesymtom, larma omedelbart till stroketeam eller ansvarig jour för internt strokelarm enligt lokala rutiner.
• Vid isolerad svår huvudvärk utan uppenbar förklaring, kontakta ansvarig läkare/jour för bedömning enligt lokala rutiner för huvudvärk.	

(B) Prioriteringsnivå Ambulanstransport [1] Prioriteringar görs inom den prehospitala vårdkedjan avseende hur snabbt omhändertagande som krävs. För strokesymtom gäller antingen prioritet 1 eller 2, där prioritet 1 innebär det snabbaste omhändertagandet. Vid isolerad svår huvudvärk utan andra	• Delta i överens-kommelse om åtgärder.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
strokesymtom genomförs prioritering enligt lokala prehospitala rutiner för huvudvärk. **Utalarmering av ambulans/ambulanshelikopter enligt prioritet 1 eller 2** • Om strokesymtom inom 24 timmar eller vid livshotande tillstånd eller hotade vitalfunktioner – Prioritet 1: Fortsätt till block (C) • Om strokesymtom stationära över 24 timmar eller helt försvunnit, snar transport – Prioritet 2: Fortsätt till block (C) • Vid isolerad svår huvudvärk utan andra symtom på stroke eller TIA och misstanke om SAB – Prioritet 1 eller 2: Fortsätt till block (C)	
(C) Prehospital vård [1] **Prehospital vård - ambulans eller ambulanshelikopter** • Identifiera strokesymtom. • Notera klockslag för debut eller senast kända tidpunkt utan misstänkta strokesymtom. • Vid språk- och kommunikationssvårigheter använd samtalsstödjande kommunikationstekniker till exempel bildstöd • Gör neurologisk bedömning enligt rutin, kontroll av vakenhet, blodtryck, puls, temp och blodsocker. • Telemedicinsk konsultation för specialistbedömning bör utföras. • Säkra intravenös infart. • Vid isolerad svår huvudvärk utan andra strokesymtom sker handläggning enligt lokal prehospital rutin för huvudvärk. Vid svår huvudvärk eller illamående är symtomlindrande behandling angelägen.	• Berätta om hälsa, symtom och mående. • Delta i överens-kommelse om bedömning och åtgärder. • Medverka i bedömningar och åtgärder. • Lämna samtycke till kommunikation mellan vårdkontakter och närstående. • Närstående kan med fördel medfölja till sjukhus och bistå med information.
(D) Strokelarm [1] **Stroke hos patient som är på sjukhus** • Om patienten har strokesymtom inom 24 timmar och är aktuell för reperfusionsbehandling eller vid strokesymtom och livshotande tillstånd/hotade vitalfunktioner – Prioritet 1/strokelarm: Fortsätt till block (E). • Om strokesymtom är stationära över 24 timmar eller helt har försvunnit – Prioritet 2/ej strokelarm: Fortsätt till block (E). **Transport till sjukhus** • Om patienten har strokesymtom inom 24 timmar och är aktuell för reperfusionsbehandling **eller** vid strokesymtom och livshotande tillstånd/hotade vitalfunktioner – Prioritet 1, akut transport • Aktivera strokelarm till sjukhus ○ för initiering av sjukhusets strokevårdkedja före ankomst till sjukhus	• Delta i överens-kommelse om åtgärder.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
○ för eventuell styrning till högspecialiserad vård. Fortsätt till block (E) • Om strokesymtom är stationära över 24 timmar eller helt har försvunnit – Prioritet 2, snar transport: Fortsätt till block (E) • Isolerad huvudvärk utan andra symtom på stroke eller TIA är inte aktuell för strokelarm. ○ Initialt omhändertagande sker på befintlig vårdavdelning ○ Initialt omhändertagande sker på akutmottagning. Fortsätt till block (E)	
(E) Första omhändertagande på sjukhus Första omhändertagandet på sjukhus sker vanligen på akutmottagning, DT-lab eller strokeenhet beroende på lokal organisation och patientens aktuella symtom: • kontroll av vitala funktioner • kort anamnes (insjuknande, funktionsnivå, tidigare och nuvarande sjukdomar, njurfunktion) • riktat neurologiskt status • aktuella läkemedel (Obs: antikoagulantia, metformin) • överkänslighet läkemedel (acetylsalicylsyra (ASA), kontrastmedel) • ställningstagande till fortsatt akut omhändertagande • fullständigt NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) är önskvärt men får inte fördröja reperfusion • intravenös infart säkras • inget peroralt intag före screening som visar sväljförmåga. • Vid isolerad huvudvärk utan övriga strokesymtom sker omhändertagande enligt lokala rutiner för huvudvärk. Det är angeläget med tidig god symtomlindring vid svår huvudvärk eller illamående liksom att övervakning och allmänt omhändertagande och omvårdnad sker under lugna förhållanden. Kontroller och anamnes enligt ovan säkerställs vid behov.	• Berätta om hälsa, symtom och mående. • Delta i överens-kommelse om bedömning och åtgärder. • Medverka i bedömningar och åtgärder. • Samverkan och delaktighet med närstående.
(F) Ställningstagande till akut bilddiagnostik • Ja – Fortsätt till block (G) ○ om akut reperfusion är aktuell (symtomdebut < 24 h) ○ för att utesluta SAB vid snabbt insättande svår huvudvärk utan samtidiga fokala symtom ○ om akut bilddiagnostik är avgörande för ställningstagande i den fortsatta akuta vårdprocessen.	• Ta emot information och ha dialog om bild-diagnostik.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• Nej – Vid fokal strokesymtomatologi utan misstanke om SAB fortsätt till block (Q-Z) – lokal strokeenhet ○ om bilddiagnostik inte påverkar fortsatt akut handläggning (undantagsfall).	
(G) Akut bilddiagnostik [1, 7] **Vid misstanke om TIA, ischemisk stroke eller intracerebral blödning:** På sjukhus som inte erbjuder trombektomi bör snabb bedömning om trombektomiindikation föreligger göras. Ambulans (ambulanshelikopter) väntar om möjligt kvar för att underlätta snabb akut transport till trombektomienhet om detta blir aktuellt. **Vid insjuknande < 6 timmar före ankomst till sjukhus och där akut behandling (reperfusion, neurokirurgi, endovaskulär intervention[1]) kan vara aktuellt:** • Datortomografi (DT) hjärna + datortomografiangiografi (DT-ai) utförs inom 15 minuter från ankomst till sjukhus och bedöms snarast. • DT-angiografi kan i allmänhet utföras även vid kontrastöverkänslighet eller njursvikt, med sedvanlig premedicinering, vätsketillförsel och övervakning efter kontrastadministration. I särskilda fall kan MR med diffusionssekvenser (MR-DWI) respektive angiografi (MRA) vara ett alternativ. Se appendix. **Vid insjuknande 6–24 timmar före ankomst till sjukhus eller vid oklar insjuknandetid och där akut behandling (trombektomi, neurokirurgi, endovaskulär intervention) kan vara aktuellt:** • DT + DT-ai + DT-perfusion utförs inom 15 minuter från ankomst till sjukhus och bedömas snarast. • Vid kontrastöverkänslighet eller njursvikt se ovan (DT-angiografi < 6 timmar). Se appendix. **Vid insjuknande över 24 timmar före ankomst till sjukhus:** • Undersökningen utförs skyndsamt. • DT-hjärna. Se appendix. **Vid misstanke om SAB i akut eller subakut skede:** • DT-hjärna. Se appendix. Har det gått mer än en vecka gör individuell bedömning.	• Delta i överens-kommelse om bedömning och åtgärder. • Medverka i bedömning och åtgärder.

[1] Intervention då instrument i röntgengenomlysning via kärlträdet förs upp till ett drabbat kärl intrakraniellt för åtgärd.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(H) Diagnos stroke inklusive SAB eller TIA **(H1) Sätts diagnos stroke (ej SAB) eller TIA?** • Ja – Datortomografi eller annan radiologisk undersökning bekräftar eller motsäger inte strokediagnos. Om radiologiska fynd inte visar några relevanta förändringar men symtomen indikerar stroke sätts diagnos stroke eller TIA (Obs: normal DT-hjärna utesluter inte ischemisk stroke eller TIA): Fortsätt till block (J). • Nej – Datortomografi eller annan radiologisk undersökning visar annat tillstånd. Symtomen indikerar inte stroke. Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas: Fortsätt till block (I). **(H2) Sätts diagnos SAB?** Debut av huvudvärken < 6 timmar före DT-undersökning? • Ja – Datortomografi bekräftar SAB: Fortsätt till block (J) • Nej – Vid förekomst av ○ medvetandepåverkan ○ fokalneurologiska symtom ○ isolerad nacksmärta eller nackstyvhet görs en individuell bedömning och akut lumbalpunktion (LP) får övervägas i den fortsatta utredningen. Vid frånvaro av ovanstående symtom utesluter en negativ datortomografi utförd inom 6 timmar från smärtdebut SAB och åtgärder i vårdförlopp avslutas: Fortsätt till block (I). Debut av huvudvärken **> 6 timmar** före DT-undersökning? • Ja – Datortomografi bekräftar SAB: Fortsätt till block (J). • Nej – Datortomografi bekräftar inte SAB: Akut lumbalpunktion (LP) bör göras. Vid lumbalpunktion tas prov för cellräkning och absorbanskurva/ spektrofotometri. Cytologi av likvor är av värde vid klinisk misstanke om SAB där lång tid gått från insjuknande (flera dygn till någon månad). Störst diagnostisk säkerhet för uteslutande av SAB fås om LP utförs 12 timmar efter smärtdebut. • Ja – LP bekräftar SAB: Fortsätt till block (J). • Nej – LP utesluter SAB: Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas: Fortsätt till block (I).	

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(I) Information och dialog om nästa steg Information och dialog om misstänkt eller säkerställd diagnos.	• Delta i dialog om aktuellt tillstånd och behandling. • Lämna samtycke till kommunikation med närstående.
(J) Akut behandling • Om diagnos TIA: Fortsätt till block (L). • Om diagnos ischemisk stroke: Fortsätt till block (M). • Om diagnos intracerebral blödning: Fortsätt till block (N). • Om diagnos SAB: Fortsätt till block (O).	• Delta i dialog om aktuellt tillstånd och behandling.
(K) Information och dialog om akut behandling • Informera och ha dialog om akutbehandling. • Vid behov av palliativ vård, diskutera med patient och närstående [5] (se film Webb-SKU: Palliativ vård vid stroke del II) • Diskutera eventuella behandlingsbegränsningar.	• Berätta om symtom och mående. • Delta i dialog om aktuellt tillstånd och behandling. • Samverkan och delaktighet med närstående.
(L) Akut behandling vid TIA [1] Ge antitrombotisk behandling med laddningsdos ASA 300-500 mg snarast. Inläggning på strokeenhet (se film Webb-SKU: Akut behandling vid TIA)	• Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder. • Medverka till behandling.
(M) Akut behandling vid ischemisk stroke [7, 8] • Trombolys (propplösande behandling) för de som uppfyller kriterierna [8] (se film Webb-SKU: Trombolysbehandling) • Trombektomi (mekanisk propputdragning) vid synlig tromb för de som uppfyller kriterierna. Aktuell patient överförs till regionalt trombektomicentrum för fortsatt handläggning [8] (se film Webb-SKU: Trombektomi - omfattar ej sena tidsfönstret, kommer uppdateras) Säkerställ att kompetent tidseffektiv process för trombolysbehandling och bedömning inför eventuell trombektomi finns tillgänglig 24 timmar om dygnet [9].	• Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder. • Medverka till behandling. • Samverkan och delaktighet med närstående.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• Ge antitrombotisk behandling med laddningsdos ASA 300-500 mg snarast om reperfusion inte är aktuellt [7]. • Vid expansiv cerebellär infarkt - till neurokirurgkonsult för ställningstagande till kraniektomi eller övervakning på neurokirurgisk enhet eller regional strokeenhet. • Vid hotande expansiv mediainfarkt - förflyttning till regional strokeenhet för övervakning inför eventuell neurokirurgisk åtgärd (hemikraniektomi) (se film Webb-SKU: Neurokirurgi vid stroke) Patienten bör läggas in på strokeenhet om inte tillståndet kräver högre vårdnivå (se O).	
(N) Akut behandling vid intracerebral blödning [1] Bedömning av neurokirurg/neurointerventionist för åtgärd och eventuellt övertag. • Reversering av warfarin och dabigatran bör snarast göras om pågående behandling (se film Webb-SKU: Neurokirurgi vid stroke) • Ställningstagande till koagulationsfaktorkoncentrat vid övrig antikoagulationsbehandling/koagulationskonsult vid behov. • Vid förhöjt systoliskt blodtryck (≥ 180 mmHg) blodtryckssänkning till mellan 140 och 180 mmHg. • Överväg alltid behov av intensivvård vid sviktande vitala funktioner för att stabilisera patienten. • Inläggning på/transport till lämplig vårdenhet (intensivvård, neurokirurgisk avdelning eller strokeenhet)	• Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder. • Medverka till behandling.
(O) Akut handläggning vid SAB Ha direkt konsultation med neurokirurgisk jour för diskussion om vidare åtgärder och överföring till neurokirurgisk enhet . • Ge god symtomlindrande behandling med analgetika och antiemetika. • Visuell (inte enbart bara instrumentell) övervakning av patienten är viktigt för att följa klinisk status och omvårdnadsbehov . • Medvetslöshet/vakenhetssänkning graderas enligt GCS/RLS-85 [10, 11] • Gör blodtryckskontroll med målet systoliskt blodtryck < 160 mmHg hos vuxen vaken patient. • Ta ställning till tranexamsyra enligt regional rutin.	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• Stabilisera vitalparametrar inför transport. Avsändande läkare är ansvarig för dessa beslut (det vill säga eventuell intubation/ventilatorbehandling, vasoaktiva läkemedel, vätskor med mera utifrån behov för säker transport). Lokala och regionala logistiska förutsättningar måste vägas in för att säkerställa en patientsäker transport.	

(P) Val av vårdnivå för vidare åtgärder
Patienter med misstänkt eller verifierad stroke (gäller ej SAB) eller TIA bör vårdas på strokeenhet (se film Webb-SKU: Vård på strokeenhet)
 	
Vissa tillstånd/komplikationer kräver högre vårdnivå.
 	
Om lokal strokeenhet (på läns- och länsdelssjukhus): Fortsätt till lokal strokeenhet, block (Q-Z).
• Personer med misstänkt eller verifierad stroke bör skyndsamt läggas in och vårdas på strokeenhet utan att passera annan vårdenhet.
• Personer med misstänkt TIA med < 7 dagar från symtomdebut bör skyndsamt läggas in på strokeenhet utan att passera annan vårdenhet.
• Vid misstänkt TIA med symtomdebut ≥ 7 dagar görs snabb poliklinisk utredning, alternativt inneliggande utredning.
 	
Om regional strokeenhet* (sjukhus med tillgång till neurokirurgi):
Fortsätt till regional strokeenhet, block (Q-Z).
Vård på eller överflyttning till regional strokeenhet aktualiseras för patienter med
• instabila vaskulära tillstånd där neurokirurgisk operation eventuellt blir aktuell närmsta dygnet:
  ○ intracerebral blödning
  ○ cerebellär infarkt
  ○ malign mediainfarkt.
• misstanke om komplex stroke och TIA-genes med behov av högspecialiserad utredning, särskilt hos yngre.
 	
Efter genomgången trombektomi vårdas patienten på regional strokeenhet minst 24 timmar efter interventionen. Flyttas sedan vid behov till lokal strokeenhet.
 	
**Akademiska sjukhuset, Karolinska universitetssjukhuset Solna, Norrlands Universitetssjukhus Umeå, Sahlgrenska universitetssjukhuset Sahlgrenska, Skånes universitetssjukhus Lund, Universitetssjukhuset Linköping, Universitetssjukhuset Örebro*
	• Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder.
	• Lämna samtycke till kommunikation mellan vårdkontakter och närstående.
	• Lämna samtycke till kommunikation med närstående.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Om intensivvårdsavdelning: Fortsätt till block (Ö). Akut inläggning på eller överflyttning till intensivvårdsavdelning aktualiseras för patient med akut stroke med sviktande vitala funktioner. **Om neurokirurgisk vårdenhet och/eller neurointensivvårdsavdelning** (se film Webb-SKU: Neurokirurgi vid stroke): Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas. Vård på/överflyttning till neurokirurgisk vårdenhet är aktuell för patienter med • intracerebral blödning med behov av akut neurokirurgisk operation • intracerebral blödning med behov av neurointensivvård • cerebellär infarkt/blödning med behandlingskrävande hydrocefalus • cerebellär infarkt med behov av dekompressiv kraniektomi på grund av hotande hjärnstamsinklämning (om inte andra kirurgiska kontraindikationer föreligger) • malign mediainfarkt med behov av kraniektomi • spontan SAB.	
På strokeenheten [1] • Definition av strokeenhet, se appendix. (Se också film Webb-SKU: Vård på strokeenhet) • Vård på strokeenhet som första vårdenhet har prioritet 1 för stroke (gäller ej SAB) i NR [1]. • Vård på strokeenhet har prioritet 2 för TIA i NR [1]. • Vård på vårdavdelning som inte uppfyller definition på strokeenhet med eller utan mobilt stroketeam har prioritet "icke-göra" i NR [1]. • Vården bedrivs av personal med specifik strokekompetens. • Teaminsatser är centralt på strokeenheten (Teamarbete: se vårdförlopp "Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering"). • Vid ankomst utförs först en screening av patientens funktions-nedsättningar och psykosociala situation av sjuksköterska, undersköterska och läkare. Screeningen följs upp av övriga teamet med professionsspecifika bedömningar. Bedömningarna utmynnar i en, tillsammans med patienten, överenskommen planering med åtgärder, mål och rehabiliteringsinsatser (patientkontraktet).	• Berätta om behov, önskemål och resurser. • Medverka i bedömning och åtgärder. • Medverka i utformning av vård- och rehabiliteringsplan.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(Q) Skyndsam förebyggande farmakologisk behandling [1] **TIA** [1] • Trombocythämmande behandling bör ges vid icke-embolisk TIA. Vid högrisk-TIA (ABCD2 >3), dubbel trombocythämning med klopidogrel 75 mg och ASA 75 mg från insjuknandedagen till dag 21 [12]. Laddningsdos vid behandlingsstart [12]. • Antikoagulantiabehandling bör ges vid kardioembolisk TIA pga förmaksflimmer, i första hand NOAK [13]. **Ischemisk stroke** [1] • Reperfusionsbehandling; se (M) • Akut trombocythämmande behandling om beslut fattats att reperfusionsbehandling inte är aktuell; se (M) • Trombocythämmande behandling vid icke-embolisk stroke. Vid mild ischemisk stroke med NIHSS ≤ 3, bör dubbel trombocythämning med klopidogrel 75 mg och ASA 75 mg ges dagligen från insjuknandedagen och till dag 21. Laddningsdos vid behandlingsstart. • För patienter som inte kan svälja är ASA i nasogastrisk sond eller rektalt tillförd ett alternativ. • Blodtryckssänkande behandling påbörjas inom 48 timmar endast vid blodtryck ≥ 230/130 mmHg. • Antikoagulantiabehandling vid kardioembolisk stroke på grund av förmaksflimmer bör ges, i första hand NOAK. Behandlingsstart individualiseras [8]. **Intracerebral blödning** [1] • Vid förhöjt systoliskt blodtryck (> 180 mmHg) bör blodtryckssänkning till mellan 140 och 180 mmHg ske [14].	• Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder. • Medverka till behandling. • Lämna samtycke till kommunikation med närstående.
(R) Monitorering av vitala funktioner [8] Monitorering av vitala funktioner ska ske i akutskedet för att bedöma aktuell nivå och tidigt identifiera riskfaktorer och eventuella behandlingskrävande komplikationer. Se appendix. Frekvens av kontroller anpassas efter diagnos och svårighetsgrad. Rutin ska finnas för åtgärd vid eventuell försämring. Reperfusionsbehandling kräver mer intensiv övervakning första dygnet.	• Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder. • Medverka i bedömning och åtgärder.
(S) Medicinsk utredning I de fall där strokevården är uppdelad på en akut- och rehabiliteringsenhet bedrivs diagnostiken i första hand på akutenheten.	• Berätta om hälsa, symtom och mående. • Delta i överenskommelse

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Basal laboratoriediagnostik Basal laboratoriediagnostik vid stroke och TIA inkluderar blod-, elektrolyt-, lever- (ALAT) och koagulationsstatus (PK-INR, APTT), lipider (ej vid blödning), SR/CRP samt b-glukos. Provtagning görs innan insättning av sekundärpreventiva läkemedel. **Kompletterande röntgendiagnostik** Se tidigare avsnitt om bilddiagnostik. Kan bli aktuell vid • nya symtom/progress av strokesymtom • misstanke om sekundär blödning • misstanke om vaskulit • utvidgad kärlmissbildningsfrågeställning • omvärdering eller komplettering av diagnos. **Arytmidiagnostik** • Vilo-EKG För patienter som kan komma ifråga för behandling med antikoagulantia: • Patienter med ischemisk stroke och TIA bör övervakas med telemetri alternativt med Holter-EKG för att påvisa eventuell förekomst av förmaksflimmer. • Diagnostiken påbörjas vid ankomst till strokeenheten och pågå under minst 24–48 timmar. **Halskärlsdiagnostik** • Diagnostik av eventuell karotisstenos bör göras på patienter med ischemisk stroke och TIA där karotiskirurgi är ett möjligt behandlingsalternativ (i första hand med Doppler, därefter DT-ai, sen MR-ai) [1]. • Diagnostik görs första vårddygnen för de med symtom inom senaste veckan. • Vid påvisad signifikant stenos (NASCET ≥ 50 procent) kontaktas karotisverksamheten snarast. • Karotiskirurgi görs lämpligen mellan 48 timmar och 7 dagar men bör ske senast inom 14 dagar från symtomdebut [15]. **Transtorakal ekokardiografi (TTE)** Vid (MR-verifierade) kryptogena stroke hos personer < 61-65 år genomförs transtorakal ekokardiografi (TTE) med agiterade NaCl (ultraljudskontrast) [16].	om bedömningar och åtgärder. • Medverka i bedömning och åtgärder. • Lämna samtycke till kommunikation med närstående.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Lumbalpunktion Överväg vid • differentialdiagnostisk frågeställning vaskulit • differentialdiagnostisk frågeställning neurotrop infektion. **Fördjupad anamnes angående levnadsvanor** • Rökning • Alkohol • Fysisk aktivitet • Matvanor • Stress • Sömn	
(T) Bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga [1] Inledande bedömningar utförs vid ankomst till avdelning och de första dygnen samt följs av åtgärder där behov identifierats. Ytterligare professionsspecifika bedömningar kan vara aktuella där funktions- och aktivitetsnedsättningar har identifierats. Se vårdförlopp ” Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering”. Bedömningar utförs återkommande vid behov för att identifiera risker och behov av åtgärder. Exempel på riskbedömningar: • Andningsbesvär/andningskomplikationer • Aspiration • Djup ventrombos • Fall/skada (se film Webb-SKU: Komplikationer och risker – fall) • Kontraktur • Obstipation • Smärta • Subluxation av axel • Instabilitet i knä • Trycksår • Undernäring • Urinretention • Oro/nedstämdhet (Tips för fördjupning: se även film Webb-SKU: Omvårdnad i tidigt skede) **Sväljförmåga** (se film Webb-SKU: Dysfagi vid stroke) • Strukturerad bedömning av munhälsa [17] • Strukturerad sväljscreening bör göras på alla med stroke och TIA före intag per os (via munnen). Upprepas vid behov 1 gång per dag. • Om sväljscreening visar risk för sväljsvårighet rekommenderas att klinisk sväljbedömning göras av logoped inom 1-3 dygn [18, 19]. Bedömningen innefattar tidigare ät- och sväljförmåga, grad och typ	• Berätta om symtom, mående livssituation och livsstil. • Berätta om behov, önskemål och förmåga. • Medverka i bedömning och åtgärder. • Delta i överens-kommelse om bedömningar och åtgärder. • Följa de rekom-mendationer som ges. • Lämna samtycke till kommunikation med närstående. • Berätta om vilka preferenser och kulturella eller religiösa vanor som är viktiga ur ett kostperspektiv.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
av dysfagi, aspirationsrisk, risk för malnutrition och uttorkning samt råd om konsistensanpassning. • Vid misstänkta eller kvarstående sväljsvårigheter bör ytterligare kartläggning göras med videofluoroskopi eller fiberendoskopi. Vid kvarstående sväljsvårigheter: uppföljning och behandling av logoped. [19, 20]. **Nutrition** (se film Webb-SKU: Nutrition efter stroke) [21, 22]. • Förmåga till peroralt vätskeintag bedöms inom 4 timmar och parenteral vätska ges vid behov om det inte är kontraindicerat av medicinska eller etiska skäl. • För patienter med risk för undernäring eller sväljsvårigheter beräknas energi- och vätskebehov och en mat- och vätskeregistrering görs under 1–3 dagar för att säkerställa att energi- och vätskemål nås. • Nutritionsbedömning av dietist genomförs där man inte når målen avseende energi- och vätskeintag och där omfattande konsistensanpassning av maten är nödvändig. Dietisten bedömer även risker för inadekvat näringsintag, till exempel då stora delar av energitillförseln kommer från livsmedel med lågt näringsinnehåll eller där patienten inte äter huvudmåltiderna. • Uppföljande nutritionsbedömning görs för patienter med pågående nutritionsåtgärder, vid viktnedgång under vårdtiden samt om patienten under vårdtiden utvecklar nedsatt aptit eller andra nutritionssvårigheter. **Tal, språk och kommunikation** • Screening av kommunikationsförmåga för adekvata åtgärder och anpassad information [23]. Se screeningtest LAST i appendix. • Vid misstänkt kommunikationsnedsättning bedömer logoped art, svårighetsgrad och konsekvenser [23, 24]. • Vid kvarstående kommunikationsnedsättning: uppföljning och behandling av logoped. (Tips för fördjupning: se även film Webb-SKU: Rehabilitering vid afasi och dysartri) **Kognition och perception** • Inom de första 24 timmarna screenas patienten för insikt och uppmärksamhetsfunktioner (inklusive neglekt) för att minska risk för fallskador samt synpåverkan (synbortfall och dubbelseende). • Inom en vecka eller innan utskrivning görs en bedömning av kognitiva funktioner i aktivitet och med screeningtest för att bedöma risker med utskrivning och behov av fortsatta rehabiliteringsinsatser [25].	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Följande bedömningar görs: • fördjupad bedömning av insikt • exekutiva och problemlösningsfunktioner • uppmärksamhet (inklusive neglekt) • minne • visuospatiala funktioner • bearbetningshastighet. **Emotionella funktioner och psykosocial situation** • Screening avseende nedstämdhet och oro genomförs innan utskrivning. • Bedömning av psykosocial situation görs av kurator. Särskild vikt läggs vid detta om det finns minderåriga barn i familjen. (Se film Webb-SKU: Krisreaktioner och bemötande efter stroke) **Rörelse- och förflyttningsförmåga** En första bedömning avseende förflyttningsförmåga och mobilisering ur säng görs vanligen inom 24 timmar. Därefter gör fysioterapeuten inom 1–2 dygn en professionsspecifik bedömning avseende [26, 27] • tidigare rörelse- och förflyttningsförmåga • grad av pares, axelsubluxation, instabilitet i knä och motorisk funktion, koordination och rörelsekvalitet • känsel, ledrörlighet, muskeltonus, svullnad och smärta • balans och postural kontroll i sittande och stående, yrsel • lungfunktion, hostförmåga och ansamling av slem • förflyttningsförmåga och fallrisk • gångförmåga inklusive trappgång • behov av hjälpmedel. (Tips för fördjupning, se även film Webb-SKU: Rehab i akutskedet på strokeenhet) **Förmåga att klara vardagliga aktiviteter** En första bedömning avseende förmåga att klara aktiviteter i dagliga livet (ADL) görs vanligen inom 24 timmar, för att identifiera aktivitetsbegränsningar, fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar samt delaktighet. Vid nedsatt förmåga påbörjar arbetsterapeuten inom 1–2 dygn en professionsspecifik bedömning avseende [28] • tidigare och nuvarande funktions- och aktivitetsförmåga [29] • kartläggning av roller, vanor och boendemiljö • observation av aktivitetsutförandet gällande både personliga och instrumentella aktiviteter såsom personlig vård, måltidssituation och enklare hushållsaktiviteter [29] • en fallriskbedömning i aktivitetsutförandet, till exempel vid toalettbesök.	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Vid behov genomförs en sittanalys [30]. (Tips för fördjupning, se även film Webb-SKU: Arbetsterapeutens roll och bedömningar)	
(U) Komplikationsförebyggande farmakologisk behandling **Stroke (infarkt och blödning) [1]** • Djup ventrombos- och lungemboliförebyggande behandling med lågmolekylärt heparin (LMWH) kan ges vid benpares eller oförmåga att gå. • Vid temperatur > 37.5 grader – utred bakomliggande orsak och ge paracetamol som febernedsättande. • Beakta blodsockernivå. • Beakta syrgassaturation.	• Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder. • Medverka till behandling.
(V) Strokeförebyggande farmakologisk behandling [1] **Ischemisk stroke eller TIA** (se film Webb-SKU: Sekundärprevention): Antitrombotisk behandling: a) Ischemisk stroke eller TIA utan förmaksflimmer: • ASA eller klopidogrel i monoterapi bör ges. • ASA i kombination med dipyridamol i retardberedning kan ges. • ASA + klopidogrel bör ges under de första 21 dagarna efter insjuknande till patienter med högrisk-TIA eller mild ischemisk stroke med NIHSS≤3 vid insjuknandet. b) Ischemisk stroke eller TIA med förmaksflimmer: • Antikoagulantia, i första hand NOAK behandling bör ges [13]. c) Ischemisk stroke pga. dissektion i precerebrala kärl: • Trombocythämmare (ASA) bör användas i första hand. d) Övrig behandling • Blodtryckssänkandebehandling bör erbjudas vid högt eller normalt blodtryck efter de första dagarna. • Statinbehandling bör erbjudas. **Intracerebral blödning** (se film Webb-SKU: Sekundärprevention): • Blodtryckssänkande behandling bör erbjudas vid högt eller normalt blodtryck.	• Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder. • Medverka till behandling.
(W) Behov av intervention [1] Vårdförloppet avslutas när någon av nedanstående interventioner utanför strokeenheten aktualiseras:	• Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Vid ischemisk stroke och TIA: • Operation av symtomgivande signifikant karotisstenos [15]. **Vid ischemisk stroke:** • Slutning av PFO [16]. • Hemikraniektomi vid utveckling av malign mediainfarkt. • Operation av initialt konservativt behandlad cerebellär infarkt där en behandlingskrävande hydrocefalus utvecklats. • Dekompressiv kraniektomi på grund av hotande hjärnstamsinklämning vid cerebellär infarkt som initialt vårdades konservativt. **Vid intracerebral blödning:** • Operation av initialt konservativt behandlad intracerebral blödning pga expansion. • Operation av initialt konservativt behandlad cerebellär infarkt där en behandlingskrävande hydrocefalus utvecklats. • Utrymning av initialt konservativt behandlad cerebellär blödning på grund av expansion. **Om inget av ovanstående:** Fortsätt till block (X)	• Medverka till behandling. • Lämna samtycke till kommunikation med närstående.
(X) Rehabiliteringsåtgärder för att förbättra funktions- och aktivitetsförmåga [1]**.** Så snart patienten är cirkulatoriskt stabil påbörjas tidig mobilisering och andra rehabiliteringsinsatser för att förhindra komplikationer och öka förutsättningarna för återhämtning och ökad självständighet. Frekventa och återkommande insatser med anpassad intensitet rekommenderas. **Sväljförmåga** • Hjälp med och uppmuntran ges till regelbunden munvård (notera till exempel sår, muntorrhet, svampinfektion, slemhinneförändring). Vid behov kontaktas sjukhustandläkare eller tandhygienist. • Vid sväljsvårigheter eller risk för sväljsvårigheter bör nasogastrisk sond sättas inom 24–72 timmar. Vid kvarstående sväljsvårigheter som förväntas överstiga 2–4 veckor övervägs PEG eller gastrostomi [21]. • Vid sväljsvårigheter påbörjas intensiv sväljträning (när allmäntillståndet tillåter) för förbättrad sväljfysiologi och säkrare sväljteknik av eller på ordination av logoped [20]. • Regelbunden utvärdering av sväljförmåga och konsistensanpassning utförs av, eller på ordination av logoped [20].	• Berätta om symtom, mående livssituation och livsstil. • Berätta om behov, önskemål och förmåga. • Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder. • Medverka i bedömning och åtgärder. • Lämna samtycke till kommunikation med närstående. • Delta i utformande av nutritions-behandling. • Delta i planering över måltidstider, måltidsmiljö och livsmedelsval utifrån personliga, religiösa och kulturella preferenser.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Nutrition [21, 22] • Anpassningar av mat, dryck och måltidsordning, tillägg av mellanmål och ätstödjande åtgärder genomförs i första hand. • Nutritionsbehandling av dietist genomförs om mål för energi- och vätskeintag inte kan uppnås med ovanstående åtgärder eller där man ser ensidiga livsmedelsval eller ätsvårigheter som gör att bristande näringsintag kan misstänkas. • Vid sväljsvårigheter görs löpande nutritionsbedömning av dietist och nutritionsbehandlingen anpassas för att säkerställa att adekvat energi- och näringsintag bibehålls vid övergång från enteral till peroral nutrition samt vid förändrad kostkonsistens. • För patienter som bedöms inte kunna försörja sig via munnen startas enteral nutrition inom 24—72 timmar. Ställningstagande till mängd och typ av sondnäring görs av dietist (läkare eller sjuksköterska med specifik kompetens i enteral nutrition) [31]. • Parenteral nutrition ordineras utifrån en bedömning av personens energi- och näringsbehov. **Tal, språk och kommunikation** • Vid afasi bör intensiv språklig träning av logoped (minst 4 timmar per vecka) påbörjas när allmäntillståndet tillåter [1]. Behandlingsinnehåll anpassas efter patientens behov och förutsättningar att medverka. • Funktionell kommunikation med hjälp av samtalsstödjande kommunikationstekniker (kompensatoriska tekniker) kan påbörjas så snart som möjligt vid afasi och dysartri [24] tillsammans med logoped. Samtalspartners till exempel närstående informeras och vägleds för att ersätta eventuella ogynnsamma kommunikationsmönster med samtalsstödjande tekniker eller strategier [23]. • Vid dysartri tränas tekniker som ökar talets förståelighet [24]. **Kognition och perception** • Vid nedsatt medvetenhet och förmåga till insikt rekommenderas tekniker för att patienten ska kunna medverka optimalt i rehabiliteringen [26]. • Vid nedsatta exekutiva funktioner och nedsatt problemlösnings-förmåga bör specifik träning för problemlösning erbjudas. • Vid nedsatt uppmärksamhetsförmåga kan specifik uppmärksamhetsträning erbjudas [32]. • Vid minnesstörningar bör patienten erbjudas träning i tekniker för att kompensera för minnesstörningen (till exempel appar i mobilen som påminnelse) [32]. • Vid neglekt kan avsökningsträning och spegelterapi erbjudas.	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• Strategier utarbetas vid problem med uppmärksamhet på grund av synbortfall. • Ögonlapp ges vid dubbelseende. **Emotionella funktioner och psykosocial situation** • För patienter med emotionella reaktioner bör samtalsstöd erbjudas. • Vid behov erbjuds stöd kring ekonomiska, juridiska och socialrättsliga frågor. Stödet kan bestå av praktiska sociala åtgärder, information, rådgivning och hänvisning till annan instans. (Tips för fördjupning film Webb-SKU: Juridiska och ekonomiska aspekter vid stroke) **Rörelse- och förflyttningsförmåga (**se film Webb-SKU: Fysioterapi vid stroke) • Vid behov tillgodose en god viloposition i sängen [26, 27]. • Högläge av handen för att minska risk för svullnad [26]. • Rörelseuttag av leder [26, 27]. • Träning av korta förflyttningar, till exempel i och ur säng, till och från rullstol och toalett [26, 27]. • Träning av kroppsmedvetenhet, balans/postural kontroll [26, 27]. • Utprovning av rullstol och andra förflyttningshjälpmedel bör göras. • Uppgiftsspecifik träning bör erbjudas vid nedsatt motorik och gångförmåga. • Avlastande hjälpmedel för armen bör erbjudas vid smärta i skuldran. • Fallpreventiva åtgärder bör erbjudas vid ökad fallrisk. **Vardagliga aktiviteter** • Vid behov bör uppgiftsspecifik ADL-träning erbjudas till exempel i personlig vård och enklare hushållssysslor. • Anpassning av omgivningsfaktorer för att öka aktivitet och delaktighet. • Uppmuntra användning av påverkad arm i aktiviteter för att stimulera färdighet och förmåga att utföra ADL, exempelvis knäppa knappar [28]. • Repetitiv och intensiv träning i meningsfulla uppgifter för att främja aktivitetsförmågan [28]. • Tillämpning av träningsmoment i personens dagliga aktiviteter tillsammans med vårdpersonal [28].	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• Optimerad sittposition för ökad delaktighet i dagliga aktiviteter [30]. • Vid behov görs hembesök inför fortsatt planering [28]. (Tips för fördjupning se film Webb-SKU: Arbetsterapeutiska åtgärder) Vid val av arbetsterapeutiska interventioner kan Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) användas som stöd [29]. **Levnadsvanor** • Rådgivning om hälsosamma levnadsvanor såsom rökstopp, fysisk aktivitet, matvanor, begränsad alkoholkonsumtion, normaliserat BMI, minskad stress och goda sömnvanor [33].	
(Y) Patientkontrakt Patientkontraktet tas fram för alla patienter med stroke eller TIA under vårdtiden på strokeenheten i en dialog mellan patienten och stroketeamet. I patientkontraktet ingår • sammanhållen planering • fasta vårdkontakter • överenskomna tider. Se appendix, E Exempel på underlag för Patientkontrakt.	• Ta hjälp av närstående om du har svårt att uttrycka dig och eller att minnas. • Berätta om hälsa, mående, symtom och upplevd förmåga. • Berätta om funderingar. • Berätta hur du vill att fortsatta kontakter sker. • Ta del av innehåll och planering i patientkontraktet. • Medverka till att beslutade åtgärder i patientkontraktet kan genomföras. • Ge samtycke till att fasta vårdkontakter och övriga aktörer kan ta del av patientkontraktet.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(Z) Information om funktions- och aktivitetsförmåga [1] Anpassad information till patient och närstående kring konsekvenserna av insjuknandet i stroke och TIA samt personcentrerade åtgärder är viktigt. Samtalsstödjande kommunikationstekniker, till exempel bildstöd, bör användas av samtalspartnern vid nedsatt kommunikationsförmåga: **Tal, språk och kommunikation** • Ge information om afasi och dysartri och hur den nedsatta kommunikationsförmågan kan påverka vardagliga aktiviteter. Kommunikationsrådgivning. **Sväljsvårigheter** • Ge information om sväljförmåga. Instruktioner om strategier för att minska felsväljning och ofrivillig viktminskning, konsistensanpassning och vikten av munvård (se film Webb-SKU: Munhälsa) (Tips för fördjupning se film Webb-SKU: Måltidssituationen) **Nutrition** • Ge information om hur personens behov av energi- och näringsbehov samt förmåga att inta mat och dryck har påverkats av insjuknandet. • Ge information om varför eventuella tidigare kostrestriktioner, till exempel vid diabetes nu kan vara mindre aktuella utifrån de nutritionssvårigheter som uppkommit. • Ge information om målsättningen med nutritionsbehandlingen och betydelsen av den för bästa effekt av rehabiliteringen. **Kognition och perception** • Ge information om hur fatigue, bristande insikt, nedsatta kognitiva funktioner samt synpåverkan påverkar vardagliga aktiviteter samt strategier för att hantera dessa. Erbjud strategier kring aktivitetsbalans [34]. (För fördjupning se film Webb-SKU: Sena komplikationer vid stroke) **Rörelse- och förflyttningsförmåga** • Ge information hur rörelse- och förflyttningsförmågan påverkats, strategier för att minska fallrisk och utveckling av skuldersmärta samt råd om fysisk aktivitet och hälsosamma levnadsvanor.	• Delta i dialog om aktuellt tillstånd och behandling. • Lämna samtycke till kommunikation med närstående.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(AA) Fortsatt behov av högspecialiserad vård [1] • Ja – Fortsatt behov av högspecialiserad vård: Fortsätt till regional strokeenhet – block (Q-Z). • Patient med genomgången trombektomibehandling vårdas på regional strokeenhet första dygnet varefter patienten vid behov överflyttas till lokal strokeenhet. • Nej – Fortsätt till lokal strokeenhet – block (Q-Z).	• Delta i överenskommelse om bedömningar och åtgärder.
(AB) Kan utskrivningsprocessen fullföljas? • Ja – Vårdförlopp del 2 inleds. Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas. • Nej – Fortsätt till block (Q-Z).	
(AC) Intensivvård • Intensivvård vid behov om patienten har sviktande vitala funktioner.	
(AD) Vitala funktioner under kontroll? • Ja – Fortsätt till lokal strokeenhet – block (Q-Z). • Nej – Fortsätt till block (Ö).	
(AE) Rehabilitering på strokeenhet? • Ja – Fortsätt till lokal strokeenhet – block (Q-Z). • Nej – Fortsätt till block (CC). Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.	
(AF) Information och dialog om nästa steg • Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.	

1.7 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

Patientdelaktighet och patientöverenskommelse är beaktat i ovan beskrivna åtgärder.

Syftet med patientöverenskommelsen (patientkontraktet) är att stärka patientens ställning och öka personens delaktighet i vårdprocessen. Överenskommelsen utgår från såväl de nationella riktlinjerna [1] som patientlagen [35]. Vård och behandlingar ska enligt lagen så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Information ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet och individen ska få möjlighet att vara delaktig. Informationen ska vara individanpassad utifrån patientens förutsättningar, erfarenheter och önskemål om fortsatta åtgärder och möjliga behandlingar. Information till och delaktighet av närstående har hög prioritet.

Akut insjuknande i stroke inklusive SAB, och TIA kräver snabb handläggning av alla aktörer från första kontakt till insättande av akutbehandling. Symtom som talproblem, och eller språksvårigheter, förvirring, neglekt, medvetandepåverkan, synstörning samt kognitiv nedsättning försvårar information och dialog. Den snabba handläggningen och symtomen kan ge oro hos patient och närstående som ytterligare påverkar möjligheten till dialog, information, och delaktighet. Situationen ställer stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ förmåga hos vårdgivarna. Samtalsstödjande kommunikationstekniker bör användas av samtalspartnern (till exempel vårdpersonal eller anhöriga) vid tal-, språk- och kommunikationssvårigheter. Information om hälsotillståndet och kommande åtgärder bör ges fortlöpande under handläggningen.

Efter ankomst till strokeenhet utförs först en screening av patientens funktionsnedsättningar. Dessa följs upp med fördjupade professionsspecifika bedömningar. Bedömningarna utmynnar i, en tillsammans med patienten, överenskommen samlad planering (patientkontraktet) som omfattar beskrivning av aktuell situation, planerade fortsatta medicinska utredningar, medicinsk behandling, omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser samt beräknad vårdtid. Patienten kan också avböja fortsatta medicinska åtgärder och rehabiliteringsinsatser. För mycket svårt sjuka patienter kan ett brytsamtal, helst tillsammans med närstående, leda till beslut om övergång till palliativ vård. Beslutad vårdplan bör finnas tillgänglig skriftligt för patienten. Att patienten involveras i att utforma sin behandling kan bidra till en säkrare vård och öka följsamheten till behandlingen. Om patienten har kommunikationssvårigheter på grund av till exempel afasi eller kognitiva svårigheter bör samtalsstödjande kommunikationstekniker användas av samtalspartner, för att utgöra ett aktivt samtalsstöd. Exempel på kommunikationstekniker att användas av samtalspartner: ha ögonkontakt, tala i lugnt tempo, ge tid, ställ enkla ja- och nej-frågor, förtydliga budskap genom att skriva nyckelord eller använda bildstöd. Patient och vårdgivare utvärderar och reviderar tillsammans vårdplanen fortlöpande under vårdtiden.

2. Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och åtgärder följs upp genom utfalls- och processmått och skapar förutsättningar för kontinuerligt förbättringsarbete. På sikt ska arbetet med vårdförlopp bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Flertalet av indikatorerna har kvalitetsregistret Riksstroke som källa och utgör etablerade processmått. Riksstroke har hög täckningsgrad och god datakvalitet. Även kvalitetsregistret för endovaskulär behandling vid stroke, EVAS, och perifer kärlkirurgi, SWEDVASC används. Målnivåer från Riksstroke och Socialstyrelsen anges när sådana finns.

2.2 Indikatorer för uppföljning

Tabell 2. Utfallsmått

Indikator. Uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	**Målvärde**	**Mätning och återapportering**	**Källa**
Död 3 månader efter stroke	Saknas	Riksstroke	Riksstroke
Död 1 månad efter aneurysmal SAB	< 10 %	Riksstroke	Riksstroke
ADL-beroende 3 månader efter stroke/SAB	Saknas	Riksstroke	Riksstroke
Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke	Saknas	Riksstroke	Riksstroke

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

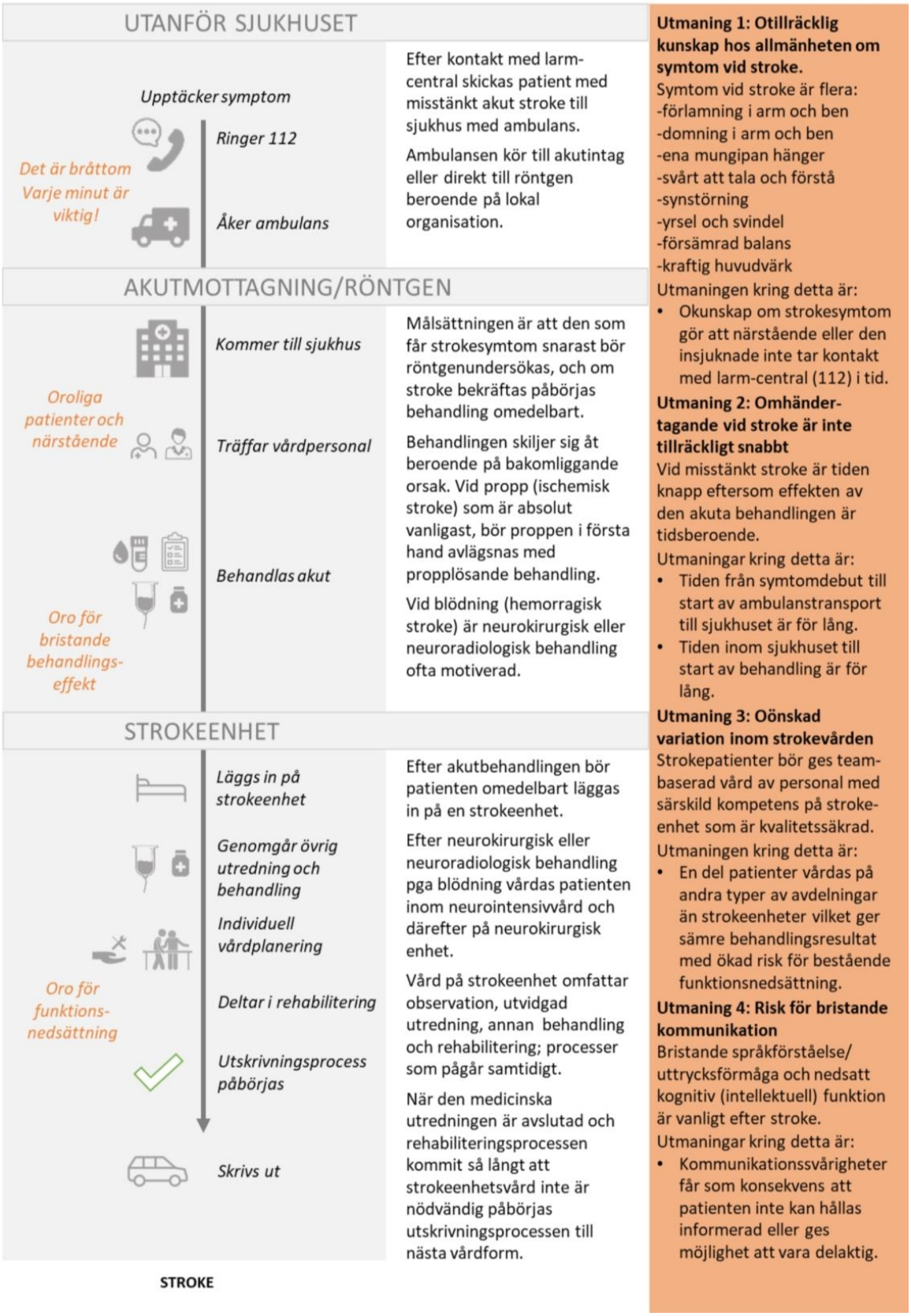
Tabell 3. Processmått

Indikator. Uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde Hög/måttlig	Mätning och återapportering	Källa
Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus vid stroke	Lokalt mål beroende på sjukhus	Riksstroke	Riksstroke
Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA	≥ 90/80 procent	Riksstroke	Riksstroke
Strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik som första vårdnivå vid stroke	≥ 90/80 procent	Riksstroke	Riksstroke
Neurokirurgisk klinik som första vårdnivå vid SAB när patienten inte är palliativ	≥ 90/80 procent	Riksstroke	Riksstroke
Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke	≥ 20/13 procent	Riksstroke/EVAS	Riksstroke/EVAS
Trombolysbehandlade inom 30 min från ankomst till sjukhus (“dörr till nål”)	≥ 50/35 procent	Riksstroke	Riksstroke
Bedömning av sväljförmåga	100/ ≥ 90 procent	Riksstroke	Riksstroke
Blodtryckssänkande behandling efter TIA	≥ 80/70 procent	Riksstroke	Riksstroke
Blodtryckssänkande behandling efter stroke	≥ 80/70 procent	Riksstroke	Riksstroke
Statinbehandling efter TIA	≥ 80/70 procent	Riksstroke	Riksstroke
Statinbehandling efter ischemisk stroke	≥ 80/70 procent	Riksstroke	Riksstroke
Antikoagulantiabehandling vid förmaksflimmer och TIA	≥ 85/75 procent	Riksstroke	Riksstroke
Antikoagulantiabehandling efter ischemisk stroke och förmaksflimmer	≥ 80/70 procent	Riksstroke	Riksstroke
Karotiskirurgi inom 14 dagar efter stroke eller TIA	≥ 80 procent	SWEDVASC	SWEDVASC
Vid SAB, behandling av aneurysm inom 36 timmar från insjuknande	≥ 80 procent	Riksstroke	Riksstroke

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv

Bilden nedan (Figur 2) är en grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer med stroke eller TIA. Vårdförloppet är utformat för att adressera de utmaningar och förbättringsområden som redovisas i bilden. Identifierade förbättringsområden avspeglas även i vårdförloppets mål (avsnitt 1.3).



Figur 2. Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer med Stroke eller TIA

3.2 Kunskapsunderlag

Kunskapsunderlag till vårdförlopp.

- Nationella riktlinjer för vård vid stroke, 2018, reviderade 2020. Socialstyrelsen [1]
- Nationellt beslutsstöd: Reperfusionsbehandling vid ischemisk stroke (trombolys och trombektomi). NAG stroke [8]
- Nationellt beslutsstöd: Skyndsam karotiskirurgi vid symtomgivande karotisstenos. NAG stroke [15]
- Nationellt beslutsstöd: Kryptogena stroke – slutning av PFO. NAG stroke [16]
- Nationellt beslutsstöd: Dysfagi och nutrition efter stroke. NAG stroke [20]
- Vårdhandboken [36]
- European Society for Swallowing Disorders (ESSD)
- ESPEN Guideline clinical nutrition in neurology [21]
- Royal College of Physicians National Clinical Guideline for stroke, 2016 [24]
- Canadian Stroke Best Practice Recommendations, Mood, Cognition and Fatigue following stroke, 2019 [34]
- Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke, 2020 del 1 och 2 [28, 37]
- Riksstroke, Stroke och TIA Årsrapport från Riksstroke 2021 [2]
- Nationella arbetsgruppen (NAG) stroke och STROKE-Riksförbundets webbstrokekompetensutbildning (se filmer Webb-SKU)
- Riksstrokes kartläggning av stroke- och TIA-vårdens prestationer i Sverige

3.3 Arbetsprocess

Framtagande av vårdförlopp Stroke och TIA – tidiga insatser och vård, har skett av en tvärprofessionell arbetsgrupp med två patientföreträdare. Varje avsnitt har haft en huvudansvarig som tillsammans med flera andra arbetat fram ett underlag. Hela arbetsgruppen har därefter tagit del av underlaget och tillsammans kommit fram till den slutgiltiga förslaget. Gruppen har haft sex fysiska heldagsmöten mellan den 23/9 2019 och 6/1 2020 kompletterade med ett antal Skypemöten. Arbetet har förankrats kontinuerligt under processen i Nationell arbetsgrupp stroke och Nationellt programområde neurologi. Styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) godkänner vårdförlopp och rekommenderar regionerna att besluta om dem och därefter påbörja införandet.

Detta vårdförlopp har under våren 2021 kompletterats med SAB. Detta genomfördes i en separat arbetsgrupp. Se tabell 4 b. Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar har godkänt det reviderade vårdförloppet för öppen remiss.

Patientföreträdare i arbetet var Ove Puisto, ordförande i STROKE-Riksförbundet, och Lena Ringstedt ordförande Afasiföreningen i Stockholms län. Se Tabell 4.

Inga jävsförhållanden föreligger.

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar.

Namn	Eventuell akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun/region	Eventuell övrig roll i arbetsgruppen
Lars Rosengren	Professor	Specialist i neurologi	Strokecentrum Väst, Sahlgrenska universitetssjukhuset	Västra Götalandsregionen	Ordförande
Jessica Hemming		Enhetschef Intensivvårdssjuksköterska	Skånes Universitetssjukhus	Region Skåne	Processledare
Ola Winquist		Hälso- och sjukvårds-strateg, Projektledare	Södra sjukvårdsregionen/ Avdelning hälso- och sjukvårdsstyrning	Region Skåne	Processledare
Per Wester	Professor	Överläkare, specialist i allmän internmedicin	Umeå Strokecenter, Norrlands universitetssjukhus	Region Västerbotten	
Annika Berglund	Doktor i medicin	Samordnare stroketriagering, sjuksköterska	Karolinska universitetssjukhuset Solna	Region Stockholm	
Ove Puisto		Patientföreträdare	Stroke-Riksförbundet		
Bo Norrving	Professor	Specialist i neurologi	Lunds universitet	Region Skåne	Registerhållare Riksstroke
Lilian Carleson		Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Kommunal hälso- och sjukvård, Täby kommun	Täby kommun	Kommunrepresentant
Ann Hammer		Fysioterapeut	Neuro- och rehabmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro	Region Örebro län	
Christina Brogårdh	Professor	Specialistkompetens i neurologi	Lunds universitet, Skånes universitetssjukhus	Region Skåne	
Lena Ringstedt		Patientföreträdare	Afasiföreningen		
Mia von Euler	Professor	Överläkare, specialist i neurologi och klinisk farmakologi	Örebro Universitet/Örebro Universitetssjukhus	Region Stockholm-Gotland/Region Uppsala-Örebro	
Claes Gustafsson	Medicine doktor	Överläkare, specialist i allmän internmedicin	Koncernkontoret	Västra Götalandsregionen	
Per Örninge		Överläkare, specialist i anestesi	Sjukvårdens larmcentral VGR	Västra Götalandsregionen	
Ann Margreth Ljusbäck		Specialist i arbetsterapi	Umeå Universitet	Region Västerbotten	
Eva Muhrman		Logoped	Universitetssjukhuset i Linköping	Region Östergötland	
Marika Möller	Medicine doktor	Leg psykolog, Specialist i neuropsykologi	Rehabiliteringsmedicinska universitetskliniken Stockholm, Danderyds sjukhus	Region Stockholm	
Margareta Gonzalez		Specialistlogoped	Gävle sjukhus	Region Gävleborg	
Erik Kronvall		Överläkare, Specialist i Neurokirurgi	Lunds universitet, Skånes universitetssjukhus	Region Skåne	
Mats Elm		Specialist i allmänmedicin	Närhälsan	Västra götalandsregionen	Primärvårdsrepresentant
Åsa Rejnö	Medicine Doktor	Docent, Sjuksköterska	Skaraborgs sjukhus	Västra Götalandsregionen	

Tabell 4b. Medlemmar i den separata arbetsgruppen vid kompletteraringen av vårdförloppet med subaraknoidalblödning (SAB)

Namn	Eventuell akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun/region	Eventuell övrig roll i arbetsgruppen
Elisabeth Ronne Engström	Professor	Specialist i Neurokirurgi	Akademiska Sjukhuset Uppsala	Mellersta	Ordförande
Ola Winquist		Hälso- och sjukvårds-strateg, Projektledare	Södra sjukvårdsregionen/ Avdelning hälso- och sjukvårdsstyrning	Södra	Processledare
Christian Engvall		Enhetsansvarig läkare, specialist i akutsjukvård samt anestesi & intensivvård	Skånes universitetssjukhus, Akutmottagningen Malmö	Södra	Sjuksköterska med akutinriktning
Fredrik Ginstman		Specialist i Neurokirurgi samt Anestesi och Intensivvård	Universitetssjukhuset, Linköping	Sydöstra	
Magnus Kaijser		Specialist i Neuroradiologi	Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	Stockholm/ Gotland	
Olof Lekholm		Specialist i Akutsjukvård	Alingsås Lasarett	Västra Götalandsregionen	
Johan Moe		Specialist i Radiologi	Region Jämtland Härjedalen	Östersund/Norra	
Lena Ringstedt		Patientföreträdare	Afasiföreningen		
Lars Rosengren	Professor	Specialist i Neurologi	Strokecentrum Väst, Sahlgrenska universitetssjukhuset	Västra Götalandsregionen	
Helena Sjölin		Sjuksköterska inom ambulanssjukvården		Mellersta	
Christina Sjöstrand		Specialist i Neurologi		Stockholm/ Gotland	

4. Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2020. Tillgänglig från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545-kunskapsunderlag-2020.pdf. s. 727.
2. Riksstroke. Stroke och TIA. Riksstrokes årsrapport för 2020 års data. Umeå; 2021. Tillgänglig från https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2021/09/Riksstroke_Arsrapport_2020.pdf.
3. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. Circ Res. 2017;120(3):439-48.
4. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, Abera SF, Abyu G, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. J Am Coll Cardiol. 2017;70(1):1-25.
5. Regionala cancercentrum i samverkan. Palliativ vård. Nationellt vårdprogram. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan; 2021. 209 s.
6. Riksstroke. Riksstrokes diagnoslathund. Umeå: Riksstroke; 2019. Tillgänglig från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/08/Diagnoslathund-20191002.pdf.
7. Rothwell PM, Algra A, Chen Z, Diener HC, Norrving B, Mehta Z. Effects of aspirin on risk and severity of early recurrent stroke after transient ischaemic attack and ischaemic stroke: time-course analysis of randomised trials. Lancet. 2016;388(10042):365-75.
8. Nationellt beslutsstöd för reperfusionsbehandling vid ischemisk stroke (Trombolys och Trombektomi). NAG stroke. 2020. Tillgängligt från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/04/Remissversion-beslutsst%c3%b6d-Reperfusionsbehandling-vid-ischemisk-stroke.pdf.
9. Rekommendation Trombolyskompetens/trombolyskörkort för läkare och sjuksköterskor. NAG stroke2018. Tillgänglig från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/04/Rekommendation-Trombolyskompetens-f%c3%b6r-l%c3%a4kare-och-sjuksk%c3%b6terskor.doc.pdf.
10. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet. 1974;2(7872):81-4.
11. Starmark JE, Stålhammar D, Holmgren E. The Reaction Level Scale (RLS 85). Acta Neurochir (Wien). 1988;91(1):12-20.
12. Hao Q, Tampi M, O'Donnell M, Foroutan F, Siemieniuk RA, Guyatt G. Clopidogrel plus aspirin versus aspirin alone for acute minor ischaemic stroke or high risk transient ischaemic attack: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2018;363:k5108.
13. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Socialstyrelsen; 2018. Tillgängligt från: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/hjartsjukvard/.
14. Moullaali TJ, Wang X, Woodhouse LJ, Law ZK, Delcourt C, Sprigg N, et al. Lowering blood pressure after acute intracerebral haemorrhage: protocol for a systematic review and meta-analysis using individual patient data from randomised controlled trials participating in the Blood Pressure in Acute Stroke Collaboration (BASC). BMJ Open. 2019;9(7):e030121.

15. Preliminärt nationellt beslutsstöd Skyndsam karotiskirurgi vid symtomgivande karotisstenos. NAG stroke. 2020. Tillgänglig från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/04/Remissversion-beslutsst%c3%b6d-Skyndsam-karotiskirurgi-vid-symtomgivande-karotisstenos.pdf.

16. Preliminärt nationellt Beslutsstöd Kryptogena stroke – slutning av PFO. NAG stroke. 2020. Tillgängligt från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/04/Prelimin%c3%a4rt-beslutsst%c3%b6d-Kryptogena-stroke-slutning-av-PFO.pdf.

17. Andersson P, Hallberg IR, Renvert S. Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. Spec Care Dentist. 2002;22(5):181-6.

18. European Society for Swallowing Disorders. ESSD Position Statements: Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients. . ESSD; 2013. Tillgängligt från: http://www.myessd.org/docs/position_statements/ESSD_Position_Statements_on_OD_in_adult_patients_for_web.pdf.

19. Smithard DG. Dysphagia Management and Stroke Units. Curr Phys Med Rehabil Rep. 2016;4(4):287-94.

20. Preliminärt nationellt beslutsstöd Dysfagi och nutrition efter stroke. NAG stroke. 2019. Tillgängligt från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/04/Prelimin%c3%a4rt-beslutsst%c3%b6d-Dysfagi-och-nutrition-efter-stroke.pdf

21. Burgos R, Breton I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. Clin Nutr. 2018;37(1):354-96.

22. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-4-6716.pdf. 70 s.

23. Simmons-Mackie N, Worrall L, Murray LL, Enderby P, Rose ML, Paek EJ, et al. The top ten: best practice recommendations for aphasia. Aphasiology. 2017;31(2):131-51.

24. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. 5 ed: Royal College of Physicians; 2016. Tillgänglig från: https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx.

25. Haskins EC, Trexler LE. Cognitive rehabilitation manual : translating evidence-based recommendations into practice. Reston, VA: ACRM Pub.; 2012.

26. Jönsson A-C. Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2012.

27. Lennon S, Ramdharry G, Verheyden G. Physical management for neurological conditions. Amsterdam: Elsevier; 2018.

28. Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong A, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019. Int J Stroke. 2020;15(7):763-88.

29. Fisher AG. Occupational therapy intervention process model : a model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Fort Collins, Colorado: Three Star Press; 2009.

30. Wemmenborn L. Handbok till bra sittande. En vägledning genom förskrivningsprocessen. tockholm: Hjälpmedelsinstitutet; 2016. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-4-47.pdf. s. 88.

31. Vårdhandboken. Nutrition - Översikt: Vårdhandboken.; 2021. Tillgänglig från: https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/nutrition/nutrition/oversikt/.

32. Cicerone KD, Goldin Y, Ganci K, Rosenbaum A, Wethe JV, Langenbahn DM, et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Systematic Review of the Literature From 2009 Through 2014. Arch Phys Med Rehabil. 2019;100(8):1515-33.

33. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf.

34. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. Int J Stroke. 2020;15(6):668-88.

35. SFS 2014:821. Patientlag. Socialdepartementet. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2014. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821.

36. Vårdhandboken. Sveriges Regioner och Kommuner; u.å. Tillgänglig från: https://www.vardhandboken.se/

37. Mountain A, Patrice Lindsay M, Teasell R, Salbach NM, de Jong A, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. Int J Stroke. 2020;15(7):789-806.

38. Rekommendation Strokekompeteens för olika läkarpositioner. NAG stroke2018. Tillgänglig från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/04/Rekommendation-Strokekompetens-f%c3%b6r-olika-l%c3%a4karpositioner.doc.pdf.

39. Vårdhandboken. Blåsövervakning vid sjukhusvård: Vårdhandboken; u.å. Tillgänglig från: https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/blasovervakning-vid-sjukhusvard/.

Appendix

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA – tidiga insatser och vård

I appendix beskrivs vissa av vårdförloppets komponenter i närmare detalj, exempelvis undersökningsutrustning, strokeenheten, monitorering av vitala funktioner samt kliniska bedömningsinstrument.

A Datortomografi (DT)

DT:
Syftet med DT-hjärna är att skilja cerebral infarkt från intracerebral blödning så att antitrombotisk behandling kan initieras vid frånvaro av blödning, identifiera intracerebral blödning samt för att påvisa subaraknoidalblödning och att utesluta eventuell annan orsak till patientens symtom som till exempel tumör. DT-undersökningen ska vara av tillräckligt hög kvalitet och granskas av neuroradiologiskt kompetent radiolog vid tidig diagnostik av misstänkt subaraknoidalblödning.

DT-angiografi (DT-ai):
Syftet med DT-angiografi är att

- vid ischemisk stroke synliggöra eventuell tromb tillgänglig för trombektomi. Eventuell karotisstenos detekteras samtidigt.
- vid påvisad intrakraniell blödning synliggöra eventuell blödningskälla.

DT-perfusion:
Syftet med DT-perfusion är att vid förekomst av synlig tromb bedöma om trombektomi är meningsfullt (om så kallad mismatch föreligger - finns "räddningsbar hjärnvävnad"). DT-perfusion analyseras med lämpligt bildstödsanalysprogram.

B Strokeenhet

Vård på strokeenhet som första vårdenhet vid stroke har högsta prioritet (prio 1) i NR [1]. Vård på strokeenhet som första vårdenhet vid TIA har prio 2 i NR [1].
Vård på vårdavdelning som inte uppfyller nedanstående definition på strokeenhet med eller utan mobilt stroketeam har prioritet "icke-göra i NR [1].

Nationella måltal är att

- ≥ 90 procent av alla patienter med stroke kommer till strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk vårdenhet som första vårdenhet
- ≥ 90 procent av alla patienter med TIA vårdas på strokeenhet som första vårdenhet.

Strokeenhet definieras i NR [1] **som**

- en enhet på sjukhus som enbart eller övervägande tar hand om personer som har fått stroke
- har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering.
- har ett multiprofessionellt team med kompetens inom medicin, omvårdnad och rehabilitering (såsom fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och logoped) samt har tillgång till dietist och psykolog (helst med neuropsykologisk inriktning)
- genomför regelbundna teammöten samt en planerad och strukturerad utskrivning av patienter

- använder vårdprogram för att identifiera och åtgärda vanliga komplikationer
- startar omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering
- ger information och utbildning till patienten och närstående under vårdtiden.

Den goda effekten av strokeenhetsvård är evidensbaserad i studier där medelvårdtiden på enheten är sju dagar eller mer.

Alla patienter med TIA eller stroke bör bedömas av fysioterapeut och arbetsterapeut.

För patienter som har misstänkt svälj-, tal- eller språkpåverkan rekommenderas bedömning av logoped.

Arbetssättet bör vara personcentrerat och utgå från patientens resurser, behov och delaktighet.

Det är önskvärt att det finns en strokesjuksköterska med uppgift att bland annat samordna och kvalitetssäkra vårdprocessen för enskilda patienter**.**

Specifik strokekompetens:
NAG stroke och Stroke-Riksförbundet har utarbetat en strokekompetensutbildning för all personal. Den finns tillgänglig på nätet sedan 2018 som Webb-SKU. Se länk.

Måltal: minst 80 procent bör ha pågående eller genomförd strokekompetensutbildning eller högskoleutbildning i stroke inom tre månader från anställningens start. Det kommer följas i Riksstrokes strukturdatarapport.

Stroke utgör ingen bas- eller grenspecialitet för läkare. NAG stroke har tagit fram en beskrivning av behövlig och önskvärd strokekompetens för läkare i strokevårdkedjan från prehospital vård till rehabilitering [38]. Rekommendation strokekompetens för olika läkarpositioner.

Måltal: minst en läkare med strokeläkarkompetens bör finnas på varje strokeenhet.

Läkare och sjuksköterskor som handlägger akuta strokepatienter bör ha specifik trombolyskompetens. NAG stroke har tagit fram en beskrivning med ingående moment för läkare och sjuksköterskor [9]. Rekommendation trombolyskompetens för läkare och sjuksköterskor.

Måltal: Alla ansvariga läkare och sjuksköterskor i trombolysteamet bör ha genomförd utbildning.

NAG stroke har tagit fram en modell för triangelrevision, en strukturerad modell för att genomlysa kvaliteten på den lokala strokevården inklusive bedömning om enheten uppfyller alla kraven för en strokeenhet. www.vgregion.se/triangelrevision.

Måltal: Triangelrevision genomförs med tre års intervall på varje strokeenhet.

C Monitorering av vitala funktioner

Monitorering av vitala funktioner bör ske i akutskedet för att bedöma aktuell nivå och tidigt identifiera riskfaktorer och eventuella behandlingskrävande komplikationer. Frekvens av kontroller anpassas efter diagnos och svårighetsgrad. Reperfusionsbehandling kräver intensivare övervakning första dygnet [8]. Rutin bör finnas för åtgärd vid eventuell försämring.

- **Vakenhet:** Frekvent övervakning upp till 48 timmar eller tills när tillståndet stabiliserats.
- **Andning:** Frekvent övervakning av andningsfrekvens och saturation.
- **Neurologiskt bortfall:** Patienter med TIA observeras inneliggande med frekventa neurologiska kontroller.
- **Blodtryck:** bör kontrolleras regelbundet första dygnen och sedan efter behov.
- **Puls:** Frekvent kontroll av puls. Arytmiövervakning eller telemetri.
- **Temperatur:** Frekvent temperaturkontroll första dygnen.
- **Glukos:** Frekvens av kontroller beror på förekomst av diabetes och aktuell b-glukosnivå.
- **Residualurin:** bestäms initialt. Tid för omkontroll beror av mängd residualurin [39].
- **Normovolemi:** Bedöm grad av volemi initialt.

D Exempel på instrument som kan användas för riskbedömningar och screening samt bedömning av funktions-och aktivitetsförmåga

Område	Instrument	Referens/länk
Neurologiskt status	NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)	http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2018/05/SKL_NIHSS-manual_A4_webb_f%C3%B6r-utskrift-final.pdf
Riskbedömning av ohälsa i munnen	ROAG - Revised Oral Assessment Guide	https://www.vardhandboken.se
Riskbedömning av trycksår	Modifierad Norton	https://www.vardhandboken.se
Riskbedömning undernäring	MNA -Mini Nutritional Assessment	https://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_swedish.pdf https://www.vardhandboken.se
Screening av sväljförmåga	SSA-S -Standardized Swallowing Assessment på svenska https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/21400/Standardized%20Swallowing%20Assessment%20p%C3%A5%20svenska%2C%20SSA-S%20-%20Checklista%20att%20utf%C3%B6ra%20innan%20sv%C3%A4ljningsscreening.pdf?a=false&guest=true	Perry L. (2001). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Karlsson, A. (2011). *SSA-S - En svensk översättning av The Standardized Swallowing Assessment och screening av sväljningsförmåga hos personer med stroke i akutskedet.* Examensarbete i logopedi, Karolinska Institutet, institutionen för klinisk vetenskap.
Tidig bedömning av kognitiva funktioner	Montreal Cognitive Assessment, MoCA Cognistat	Toglia, J, Fitzgerald, KA, O'Dell, MW et al, (2011). The Mini-Mental State Examination and Montreal Cognitive Assessment in Persons with Mild Subacute Stroke: Relationship to Functional Outcome. Arch of Phys Med Rehabil, 92(5),792-798. https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/montreal-cognitive-assessment

Område	Instrument	Referens/länk
		Johansson MM, Kvitting AS, et al . Clinical utility of cognistat in multiprofessional team evaluations of patients with cognitive impairment in Swedish primary care. *Int J Family Med*. 2014;2014:649253. doi:10.1155/2014/649253
Screening av språklig funktion	The Language Screening Test (LAST) Länk till The Language Screening Test - Swedish (LAST-S) och protokoll.	Flamand-Roze C, Falissard B, Roze E, Maintigneux L, Beziz J, Chacon A, et al. Validation of a new language screening tool for patients with acute stroke: the Language Screening Test (LAST). Stroke. 2011;42(5):1224-9.
Vardagsminnet	RBMT (Rivermead Behavioural Memory Test)	Davis AM, Cockburn JM, Wade DT, Smith PT, (1995). A subjective memory assessment questionnaire for use with elderly people after stroke, Clinical Rehabilitation, volume 9(3), 238-44

Område	Instrument	Referens/länk
Motorik/sensorik	Fugl-Meyers test Länk till protokoll och instruktionsfilm för Fugl-Meyer Assessment (https://www.gu.se/neurovetenskap-fysiologi/fugl-meyer-assessment)	Alt Murphy M et al. An overview of systematic reviews on upper extremity outcome measures after stroke. BMC Neurology (2015) 15:29.
Arm/handfunktion	Action Research Arm Test Länk till protokoll för Action Research Arm Test (https://www.gu.se/neurovetenskap-fysiologi/action-research-arm-test) Kortversion av Action Research Arm Test (ARAT-2), dvs 2 items	Kristersson T et al. Evaluation of a short assessment for upper extremity activity capacity early after stroke. J Rehabil Med2019; 51: 257-263.

Område	Instrument	Referens/länk
	från original ARAT. Är lämpligt test på strokeenhet.	Lennon S et al. Physical Management for Neurological Conditions, Elsevier 2018. Norrving B et al. Klinisk neurovetenskap. Liber 2015.
Handfunktion	Box and Block Test Nine Hole Peg Test	
Muskeltonus	Modifierad Ashworth skala	
Motorisk funktion, förflyttningsförmåga	Modifierad Motor Assessment Scale Modifierad Rivermead Mobility Index	
Balans/postural kontroll	Bergs balansskala	
Dynamisk balans/gång	Timed Up and Go (TUG) test	
Gång	10 meters gång test 2 eller 6 minuters gång test	
Greppstyrka	Jamar	Svantesson U, Nordé M, Svensson S, Brodin E A, (2009). Comparative study of the Jamar and the Grippit for measuring hand grip strength in clinical practice. Isokinetics and Exercise Science, (17), 85-91.

Område	Instrument	Referens/länk
Personliga och instrumentella aktiviteter	ADL-taxonomin	Waehrens EE, Fisher AG, (2009) Developing linear ADL ability measures based on the ADL Taxonomy: a Rasch analysis. Scand J Occup Ther. Sep;16(3):159-71.
Patientens upplevelse av betydelse, nöjdhet och förmåga i aktivitetsutförande	COPM (Canadian Occupational Performance Measure)	Cup, E H C, Scholte Op Reimer, W J M et al, (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. Clin Rehabil, Vol.17(4), pp.402-409

Område	Instrument	Referens/länk
Kognitiv informationsbearbetning och utförandet av vardagsaktiviteter	PRPP (The Percieve Recall Plan and Perform system of task analysis)	Nott, T M, Chapparo, C (2012). Exploring the Validity of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: Cognitive Strategy Use in Adults with Brain Injury. Brit Occ Ther, Vol.75(6), pp.256-263.
Uppmärksamhet i aktiviteter	CBS (Cathrine Bergego Scale)	Azouvi, P, Olivier, S, de Montety, G, Samuel, C, Louis-Dreyfus, A, Tesio, L, (2003). Behavioral assessment of unilateral neglect: Study of the psychometric properties of the Catherine Bergego Scale. Arch Phys Med Rehabil, 84, 51–57

E Exempel på underlag för patientkontrakt

Ett patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare. Dokumentet nedan är framtaget av arbetsgruppen som tagit fram vårdförlopp Tidiga insatser och vård vid stroke och TIA och utgör ett möjligt underlag för dialogen mellan patient/närstående och vårdgivare. Det bör journalföras att denna dialog har genomförts.

Exempel på information som kan utgöra underlag för planering, vårdkontakter och återbesök:

☐ **Diagnoser:**
- ○ Stroke/TIA
- ○ Riskfaktorer
- ○ Andra relevanta diagnoser

☐ **Mätvärden (till exempel blodtryck, blodfetter):**
- ○ Ange avvikande värden

☐ **Utförda undersökningar:**
- ○ Ange avvikande resultat (till exempel röntgen, ultraljud av hjärta och halskärl, EKG)
- ○ Funktions- och aktivitetsbedömningar

☐ **Medicinska behandlingar:**
- ○ Ange utförda behandlingar (till exempel propplösande behandling, trombolys, och mekanisk propputdragning, trombektomi)
- ○ Läkemedel (till exempel blodtryckssänkande, blodfettssänkande, proppförebyggande)

☐ **Hälsotillstånd och symtom vid insjuknandet:**
- ○ Ange de då aktuella symtomen

☐ **Aktuellt hälsotillstånd och symtom vid utskrivning:**

Använd valda delar av patientversion av post-stroke-checklistan, finns med bildstöd
- ○ Aktiviteter i dagligt liv (ADL)
- ○ Gå och röra sig (förflyttning)
- ○ Stelhet i armar, händer och/eller ben (spasticitet)
- ○ Smärta
- ○ Problem med blåsa och tarm (inkontinens)
- ○ Kommunikation
- ○ Sinnesstämning
- ○ Svårt att tänka, uppmärksamma saker, koncentrera dig eller minnas (kognition)
- ○ Livet efter stroke
- ○ Familjeförhållanden
- ○ Hjärntrötthet (fatigue)
- ○ Munhälsa, sväljning och nutrition
- ○ Andra utmaningar

☐ **Sammanhållen planering:**

Planering, överblick och stöd för koordinerade insatser

- ○ Mål och förväntningar med vård och behandling
- ○ Vårdplan
  - ➢ Förhindra ny stroke
    - – Läkemedel
      - · Aktuella läkemedel, dos
      - · Syfte med behandling
      - · Behandlingsperiod
      - · Ansvar för delning av mediciner
    - – Blodtryck/långtids-EKG
    - – Hälsorelaterade livsstilsförändringar/levnadsvanor
  - ➢ Blodprover
  - ➢ Sjukskrivning
  - ➢ Restriktioner
    - – Bilkörning
    - – Vapen
- ○ Rehabiliteringsplan
- ○ Samordnad individuell plan med kommun (SIP)

☐ **Överenskomna tider:**

Vilka är mina bokade tider?

- ○ Tid för undersökningar och behandlingar
- ○ Tid för rehabilitering
- ○ Tid för uppföljningar

☐ **Patientens ansvar:**

- ○ Följa läkemedelsordinationer
- ○ Ansvara för egenvård som till exempel vardagsrehabilitering och fysisk aktivitet
- ○ Följa restriktioner som körförbud
- ○ Kontakta vården vid behov (receptförnyelse, nya symtom, biverkningar eller frågor)

☐ **Vårdkontakter:**

Vart vänder jag mig?

- ○ Mina kontakter
  - ➢ Fast vårdkontakt med strokekunskap (initial kontakt med strokevården)
  - ➢ Fast vårdkontakt (här får du till exempel råd om vart du kan vända dig i olika ärenden)
  - ➢ Fast läkarkontakt
- ○ Andra aktuella kontakter
  - ➢ Ansvarig strokeläkare
  - ➢ Kontaktperson inom rehabilitering

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

- Kontakter inom kommun (hemtjänst, biståndshandläggare med mera)
- Kontakt inom tandvården

☐ **Stödfunktioner**

Patientorganisationer: några exempel

- STROKE – Riksförbundet: strokeforbundet.se
- Neuroförbundet: neuro.se
- Afasiförbundet: afasi.se
- Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft: hjärnkraft.se

☐ **Kunskapskällor**

- Hjärt-lungfonden: https://www.hjartlungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/stroke/
- Hjärna tillsammans, samverkan: https://hjarnatillsammans.se
- Vårdguiden 1177: 1177.se

☐ **Avslutande frågor**

För att återkoppla att patienten har fått svar på överenskommelsen i patientkontraktet används följande frågor:

- ○ Har du en fast vårdkontakt som stöd för att samordna din vård?
- ○ Har du en planering med vården som utgår från vad som är viktigt för dig?
- ○ Har du en överblick över dina planer och nästa steg i vården?
- ○ Har du enkla sätt att ta kontakt med vården när du behöver?
- ○ Har du och vården tillsammans kommit överens om din nästa tid?

Uppdatering av Patientkontrakt

Patientkontraktet uppdateras av respektive vårdgivare och patienten allteftersom ny information tillkommer.

Följande av ovanstående rubriker uppdateras

☐ **Diagnoser**

☐ **Mätvärden**

☐ **Utförda undersökningar**

☐ **Medicinska behandlingar**

☐ **Aktuellt hälsotillstånd**

☐ **Sammanhållen planering inklusive utvärdering av:**

- ○ Måluppfyllelse (medicinsk, omvårdnad och rehabilitering)
- ○ Effekter av åtgärder
- ○ Patienttillfredsställelse

☐ **Överenskomna tider**

☐ **Vårdkontakter**

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering

Vårdförloppet inleds inför utskrivning av patient från strokeenhet och omfattar åtgärder livet ut.

Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-11-15	Öppen remiss

Sammanfattning

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnans kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom och som ofta övergår i långvariga eller permanenta funktionsnedsättningar. Stroke orsakas vanligen av en blodpropp men i en mindre del av fallen av en blödning. Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke. Incidensen ökar med stigande ålder och fyra av fem av de som insjuknar är över 65 år. Var femte person som får stroke avlider inom tre månader. De som överlever får ofta någon form av kvarstående motoriska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar. Problem med sensorik, balans och kommunikation (tal och språk) är också vanliga. Stroke är den tredje vanligaste orsaken till funktionsnedsättningar hos vuxna och behovet av rehabilitering är stort.

Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp som beskriver det tidiga omhändertagandet prehospitalt och i slutenvård av personer med stroke och transitorisk ischemisk attack (TIA) publicerades 2020. Det föreliggande vårdförloppet utgör en andra del som beskriver omhändertagandet efter den tidiga slutenvårdsfasen och därefter livet ut. Det finns ett flertal utmaningar i denna andra del då det i nuläget finns betydande brister i uppföljning och rehabilitering efter perioden i slutenvård. Denna andra del av vårdförlopp stroke och TIA omfattar tre delprocesser: Utskrivning, Fortsatt rehabilitering och Strukturerad uppföljning. Alla personer som haft stroke eller TIA bör ha livslång strukturerad uppföljning, och i de fall fortsatt rehabilitering behövs kan dessa två processer pågå samtidigt.

Utskrivning:
Utskrivning kan ske från strokeenhet och rehabilitering i sluten- eller öppenvård och kan vara aktuell vid flera tillfällen i vårdförloppet efter stroke och TIA. Vid utskrivningen sammanfattas utredning, bedömning, behandling, resultat och planering för fortsatta insatser. Utskrivningen är viktig för att säkra övergången till nästa vårdgivare och fortsatt uppföljning. Planer för fortsatta insatser inklusive uppföljning ingår i en gemensam överenskommelse med patienten i ett patientkontrakt. Patientkontraktet omfattar planerad vård, överenskomna tider och fasta vårdkontakter.

Fortsatt rehabilitering:
Efter vård på strokeenheten är en del personer i behov av ytterligare rehabilitering. Den kan ske som en integrerad del i strokeenhetsvården, i hemmet, i öppenvård eller i annan slutenvård beroende på omfattning och grad av funktionsnedsättningar samt problem med aktivitet och delaktighet. För att kunna erbjuda en personcentrerad rehabilitering oavsett vårdnivå, är det viktigt med tillgång till ett multidisciplinärt team där personalen har särskild kunskap om stroke. Rehabiliteringsinsatserna utgår alltid från patientens mål och rehabiliteringsbehov, som dokumenteras i en rehabiliteringsplan. Vid utskrivning från rehabiliteringen sker en överrapportering till annan verksamhet och patienten blir delaktig i processen. Om funktions- och aktivitetsförmågan förändras över tid, kan en ny rehabiliteringsperiod vara aktuell.

Strukturerad uppföljning:
Personer som genomgått stroke eller TIA har behov av livslång uppföljning av medicinska åtgärder, omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. Uppföljningen innebär att en helhetsbedömning görs utifrån personens aktuella situation och att korrekta åtgärder eller hänvisning vidare till rätt instans i vårdkedjan sker. För att kunna bedöma samtliga aspekter av personens hälsotillstånd behövs tillgång till ett multidisciplinärt team med särskild kunskap om stroke. Med fördel kan en så kallad post-

stroke-checklista användas för att fånga de viktigaste områdena. Uppföljningen sker på öppenvårds-mottagningar inom den specialiserade vården alternativt primärvård inom region eller kommun. Vid besöket utvärderas uppsatta mål och vårdinsatser i relation till patientkontraktet.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet.

Innehåll

Sammanfattning **3**

Innehåll **5**

1. Beskrivning av vårdförlopp **6**

1.1 Om stroke och TIA 6

1.2 Omfattning 7

1.3 Vårdförloppets mål 7

1.4 Ingång och utgång 7

1.5 Flödesschema för vårdförloppet 9

1.6 Vårdförloppets åtgärder 10

1.7 Personcentrering och patientkontrakt 28

2. Uppföljning av vårdförlopp **29**

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter 29

2.2 Indikatorer för uppföljning 30

3. Bakgrund till vårdförlopp **31**

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter 31

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag 33

3.3 Arbetsprocess 33

4. Referenser **36**

Appendix **45**

A Utskrivning 45

B Fortsatt rehabilitering 51

C Strukturerad uppföljning 60

D Checklista inför utskrivning från strokeenhet och rehabilitering i tidig fas 65

E Checklista inför utskrivning från rehabilitering i sen och kronisk fas. 68

F Exempel på underlag för dialog om patientkontrakt 69

G Fem frågor med bilder till patientkontraktet 73

H Rehabiliteringsplan – exempel 76

I Information och dialog 79

J Exempel på KVÅ-koder som kan användas för vårdförloppet *Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering* 81

K Råd till läkare som följer upp patienter med genomgången stroke eller TIA 82

1. Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserad vård ska integreras med personanpassade åtgärder. I vårdförloppet beskrivs kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom ett patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i journalen vad patienten respektive vården tar ansvar för.

Den primära målgruppen för vårdförloppsdokumentet är hälso- och sjukvårdspersonal som ska få stöd i det kliniska mötet med patienter och i förekommande fall närstående. Kapitlen om uppföljning och bakgrund är främst avsedda att användas tillsammans med beskrivningen av vårdförloppet vid införande, verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdförlopp. De riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare.

1.1 Om stroke och TIA

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnas kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom. Symtomen ska kvarstå minst 24 timmar eller leda till döden, och inte ha någon annan uppenbar orsak än kärlsjukdom, för att definieras som stroke. Om symtomen beror på ischemi och varar kortare tid än 24 timmar definieras tillståndet som en transitorisk ischemisk attack (TIA) [1].

I Sverige orsakas stroke i 85 procent av fallen av en blodpropp (akut ischemisk stroke). I cirka tio procent av fallen orsakas den av en blödning inne i hjärnvävnaden (intracerebral blödning), medan cirka fem procent beror av en blödning mellan hjärnhinnorna (subaraknoidalblödning) [2].

Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke och 10 000 i TIA [1]. Antalet strokefall har minskat under senare år. Incidensen ökar dock med stigande ålder och fyra av fem personer som insjuknar är över 65 år. Subaraknoidalblödning drabbar en yngre patientgrupp och majoriteten är i arbetsför ålder. Stroke kan förekomma i alla åldrar, även hos barn [2, 3].

Prevalensen, det vill säga antal personer som lever och har haft en stroke tidigare i livet, uppskattades 2015 till cirka 200 000 personer, det vill säga 1 942 per 100 000 personer [4].

Ungefär tre av fyra personer med stroke kommer till akutsjukhus med ambulans och första vårdkontakten tas oftast via 112 men också via 1177 [2]. En mindre andel söker direkt på akutmottagning, alternativt tar de kontakt med primärvården eller en närakut först och hänvisas då akut vidare till en akutmottagning. Akut behandling av stroke sker primärt inom akutsjukvården.

Var femte person som får stroke avlider inom tre månader [2]. De som överlever får ofta någon form av kvarstående motoriska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar. Problem med sensorik, balans och kommunikation (tal och språk) är också vanliga. Stroke är den tredje vanligaste orsaken till funktionsnedsättningar [3]. Behovet av personcentrerad strokerehabilitering är därför stort.

1.2 Omfattning

Vårdförloppet omfattar åtgärder inför utskrivning efter stroke eller TIA, fortsatt rehabilitering samt strukturerad uppföljning och pågår vanligen livet ut. Vårdförloppet tar vid där vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård slutar.

Vårdförloppet omfattar följande verksamheter: strokeenheter, rehabiliteringsenheter inom öppen- och slutenvård, sjukhusets öppenvårdsmottagningar och primärvård. Primärvård omfattar både regional och kommunal hälso- och sjukvård. På ett flertal ställen skrivs båda organisationerna ut för att betona att det kan ske både inom region och kommun.

1.3 Vårdförloppets mål

Det övergripande målet för vårdförloppet är att utgöra ett stöd för evidensbaserad vård, rehabilitering och uppföljning efter tidiga insatser och vård vid stroke och TIA, samt att säkra övergångar mellan olika aktörer i vårdkedjan. Perspektivet för vårdförloppet är livslångt.

Målen ska uppnås genom

- en utskrivningsprocess från behandlande enheter som är individuellt anpassad och säkrar övergången till nästa vårdgivare
- ett patientkontrakt inkluderande en strokekompetent fast vårdkontakt
- tidigt understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön
- multidisciplinär teamrehabilitering i sluten- och öppenvård
- en skriftlig rehabiliteringsplan
- strukturerad uppföljning i öppen vård inkluderande livslång medicinsk sekundärprofylax

1.4 Ingång och utgång

Detta vårdförlopp är en fortsättning av vårdförloppet Stroke och TIA - tidiga insatser och vård och omfattar åtgärder livet ut.

Ingång i vårdförloppet ska ske

- inför utskrivning av patient från strokeenhet via vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård
- efter utskrivning av stroke- eller TIA-patient från annan specialiserad enhet som inte innefattas i vårdförloppet Stroke och TIA - tidiga insatser och vård (exempelvis neurokirurgi på grund av subaraknoidalblödning alternativt intracerebral blödning, eller kärlkirurgi på grund av karotisstenos) så att personerna får de insatser som inkluderas i strukturerad uppföljning och vid behov fortsatt rehabilitering.

Utgång ur vårdförloppet kan ske på något av följande sätt:

- Patienten återinsjuknar med stroke eller TIA och överförs då till vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård.
- Stroke- eller TIA-diagnos avskrivs.
- Beslut om palliativ vård tas vid livets slutskede enligt Nationellt vårdprogram för palliativ vård [5].
- Patienten avlider.

Diagnoskoder som kan vara aktuella i vårdförloppet [6]:

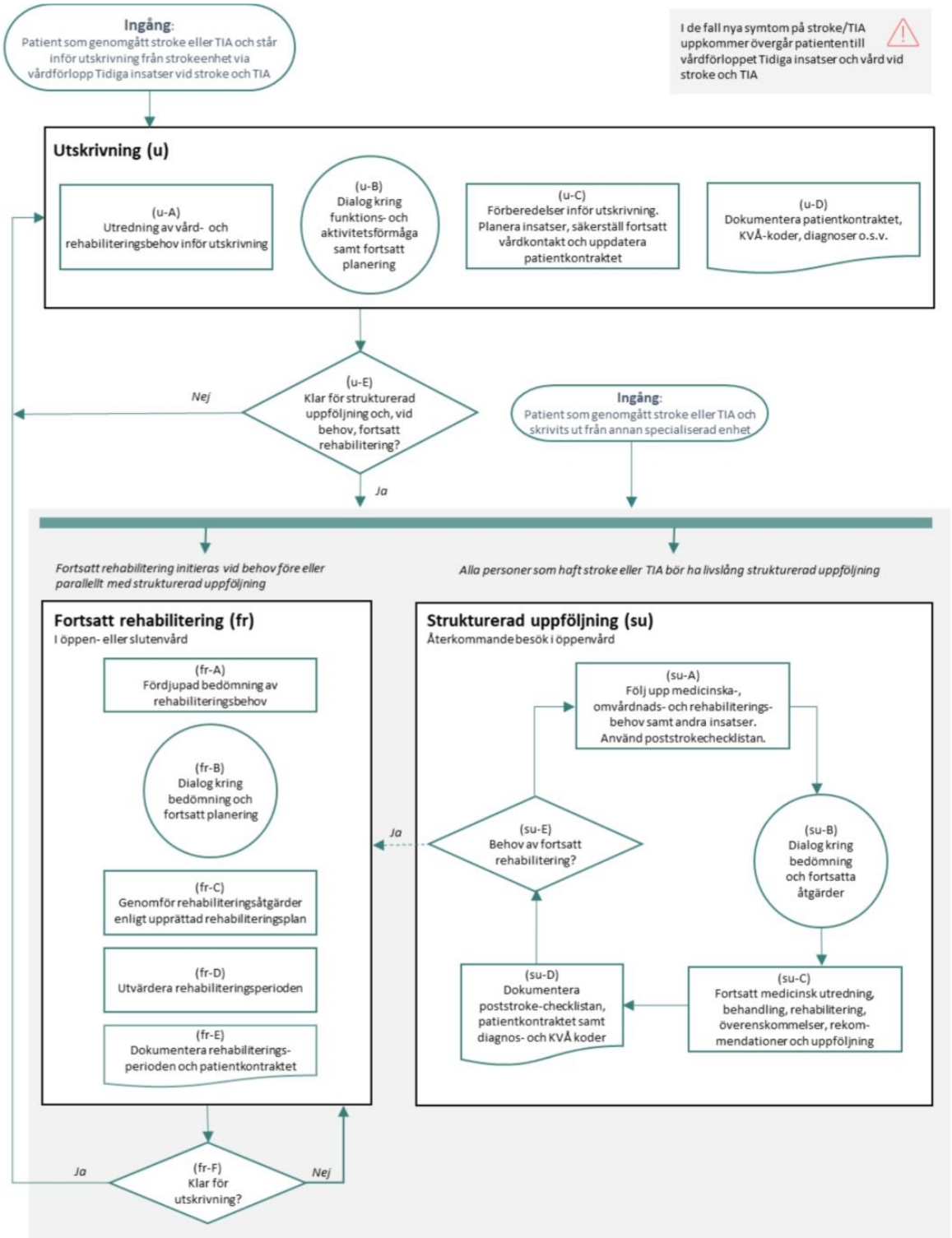
- Akut fas:
    - Cerebral infarkt, ICD-kod I63
    - Intracerebral blödning, ICD-kod I61
    - Subaraknoidalblödning (SAB) I60
    - Transitorisk ischemisk attack (TIA), ICD-kod G45 (inte G45.4)
- Senare fas: ICD-koden I69 avser följdtillstånd efter sjukdom enligt ovan under akut fas. Denna kod inkluderar följdtillstånd och sena effekter, eller tillstånd som kvarstår ett år eller mer efter det ursprungliga insjuknandet. För att särskilja ett akut insjuknande från uppföljning rekommenderas att I69/Z86 vid behov används som bidiagnos vid vårdkontakter för patienter som tidigare haft en stroke respektive TIA utan att ha en ny stroke eller TIA, oavsett om vårdkontakten sker inom tolv månader från det ursprungliga insjuknandet eller inte. De diagnoskoder som kan vara aktuella i dessa fall är
    - tidigare cerebral infarkt med sekvele, ICD-kod I69.3
    - tidigare intracerebral blödning med sekvele, ICD-kod I69.1
    - tidigare subaraknoidalblödning med sekvele, ICD-kod I69.0
    - tidigare stroke med sekvele, ICD-kod I69.4
    - tidigare stroke utan sekvele, ICD-kod Z86.7C
    - tidigare TIA, ICD-kod Z86.6A.
- Riskfaktorer för stroke:
    - Se Riksstrokes diagnoslathund [6].

KVÅ-koder:

- Strukturerad uppföljning AW001.
- Övriga KVÅ-koder som kan vara aktuella, se appendix del J.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs de åtgärdsblock som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärdsblocken i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema för vårdförlopp Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering

1.6 Vårdförloppets åtgärder

Vid åtgärder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (NR) för vård vid stroke [1] anges nedan att åtgärden *bör* erbjudas vid prioritet 1–3 och *kan* erbjudas vid prioritet 4–7. För andra åtgärder anges relevanta referenser. I appendix finns ytterligare information.

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp: Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Utskrivning (u) Utskrivningen görs från den strokeenhet där den initiala vården och rehabiliteringen av patienten har skett enligt vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård, eller inför avslut av rehabilitering inom sluten- och öppenvård. Utskrivningsprocessen syftar till att sammanfatta utförda insatser, resultat, fortsatta vård- och rehabiliteringsbehov samt säkra övergången till nästa vårdgivare. Utskrivning sker alltid till strukturerad uppföljning (su) och vid behov också till fortsatt rehabilitering (fr). I de fall nya symtom på stroke eller TIA uppkommer övergår patienten till vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård.	
(u-A) Utredning av vård- och rehabiliteringsbehov inför utskrivning Planering av utskrivning görs av multidisciplinärt stroketeam (se appendix del A-6) tillsammans med patient och närstående. • Kontrollera att utredning, bedömning, åtgärd och behandling avseende medicinska behov samt omvårdnads- och rehabiliteringsbehov är gjord. Se checklistor inför utskrivning från strokeenhet, och efter rehabilitering (se appendix del D, appendix del E och film Webb-SKU: Medicinsk och kirurgisk sekundärprevention, Introduktion till rehabilitering). • Bedöm om personen har behov av tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön (Early supported discharge, ESD) [1, 7] (se appendix del A-7 och film Webb-SKU: ESD: Tidig koordinerad utskrivning). • Bedöm om personen har behov av insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) [8]. • Bedöm personens förutsättningar för egenvårdsåtgärder enligt föreskrift om hälso- och sjukvård [9] (se appendix del A-1).	• Berätta om hälsa, mående, symtom och resurser. • Berätta om och beskriv upplevda svårigheter och begränsningar (i relation till respektive område). • Berätta om hemmiljö, roller, sociala nätverk och vardagliga aktiviteter. • Berätta om personliga, sociala, religiösa och/eller kulturella faktorer som är viktiga. • Tydliggör önskemål och behov inför utskrivning. • Informera om behov av intyg. • Beskriv upplevd förmåga och önskemål avseende egenvård.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
	• Delta i planering av och beslut om fortsatt vård, rehabilitering och stödinsatser. • Ta ställning till samtycke avseende kommunikation med andra vårdgivare samt närstående. • Ta gärna hjälp av närstående att vara med vid mötet och bistå med information.
(u-B) Dialog kring funktions- och aktivitetsförmåga samt fortsatt planering. Kommunikation sker med hänsyn till personens förutsättningar (språkförståelse, kognitiv påverkan med mera) (se appendix del A-3). Använd samtalsmetod som ökar personens medverkan och ger stöd till kunskapsinhämtning. Information och dialog förs kontinuerligt under vårdtiden om • mål och syfte med olika åtgärder, utvärdering av vård, rehabiliteringsplan samt lämplig vårdnivå • Hur funktionsbortfall (se appendix del B-4) kan påverka dagligt liv och vilka strategier som kan underlätta • rekommendationer och restriktioner • aktivitetsbalans, egenvård och vardagsrehabilitering (se appendix del B-12). • Vart personen kan vända sig vid behov av till exempel förnyad bedömning, rehabilitering eller stöd och insatser enligt SoL [8]. • Möjlighet för stöd till närstående från kommunen enligt SoL [8]. • Patientkontrakt inklusive fortsatt planering, uppföljning och fast vårdkontakt (se appendix F del och appendix del G). För mer specifik information inom funktions - och aktivitetsområden, se appendix del I.	• Formulera och ge uttryck för frågor och funderingar. • Reflektera över given information och fråga om något är oklart. • Delta i planering av fortsatta vård, rehabilitering och stödinsatser. • Ta ställning till samtycke avseende kommunikation med andra vårdgivare. • Ta ställning till om information får eller önskas delges till närstående. • Delta i utformning av patientkontrakt. • Ta gärna hjälp av närstående att vara med vid mötet och bistå med information.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(u-C) Förberedelser inför utskrivning. Planera insatser, hantera intyg och restriktioner, säkerställ fortsatt vårdkontakt och uppdatera patientkontrakt. Gör vårdplanering och förberedelser inför utskrivning (se appendix del A-8): • Planera för tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet med multidisciplinärt stroketeam som både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön [1, 7] och vid behov utför hembesök (se appendix A-7 och film Webb-SKU: ESD: Tidig koordinerad utskrivning). • Skicka remisser till berörda vårdgivare för strukturerat vårdövertagande och uppföljning inklusive rehabilitering (glöm inte specialisttandvården, se appendix del C-4). • Starta samordnad individuell plan (SIP) vid behov av insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och SoL [10] (se appendix A-8 och SKR film "SIP på 3 minuter"). • Initiera kontakt för bedömning gällande anpassning av omgivningsfaktorer, hjälpmedel eller fallpreventiva åtgärder i hemmet. • Färdigställ patientkontraktet (sammanhållen planering, fast vårdkontakt och överenskomna tider för vårdbesök) (se appendix del F och appendix del G). Intyg, rekommendationer och restriktioner (se appendix del A-4). Ges av läkare vid behov: • Skriv intyg för till exempel sjukskrivning, färdtjänst, tandvårdsstöd (se appendix del C-4) och fullmakter. • Ge personen muntlig och skriftlig information om körförbud fram till nytt ställningstagande vid återbesök (se appendix del A-4). • Gör anmälan till polisen om personen bedöms olämplig att inneha vapen. • Skicka anmälan till Transportstyrelsen avseende medicinsk olämplighet för körkortsinnehav, flygcertifikat, yrkestrafik (sjöfart, tåg) (se appendix del A-4). • Ge rekommendation om dykning. Fortsatta vårdkontakter: • Tillse att personen erbjuds namngiven fast vårdkontakt (se appendix del 1.7) [10, 11]. • Utse dessutom namngiven fast vårdkontakt med strokekompetens knuten till strokeenheten (se appendix del 1.7). Patientkontrakt: • Ge personen patientkontraktet och skicka det till aktuella vårdgivare samt fasta vårdkontakter.	• Delta vid hembesök. • Följ beslutade restriktioner.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(u-D) Dokumentera patientkontraktet, KVÅ-koder, diagnoser med mera. • Journalför patientkontraktet. • Dokumentera följande i journalen: riskfaktorer, sekundärprofylax, planering, beslut, uppföljning av anmälan om medicinsk olämplighet för körkortsinnehav eller muntligt körförbud, vapeninnehav, övriga restriktioner och fortsatt ansvar. • Registrera KVÅ-koder. • Registrera stroke- eller TIA-diagnos.	
(u-E) Klar för strukturerad uppföljning och, vid behov, fortsatt rehabilitering? • Ja: fortsätt till Strukturerad uppföljning (su-A) och, vid behov, till Fortsatt rehabilitering (fr-A). • Nej: återgå till Utskrivning (u) och komplettera med insatser.	
Fortsatt rehabilitering (fr) Många personer är i behov av fortsatt rehabilitering efter initial vård på strokeenhet. Den kan ske som en integrerad del av strokeenheten, i hemmet, i öppenvård eller i slutenvård beroende på omfattning och grad av funktionsnedsättningar samt problem med aktivitet och delaktighet. • Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet, där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför rehabilitering i hemmiljön, bör erbjudas till personer med lindrig till måttlig stroke [1, 7] (se appendix del A-7). • Multidisciplinär teambaserad rehabilitering i slutenvård bör erbjudas till personer med måttlig till svår stroke som har stort kvarvarande rehabiliteringsbehov samt kvarstående omvårdnadsbehov, direkt efter vård på strokeenhet [1] (se appendix del B-10). En del personer är även i behov av återkommande rehabilitering i senare fas. För att kunna erbjuda en personcentrerad rehabilitering är tillgång till ett multidisciplinärt team (se appendix del A-6) med särskild kunskap om stroke viktigt i alla delar av vårdkedjan, oavsett vårdnivå. Det är viktigt att involvera närstående och vårdpersonal i processen, till exempel ha en dialog och praktisk handledning i samråd med personen. I de fall nya symtom på stroke eller TIA uppkommer övergår patienten till vårdförloppet Stroke och TIA - tidiga insatser och vård.	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)

(fr-A) Fördjupad bedömning av rehabiliteringsbehov
 	
• Kartlägg personens mål, resurser, funktionsnedsättningar, problem med aktivitet- och delaktighet samt behov av stöd och anpassningar.
  ◦ Använd reliabla (pålitliga) och valida (giltiga) bedömningsinstrument så långt det är möjligt i samband med utredningen (se appendix del B-4).
 	
Sväljförmåga
• Genomför en systematisk bedömning av munhälsa inklusive risker (se appendix del B-4 och film Webb-SKU: Munhälsa).
• En logoped genomför en klinisk och instrumentell bedömning avseende grad och typ av sväljsvårigheter (se appendix del B-4). Detta inkluderar förmåga till intag per os (via munnen) samt eventuella begränsningar avseende konsistenser, volym och antal måltidstillfällen per dag (se film Webb-SKU: FUS).
• I bedömningen av sväljningens säkerhet ingår
  ◦ aspirationsrisk (gradering)
  ◦ förmåga att äta självständigt
  ◦ behov av konsistensanpassning och matningsassistans.
• I bedömningen av sväljningens effektivitet ingår
  ◦ initiering (preorala, orala och faryngeala aspekter).
  ◦ retentionsproblematik
  ◦ förmåga till nutritionsförsörjning per os.
• Gör en riskbedömning av sväljningens säkerhet och effektivitet.
• Initiera insättning av sond/PEG vid en icke säkerställd sväljning som omöjliggör fullgod nutrition per os enligt guidelines [12].
 	
Nutrition (se appendix del B-4)
• Gör en riskbedömning av undernäring där följande bedöms:
  ◦ tidigare nutritionsstatus
  ◦ aptit, ät- och sväljsvårigheter, smak- och luktförändringar
  ◦ vakenhet, förmåga att äta självständigt och ta initiativ till intag av mat och dryck (se film Webb-SKU: Måltidssituationen).
  ◦ tidigare matvanor, preferenser, allergier, intoleranser och/eller religiösa/kulturella skäl till specifika livsmedelsval
	• Berätta om hälsa, mående, symtom och resurser.
	
	• Berätta om och beskriv upplevda svårigheter och begränsningar (i relation till respektive område).
	
	• Berätta om hemmiljö, roller, sociala nätverk och vardagliga aktiviteter.
	
	• Berätta om personliga, sociala, religiösa och/eller kulturella faktorer som är viktiga.
	
	• Tydliggör önskemål och behov.
	
	• Medverka i bedömningar.
	
	• Beskriv upplevd förmåga och önskemål avseende egenvård.
	
	• Delta i planering av fortsatt vård, rehabilitering och stödinsatser.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
○ energi- och näringsbehov samt energi- och näringsintag (se film Webb-SKU: Nutrition efter stroke). Tal, språk och kommunikation (se appendix del B-4) • Utred kommunikationsförmågan (språkförståelse, läsförmåga, skrivförmåga, spontantal, kommunikativ förmåga) och omgivningsaspekter såsom stöd från närstående (se film Webb-SKU: Kommunikationssvårigheter efter stroke). • Bedöm behov av alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)/kommunikativt stöd (se appendix del A-3). • Gör en riskbedömning av förmåga att till exempel larma via telefonsamtal eller be om hjälp om farlig situation uppkommit. Kognition och perception (se appendix del B-4) • Gör en kognitiv bedömning, i form av screening och/eller i aktivitet som rekommenderas innefatta följande områden: ○ insikt (insiktsnivå är avgörande för fortsatt planering av rehabiliteringsinsatserna) [13] (se film Webb-SKU: Anosognosi) ○ exekutiva funktioner (till exempel initiativförmåga, kognitiv flexibilitet, planeringsförmåga, emotionell reglering) ○ problemlösningsförmåga ○ uppmärksamhet och arbetsminne ○ processhastighet ○ visuella och visuospatiala funktioner (se film Webb-SKU: Neglekt I och Neglekt II). ○ inlärning och minne (se film Webb-SKU: Sena komplikationer efter stroke). • Bedöm synpåverkan och hur det påverkar vardagen (se film Webb-SKU: Synrehabilitering). • Genomför icke-språkliga test vid afasi och gärna med hjälp av bildstöd i samarbete med logoped. • Bedöm behov av kognitiva hjälpmedel såsom tidshjälpmedel. • Gör en bedömning avseende risk för skada relaterat till nedsatt insikt, uppmärksamhet, forcerat eller impulsivt beteende och förändrade sinnesintryck. Ta även ställning till bilkörning och jakt. • En neuropsykologisk utredning (se appendix del B-7) initieras senare för personer som har behov av kognitiv rehabilitering och eller har behov av insatser för att optimera arbetsåtergång (se film Webb-SKU: Neuropsykologens roll). • När personer med omfattande kognitiva nedsättningar har uppnått en varaktig kognitiv nivå aktualiseras	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
neuropsykologisk utredning för bedömning av insatser enligt LSS. Det gäller för personer under 65 år (se film Webb-SKU: Myndighetsbeslut och stödinsatser). Emotionella funktioner, psykosocial situation och nätverk (se appendix del B-4) • Utred psykiskt mående (behov av kurator eller psykologkontakt) samt nedstämdhet och oro relaterat till aktuellt insjuknande (se film Webb-SKU: Sena komplikationer vid stroke). • Utred psykosocial situation och nätverk. • Bedöm behov av stödjande insatser av emotionell eller praktisk karaktär för närstående. Särskild vikt läggs vid detta om det finns minderåriga barn i familjen (se film Webb-SKU: Krisreaktioner och bemötande efter stroke och Stöd till anhöriga). • Gör en riskbedömning avseende depression och i förekommande fall suicidbedömning. Fatigue (se appendix del B-4) • Utred underliggande orsaker till fatigue (se appendix del B-5). • Gör en riskbedömning av försämrad funktions- och aktivitetsförmåga som kan uppstå vid fatigue på grund av att personen inte orkar kompensera (se film Webb-SKU: Sena komplikationer vid stroke). Rörelse- och förflyttningsförmåga (se appendix del B-4) • Bedöm följande områden: ○ motorisk funktion, känsel, svullnad ○ ledrörlighet, axelsubluxation, muskeltonus/spasticitet ○ smärta i vila och rörelse ○ balans och postural kontroll i sittande och stående, yrsel ○ koordination och rörelsekvalitet ○ förmåga att klara förflyttningar ○ gångförmåga inklusive trappgång ○ behov av ortoser/hjälpmedel (se film Webb-SKU: Ortopedtekniska hjälpmedel för patienter med stroke). ○ kondition och muskelstyrka. • Gör en riskbedömning av fall, kontrakturer, smärta, svullnad, spasticitet, instabilitet i knä, trycksår (se film Webb-SKU: Fysioterapi, att återerövra ett liv i rörelse, Träning och fysisk aktivitet efter stroke och Komplikationer efter stroke - spasticitet).	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Vardagliga aktiviteter, arbete och fritid (se appendix del B-4) • Bedöm hur kognitiva, kommunikativa, fysiska och emotionella nedsättningar och fatigue påverkar aktivitetsutförandet i relation till ○ roller, vanor och aktivitetsidentitet ○ personlig vård ○ aktiviteter i och utanför hemmet ○ sexuell hälsa och samliv (se appendix del B-8 och film Webb-SKU: Sexualitet efter stroke) ○ fritid ○ arbete/studier/sysselsättning ○ behov av kompensatoriska åtgärder såsom hjälpmedel, omgivningsanpassning och strategier som främjar vardagliga aktiviteter ○ körförmåga [14] ○ omgivningsfaktorer utifrån den kontext som personen befinner sig i (hemmiljö, närmiljö, arbetsplats, studiemiljö). • Gör riskbedömning av moment i vardagen som kan innebära risker i aktivitetsutförandet (exempelvis hantering av spis).(Se film Webb-SKU: Arbetsterapeutens roll och bedömningar och Arbetsterapeutiska åtgärder). Hälsosamma levnadsvanor • Kartlägg ○ grad av fysisk aktivitet och motionsvanor ○ matvanor, rökning, intag av alkohol ○ aktivitetsbalans, sömnvanor och stress (se film Webb-SKU: Aktivitetens betydelse, hjärntrötthet och aktivitetsbalans). (Se appendix del B-4 och film Webb-SKU: Levnadsvanor)	
(fr-B) Dialog kring bedömning och fortsatt planering • Ha en dialog med personen och dennes närstående kring resurser och funktionsnedsättningar inom respektive område samt problem i aktivitet och delaktighet (se appendix del I). • Ha en dialog kring kommande planering och syfte med olika åtgärder. • Kommunikationen sker med hänsyn till personens förutsättningar. Använd en samtalsmetod som ökar personens medverkan (se appendix del A-3).	• Formulera och ge uttryck för frågor och funderingar. • Reflektera över given information och fråga om något är oklart. • Ta ställning till samtycke avseende kommunikation med andra vårdgivare. • Ta ställning till om information får/önskas delges till närstående.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(fr-C) Genomför rehabiliteringsåtgärder enligt upprättad rehabiliteringsplan Rehabiliteringsåtgärderna är teambaserade och/eller professions-specifika och innefattar medicinska, psykologiska, pedagogiska, fysiska, kognitiva samt sociala aspekter [15]. De består av att eliminera eller minska symtom; träna för att förbättra förmågan; kompensera för olika funktionsnedsättningar genom anpassningar och hjälpmedel, samt att stödja personen att utveckla hanteringsstrategier [16]. Åtgärderna kan även bestå av individanpassat träningsprogram för personen, samt handledning i praktiska moment för närstående och personal [1]. Samtliga åtgärder utvärderas och anpassas kontinuerligt under rehabiliteringen. Upprätta, i nära dialog med personen och eventuella närstående, en rehabiliteringsplan som innefattar personens mål, teamets bedömning, åtgärder inklusive egenvård, tidplan och utvärdering [17] (se appendix del H). Förslag på åtgärder för att förbättra sväljförmåga • Erbjud åtgärder för att bibehålla eller återställa munhälsa (se film Webb-SKU: Munhälsa). • Se till att sittställningen är god och omgivningen inte är störande. • Erbjud intensiv sväljträning för förbättrad sväljfysiologi och säkrare sväljteknik [18]. • Använd kompensatoriska åtgärder (till exempel konsistensanpassning) och/eller aktiva behandlingar vid dysfagi. Inkludera sväljning av saliv/vatten/annan bolus [19] (se film Webb-SKU: Dysfagi vid stroke). • Ta kontinuerligt ställning till uppgradering av mängd, volym och/eller kostkonsistens vid kvarstående sväljsvårigheter [18]. • Rekommendera borttagande av PEG/sond om uppföljning visar säker sväljförmåga och om förmågan att täcka det egna energi- och vätskebehovet samt säkerställt läkemedelsintag. Förslag på åtgärder för att förbättra nutrition ○ Ordinera personcentrerad anpassad peroral kostbehandling (till exempel konsistensanpassning, berikning, anpassad måltidsordning, livsmedelsval och kosttillägg). ○ Anpassa måltidsmiljö och stöd vid måltid (se film Webb-SKU: Måltidssituationen). ○ Ordinera enteral nutrition, enbart eller i kombination med oral och/eller parenteral nutrition. Gastrostomi bör erbjudas vid kvarstående behov av enteral nutrition [1, 12] (se film Webb-SKU: Enteral nutrition).	• Berätta om hälsa, mående, symtom och resurser. • Berätta om och beskriv upplevda svårigheter och begränsningar. • Berätta om hemmiljö, roller, sociala nätverk och vardagliga aktiviteter. • Berätta om personliga, sociala, religiösa och/eller kulturella faktorer som är viktiga. • Tydliggör önskemål och behov. • Var delaktig i utformandet av rehabiliteringsplan med mål och åtgärder för att uppnå bästa möjliga livskvalitet. • Ta ansvar för och delta aktivt i vård och rehabilitering efter förmåga. • Ta ställning till närståendes delaktighet i rehabiliteringen. • Formulera och ge uttryck för behov av stöd i rehabilitering och förändring av levnadsvanor. • Ta ansvar för överenskommen egenvård.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)

Förslag på åtgärder för att förbättra tal, språk och kommunikation
• Identifiera nätverk avseende kommunikationsstöd.
• Anpassa omgivningsfaktorer (omvårdnad och träning) för att öka aktivitet och delaktighet vid nedsatt kommunikation.
• Intensiv språklig träning (minst 4 timmar i veckan) bör erbjudas till personer som har afasi efter stroke [1].
• Funktionell kommunikationsträning kan erbjudas med hjälp av samtalsstödjande kommunikationstekniker (kompensatoriska tekniker) [1, 20].
• Ge samtalspartners utbildning i strategier för kommunikation (kommunikationspartnerträning) [21].
• Erbjud adekvat kommunikationsstöd via logoped, taltjänst [22] (se 1177 Tolktjänster vid funktionsnedsättning) eller annan person med goda kunskaper om samtalsstödjande kommunikationstekniker.
• Utforma och prova ut hög- och lågteknologiska kommunikationshjälpmedel samt träningsmaterial.
 	
(se film Webb-SKU: Kommunikationssvårigheter efter stroke).
Förslag på åtgärder för att förbättra kognition och perception (se appendix del B-6)
• Vid skador där personen rimligen inte kommer kunna nå insikt rekommenderas träning av externa kompensatoriska strategier [13].
• Vid nedsatt insikt, och där utredningen visar på att personen har möjlighet att förvärva insikt rekommenderas att metakognitiv strategiträning genomsyrar rehabiliteringen [23].
• För de personer som har tillräcklig insikt för att kunna tillgodogöra sig rehabiliteringen erbjuds evidensbaserade metoder enligt följande [1]:
  ○ Vid nedsatta exekutiva funktioner och nedsatt problemlösningsförmåga bör träning i kompensatoriska tekniker för att öka problemlösningsförmågan erbjudas.
  ○ Vid minnesstörning bör träning i att använda kompensatoriska tekniker för minnesfunktion erbjudas [1] (se film Webb-SKU: Sena komplikationer vid stroke).
  ○ Vid nedsatt uppmärksamhetsförmåga kan specifik uppmärksamhetsträning erbjudas. För att underlätta överföring till vardagsfunktioner rekommenderas även att metakognitiva inslag ingår [13].
  ○ Vid neglekt kan avsökningsträning och spegelterapi erbjudas (se film Webb-SKU: Neglekt I och Neglekt II).	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• Överväg kompensatoriska strategier vid synpåverkan samt synrehabilitering (se appendix del B-11 och film Webb-SKU: Synrehabilitering). Åtgärder för att förbättra emotionella funktioner, psykosocial situation och nätverk • Samtalsstöd bör erbjudas till personer med emotionella och psykiska reaktioner efter en stroke [1]. • Erbjud närstående stöd utifrån behov [24] (se film Webb-SKU: Stöd till anhöriga). • Erbjud barn information, råd och stöd utifrån ålder och mognad i samråd med vårdnadshavare [25-27]. • Erbjud vid behov stöd i ekonomiska, juridiska och socialrättsliga frågor. Stödet kan bestå av information och rådgivning om samhällets resurser, praktiska åtgärder inom det sociala området eller hänvisning till annan instans (se film Webb-SKU: Juridiska och ekonomiska aspekter vid stroke). Åtgärder för att minska fatigue • Handlägg fatigue pragmatiskt; se över sömnhygien, fysisk träning, medicinering, undervisa om faktorer som påverkar fatigue, samtala om aktivitetsbalans och strategier (se appendix del B-5 och film Webb-SKU: Aktivitetens betydelse, hjärntrötthet och aktivitetsbalans och Sena komplikationer vid stroke). Åtgärder för att förbättra rörelse- och förflyttningsförmåga [1] • Uppgiftsspecifik träning bör erbjudas till personer med nedsatt motorik och gångförmåga efter stroke [1]. • Modifierad CI-terapi kan erbjudas till personer med nedsatt motorik i arm och hand [1]. • Spegelterapi kan erbjudas vid måttlig till uttalad nedsatt motorik i arm och hand efter stroke [1]. • Botulinumtoxin i kombination med andra åtgärder (såsom arbetsterapi, fysioterapi eller ortoser) kan erbjudas till personer med spasticitet som orsakar problem efter stroke [1]. • Positionera och hantera den påverkade armen varsamt för prevention av skuldersmärta och handsvullnad [28]. • Avlastande hjälpmedel för armen bör erbjudas vid smärta i skuldran efter stroke [1]. • Sensorisk stimulering med TENS kan erbjudas vid smärta i skuldran [1]. • Gångmatta med kroppstyngdsavlastning kan erbjudas vid nedsatt gångförmåga, måttlig till uttalad, efter stroke [1].	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• Sätt in tryckavlastande åtgärder vid begränsad förflyttnings-förmåga för att motverka trycksår i liggande och sittande ställning. • Fallpreventiva åtgärder bör erbjudas vid ökad risk för fall [1]. • Uppgiftsspecifik träning kan erbjudas till personer mer än ett år efter insjuknandet i stroke [1]. (se film Webb-SKU: Fysioterapi vid stroke, att återerövra ett liv i rörelse, och Träning och fysisk aktivitet efter stroke). Åtgärder för att främja vardagliga aktiviteter, arbete och fritid • Uppgiftsspecifik träning bör erbjudas till personer med nedsatt ADL-förmåga efter stroke [1]. • Uppgiftsspecifik träning efter mer än 1 år kan erbjudas [1]. • Överväg inlärning av kompensatoriska strategier och användande av hjälpmedel vid avsaknad av aktiv motorik i arm och hand för att främja aktiviteter [28]. • Anpassning av omgivningsfaktorer bör erbjudas för att öka aktivitet och delaktighet vid nedsatt ADL-förmåga [1]. • Överväg åtgärder riktade mot arbete, studier och sysselsättning exempelvis genom coachning, stödjande funktion, anpassning av miljön, kompensatoriska strategier gällande nedsatt fysisk funktion samt hantering av fatigue [20]. • Samverka med andra aktörer vid arbetsåtergång och sjuk-skrivning exempelvis via rehabiliteringskoordinator [29] (se appendix del B-2 och se film Webb-SKU: Arbetslivsinriktad rehabilitering efter stroke). • Överväg att sätta in åtgärder för att bryta eller motverka isolering (se appendix del B-9). • Se film Webb-SKU: Arbetsterapeutens roll och bedömningar och Arbetsterapeutiska åtgärder). Vid val av åtgärd finns förslagsvis den arbetsterapeutiska interventionsmodellen, CO-OP [30, 31] (se appendix del B-3). Åtgärder för att främja hälsosamma levnadsvanor • Hälso- och sjukvården bör erbjuda konditions- och styrketräning till personer som är inaktiva efter stroke [1]. • Kvalificerat rådgivande samtal bör genomföras som stöd för förändring vid ohälsosamma matvanor [1]. • Överväg att erbjuda Fysisk aktivitet på recept (FaR) för att främja och anpassa fysisk aktivitet. • Ha samtal om rökstopp och alkohol. • Överväg åtgärder för att förbättra sömn och minska stress [32]. (se film Webb-SKU: Levnadsvanor).	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(fr-D) Utvärdera rehabiliteringsperioden • Rehabiliteringen utvärderas kontinuerligt och avslutas när målen i rehabiliteringsplanen är uppfyllda, eller när den överenskomna rehabiliteringsperioden har genomförts. • Vid utskrivning från rehabiliteringen använd checklista inför utskrivning från strokeenhet och efter rehabilitering i tidig fas (se appendix del D) eller sen fas (se appendix del E). • Gör en plan för fortsatta insatser och nästa instans inför utskrivningen. • Ha en dialog tillsammans med personen kring de olika delarna i patientkontraktet (se appendix del I).	• Delta i utvärdering av insatser samt mål i rehabiliteringsplaner. • Delta i och samtycka till utformning av patientkontrakt inklusive rehabiliteringsplan. • Ta ställning till samtycke avseende kommunikation med andra vårdgivare. • Ta ställning till om information får/önskas delges till närstående. • Reflektera över given information och fråga om något är oklart.

(fr-E) Dokumentera rehabiliteringsperioden och patientkontraktet
• Sammanfatta och dokumentera rehabiliteringsperioden gällande
  ○ rehabiliteringsplanen
  ○ journalen
  ○ KVÅ koder (se appendix del J).
• Uppdatera patientkontraktet (se appendix del F).	

(fr-F) Klar för utskrivning? • Ja: fortsätt till Utskrivning (u-A). • Nej: återgå till Fortsatt rehabilitering (fr) och komplettera insatserna och planeringen.	
Strukturerad uppföljning (su) Personer med stroke eller TIA har efter utskrivningen från strokeenhet eller annan specialiserad enhet ofta fortsatt behov av medicinska åtgärder, omvårdnads- och rehabiliteringsåtgärder. För att möta behoven bör en strukturerad uppföljning erbjudas enligt NR [1]. Uppföljning med tillgång till ett multidisciplinärt team med särskild kompetens inom stroke är viktigt för att kunna bedöma behov, erbjuda relevanta insatser och kunna hänvisa vidare till rätt instans. Uppföljningen sker inom öppenvård på sjukhus, primärvård i regionen eller kommunal hälso- och sjukvård. Uppföljning av strokekompetent läkare inom specialist- eller primärvård behöver ske inom 1–3	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
månader för patient med TIA-diagnos och inom 3–6 månader för patient med strokediagnos. Återbesök rekommenderas därefter ske minst årligen, utifrån personens behov. I de fall nya symtom på stroke/TIA uppkommer övergår patienten till vårdförloppet för akut insjuknande.	
(su-A) Följ upp medicinska-, omvårdnads- och rehabiliteringsbehov samt andra insatser. Använd post-stroke-checklistan (PSC) (se appendix del C-3). Inför uppföljningsbesök: • Ge personen möjlighet att möjlighet att förbereda sig genom att skriva ned sina frågor och fylla i patientversion av checklista (mer information och formulär) • Provtagning anpassas utifrån aktuellt status och pågående läkemedelsbehandling. Se tilläggsdelen till PSC som inkluderar frågor om sekundärprevention. • Ta blod-, elektrolyt-, lever- (ALAT), lipidstatus (ej vid blödning), SR eller CRP och b-glukos. • Ta vilo-EKG. Vid uppföljningsbesök Den strukturerade uppföljningen omfattar bedömning av [1] • somatiskt status ○ Allmäntillstånd, Hjärt-lung-auskultation, puls, blodtryck ○ Riktat neurologiskt status ○ Funktionsstatus • sekundärpreventiva åtgärder (såsom läkemedelsbehandling och stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor) (se film Webb-SKU: Medicinsk och kirurgisk sekundärprevention och Levnadsvanor) • nytillkomna eller förändrade symtom (såsom neurologiska symtom, depression, smärta, minnesstörningar, emotionalism, ångest, hjärntrötthet (fatigue), och inkontinens) • förändrad eller försämrad munhälsa såsom till exempel bristande munhygien, uttalad muntorrhet och kvarvarande matrester efter måltid. Säkerställ aktuell tandvårdskontakt. • nutrition: kvarstående eller nytillkomna nutritionssvårigheter som ät- och sväljsvårigheter, nedsatt aptit, förändrat matintag, viktnedgång • förändrad livssituation (såsom relationer med närstående samt arbets- och bostadssituation) • funktionsförmåga (såsom motorik, ledrörlighet, balans, känsel, spasticitet, perception/neglekt och kognition).	Före besöket: • Fylla i självskattnings-formulär. • Fundera på vad som är viktigt att ta upp under besöket och skriv gärna ner dina frågor • Påkalla behov om taltjänst behövs. • Ta gärna med närstående till besöket. Under besöket: • Tydliggör önskemål och behov. • Informera om behov av intyg. • Ta ställning till fortsatta eller nytillkomna aktiviteter, stöd och rehabilitering. • Diskutera hur fortsatta kontakter kan se ut och vilken form som passar bäst.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• aktivitetsförmåga (såsom kommunikation, förflyttningar, vardagliga aktiviteter, sex och samliv samt fritidsaktiviteter) • behov av rehabiliteringsinsatser (inklusive stöd för arbetsåtergång) samt hjälpmedel • lämplighet för innehav av körkort och vapenlicens • personens och närståendes tillfredställelse med befintlig vård och rehabilitering. Ta därutöver ställning till följande: • Är personen färdigutredd? • Är stroke eller TIA-diagnos korrekt (föreligger annan diagnos än stroke/TIA eller stroke initialt bedömd som TIA?)? • Behöver personen medicinsk behandling av sena effekter (depression, spasticitet, central smärta eller epilepsi)? • Har personen rätt till tandvårdsstöd (se appendix del C-4) vid sex månaders uppföljning? • Har personen rätt fast vårdkontakt (se appendix del 1.7) • Finns behov av fortsatt social utredning till exempel enligt Lagen och stöd och service (LSS) (se film Webb-SKU: Myndighetsbeslut och stödinsatser)? • Föreligger nya rehabiliteringsbehov? • I vilken grad klarar personen vara delaktig i sin egenvård (till exempel medicinering, daglig rehabilitering med mera)? • Finns behov av förnyad sjukskrivning, arbetsförmågebedömning, arbetsinriktad rehabilitering (se film Webb-SKU: Arbetslivsinriktad rehabilitering efter stroke). Utgå i dialogen från • ett validerat instrument, exempelvis Post-stroke checklistan [33] (se appendix del C-3 och film Webb-SKU: Post-Stroke checklista). • patientkontraktet (innehåll och utfall). Utvärdera måluppfyllelse, effekter av åtgärder, inklusive egenvård och patienttillfredsställelse av • medicinsk utredning och behandling • omvårdnad • rehabilitering. Modeller för strukturerad uppföljning beskrivs i appendix (se förslag del C-1 och förslag del C-2).	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(su-B) Dialog kring bedömning och fortsatta åtgärder Information till person och närstående anpassas individuellt och kommunikation sker med hänsyn till personens förutsättningar (språkförståelse, kognitiv påverkan med mera, (se appendix del A-3). Använd samtalsmetod som ökar personens medverkan och ge stöd till kunskapsinhämtning. Ha dialog, ge information och råd om • mål och syfte med olika åtgärder, utvärdering av vård, rehabiliteringsplan samt lämplig vårdnivå • fortsatta rekommendationer och restriktioner • aktivitetsbalans (se appendix del B-1), egenvård (se appendix del A-1) och vardagsrehabilitering (se appendix del B-12, och film Webb-SKU: Aktivitetens betydelse, hjärntrötthet och aktivitetsbalans) • var personen kan vända sig vid behov av till exempel förnyad bedömning, rehabilitering, eller stöd och insatser enligt SoL [8] (se film Webb-SKU: Myndighetsbeslut och stödinsatser) • möjlighet för stöd till närstående från kommunen enligt SoL [8] • patientkontrakt inklusive fortsatt planering, uppföljning och fast vårdkontakt För mer specifik information inom funktions- och aktivitetsområden (se appendix del I).	• Formulera och ge uttryck för frågor och funderingar. • Reflektera över given information och fråga om något är oklart. • Delta i planering av fortsatt vård, rehabilitering och stödinsatser. • Ta ställning till samtycke avseende kommunikation med andra vårdgivare. • Delta i uppdatering av patientkontrakt.

(su-C) Fortsatt medicinsk utredning, behandling, rehabilitering, överenskommelser, rekommendationer och uppföljning
 	
Åtgärder sker utifrån personens behov.
Fortsatt medicinsk utredning, behandling och rehabilitering sker på öppenvårdsmottagningar inom den specialiserade vården alternativt i primärvård i region eller kommunal vård och omsorg.
• Genomför fortsatt medicinsk utredning.
• Fortsätt eller ändra sekundärpreventiv behandling (trombocythämmare, antikoagulantia, blodtrycks- och statinbehandling) (se film Webb-SKU: Medicinsk och kirurgisk sekundärprevention).
• Starta medicinsk behandling av sena effekter vid stroke (blödning och ischemi):
  ○ Behandling med antidepressiva läkemedel bör erbjudas personer med depression [1].
  ○ Behandling med tricykliska antidepressiva läkemedel (amitriptylin), antiepileptika eller SSRI-preparat kan erbjudas till personer med central smärta efter stroke [1].
	• Medverka till att beslutade åtgärder i patientkontraktet kan genomföras.
	• Ta ansvar för att följa beslutade restriktioner.
	• Ta ansvar för och delta aktivt i vård och rehabilitering efter förmåga.
	• Ta ansvar för överenskommen egenvård.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
○ Behandling med botulinumtoxin i kombination med andra rehabiliteringsåtgärder kan erbjudas personer med spasticitet efter stroke [1]. ○ Behandling med antiepileptiska läkemedel bör erbjudas personer med epilepsi [1]. • Diskutera hantering av personens läkemedel inklusive eget läkemedelsansvar. • Fortsätt vård och rehabilitering hos aktuella vårdgivare (se appendix del B-12) Överenskommelser och kontakter • Initiera kontakt med kommun för bedömning om insatser ska ske enligt socialtjänstlagen (se film Webb-SKU: Myndighetsbeslut och stödinsatser). • Initiera SIP (se appendix del A-8 och film SKR: SIP på 3 minuter). • Initiera ny rehabiliteringsbedömning (förändrat behov eller möjlighet tillgodogöra sig rehabilitering, anpassning av omgivningsfaktorer, hjälpmedel, fallpreventiva åtgärder i hemmet eller kommunikationsstöd). • Säkra fast vårdkontakt (se appendix del 1.7) i primärvård inom region eller kommun. • Initiera kontakt och skicka underlag för eventuell fortsatt social utredning till exempel LSS, arbetsförmågebedömning eller arbetsinriktad rehabilitering (se film Webb-SKU: Myndighetsbeslut och stödinsatser). • Skriv intyg för till exempel sjukskrivning, FaR (fysisk aktivitet på recept), tandvårdsstöd (se appendix del C-4), handikapparkering, färdtjänst och fullmakter. • Uppdatera patientkontraktet tillsammans med patienten. • Skicka remisser till andra vårdgivare. • Skicka underlag och handlingar till andra aktörer. Rekommendationer och restriktioner (se appendix del A-4) • Ha dialog kring fortsatta eller nya restriktioner som förbud mot bilkörning, vapeninnehav, flygcertifikat, yrkestrafik (sjöfart, tåg, med mera) och rekommendationer om dykuppehåll, längd av förbud samt fortsatt uppföljning och ansvar. • Gör anmälan till polis avseende vapeninnehav. • Gör anmälan till Transportstyrelsen avseende medicinsk olämplighet att inneha körkort, flygcertifikat, yrkestrafik (sjöfart, tåg) (se appendix del A-4). Ge stöd • avseende läkemedelsdelning och hantering (dosdispensering)	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• om hälsosamma levnadsvanor (matvanor, fysisk aktivitet (FaR), sömn, stress, tobak, alkohol) (se film Webb-SKU: Levnadsvanor) • beträffande oro och krishantering. (se film Webb-SKU: Krisreaktioner och bemötande efter stroke). Uppföljning • Planera in kommande uppföljningsbesök, vårdnivå, när och form.	
(su-D) Dokumentera post-stroke-checklistan, patientkontraktet samt diagnos- och KVÅ-koder • Dokumentera i journal vapeninnehav, körförbud, och eventuellt andra restriktioner (tid och omfattning av förbud samt ansvarig för ny bedömning). • Dokumentera i patientkontrakt (sammanhållen planering, fast vårdkontakt och överenskomna tider för vårdbesök). • Registrera diagnos status post stroke eller TIA-diagnos [6] (se appendix del 1.4). • Registrera KVÅ-kod AW001 för strukturerad uppföljning.	
(su-E) Behov av fortsatt rehabilitering? Ja: fortsätt till Fortsatt rehabilitering (fr-A) parallellt med fortsatt strukturerad uppföljning. Nej: fortsätt med strukturerad uppföljning.	

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

Personcentrering och patientkontrakt är beaktat i ovan beskrivna åtgärder och ett exempel på innehåll finns i appendix del F. Utöver detta är viktigt att lyfta fram nedanstående.

Detta vårdförlopp ”Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering” innefattar en längre tidsperiod där personen kommer att möta flera olika vårdgivare, på strokeenheten, inom olika rehabiliteringsenheter, samt i primärvård inom region och kommun. Vårdförloppet beskriver olika svårigheter och behov samt personcentrerade åtgärder. Personers behov och förutsättningar är olika och vad som är viktigt för personen kan förändras med tid och i olika skeden i vårdförloppet.

Vård och behandlingar ska enligt patientlagen så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med personen [11]. Information ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet och individen ska ha möjlighet att vara delaktig, enligt egna önskemål och förmåga. Informationen ska vara individanpassad utifrån personens förutsättningar, erfarenheter och önskemål om fortsatta åtgärder och möjliga behandlingar. Information till och delaktighet av närstående har hög prioritet. Närstående har enligt SoL [8] rätt att få stöd från kommunen vilken ska erbjuda stöd och underlätta för närstående till personer som är långvarigt sjuka eller som stödjer en person som har funktionshinder.

Delaktighet innebär att patienten medverkar i beslut om vård och behandling och även själv förmedlar kunskap och erfarenhet till medarbetare i vården. Symtom som nedsatt kommunikationsförmåga, förvirring, neglekt, medvetandepåverkan, synstörning samt kognitiv nedsättning försvårar patientens delaktighet, dialog och information. Situationen ställer stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ förmåga hos vårdgivarna. Samtalsstödjande kommunikationsteknik kan användas av samtalspartnern (till exempel vårdpersonal eller närstående) vid tal-, språk- och kommunikationssvårigheter.

Många patienter med stroke har svårt att ta till sig muntlig information på grund av ovanstående nämnda symtom. Det är därför av extra stor vikt att den muntliga informationen kompletteras med skriftlig information. Den skriftliga informationen underlättar även personens dialog med närstående om hälsotillståndet. Den möjliggör också en effektiv, god och säker vård med säkra vårdövergångar.

I den gemensamma skriftliga överenskommelsen i patientkontraktet, blir det tydligt vad personen, utifrån sina förutsättningar och önskemål, förväntas göra och vad vården gör. Patientkontraktet består av flera delar som tillsammans ska bidra till samförstånd och delat ansvar mellan personen och vården; en gemensam överenskommelse, sammanhållen planering omfattande såväl medicinsk- och omvårdnads- samt rehabiliteringsplanering, fast(a) vårdkontakt(er) och överenskomna tider [34]. Patientkontraktet initieras tidigt under vårdförloppet och uppdateras därefter alltefter som ny information tillkommer under vårdtillfället. Överenskommelsen dokumenteras i journalen. Vid utskrivningen lämnas patientkontraktet till patienten samt skickas till fasta vårdkontakt(er), till den/de enheter som ansvarar för utredning, vård och rehabilitering.

Personer med stroke kan ha svårt att själva kontakta vårdgivare eller veta var de ska vända sig. Varje patient har enligt patientlagen rätt till en fast vårdkontakt. Hälso- och sjukvården ska genom den fasta vårdkontakten ansvara för samordning och koordinering av vårdinsatserna. En fast vårdkontakt

kan utses i alla verksamheter, men finns oftast inom primärvården. Personen ska också få möjlighet att välja *en fast läkarkontakt* inom primärvården.

För personer patienter med stroke rekommenderas under en initial övergångsperiod en fast "stroke"-vårdkontakt. Denne bör ha särskild strokekompetens och ingå i stroketeamet. Den fasta "stroke" vårdkontakten har som uppgift att stödja patienten, koordinera och samordna vårdbehov samt säkra vårdövergången från slutenvårdstillfället till den fortsatta vården med i många fall flera olika aktörer.

Med fördel är det den fasta "stroke"-vårdkontakten som går igenom Post-stroke checklistan vid första återbesöket. Efter den initiala övergångsperioden avslutas denna fasta "stroke"-vårdkontakt och informationen överförs till den fasta vårdkontakten inom primärvården.

Patientkontraktet uppdateras under hela det fortsatta vårdförloppet när ny information tillkommer och förväntas alltid finnas tillgängligt för såväl personen som aktuella vårdgivare. Den fortsatta uppföljningen sker ofta tillsammans med flera olika aktörer som inte sällan har olika huvudmän och journalsystem vilket försvårar uppdatering av patientkontraktet. Det är därför angeläget att det snarast utvecklas en digital lösning där alla aktuella vårdgivare kan uppdatera patientkontraktet och där personen kan läsa och skriva in kommentarer. Först då kommer lagstiftarens intention med patientkontraktet fungera fullt ut.

2. Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppets mål och åtgärder följs upp genom resultat- och processmått vilket skapar förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete. Befintliga källor för uppföljning ska användas i den mån det går men målsättningen på längre sikt är att oavsett vilken källa som används för uppföljning så ska strukturerad vårddokumentation utgöra grunden. Det innebär också att uppföljning av vårdförloppen, i så stor utsträckning som är möjligt, ska baseras på information som är relevant för vården av patienten.

I nästa avsnitt sammanfattas vårdförloppets nuvarande datatillgång och uppföljningsmöjligheter. För att förverkliga uppföljningen av vårdförloppet kommer ytterligare arbete krävas, såväl nationellt gemensamt som regionalt och lokalt.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Flertalet av indikatorerna har kvalitetsregistret Riksstroke som källa och utgör etablerade processmått. Riksstroke har hög täckningsgrad och god datakvalitet. Målnivåer från Riksstroke och Socialstyrelsen anges när sådana finns.

Strukturerad uppföljning efter stroke kan följas genom registrering av KVÅ-kod och samkörning med regionala vårddatabaser som potentiellt kan fånga uppföljning såväl vid sjukhus som inom primärvård. Användandet av KVÅ-koder och samkörningar behöver ytterligare utvecklas.

2.2 Indikatorer för uppföljning

Indikatorerna i tabell 2 och 3 visar vilka indikatorer som avses följas. För detaljerad information om hur indikatorerna beräknas hänvisas till webbplatsen www.kvalitetsindikatorkatalog.se där kompletta specifikationer publiceras i takt med att de är genomarbetade. Där beskrivs och motiveras också de valda indikatorerna.

Indikatorerna redovisas könsuppdelat och totalt, och för både region- och enhetsnivå när det är möjligt och relevant.

Tabell 2. Utfallsmått

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Död 3 månader efter stroke	Anges ej	Riksstroke	Riksstroke
ADL-beroende 3 månader efter stroke	Anges ej	Riksstroke	Riksstroke
Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke	Anges ej	Riksstroke	Riksstroke
Nöjda med rehabilitering 3 och 12 månader efter stroke	87 %	Riksstroke	Riksstroke
Återinsjuknande inom 1 år	Anges ej	Riksstroke	Riksstroke

Tabell 3. Processmått

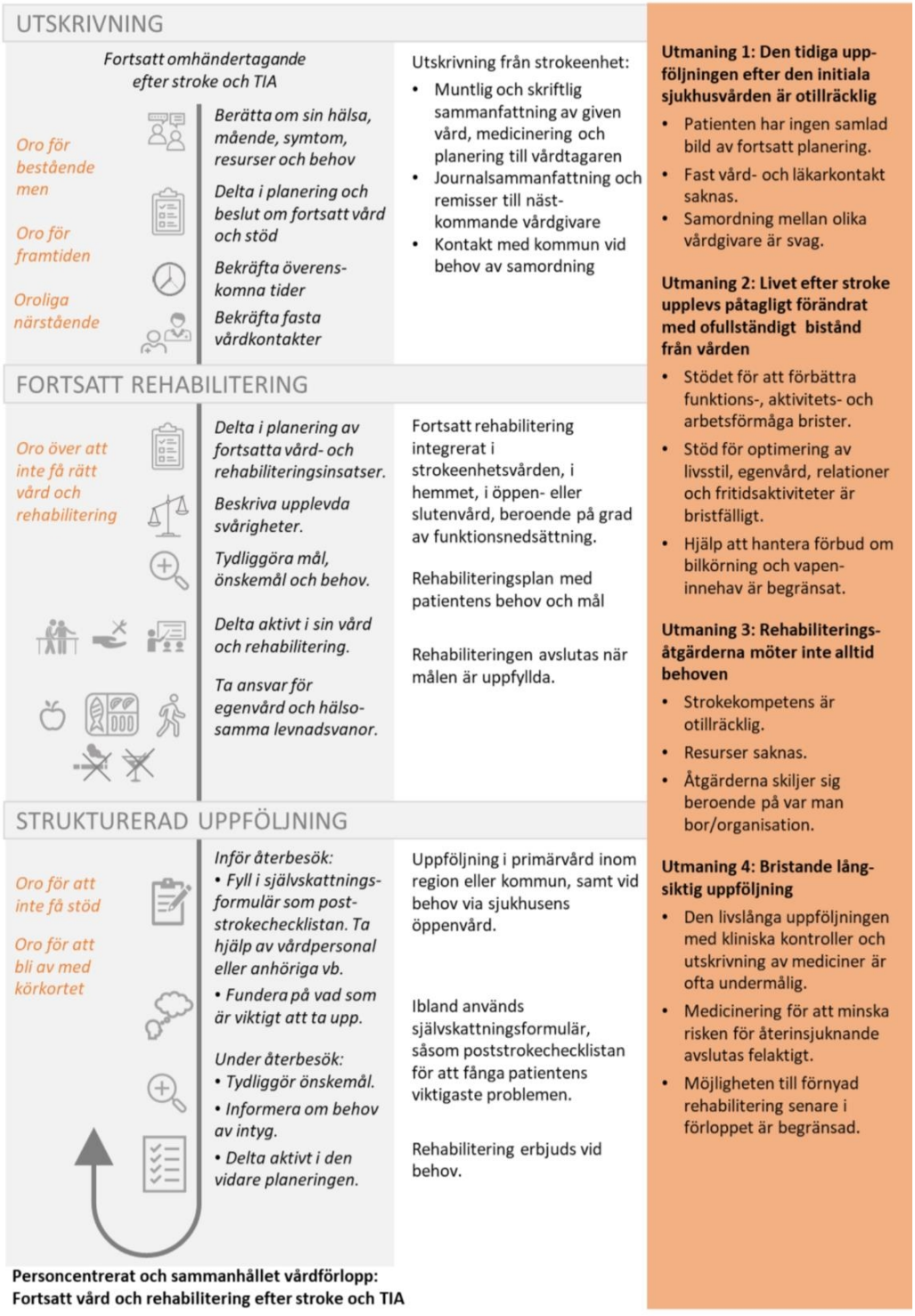
Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön	25 %	Riksstroke	Riksstroke
Strukturerad uppföljning efter stroke (KVÅ- kod)	Anges ej	Riksstroke	Riksstroke

Avseende indikatorer se även Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård.

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

Bilden nedan (Figur 2) är en grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer efter stroke. Vårdförloppet är utformat för att adressera de utmaningar som redovisas i bilden. Identifierade utmaningar avspeglas även i vårdförloppets mål.



Figur 2. Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer efter stroke eller TIA.

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

- Nationella riktlinjer för vård vid stroke, 2018, reviderade 2020. Socialstyrelsen [1]
- Nationellt beslutsstöd: Dysfagi och nutrition efter stroke. NAG stroke [18]
- Vårdhandboken [35]
- European Society for Swallowing Disorders (ESSD)
- ESPEN Guideline clinical nutrition in neurology [12]
- Royal College of Physicians National Clinical Guideline for stroke, 2016 [20]
- Canadian Stroke Best Practice Recommendations, Mood, Cognition and Fatigue following stroke, 2020 [36]
- Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke, 2020 [37]
- Riksstroke, Stroke och TIA Årsrapport från Riksstroke 2021 [2]
- Nationella arbetsgruppen (NAG) stroke och STROKE-Riksförbundets webbstrokekompetensutbildning (se http://www.webbsku.se/ och filmer Webb-SKU)
- Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - stöd för styrning och ledning [32]

3.3 Arbetsprocess

Framtagande av vårdförlopp Stroke och TIA -fortsatt vård och rehabilitering har letts av en styrgrupp med fem personer under ledning av Lars Rosengren. Varje delavsnitt har haft en huvudansvarig som tillsammans med en mindre arbetsgrupp arbetat fram ett underlag. Därutöver har det funnits ett flertal undergrupper som berett delmoment. Framtaget underlag har därefter bearbetats till den slutgiltiga versionen av en tvärprofessionell arbetsgrupp med två patientföreträdare. Arbetet har förankrats kontinuerligt under processen i Nationell arbetsgrupp (NAG) stroke och Nationellt programområde (NPO) nervsystemets sjukdomar som även har godkänt att vårdförloppet skickas på öppen remiss.

Patientföreträdare i arbetet var Ove Puisto, ordförande i STROKE-Riksförbundet, och Lena Ringstedt ordförande Afasiföreningen i Stockholms län. Se Tabell 4.

Alla deltagare i NAG har lämnat in jävsdeklaration och de är bedömda och godkända för att kunna delta i nationell arbetsgrupp.

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Ann Hammer	Medicine doktor	Fysioterapeut	Universitetssjukhuset Örebro	Region Örebro län	
Ann Margreth Ljusbäck		Specialist i arbetsterapi	Umeå Universitet	Region Västerbotten	
Anna Brådal	Medicine doktor	Fysioterapeut	Norrlands universitetssjukhus	Region Västerbotten	
Anna Liljenberg		Arbetsterapeut	Capio rehab Kvillebäcken	Capio AB	
Annika Berglund	Medicine doktor	Samordnare stroketriagering, sjuksköterska	Karolinska universitetssjukhuset Solna	Region Stockholm	
Bo Norrving	Professor	Specialist i neurologi	Lunds universitet	Region Skåne	Registerhållare Riksstroke
Carmen Wärlinge		Fysioterapeut MSc	Akademiskt primärvårdscentrum	Region Stockholm	
Christina Brogårdh	Professor	Specialistkompetens i neurologi	Lunds universitet, Skånes universitetssjukhus	Region Skåne	
Claes Gustafsson	Medicine doktor	Överläkare, specialist i allmän internmedicin	Koncernkontoret	Västra Götalandsregionen	
Emma Kjörk		Arbetsterapeut	Östra Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Västra Götalandsregionen	
Helena Fordell		Neurolog	Norrlands universitetssjukhus	Region Västerbotten	
Jonna Björkegren		Dietist	Örebro universitetssjukhus	Region Örebro län	
Lars Rosengren	Professor	Specialist i neurologi	Sahlgrenska universitetssjukhuset	Västra Götalandsregionen	Ordförande
Lena Ringstedt		Patientföreträdare	Afasiföreningen		
Lilian Carleson		Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Kommunal hälso- och sjukvård, Täby kommun	Täby kommun	Kommun-representant
Magnus Esbjörnsson		Specialistläkarkompetens	Hässleholms sjukhus	Region Skåne	
Margareta Gonzalez Lindh		Specialistlogoped	Gävle sjukhus	Region Gävleborg	
Marika Möller	Medicine doktor	Psykolog, Specialist i neuropsykologi	Danderyds sjukhus	Region Stockholm	
Mats Elm		Specialist i allmänmedicin	Närhälsan	Västra götalandsregionen	Primärvårds-representant

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Mia Von Euler	Professor	Överläkare, specialist i neurologi och klinisk farmakologi	Örebro Universitet/Örebro Universitetssjukhus	Region Örebro län	
Ola Winquist		Hälso- och sjukvårds-strateg	Södra sjukvårdsregionen	Region Skåne	Processledare
Ove Puisto		Patientföreträdare	Stroke-Riksförbundet		
Per Wester	Professor	Överläkare, specialist i allmän internmedicin	Norrlands universitetssjukhus	Region Västerbotten	
Pia Skott	Medicine doktor	Forsknings- och utbildningschef	Folktandvården Stockholms län AB		
Siv Carlsson		Arbetsterapeut	Omsorgsförvaltningen	Växjö kommun	Kommun-representant
Åsa Ager		Hälso- och sjukvårdskurator	Danderyds Sjukhus AB	Region Stockholm	
Åsa Rejnö	Doktor i omvårdnad	Docent, Sjuksköterska	Skaraborgs sjukhus	Västra Götalandsregionen	

4. Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2020. Tillgänglig från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545-kunskapsunderlag-2020.pdf. s. 727.

2. Riksstroke. Stroke och TIA. Riksstrokes årsrapport för 2020 års data. Umeå; 2021. Tillgänglig från https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2021/09/Riksstroke_Arsrapport_2020.pdf.

3. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. Circ Res. 2017;120(3):439-48.

4. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, Abera SF, Abyu G, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. J Am Coll Cardiol. 2017;70(1):1-25.

5. Regionala cancercentrum i samverkan. Palliativ vård. Nationellt vårdprogram. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan; 2021. 209 s.

6. Riksstroke. Riksstrokes diagnoslathund. Umeå: Riksstroke; 2019. Tillgänglig från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/08/Diagnoslathund-20191002.pdf.

7. Preliminärt nationellt beslutsstöd Tidig understödd utskrivning från sjukhus med rehabilitering i hemmet efter stroke - early supported discharge ESD. NAG Stroke2019. Tillgänglig från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/04/Prelimin%c3%a4rt-beslutsst%c3%b6d-Tidig-underst%c3%b6dd-utskrivning-fr%c3%a5n-sjukhus-med-rehabilitering-i-hemmet-efter-stroke%e2%80%93-early-supported-discharge-ESD.pdf.

8. SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Socialdepartementet, Stockholm: Sveriges Riksdag; 2001. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.

9. SOSFS 2009:6. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, (2009. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/).

10. Socialstyrelsen. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2017-10-25.pdf. 40 s.

11. SFS 2014:821. Patientlag. Socialdepartementet. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2014. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821.

12. Burgos R, Breton I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. Clin Nutr. 2018;37(1):354-96.

13. Haskins EC, Trexler LE. Cognitive rehabilitation manual : translating evidence-based recommendations into practice. Reston, VA: ACRM Pub.; 2012.

14. Preliminärt nationellt beslutsstöd Körkort efter stroke/TIA. NAG stroke. 2016. Tillgänglig från: https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/5432.pdf.

15. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. Stroke. 2016;47(6):e98-e169.

16. Lexell J, Rivano-Fischer M. Rehabiliteringsmetodik. Lund: Studentlitteratur; 2017.

17. Nationellt system för kunskapsstyrning. Hälso och sjukvård. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Stockholm: Sveriges Regioner i samverkan; 2021. Tillgänglig från: https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.888036617b192361ee2306f/1628610121306/Vardforlopp-generisk-modell-rehabilitering.pdf. 40 s.

18. Preliminärt nationellt beslutsstöd Dysfagi och nutrition efter stroke. NAG stroke. 2019. Tillgängligt från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/04/Prelimin%c3%a4rt-beslutsst%c3%b6d-Dysfagi-och-nutrition-efter-stroke.pdf

19. Iruthayarajah J, Saikaley M, Welch-West P, Foley N, Martino R, Richardson D, et al. Dysphagia rehabilitation. 2019. Tillgänglig från: http://www.ebrsr.com/sites/default/files/chapter%2015_v19.pdf. Heart and Stroke Foundation. Canadian Partnership for Stroke Recovery. 19.

20. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. 5 ed: Royal College of Physicians; 2016. Tillgänglig från: https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx.

21. Simmons-Mackie N, Worrall L, Murray LL, Enderby P, Rose ML, Paek EJ, et al. The top ten: best practice recommendations for aphasia. Aphasiology. 2017;31(2):131-51.

22. Taltjänst Sverige. Taltjänst, beskrivning av verksamheten. 2021.

23. Cicerone KD, Goldin Y, Ganci K, Rosenbaum A, Wethe JV, Langenbahn DM, et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Systematic Review of the Literature From 2009 Through 2014. Arch Phys Med Rehabil. 2019;100(8):1515-33.

24. Lexell EM. Anhöriga som ger insatser till närstående med stroke. En kunskapsöversikt som beskriver olika stödprogram för anhöriga. Nationellt kompetenscentrum anhöriga. Göteborg; 2016. Tillgänglig från: https://www.anhoriga.se/Global/St%C3%B6d%20och%20kunskap/Publicerat/Kunskaps%C3%B6versikter/Dokument/KO_2016-2_Stroke.pdf.

25. Hanson E, Järkestig Berggren U, Magnusson L. Att se barn som anhöriga : om relationer, interventioner och omsorgsansvar. Kalmar: Linnéuniversitetet; 2015. Tillgänglig från: https://www.anhoriga.se/Global/BSA/Dokument/Antologin/antologin.pdf. 380 s.

26. Socialstyrelsen. Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-6.pdf. 76 s.

27. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2017. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.

28. Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong A, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019. Int J Stroke. 2020;15(7):763-88.

29. SFS 2019:1297. Lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter: Sveriges Riksdag; 2019. Tillgäglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20191297-om-koordineringsinsatser-for_sfs-2019-1297.

30. McEwen S, Polatajko H, Baum C, Rios J, Cirone D, Doherty M, et al. Combined Cognitive-Strategy and Task-Specific Training Improve Transfer to Untrained Activities in Subacute Stroke: An Exploratory Randomized Controlled Trial. Neurorehabil Neural Repair. 2015;29(6):526-36.

31. Wolf TJ, Polatajko H, Baum C, Rios J, Cirone D, Doherty M, et al. Combined Cognitive-Strategy and Task-Specific Training Affects Cognition and Upper-Extremity Function in Subacute Stroke: An Exploratory Randomized Controlled Trial. Am J Occup Ther. 2016;70(2):7002290010p1-p10.

32. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf.

33. Philp I, Brainin M, Walker MF, Ward AB, Gillard P, Shields AL, et al. Development of a poststroke checklist to standardize follow-up care for stroke survivors. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2013;22(7):e173-80.

34. SOU 2020:19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar; 2020. Tillgänglig från: https://www.regeringen.se/495be8/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-vard-en-reform-for-ett-hallbart-halso--och-sjukvardssystem-sou_2020_19_webb.pdf. 492 s.

35. Vårdhandboken. Sveriges Regioner och Kommuner; u.å. Tillgänglig från: https://www.vardhandboken.se/

36. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. Int J Stroke. 2020;15(6):668-88.

37. Mountain A, Patrice Lindsay M, Teasell R, Salbach NM, de Jong A, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. Int J Stroke. 2020;15(7):789-806.

38. Socialstyrelsen. Meddelandeblad nr 6/2013. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård: Socialstyrelsen; 2013. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2013-4-17.pdf. 11 s.

39. Hyde YM, Kautz DD. Enhancing health promotion during rehabilitation through information-giving, partnership-building, and teach-back. Rehabil Nurs. 2014;39(4):178-82.

40. AFS 2019:3. Medicinska kontroller i arbetslivet Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2019. Tillgänglig från: https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/medicinska-kontroller-i-arbetslivet-afs-2019-3.pdf. 60 s.

41. SFS 2010:770. Luftfartsförordning. Stockholm: Infrastrukturdepartementet. Sveriges Riksdag; 2010. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/luftfartsforordning-2010770_sfs-2010-770.

42. Civil Aviation Authority. Certification after Cerebrovascular Events Stroke & Transient Ischaemic Attack: Civil Aviation Authority; 2014. Tillgänglig från https://www.caa.co.uk

43. TSFS 2011:61. Transportstyrelsens föreskrifter om hälsokrav m.m. för lokförare. Stockholm: Transportstyrelsen; 2011. Tillgänglig från: https://www.transportstyrelsen.se/sv/Regler/ts-foreskrifter-i-nummerordning/2011/?RuleNumber=2011:61&RulePrefix=TSFS.

44. TSFS 2010:125. Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. Stockholm: Transportstyrelsen; 2010. Tillgänglig från https://www.transportstyrelsen.se/sv/Regler/sok-ts-foreskrifter/details?RuleNumber=2010:125&ruleprefix=TSFS.

45. TSFS 2011:117. Transportstyrelsens föreskrifter om läkarintyg för sjöfolk. Stockholm: Transportstyrelsen; 2011. Tillgänglig från https://www.transportstyrelsen.se/sv/Regler/ts-foreskrifter-i-nummerordning/2009/details?RuleNumber=2011:117&RulePrefix=TSFS.

46. SFS 1996:67. Vapenlag. Stockholm: Justitiedepartementet. Sveriges Riksdag; 1996. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/vapenlag-199667_sfs-1996-67.

47. SOU 1998:44. En samlad vapenlagstiftning. Stockholm: Sveriges Riksdag; 1998. Tillgänglig från: https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/1998/01/sou-199844-/.

48. RFSFS 2009:13. Rikspolisstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vapenlagstiftningen. Stockholm: Rikspolisstyrelsen; 2009. Tillgänglig från: https://polisen.se/siteassets/forfattningssamling/fap-nummer/fap551_3_rpsfs2009_13.pdf

49. Wagman P, Håkansson C, Björklund A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. Scand J Occup Ther. 2012;19(4):322-7.

50. Arbetsmiljöverket Rapport 2014:2. Den hjärnvänliga arbetsplatsen – kognition, kognitiva funktionsne sättningar och arbetsmiljö. Kunskapssammanställning. Solna: Arbetsmiljöverket; 2014. Tillgänglig från: https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/den-hjarnvanliga-arbetsplatsen-kunskapssammanstallningar-rap-2014-2.pdf.

51. van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke. 1988;19(5):604-7.

52. Andersson P, Hallberg IR, Renvert S. Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. Spec Care Dentist. 2002;22(5):181-6.

53. Speyer R, Cordier R, Farneti D, Nascimento W, Pilz W, Verin E, et al. White Paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and Non-instrumental Assessment for Dysphagia in Adults. Dysphagia. 2021:1-17.

54. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehabil. 2005;86(8):1516-20.

55. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. Dysphagia. 1999;14(3):139-45.

56. Möller R, Safa S, Östberg P. Validation of the Swedish translation of eating assessment tool (S-EAT-10). Acta Otolaryngol. 2016;136(7):749-53.

57. Arenaz Búa B, Bülow M. Validation in Swedish of Sydney swallow questionnaire. BMC Res Notes. 2014;7:742.

58. Rofes L, Arreola V, Clavé P. The volume-viscosity swallow test for clinical screening of dysphagia and aspiration. Nestle Nutr Inst Workshop Ser. 2012;72:33-42.

59. Hägglund P, Blom S, Thoden P, Karlsson F. The Test of Masticating and Swallowing Solids (TOMASS): Normative data for two crackers available in the Scandinavian and international markets. Int J Speech Lang Pathol. 2020:1-9.

60. Vallén C, Hagell P, Westergren A. Validity and user-friendliness of the minimal eating observation and nutrition form - version II (MEONF - II) for undernutrition risk screening. Food Nutr Res. 2011;55.

61. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-4-6716.pdf. 70 s.

62. Lindström E, Werner C. A-ning : neurolingvistisk afasiundersökning. Stockholm: Ersta högsk.; 1995.

63. Enderby P, John AP, Brian. Therapy Outcome Measures (TOMs) Logopedi/Speech pathology. 2006.

64. Tallberg IM. The Boston Naming Test in Swedish: normative data. Brain Lang. 2005;94(1):19-31.

65. De Renzi E, Vignolo LA. The token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. Brain. 1962;85:665-78.

66. Wannberg P, Schalling E, Hartelius L. Perceptual assessment of dysarthria: Comparison of a general and a detailed assessment protocol. Logopedics, phoniatrics, vocology. 2016;41(4):159-67.

67. Toglia J, Fitzgerald KA, O'Dell MW, Mastrogiovanni AR, Lin CD. The Mini-Mental State Examination and Montreal Cognitive Assessment in persons with mild subacute stroke: relationship to functional outcome. Arch Phys Med Rehabil. 2011;92(5):792-8.

68. Green S, Sinclair E, Rodgers E, Birks E, Lincoln N. The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) for post-stroke cognitive impairment screening. Int J Therapy Rehabil. 2013;20(11):536-41.

69. Davis AM, Cockburn JM, Wade DT, Smith PT. A subjective memory assessment questionnaire for use with elderly people after stroke. Clin Rehabil. 1995;9(3):238-44.

70. Tamez E, Myerson J, Morris L, White DA, Baum C, Connor LT. Assessing executive abilities following acute stroke with the trail making test and digit span. Behav Neurol. 2011;24(3):177-85.

71. Mikami K, Sudo T, Orihashi Y, Kimoto K, Mizuma A, Uesugi T, et al. Effective Tools to Predict Depression in Acute and Subacute Phase of Ischemic Stroke. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2021;33(1):43-8.

72. SBU. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinskt utvärdering (SBU); 2012. Tillgänglig från: http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/diagnostik-och-uppfoljning-av-forstamningssyndrom. 603 s.

73. Öjehagen A, Gåfvels C. Definitioner av begrepp i kliniskt arbete inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Akademikerförbundet SSR; 2017. 2 s.

74. Johansson B, Starmark A, Berglund P, Rödholm M, Rönnbäck L. A self-assessment questionnaire for mental fatigue and related symptoms after neurological disorders and injuries. Brain Inj. 2010;24(1):2-12.

75. Brändal A, Eriksson M, Wester P, Lundin-Olsson L. Reliability and validity of the Swedish Fatigue Assessment Scale when self-administrered by persons with mild to moderate stroke. Top Stroke Rehabil. 2016;23(2):90-7.

76. Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom Res. 1995;39(3):315-25.

77. Engberg I, Segerstedt J, Waller G, Wennberg P, Eliasson M. Fatigue in the general population- associations to age, sex, socioeconomic status, physical activity, sitting time and self-rated health: the northern Sweden MONICA study 2014. BMC public health. 2017;17(1):654.

78. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213.

79. Fugl-Meyer AR, Jääskö L, Leyman I, Olsson S, Steglind S. The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance. Scand J Rehabil Med. 1975;7(1):13-31.

80. Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther. 1987;67(2):206-7.

81. Flansbjer UB, Blom J, Brogårdh C. The reproducibility of Berg Balance Scale and the Single-leg Stance in chronic stroke and the relationship between the two tests. Pm r. 2012;4(3):165-70.

82. Franchignoni F, Horak F, Godi M, Nardone A, Giordano A. Using psychometric techniques to improve the Balance Evaluation Systems Test: the mini-BESTest. J Rehabil Med. 2010;42(4):323-31.

83. Flansbjer UB, Holmbäck AM, Downham D, Patten C, Lexell J. Reliability of gait performance tests in men and women with hemiparesis after stroke. J Rehabil Med. 2005;37(2):75-82.

84. Ekstrand E, Lexell J, Brogårdh C. Test-Retest Reliability and Convergent Validity of Three Manual Dexterity Measures in Persons With Chronic Stroke. Pm r. 2016;8(10):935-43.

85. Ekstrand E, Rylander L, Lexell J, Brogårdh C. Perceived ability to perform daily hand activities after stroke and associated factors: a cross-sectional study. BMC neurology. 2016;16(1):208.

86. Svantesson U, Nordé M, Svensson S, Brodin E. A comparative study of the Jamar®; and the Grippit®; for measuring handgrip strength in clinical practice. Isokinetics and Exercise Science. 2009;17:85-91.

87. Ekbladh E, Fan CW, Sandqvist J, Hemmingsson H, Taylor R. Work environment impact scale: testing the psychometric properties of the Swedish version. Work. 2014;47(2):213-9.

88. Sandqvist JL, Björk MA, Gullberg MT, Henriksson CM, Gerdle BU. Construct validity of the Assessment of Work Performance (AWP). Work. 2009;32(2):211-8.

89. Eriksson G, Tham K, Kottorp A. A cross-diagnostic validation of an instrument measuring participation in everyday occupations: the Occupational Gaps Questionnaire (OGQ). Scand J Occup Ther. 2013;20(2):152-60.

90. Waehrens EE, Fisher AG. Developing linear ADL ability measures based on the ADL Taxonomy: a Rasch analysis. Scand J Occup Ther. 2009;16(3):159-71.

91. Cup EH, Scholte op Reimer WJ, Thijssen MC, van Kuyk-Minis MA. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. Clin Rehabil. 2003;17(4):402-9.

92. Nott MT, Chapparo C. Exploring the Validity of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: Cognitive Strategy Use in Adults with Brain Injury. British Journal of Occupational Therapy. 2012;75(6):256-63.

93. Bernspång B, Fisher AG. Validation of the Assessment of Motor and Process Skills for Use in Sweden. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 1995;2(1):3-9.

94. Azouvi P, Olivier S, de Montety G, Samuel C, Louis-Dreyfus A, Tesio L. Behavioral assessment of unilateral neglect: study of the psychometric properties of the Catherine Bergego Scale. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84(1):51-7.

95. Grimby G, Börjesson M, Jonsdottir IH, Schnohr P, Thelle DS, Saltin B. The "Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale" and its application to health research. Scand J Med Sci Sports. 2015;25 Suppl 4:119-25.

96. Frändin K, Grimby G. Assessment of physical activity, fitness and performance in 76-year-olds. Scand J Med Sci Sports. 1994;4(1):41-6.

97. Haglund L. Kartläggning av levnadsvanor under aktivitet och stöd i förändringsprocessen. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter; 2020. https://www.arbetsterapeuterna.se/media/3051/kartlaeggning-av-levnadsvanor_slutgiltig_dec-20.pdf.

98. Cumming TB, Packer M, Kramer SF, English C. The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. Int J Stroke. 2016;11(9):968-77.

99. Nyman H, Bartfai A. Klinisk neuropsykologi. 2 ed. Lund: Studentlitteratur; 2014. 432 s.

100. Pettersson C, Iwarsson S. Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2015. https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1572/vardagsrehabilitering.pdf.

101. Hjelle KM, Skutle O, Alvsvåg H, Førland O. Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. J Multidiscip Healthc. 2018;11:305-16.

102. Metzelthin SF, Rostgaard T, Parsons M, Burton E. Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. Ageing and Society. 2020:1-16.

103. Moran A, Nancarrow SA, Enderby P. Mechanisms to enhance the effectiveness of allied health and social care assistants in community-based rehabilitation services: a qualitative study. Health Soc Care Community. 2015;23(4):389-98.

104. Pindus DM, Mullis R, Lim L, Wellwood I, Rundell AV, Abd Aziz NA, et al. Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services - A systematic review and meta-ethnography. PLoS One. 2018;13(2):e0192533.

105. Ullberg T, Månsson K, Berhin I, Pessah-Rasmussen H. Comprehensive and Structured 3-month Stroke Follow-up Using the Post-stroke Checklist (The Struct-FU study): A Feasibility and Explorative Study. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2021;30(2):105482.

106. Willeit P, Toell T, Boehme C, Krebs S, Mayer L, Lang C, et al. STROKE-CARD care to prevent cardiovascular events and improve quality of life after acute ischaemic stroke or TIA: A randomised clinical trial. EClinicalMedicine. 2020.

107. Preliminärt nationellt beslutsstöd Uppföljning efter stroke och TIA - Post-stroke checklistan. NAG Stroke2019. Tillgänglig från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2021/09/210927-Beslutsstod-TIA-och-Stroke-version-2.pdf. 4 s.

108. SFS 1998:1338. Tandvårdsförordning. Stockholm: Socialdepartementet. Sveriges Riksdag; 1998. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardsforordning-19981338_sfs-1998-1338.

109. Kommande nationellt beslutsstöd Munhälsa. NAG Stroke2021.

Appendix

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering

A Utskrivning

Kriterierna skiljer sig vid utskrivning från strokeenhet och utskrivning från rehabilitering efter strokeenhetsvård samt rehabilitering i senare skede. Utskrivning från strokeenhet genomförs när adekvata utredningar, bedömningar, åtgärder och behandlingar enligt vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård är utförda. Vid utskrivning från rehabilitering eller vid avslut av rehabiliteringsinsatser utvärderas rehabiliteringsplanen, uppnådda mål, kvarstående behov och planering sker för fortsatta insatser samt uppföljning. Se *Checklista inför utskrivning från strokeenhet och rehabilitering i tidig fas* (bilaga 1) samt *Checklista inför utskrivning från rehabilitering i sen och kronisk fas* (bilaga 2).

A-1 Egenvård

Egenvård används både som ett begrepp för att beskriva det en person kan göra på egen hand för att må bra, utan inblandning av någon vårdprofession men är också ett begrepp inom hälso- och sjukvård med en mer specifik betydelse [38].

Egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd är något som legitimerad personal har bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av en annan.

- Frågor som behöver ställas innan beslut om egenvård är om insatsen är egenvård eller hälso- och sjukvård och om egenvård kan utföras utan risk för skada.
- Bedömning, riskanalys och planering görs i samråd med personen.
- Ansvarig för egenvården är behandlande legitimerad yrkesutövare inom sitt ansvarsområde.
- Den som fattar beslut om egenvård är skyldig att informera personen om vad som bedömts som egenvård och vem som ansvarar för omprövning och utvärdering.

Följande är förslag på åtgärder och träning inriktad mot att öka kunskap och kompetens för att hantera det egna ansvaret i sin rehabilitering [37]:

- Utbildning i egenvård för att främja självständighet, öka självsäkerhet samt öka medvetenhet om vikten av att ta hand om sin egen hälsa och risken för vårdande anhörigs hälsa.
- Att stödja inlärning av strategier för att klara vardagliga aktiviteter inklusive förflyttningar och kommunikation.

A-2 Hälsosamma levnadsvanor

Efter insjuknandet i stroke är hälsosamma levnadsvanor viktigt både för att förebygga återinsjuknande och upprätthålla en god hälsa.

Säkerställ

- rådgivning om hälsosamma levnadsvanor såsom rökstopp, fysisk aktivitet, matvanor, begränsad alkoholkonsumtion och minskad stress [32]
- kvalificerat rådgivande samtal om matvanor bör erbjudas till personer med särskild risk där gruppen med hjärt-kärlsjukdom ingår. Samtalen ska vara strukturerade, utgå från personen och följas upp
- fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod som kan användas för att främja och anpassa fysisk aktivitet utifrån personens förmåga. Tillsammans med personen görs en överenskommelse avseende typ av träning, intensitet och duration. Exempel på fysisk aktivitet kan vara trädgårdsarbete, promenader, löpning, cykling, dans, stavgång och styrketräning med kroppen som belastning eller med vikter.

A-3 Kommunikationsstöd

Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) är ett samlingsnamn för olika sätt att stödja och komplettera det talade språket och kan också kallas kommunikationsstöd. AKK kan användas för att stötta kommunikationen mellan omgivningen och en person som har svårigheter att förstå talat språk eller för personen att själv uttrycka sig så att andra enkelt förstår. Alla som deltar i samtalet kan använda AKK. Samtalspartnern använder det för att förtydliga sitt tal i kommunikationen. Ge personen tid! Det behövs alltid mer tid för ett samtal, då tillgången till ett gemensamt språk är begränsad. Utprovning, handledning och utbildning avseende AKK ges av logoped eller specialiserade resursteam.

Kommunikationsstöd kan till exempel handla om att

- skriva enstaka nyckelord samtidigt som du talar
- förstärka med bilder, fotografier, enkla teckningar (till exempel rita klockslag i form av en urtavla)
- peka på eller visa föremål för att berätta vad som ska hända eller vad personen kan välja
- använda kartor och kalendrar för att tala om tid och plats.

Se också till att personen har bilder eller skrivna ord att peka på för att förmedla sig. Dessa kan exempelvis finnas i surfplattor eller så kallade pratapparater. Där kan de kombineras med syntetiskt tal som ger användaren en röst.

En väl utvärderad samtalsmetod är "Teach-back" [39]. Använd gärna Teach Back för att säkerställa att personen förstått och tagit till sig väsentlig information. (se film “Teachback - att ta ansvar för förståelse", Qulturum TV).

Mer information finns på Vgregion.se, Afasi.se och Hjärnatillsammans.se.

A-4 Restriktioner gällande dykning, framförande av flygplan och fordon samt vapeninnehav

Certifikat yrkesdykare

AFS 2019: 3 [40] reglerar tjänstbarhetsintyg för yrkesdykning. Tjänstbarhetsintyg för dykeriarbete enligt 77 § ska inte utfärdas för arbetstagare som har en diagnos (enligt ICD-10) eller hälsotillstånd, som enligt European Diving Technology Committee (EDTC):s rekommendationer (se EDTC hemsida) innebär en ökad risk för ohälsa eller skada vid dykeriarbete. Läkare har inte anmälningsplikt.

Fritidsdykare

Enligt EDTC gäller i princip ovanstående medicinska regler för medicinsk lämplighet för fritidsdykare. Läkare kan formellt inte hänvisa till hinder för dykning eftersom kravet på friskintyg inte är lagstadgat för fritidsdykare. Ställningstagande till dykning efter stroke eller TIA bör omfatta flera olika delar.

Kvarstående strokesymtom är uttryck för en hjärnskada och här kan dekompression leda till allvarlig försämring. Ökad effekt av kvävenarkos på kognitiv förmåga kan förmodas efter stroke. Kognitiva problem såsom nedsatt minne, försämrad problemhantering eller kommunikationssvårigheter ökar riskerna och är inte förenliga med säker dykning.

Personen bör informeras om riskerna och muntlig överenskommelse om dykförbud bör träffas med personen och gälla under motsvarande tid som för körkort vid stroke och TIA. Ny bedömning kan därefter ske, gärna efter konsultation med dykläkare.

Flygcertifikat

Luftfartsförordningen [41] 13 kap 5 § reglerar lämplighet för innehav av olika tillstånd och certifikat för att få flyga. Alla piloter som insjuknat i stroke har en lagstadgad skyldighet att utan dröjsmål anmäla medicinsk oförmåga till sin flygläkare eller till ett flygmedicinskt centrum (kan göras per telefon), därefter görs en bedömning när tiden är mogen i samråd med flygöverläkare på Transportstyrelsen [42].

Järnvägsfordon

I Transportstyrelsens författningssamling TSFS 2011:61 [43] står att “En förare får inte lida av sjukdom eller tillstånd som kan påverka medvetandet eller medföra nedsatt uppmärksamhet, vakenhet, omdöme eller koncentration”. Till detta räknas bland annat stroke. Läkare har inte anmälningsplikt.

Den som har haft en sammanhängande frånvaro eller sjukskrivningsperiod i mer än 30 dagar, ska före fortsatt tjänstgöring bedömas av läkare med särskilt tillstånd avseende hälsokraven i dessa föreskrifter.

Körkort

De medicinska kraven regleras i Transportstyrelsens författningssamling TSFS 2010:125 [44]. Nationellt beslutsstöd är under revidering [14].

Sjöfart

De medicinska kraven varierar beroende på vilket fartområde och befattning och regleras i TSFS 2011:117 [45]. En individuell bedömning görs avseende nedsatt funktion och risk för ny kardiovaskulär händelse. Minst tre månaders uppehåll efter insjuknande krävs liksom stabil situation, kontroll på riskfaktorer och årligt utfärdande av intyg. Ej ensamarbete på brygga (watchkeeping).

Vapenlicens

Enligt 6 kap. 6 § vapenlagen [46] ska en läkare som bedömer att en person av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen omedelbart anmäla detta till polismyndigheten på den ort där personen är folkbokförd. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att personen inte har tillstånd att inneha skjutvapen. Det är inte meningen att läkaren ska pröva om personen får ha skjutvapen eller inte. Läkaren ska pröva om personen medicinskt sett är olämplig att inneha skjutvapen, och i så fall anmäla detta till Polisen. Det är sedan Polisens sak att bestämma om personen ska få ha skjutvapen eller inte [47] s.227).

I de allmänna råden till 18 kap. i Rikspolisstyrelsens föreskrifter [48] om vapenlagstiftningen anges att om det av en anmälan framgår att personens olämplighet bedöms vara av tillfällig natur, bör polismyndigheten ta förnyad kontakt med den anmälande läkaren innan ett eventuellt återkallande av vapentillstånd. En anmälan kan alltså göras om tillfällig olämplighet att inneha skjutvapen.

Om läkaren bedömer att en person efter stroke är olämplig att köra bil så ska läkaren också göra en anmälan om olämplighet för vapeninnehav till Polisen.

A-5 Strokeenhetsvård

En central del i vårdförloppet är strokeenheten, enligt Nationella riktlinjer (NR).

- Vård på strokeenhet som första vårdenhet har prioritet 1 för stroke [1]. Den goda effekten av strokeenhetsvård är evidensbaserad i studier där medelvårdtiden på enheten är sju dagar eller mer.
- Vård på strokeenhet har prioritet 2 för TIA [1].
- Vård på vårdavdelning som inte uppfyller nedanstående definition på strokeenhet med eller utan mobilt stroketeam har prioritet “icke-göra” [1].

Strokeenhet definieras i NR [1] som

- en enhet på sjukhus som enbart eller övervägande tar hand om personer som har fått en stroke
- har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering
- har ett multidisciplinärt team med kompetens inom medicin, omvårdnad och rehabilitering (såsom fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och logoped) samt har tillgång till dietist och psykolog (helst med neuropsykologisk inriktning)
- genomför regelbundna teammöten samt en planerad och strukturerad utskrivning av patienter
- använder vårdprogram för att identifiera och åtgärda vanliga komplikationer

- startar omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering
- ger information och utbildning till patienten och närstående under vårdtiden
- har ett personcentrerat arbetssätt och utgår från patientens resurser, behov och delaktighet.

A-6 Multidisciplinärt stroketeam

Då personer som insjuknat i stroke kan ha komplexa problem i form av fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar är det viktigt med tillgång till ett multidisciplinärt stroketeam där professioner med olika kompetens samverkar med patient och närstående. För ett effektivt teamarbete behövs kunskap och förståelse för varandras roller, kompetenser och en tydlig kommunikation. I teamarbetet sker bedömningar och åtgärder samordnat för att uppnå gemensamma mål tillsammans med patienten. Planeringen utgår från personens behov och professionernas kunskap. Patienten ses som expert bland andra experter, då denne är expert på sin situation [16].

A-7 Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet

Det finns evidens för tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön; Early supported discharge (ESD).

- Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet (ESD) bör erbjudas till personer med lindrig till måttlig stroke (prio 2) NR [1, 7] (se film Webb-SKU: ESD: Tidig koordinerad utskrivning).
- Ett multidisciplinärt stroketeam (ESD teamet) utgående från strokeenheten både koordinerar utskrivning och utför individuell rehabilitering i hemmet direkt efter utskrivning.
- ESD-teamet består av arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped, kurator, sjuksköterska och läkare samt vid behov dietist, och har expertkunnande om strokevård och rehabilitering.
- Patientens behov styr vilka professioners insatser som behövs. ESD-teamet samordnar insatser och har teamträffar en gång per vecka.

För beskrivning av ESD-teamets sammansättning och arbetssätt, se beslutsstöd [7].

A-8 Vårdplanering

Alla former av planering av vård och insatser ska om möjligt ske med patienten och eller närstående, efter samtycke.

Vårdplan **(enligt Socialstyrelsens termbank)**

- Innehåller mål för planerade insatser inom hälso- och sjukvård utifrån patientens behov, vårdplanen ingår i Patientkontraktet.

- Beskriver insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden.
- Används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.

Samordnad individuell plan (SIP) (enligt Socialstyrelsens termbank)

- Vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård och omsorgsplanering.
- Även aktiviteter som planeras av andra än huvudmän inom vård och omsorg dokumenteras.

SIP är synonym med individuell plan enligt SoL och HSL [10].

Syftet med SIP är att främja god vård och omsorg för personer som behöver samordnade insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård enligt gällande lagar [8] [27] (se film SKR "SIP på tre minuter")

Individuell plan enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) (enligt Socialstyrelsens termbank)

- Gäller för personer yngre än 65 år med behov av insatser för särskilt stöd och särskild service.
- Insatser enligt LSS kan vara aktuellt vid varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service [10].

B Fortsatt rehabilitering

Rehabilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

B-1 Aktivitetsbalans

Aktivitetsbalans är en individuell och subjektiv upplevelse som handlar om att ha rätt mängd aktiviteter och variation av aktiviteter. Det innebär att ha balans mellan olika aktivitetsområden, aktiviteter av olika karaktärer och hur personen använder sin tid. Aktivitetsområden kan vara indelade i arbete/sysselsättning/produktiva aktiviteter, lek, fritid, vila och sömn. Aktivitetsbalans beskrivs även som personens egen upplevelse av att ha balans mellan fysiska, mentala, sociala och vilsamma aktiviteter och påverkas av den miljö och det sammanhang personen befinner sig i samt vilka roller personen har. Det innefattar även personens tillfredsställelse med aktiviteterna och de utmaningar som finns. [49] (se film Webb-SKU: Aktivitetens betydelse, hjärntrötthet och aktivitetsbalans).

B-2 Arbetsinriktad rehabilitering

Förslag på åtgärder riktade mot arbete:

- Erbjud bedömning av kognitiv och praktisk förmåga i relation till arbete, studier och sysselsättning [20, 37].
- Kartlägg hur eventuella nedsättningar kan komma att påverka återgång i arbete, studier och sysselsättning [37] samt vilka resurser som personen har för att kompensera för dessa.
- Få förtydliganden kring arbetets krav från arbetsgivaren [20].
- Ge tips och råd till patient och eller arbetsgivare kring anpassning av arbetsplats, arbetstid och arbetsuppgifter utifrån kognitiva svårigheter, till exempel anpassa sinnesintryck, strategier, bistå med information till arbetsgivare och eller kollegor [50].
- Samverka med andra aktörer [29].
- Rehabiliteringsprogram riktade mot arbete, studier och sysselsättning föreslås innefatta [20]
  - bedömning av potentiella problem utifrån roller och krav på arbetstagaren samt arbetsgivaren
  - plan för interventioner (rekommenderas skrivas in i vård- och rehabiliteringsplanen)
  - interventioner såsom coachning, anpassning av miljön, kompensatoriska strategier gällande nedsatt fysisk funktion, hantering av fatigue samt ha en stödjande funktion med inriktning mot arbete, studier och sysselsättning
  - rekommenderad tid för, och tillvägagångssätt för att kunna återgå i arbete.

  (se film Webb-SKU: Arbetslivsinriktad rehabilitering).

B-3 Arbetsterapeutisk interventionsmodell: Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP approach)

CO-OP Approach är en utförandebaserad behandlingsmetod (utbildning krävs) för personer som har svårigheter att utföra de färdigheter de vill, behöver eller förväntas utföra. Det är en intervention som guidar personer som insjuknat i stroke att självständigt upptäcka och utveckla kognitiva strategier för att utföra de nödvändiga uppgifterna i vardagen som att klä av och på sig, tvätta sig, skriva för hand eller på dator, och andra vardagliga aktiviteter [30, 31].

B-4 Bedömningsinstrument

Nedan ges förslag på bedömningsinstrument som kan användas.

Neurologiskt status

- National Institutes of Health Stroke Scale (se NIHSS manual och Film NIHSS)

Funktionsbortfall

- Modified Rankin score (mRS) [51]

Munhälsa

- Revised oral assessment guide - Jönköping (ROAG-J) [52]

Sväljförmåga

- För sväljscreening se beslutsstöd Dysfagi och nutrition efter stroke [18].
- För screening och icke-instrumentell bedömning av sväljfunktion, se från ESSD [53].
- För att mäta grad av dysfagi
    - Functional Oral Intake Scale (FOIS) [54]
    - Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS) [55]
- Självskattningstest
    - Eating Assessment Tool (EAT-10) [56].
    - Sydney Swallow Questionnaire (SSQ) [57].
- För att mäta sväljförmåga
    - Sväljkapacitetstest
    - Volume Viscosity Swallow Test (V-VST) [58].
    - Test of Mastication and Swallowing Solids (TOMASS) [59].
- Måltidsobservation
    - Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II (MEONF-II) [60]

Nutrition

Följande tre bedömningspunkter rekommenderas vid bedömning av risk för undernäring:

- Oavsiktlig viktförlust (tecken på negativ energibalans)
- Ätsvårigheter, till exempel aptitlöshet eller tugg- och sväljproblem
- Undervikt, det vill säga body mass index (BMI) är mindre än 20 kg/m2 (för personer under 70 år) eller BMI är mindre än 22 kg/m2 (för personer 70 år och äldre [61]).

Nutritionsbehandling:

- Nutritionsbehandlingsprocessen, NCP (se eNCPT hemsida)

Tal, språk och kommunikation

- Språk
    - Grundläggande neuropsykologisk undersökning (GNU)
    - Neurolingvistisk afasiundersökning (A-NING) [62]
    - Aphasia Severity Rating Scale (ur Boston Diagnostics Aphasia Evaluation)
    - Therapy Outcome Measures (TOM) för logopedi [63]
    - Boston Naming TEST (BNT) [64]
    - Token test [65]
- Tal
    - Dysartritest. Vid dysartri görs förutom perceptuell analys om möjligt även en inspelning [66].

Kognition

- Screening/bedömning
    - Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [67]
    - Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) för administrering krävs att man är legitimerad läkare eller legitimerad psykolog [68]
    - Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) [69]
    - Trail Making Test (TMT) [70]
- Fördjupad utredning görs i form av neuropsykologisk utredning. För flertalet av instrumenten krävs att legitimerad psykolog ansvarar för utredningen (se avsnitt om neuropsykologisk utredning).

Emotionella funktioner, psykosocial situation och nätverk

- Nedstämdhet
    - Becks depression inventory-II (BDI-II) - kräver att utföraren är leg läkare, leg psykolog eller leg psykoterapeut [36].
    - Montgomery Åsberg Depression Rating Scale självskattning (MADRS-S) [71]
    - Patient Health Questionnaire (PHQ-9) [71]
    - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [36] ingår i flera kvalitetsregister men brister i psykometriska egenskaper enligt granskning av SBU [72]. För att säkerställa diagnos bör utredningen med HADS kompletteras med annan bedömning.
- Oro/ångest

  - Beck's anxiety inventory (BAI) [36]
  - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [36] ingår i flera kvalitetsregister men brister i psykometriska egenskaper enligt granskning av SBU [72]. För att säkerställa diagnos bör utredningen med HADS kompletteras med annan bedömning.
- Psykosocial situation
  - Kartläggning av psykosocial situation för att bedöma behov av psykosociala behandlingsinsatser och/eller sociala interventioner för patient samt närstående [73].

Fatigue

- Mental Fatigue Scale (MFS) [74]
- Svenska Fatigue Assessment scale (S-FAS) [75]
- The Multidimensional Fatigue Inventory MFI-20 [76, 77]
- För att utesluta sömnstörningar - Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) [78]

Rörelse- och förflyttningsförmåga

- Fugl-Meyer Assessment (FMA) [79]
- Modifierad Ashworth skala (MAS) [80]
- Bergs balansskala [81]
- Mini Balance Evaluation Systems Test (mini-BESTest) [82]
- 10 meters gång test, 2 eller 6 minuters gång test [83]
- Box and Block Test (BBT), Nine Hole Peg Test (9-HPT), ABILHAND [84, 85]
- Jamar handdynamometer [86]

Vardagliga aktiviteter, arbete och fritid

- The Work Environment Impact Scale (WEIS) [87]
- Assessment of Work Performance (AWP) [88]
- GAP i vardagens aktiviteter [89]
- ADL-taxonomin [90]
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM) [91]
- The Perceive Recall Plan and Perform system of task analysis (PRPP) [92]
- Assessment of Motor and Processor Skills (AMPS) [93]
- Cathrine Bergego Scale (CBS) [94]

Hälsosamma levnadsvanor

- Fysisk aktivitet
  - Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale (SGPALS) [95]
  - Frändin/Grimby aktivitetsskala [96]
- Kartläggning av levnadsvanor under aktivitet och stöd i förändringsprocessen [97]

B-5 Fatigue

Fatigue är ett multidimensionellt syndrom som är vanligt efter stroke (prevalens 25—85% beroende på studie) [98]. För utredning av fatigue rekommenderas att hela teamet bidrar (se film Webb-SKU: Sena komplikationer vid stroke).

Bedömning

- Teamets bedömning görs med objektiva tester och subjektiva skattningsskalor och kan förslagsvis se ut enligt följande, men uppdelningen kan variera beroende på teamets sammansättning:
    - Läkare
        - Bedömning om eventuella medicinska faktorer (uteslut andra orsaker såsom anemi, bristsjukdom, hjärtsvikt, malignitet, eventuell medicinbiverkan).
        - Bedömning av eventuell depression/ångest/sömn/andra livssituationsfaktorer.
    - Psykolog
        - Fördjupad kognitiv testning med särskild betoning på uppmärksamhet, exekutiva funktioner och processhastighet som är vanligt hos patienter med fatigue.
        - Utredning av psykologiska faktorer såsom depression/ångest/sömn/stress/andra livssituationsfaktorer (alternativt att detta redan görs vid läkarbesök).
    - Arbetsterapeut
        - Bedömning av aktivitetsbalans och konsekvenser av fatigue i vardagen.
        - Bedömning i aktivitet.
    - Fysioterapeut
        - Bedömning av allmän fysisk funktion och hälsa.
        - Fysisk aktivitet.

Behandling

- Det saknas evidens för behandling av fatigue men då fatigue är vanligt efter stroke är individuell bedömning av behov och åtgärd samt uppföljning viktigt [1]. Beroende på vilka underliggande faktorer som identifierats handläggs fatigue pragmatiskt utifrån vad som är möjligt att åtgärda (till exempel sömnhygien, översyn av medicinering, depression).
- Fysisk träning och undervisning om aktivitetsbalans kan erbjudas för symtomlindring.

Strategier [36]

- Personer som fått stroke rekommenderas få information och råd om fatigue av personal med kunskap om post stroke fatigue.
- Uppmuntra personer med fatigue att kommunicera med sin omgivning (exempelvis vårdpersonal, familjemedlemmar och medarbetare) angående energinivå och behov av vila.
- Strukturera dagen för balans mellan aktivitet och vila (aktivitetsbalans).
- Organisera miljön för att arbeta energibesparande, till exempel att sitta istället för att stå.
- Främja god sömnhygien/sömnmönster.
- Delegera lågt prioriterade aktiviteter som kan utföras av andra personer såsom familjemedlemmar.
- Ha en plan för adekvat näringsintag för att bibehålla energinivå.
- Använd tekniska lösningar för att minimera ansträngning, exempelvis handla online.

B-6 Kognitiv rehabilitering

Den huvudsakliga målsättningen med kognitiv rehabilitering är att förbättra personens kognitiva funktion i syfte att öka trygghet, delaktighet, självständighet och livskvalitet. Rehabiliteringen görs stegvis med betoning på följande processer:

- *Problemidentifiering, insikt och målformulering*: Att kartlägga kognitiva nedsättningar och hjälpa personen att nå insikt i sina styrkor och svårigheter och hur de påverkar vardagen är ett viktigt underlag för hur rehabiliteringen ska planeras och vilka mätbara mål som ska formuleras.
- *Funktions- och aktivitetsträning/kompensation*: Att ge personen nödvändig funktionsträning alternativt strategier och verktyg för att fungera så effektivt som möjligt. Funktionsträning kombineras med aktivitetsträning för att uppnå högre nivå av processfärdighet samt delaktighet och självständighet i viktiga vardagliga aktiviteter.
- *Internalisering*: Att personen genom repetition successivt automatiserar strategier för att uppnå självständighet.
- *Generalisering*: Att personen lär sig att överföra färdigheter för en viss uppgift i en miljö till olika miljöer eller från en uppgift till andra liknande uppgifter. Personer med mycket svåra hjärnskador kan inte förväntas klara av att generalisera.

Insikt om de egna nedsättningarna har en stor inverkan på motivation till träning och därmed också på behandlingsutfallet. För att till fullo förstå sina kognitiva funktionsnedsättningar behöver personen kunna vara uppmärksam kring och reflektera över sin prestation. Att utveckla förmågan att tänka om sitt eget tänkande (metakognitiva processer) är en evidensbaserad metod för att öka insikt om funktionsnivå. Det gör man genom att personen återkommande får utvärdera hur utförandet gick och behandlaren på ett konkret men inte kränkande sätt, återkopplar resultatet i dialog med personen. Alla i teamet kan anamma detta förhållningssätt för bästa resultat [13].

B-7 Neuropsykologisk utredning - fördjupad information

En neuropsykologisk utredning initieras för personer som har behov av kognitiv rehabilitering i öppen vård och/eller har behov av insatser för att optimera arbetsåtergång [13] (se film Webb-SKU: Neuropsykologens insatser). Bedömning om kognitiva nedsättningar kan påverka förmåga att framföra fordon och hantera vapen.

Beroende på skadelokalisation kan olika modaliteter vara drabbade och vilka områden som bör utredas avgörs från fall till fall. Utredningen bör också innehålla en bedömning av premorbid förmåga för att kunna fastställa rätt målnivå för den kognitiva rehabiliteringen.

Nedan ges fördjupad information avseende bedömning av kognitiva funktioner som vanligtvis ingår i en neuropsykologisk utredning [99].

- *Insikt* är en komplex process som kan finnas inom vissa kognitiva domäner men inte andra. Bristande insikt kan vara direkt relaterad till hjärnskadan men också bero på ett psykologiskt försvar eller vara påverkat av omgivningsfaktorer. Utredning av insikt är därför något som involverar hela teamet [23]. Under den neuropsykologiska utredningen kan man utreda om det kan finnas andra underliggande förklaringar till bristande insikt än hjärnskaderelaterade sådana [13].
- *Allmän intellektuell nivå samt logisk slutledningsförmåga* är viktiga att utreda för att fastställa vilka förutsättningar personen har att kompensera för nedsättningar. Problemlösningsförmåga kan vara påverkad sekundärt till andra underliggande funktionsnedsättningar som påverkar förmåga till logisk slutledning. Inför planering av rehabilitering behöver man kartlägga vilka dessa underliggande nedsättningar i så fall kan vara eftersom dessa behöver prioriteras i den kognitiva rehabiliteringen.
- *Exekutiva funktioner* består av flera olika funktioner såsom initiativtagning, impulskontroll, planering, efterkontroll, anpassning, konsekvenstänkande men också emotionell reglering. Olika skadelokalisationer kan ge exekutiva syndrom, vilket kräver att man utreder dessa funktioner med flera olika test eller tolkar utredningsresultaten utifrån processtänk.
- *Uppmärksamhetsfunktioner* ingår i vårt system för vakenhet men även som komponent i exekutiva funktioner. Man bör därför utreda om personen har problem med bibehållen, selektiv, alternerande eller delad uppmärksamhet. Även arbetsminnet klassificeras som en uppmärksamhetsfunktion.
- *Processhastighet* är ofta påverkat vid olika typer av kognitiv påverkan och kan tillsammans med nedsatt uppmärksamhetsfunktion vara en bidragande faktor till kognitiv fatigue.
- *Visuella och visuospatiala funktioner*, det vill säga förmåga att orientera sig visuellt i omgivningen men även i tid och rum är viktiga att utreda även när man bedömer risker i vardagsmiljön.
- *Minne*. Vardagliga upplevelser av dåligt minne påverkas ofta av bristande uppmärksamhet. Utredningen av minnesfunktioner bör därför även ta ställning till om det rör sig om primära minnesproblem eller minnesproblem som är sekundära till bristande uppmärksamhet då val av rehabiliteringsinsatser påverkas av detta.

För patienter (< 65 år) med svåra funktionsnedsättningar kan en personkretsbedömning för insatser enligt LSS bli aktuell. Den aktualiseras först när personen inte förväntas återhämta sig i någon större grad. Tidigare insatser erbjuds oftast utifrån SoL [8].

B-8 Sexuell hälsa och samliv

Ge information och rådgivning om potentiell påverkan på relationer till personer som fått stroke och deras familj [37].

Personer med stroke rekommenderas erbjudas möjlighet att diskutera ämnen relaterat till sexualitet, intimitet och sexuell funktion med någon i teamet. Det kan gälla förändringar i sexuell lust, fysiska begränsningar samt emotionella konsekvenser på grund av strokeinsjuknandet [37] (se film Webb-SKU: Sexualitet efter stroke).

B-9 Sociala aktiviteter och fritid

Återupptagandet av sociala aktiviteter och fritid är viktiga delar för att känna delaktighet [37].

För att optimera återgång till roller, aktiviteter och social delaktighet rekommenderas personer med stroke, familjemedlemmar och vårdgivare få information, utbildning, träning och stöd efter utskrivning [37].

Personer som efter strokeinsjuknande har svårigheter att engagera sig/delta i fritidsaktiviteter och sociala aktiviteter bör få interventioner riktade mot detta utifrån sina mål [37].

Personer med stroke kan få information om och hänvisas till samhällets stödinsatser som egenvård gällande fysiska, sociala, emotionella, intellektuella och spirituella aktiviteter och delaktighet i samhället [37].

B-10 Slutenvårdsrehabilitering

Rehabiliteringen skräddarsys utifrån individuella förutsättningar när det gäller duration och intensitet. Högre dos av träningen ger bättre effekt på personens förmåga och funktion. När personen är medicinskt stabil och kan delta i träningen/rehabiliteringen rekommenderas uppgiftsspecifik träning av ett multidisciplinärt stroketeam tre timmar per dag, fem dagar i veckan [28].

För personer där det finns osäkerhet inför hemgång kan hembesök inför utskrivning ske [28].

B-11 Synrehabilitering

I samband med synrehabilitering rekommenderas

- bedömning och utredning av synskärpa, synfältsbortfall och nedsättningar i ögonrörelser
- information, stöd och råd från ortoptist och eller en ögonläkare [20]
- utbildning om visuospatial neglekt och behandlingar ges till patient och närstående [28].

B-12 Vardagsrehabilitering och rehabiliterande förhållningssätt

Vardagsrehabilitering är ett arbetssätt som tillvaratar personens egna resurser och möjligheter att vara aktiv i vardagen och uppmuntrar eget handlande och att bibehålla vardagsaktiviteter [100].

Vardagsrehabilitering utförs i hemmet eller i personens närmiljö [101]. Den utgår från ett personcentrerat arbetssätt som syftar till att stimulera och tillvarata personens egna resurser, det vill säga att kunna vara aktiv och bibehålla meningsfulla aktiviteter i vardagen genom målformulering och strategier baserat på dessa [102]. Bedömningar av personens förmåga att delta i vardagsrehabilitering ska göras av legitimerad personal med rätt utbildning. Det är viktigt att det finns tydliga kommunikationsvägar med vårdpersonalen, och att de får utbildning, stöd, råd och handledning av den legitimerade personalen [103]. Praktisk handledning och utbildning för personal rekommenderas ske med kontinuerlig uppdatering utifrån personens förmåga [37].

Exempel på rehabiliterande förhållningssätt är att personen får fortsätta göra meningsfulla aktiviteter eller får vara delaktig i de delar av aktiviteten som denne klarar av. Finns inte den fysiska förmågan till utförande ska personen få information under hela aktivitetsutförandet och få tid att tänka igenom aktiviteten för att vara förberedd på vad som händer i nästa steg.

Det är viktigt att ha en nära dialog med biståndsbedömare som beslutar om personens hjälp via SoL [8] för bästa förutsättning för hjälpinsatser på rätt nivå.

C Strukturerad uppföljning

Personer med stroke och eller TIA har efter utskrivningen från det akuta vårdtillfället ofta fortsatt behov av medicinska insatser, samt omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. Studier visar att personer som haft stroke känner sig övergivna och inte vet vart de ska vända sig i ett senare skede [104]. Vid tre månaders uppföljning med hjälp av en modifierad post-stroke-checklista identifierades strokerelaterade problem hos mer än 90 procent av personer med mild till måttlig stroke [105]. Strukturerad uppföljning har visat på lägre återinsjuknande i kardiovaskulära händelser (stroke, hjärtinfarkt, vaskulär död), förbättrad livskvalitet och funktionsförmåga [106]. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (NR) för vård vid stroke definieras strukturerad uppföljning som att hälso- och sjukvården regelbundet följer upp personer som insjuknat i stroke eller TIA, utifrån ett strukturerat innehåll [1]. Medlemmarna i det multidisciplinära stroketeamet som deltar i uppföljningen av personer efter genomgången stroke eller TIA rekommenderas ha en särskild strokekompetens med tonvikt på förloppet efter det akuta skedet för att möjliggöra en jämlik och kostnadseffektiv vård med hög kvalitet. I NR [1] saknas precisering av kompetenskraven. Rekommendationen är att alla i stroketeamet har genomgått webb-SKU-utbildning. Förslag till fördjupad strokekompetens för läkare som följer upp patienter efter genomgången stroke eller TIA finns i appendix del K. I vårdförloppet finns hänvisning till ett antal filmer i Webb-SKU. De rekommenderas ingå som del i den särskilda strokekompetensen för respektive profession.

Därutöver behöver alla i teamet ha kännedom om

- bedömning av personens förmåga, rehabiliteringsbehov och förutsättningar
- tillämpliga delar i gällande nationella, regionala och lokala riktlinjer/vårdprogram för uppföljning av stroke- och TIA-patienter
- stroketeamets kompetens och uppdrag
- lokala rutiner och organisation på enheten för strukturerad uppföljning
- kunskap/kännedom om vård- och rehabiliteringskedjan
- Nationella och regionala målindikatorer och enhetens aktuella resultat.

I avsnitt C-1 och C-2 beskrivs förslag på hur den strukturerade uppföljningen kan organiseras för att tillgodose definitionerna enligt NR [1].

C-1 Förslag 1, uppföljning kopplad till strokeenheten

- Samtliga personer med stroke som skrivs ut till hemmet utan Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet (ESD), kontaktas av strokesjuksköterska inom 1–2 veckor efter utskrivning för uppföljning av medicinska insatser.
- Samtliga personer med stroke eller TIA utskrivna från sjukhus till hemmet kallas till ett uppföljningsbesök hos strokekompetent teammedlem (vanligtvis sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut) på sjukhusets strokemottagning. Uppföljningen genomförs 1–3 månader efter TIA respektive 3–6 månader efter stroke [105].

Förberedelse inför uppföljningsbesök

- Formuläret "Strokehälsa™- uppföljning efter stroke" kan med fördel skickas till person med genomgången stroke i samband med kallelsen (via digital plattform, 1177 eller en pappersversion) med uppmaning att fyllas i, eventuellt tillsammans med närstående, innan besöket. Provtagning anpassas till lokala rutiner.

Uppföljningsbesöket

- För person med stroke används till exempel Post-Stroke checklistan (PSC) som samtalsstöd [33] (se film Webb-SKU: Post-Stroke checklista). För person med TIA används till exempel tilläggsdelen till PSC som inkluderar sekundärprevention och kompletterande frågor.
- Samtliga personer handläggs därefter på multidisciplinär teamrond som hålls fysiskt eller digitalt. Multidisciplinära teamet består av läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, och vid behov även kurator, logoped, dietist, tandvårdspersonal och psykolog med särskild kompetens inom stroke.
- Om besök sker till annan yrkesgrupp än läkare erbjuds även uppföljning till strokekompetent läkare inom specialist- eller primärvård.
- Teamronden journalförs med åtgärdskod AW001 Strukturerad uppföljning enligt NR.

Fortsatta besök

- Fortsatta uppföljningstillfällen på specialistmottagningen vid behov av specialistvård. Övriga remitteras till primärvården.

C-2 Förslag 2, uppföljning inom primärvården

Vid utskrivning från specialistvården skickas remiss för uppföljning till primärvården och patientkontraktet till den fasta vårdkontakten och berörda vårdgivare. Person med TIA kallas inom 1–3 månader och patient med stroke inom 3–6 månader.

- Samtliga personer med stroke som skrivs ut till hemmet utan uppföljning från specialistvården kontaktas av strokesjuksköterska inom 1–2 veckor efter utskrivning från strokeenheten för uppföljning av medicinska insatser.

Förberedelse inför uppföljningsbesök

- Samtliga personer som haft en stroke får formuläret "Strokehälsa™- uppföljning efter stroke" via 1177 eller motsvarande plattform cirka en vecka innan uppföljningsbesöket. De som inte använder 1177-formuläret får istället ett brev med en pappersversion som tas med ifylld till besöket. Det finns även möjlighet till fritextsvar för patienten.
- Den fasta vårdkontakten, uppföljningsansvarig, ansvarig läkare och rehabiliteringsenheten får möjlighet att ta del av svaren innan besöket. De har sedan tidigare tillgång till patientkontraktet. Vid behov kan de komplettera informationen till uppföljningsansvarig inför besöket.
- Provtagning anpassas efter lokala rutiner.

Uppföljningsbesök

Personer med genomgången TIA

- Läkarbesök inom 1–3 månader. Vid besöket används gärna en checklista, till exempel tilläggsdelen till PSC som inkluderar sekundärprevention och kompletterande frågor.

Personer med genomgången stroke

- Personer med genomgången stroke följs först upp (på distans eller fysiskt) av sjuksköterska med kunskap om stroke. Detta kan ske exempelvis i samband med provtagning. Uppföljningssamtalet utgår från PSC i kombination med patientens egna svar i formuläret Strokehälsa™. Är det något av hälsoproblemen personen vill få stöd att förändra? Har patienten rehabiliteringsinsatser redan?
- Vid efterföljande (gemensam) teamrond diskuteras personen (med stroketeamet). Om inte hela teamet är närvarande ansvarar de närvarande för att alla professioners ansvarsområden täcks. Med fördel är den fasta vårdkontakten kopplad till strokeenheten.
- Teamronder planeras in regelbundet, för att fånga in personernas behov i realtid. Ronden kan vid behov göras digitalt. Efter teamrond återkopplas planering och åtgärder till personen. Rehabiliteringsteam eller motsvarande med särskild kunskap om stroke kontaktar de personer där fortsatt bedömning eller åtgärder beslutats om på teamronden.
- Teamronden journalförs med åtgärdskod AW001 Strukturerad uppföljning enligt NR.
- Läkarbesök sker 3–6 månader efter insjuknandet. Tilläggsfrågor till PSC kan användas som stöd och åtgärder vidtas gällande hälsoproblem som framkommit vid besök hos övriga teammedlemmar.

Fortsatta besök

- Personer med TIA följs årligen med läkarbesök. Post-Stroke checklistan används inte.
- Personer med stroke kallas årligen till sjuksköterska med samma innehåll som ovan. Efterföljs av multidisciplinär rond och eventuella åtgärder.
- Läkarbesök utifrån medicinskt behov, minst årligen. Besöksfrekvens och form för vårdmöte anpassas efter personens aktuella behov.

(se film Webb-SKU: Strukturerad uppföljning av multidisciplinärt team efter stroke).

Exempel på vårdprogram för uppföljning efter stroke är Regionalt vårdprogram för uppföljning, rehabilitering och sekundärprevention efter stroke och TIA.

C-3 Post-Stroke checklistan (PSC) inklusive patientversion formulär Strokehälsa

I beslutsstöd Uppföljning efter stroke och TIA [107] finns Post-stroke checklistan med tilläggslista och en bildstödsversion (se Preliminärt nationellt beslutsstöd Post-stroke-checklistan) (se film Webb-SKU: Post-Stroke Checklista).

PSC är ett standardiserat och validerat verktyg för strukturerad uppföljning efter stroke och TIA [33]. Checklistan innefattar vanliga hälsoproblem och kan användas som ett samtalsstöd för att identifiera behov och hänvisa vidare i vårdkedjan efter en stroke. Som förberedelse inför besöket kan patienten besvara formuläret “Strokehälsa™-uppföljning efter stroke”. Strokehälsa™ är baserat på Post-Stroke checklistan i kombination med kortfattad information om hälsoproblem och hur man kan få stöd. E-formuläret Strokehälsa™ finns idag tillgängligt via 1177 Vårdguidens e-tjänster för de regioner som är anslutna och har begärt åtkomst till formuläret. Visionen är att samtliga regioner ska ha tillgång till e-formuläret i framtiden. Inför ett besök kan personal enkelt skicka och ta del av besvarade formulär. Patienten får ett meddelande via sms eller mejl om att de har ett formulär att besvara. Där det saknas möjlighet att svara digitalt skickas istället ett brev med ett formulär på papper som tas med vid besöket (finns på olika språk; mer information, instruktion och formulär).

C-4 Tandvård och tandvårdsstöd

Munhälsan kan i många fall påverkas negativt av en stroke och generellt sett är risken för utveckling av ohälsa i munnen stor och ökar ofta med tiden. Munhälsan behöver därför uppmärksammas regelbundet. En vanlig komplikation efter stroke är muntorrhet som kan debutera sekundärt till dehydrering, försämrad oral motorik, munandning och inaktivitet. Muntorrhet ökar risken för karies främst på tändernas rotytor (se film Webb-SKU: Munhälsa).

Personer som lider av vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar eller som är i stort och långvarigt behov av omvårdnad kan omfattas av det regionala tandvårdsstödet [108]. Beviljat tandvårdsstöd ger personen tillgång till nödvändig tandvård till samma öppenvårdsavgift som sjukvård. Tandvården ingår även i hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd.

För patienter som drabbats av stroke är det främst två delar av tandvårdsstödet som är aktuella:

- Stöd till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård)
- Stöd till personer med stort och långvarigt behov av omvårdnad (N-tandvård)

Se beslutsstöd Munhälsa och regionala tandvårdsstöd efter stroke [109].

D Checklista inför utskrivning från strokeenhet och rehabilitering i tidig fas

Läkare ansvarar för att checklistan är genomgången och åtgärder vidtagna eller planerade i samråd med stroketeamet.

- ☐ Är stroke/TIA-diagnos fastställd?
- ☐ Är medicinsk utredning klar och riskfaktorer utredda?
  - ○ Vitala funktioner
  - ○ Laboratoriediagnostik
  - ○ Bild- och funktionsdiagnostik (DT, MR, halskärlsdiagnostik, transtorakal ekokardiografi (TTE), arytmidiagnostik)
  - ○ Behov av intervention (PFO, karotisstenos, kärlmissbildning)
  - ○ Fördjupad anamnes angående levnadsvanor (rökning, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor)
- ☐ **Är lämplig sekundärprevention insatt?** Är riskfaktorerna kartlagda? Är uppföljningen planerad?
  - ○ Trombocythämmare om ischemisk stroke eller TIA utan kardiell embolikälla (vid dubbel trombocythämning max 4 v)
  - ○ NOAK eller warfarin vid förmaksflimmer eller annan kardiell embolikälla, om inte; varför då?
  - ○ Antihypertensiv behandling (om ej kontraindicerat)
  - ○ Statin vid ischemisk stroke eller TIA (om ej kontraindicerat)
  - ○ Diabetes diagnostiserad och behandlingen insatt
  - ○ Behov av uppföljande radiologi vid intracerebral blödning: när blödningen resorberats? Information om restriktion avseende läkemedel som ökar blödningsbenägenhet överlag (även till exempel NSAID).
  - ○ Är plan för medicinsk uppföljning förankrad (till exempel primärvård, specialistsjukvård)
- ☐ Är patienten informerad om hälsosamma levnadsvanor?
  - ○ Rådgivning om hälsosamma levnadsvanor såsom rökstopp, fysisk aktivitet, matvanor, begränsad alkoholkonsumtion, minskad stress, aktivitetsbalans och sömn
  - ○ Plan för att stödja hälsosamma levnadsvanor

☐ Är funktions-, aktivitetsförmåga och delaktighet utredd? Finns plan för rehabilitering, fortsatt uppföljning?

- ○ Sväljförmåga och nutrition. Plan för bedömning av fortsatt behov av sond/PEG
- ○ Språk- och talfunktion
- ○ Kartläggning av funktions- och aktivitetsförmåga
- ○ Konsekvenser i vardagen: förmåga att påkalla hjälp vid behov, personlig vård, intag av mat och dryck, kommunikation, hushållsaktiviteter, sexuell hälsa och samliv, social interaktion, familjeliv, sociala aktiviteter, arbete, fritid, fysisk aktivitet/träning, transportera sig, hantering av ekonomi, kunskap och strategier kring aktivitetsbalans
- ○ Fungerande läkemedelshantering
- ○ Finns plan för egenvård?
  - ➢ Behöver patienten stöd för att genomföra egenvård?
  - ➢ Finns plan för vardagsrehabilitering?

☐ Har patienten nått uppsatta mål (avseende funktion-, aktivitet och/eller delaktighet)?

☐ **Har information om körförbud förmedlats?** Efter stroke är praxis att körförbud gäller tills en utredning blivit gjord och patienten fått meddelande om att körförbudet är upphävt. Bedömning om körlämplighet bör vanligen göras tidigast 2–3 månader efter insjuknandet. Avgörande för om patienten kan återuppta bilkörning är kvarstående synfältsdefekter, pareser, kognitiva störningar, multisjuklighet (diabetes, hjärtsjukdom) med mera. Efter insjuknande i TIA råder konsensus om att patienten avstår från bilkörning i minst två veckor.

- ○ Är bilkörningsförbudet journalfört?
- ○ Har patienten fått skriftlig information?
- ○ Vem följer upp bilkörningsförbudet? (Läkare i primärvård? Neurolog? Rehabiliteringsläkare? Ögonläkare? Transportstyrelsen?).
- ○ När ska bilkörningsförbudet följas upp?
- ○ Har patienten efter rehabilitering fortsatt körförbud (är anmälan till Transportstyrelsen aktuell)?

☐ **Har information om vapenanvändning förmedlats?** Om en patient innehar skjutvapen och läkare bedömer att patienten är olämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl, till exempel hjärnskada, ska anmälan till polismyndigheten göras omedelbart.

- ○ Har patienten efter rehabilitering fortsatt vapenförbud (är anmälan till Polisen gjord)

☐ **Sjukskrivning** efter stroke ombesörjd? I regel aktuellt med hel sjukskrivning de två första månaderna. Samordna sjukskrivningstid med rehabiliteringsplan.

- ○ Ansvarig för uppföljning av sjukskrivningen (läkare i primärvård, neurolog, rehabiliteringsläkare)
- ○ Tidpunkt för uppföljning av sjukskrivning kopplad till rehabiliteringsplan
- ○ Remiss till vårdcentralen utfärdad med information om aktuell sjukskrivningsperiod.
- ○ Finns en plan för arbetsåtergång

☐ Har patientkontrakt upprättats och uppdaterats med patient och eventuellt närstående?

☐ Har patienten en uppdaterad rehabiliteringsplan?

☐ **Har vårdplanering eller SIP erbjudits** vid behov av och/eller önskemål från patienten?

☐ Bedöms utskrivning trygg och säker?

E Checklista inför utskrivning från rehabilitering i sen och kronisk fas.

Tag ställning till:

- ☐ Har patienten kunskap och verktyg som behövs för att bibehålla och/eller förbättra sina förmågor?
- ☐ Har patienten kunskap och verktyg för att hantera sina svårigheter i det dagliga livet?
- ☐ Finns plan för egenvård/hälsofrämjande åtgärder? (Exempelvis fortsatt träning hemma, på gym, sociala aktiviteter/nätverk, vardagsrehabilitering)
- ☐ Har patienten fått information om och initierat kontakt med lokala intresseorganisationer/mötesplatser/föreningar?
- ☐ Är rehabiliteringsplanen uppföljd och målen utvärderade?
- ☐ Behöver patienten förändrade insatser efter avslut? (Exempelvis HSL, LSS och SoL)
- ☐ Behöver patienten hjälp att remitteras vidare? (Exempelvis dietist, neuropsykolog, slutenvårdsrehabilitering åter-in)
- ☐ Har patienten en bokad tid för strukturerad uppföljning?
- ☐ Är patientkontraktet uppdaterat?

F Exempel på underlag för dialog om patientkontrakt

Ett patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare. Dokumentet nedan är framtaget av arbetsgruppen som tagit fram vårdförlopp Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering och utgör ett möjligt underlag för dialogen mellan patient, närstående och vårdgivare. Det bör journalföras att denna dialog har genomförts.

Exempel på information som kan utgöra underlag för planering, vårdkontakter och återbesök:

- ☐ Diagnoser:
  - ○ Stroke/TIA
  - ○ Riskfaktorer
  - ○ Andra relevanta diagnoser
- ☐ Mätvärden (till exempel blodtryck, blodfetter):
  - ○ Ange avvikande värden
- ☐ Utförda undersökningar:
  - ○ Ange avvikande resultat (till exempel röntgen, ultraljud av hjärta och halskärl, EKG)
  - ○ Funktions- och aktivitetsbedömningar
- ☐ Medicinska behandlingar:
  - ○ Ange utförda behandlingar (till exempel propplösande behandling, trombolys, och mekanisk propputdragning, trombektomi)
  - ○ Läkemedel (till exempel blodtryckssänkande, blodfettssänkande, proppförebyggande)
- ☐ Hälsotillstånd och symtom vid insjuknandet:
  - ○ Ange de då aktuella symtomen
- ☐ Aktuellt hälsotillstånd och symtom vid utskrivning:
  Använd valda delar av patientversion av post-stroke-checklistan, finns med bildstöd
  - ○ Aktiviteter i dagligt liv (ADL)
  - ○ Gå och röra sig (förflyttning)
  - ○ Stelhet i armar, händer och/eller ben, fötter (spasticitet)
  - ○ Smärta
  - ○ Problem med blåsa och tarm (inkontinens)
  - ○ Kommunikation
  - ○ Sinnesstämning
  - ○ Svårt att tänka, uppmärksamma saker, koncentrera dig eller minnas (kognition)
  - ○ Livet efter stroke
  - ○ Familjeförhållanden
  - ○ Hjärntrötthet (fatigue)
  - ○ Munhälsa, sväljning och nutrition
  - ○ Andra utmaningar

☐ Sammanhållen planering:

Planering, överblick och stöd för koordinerade insatser

- ○ Mål och förväntningar med vård och behandling
- ○ Vårdplan
  - ➢ Förhindra ny stroke
    - – Läkemedel
      - Aktuella läkemedel, dos
      - Syfte med behandling
      - Behandlingsperiod
      - Ansvar för delning av mediciner
    - – Blodtryck/långtids-EKG
    - – Hälsorelaterade livsstilsförändringar/levnadsvanor
  - ➢ Blodprover
  - ➢ Sjukskrivning
  - ➢ Restriktioner
    - – Bilkörning
    - – Vapen
- ○ Rehabiliteringsplan
- ○ Samordnad individuell plan med kommun (SIP)

☐ Överenskomna tider:

Vilka är mina bokade tider?

- ○ Tid för undersökningar och behandlingar
- ○ Tid för rehabilitering
- ○ Tid för uppföljningar

☐ Patientens ansvar:

- ○ Följa läkemedelsordinationer
- ○ Ansvara för egenvård som till exempel vardagsrehabilitering och fysisk aktivitet
- ○ Följa restriktioner som körförbud
- ○ Kontakta vården vid behov (receptförnyelse, nya symtom, biverkningar eller frågor)

☐ Vårdkontakter:

Vart vänder jag mig?

- ○ Mina kontakter
  - ➢ Fast vårdkontakt med strokekunskap (initial kontakt med strokevården)
  - ➢ Fast vårdkontakt (här får du till exempel råd om vart du kan vända dig i olika ärenden)
  - ➢ Fast läkarkontakt
- ○ Andra aktuella kontakter
  - ➢ Ansvarig strokeläkare
  - ➢ Kontaktperson inom rehabilitering
  - ➢ Kontakter inom kommun (hemtjänst, biståndshandläggare med mera)
  - ➢ Kontakt inom tandvården

☐ Stödfunktioner

Patientorganisationer: några exempel

- STROKE – Riksförbundet: strokeforbundet.se
- Neuroförbundet: neuro.se
- Afasiförbundet: afasi.se
- Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft: hjärnkraft.se

☐ Kunskapskällor

- Hjärt-lungfonden: https://www.hjartlungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/stroke/https://www.hjartlungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/stroke/
- Hjärna tillsammans, samverkan: https://hjarnatillsammans.se
- Vårdguiden 1177: 1177.se

☐ **Avslutande frågor** (finns med bildstöd; se appendix del G)

För att återkoppla att patienten har fått svar på överenskommelsen i patientkontraktet används följande frågor:

- ○ Har du en fast vårdkontakt som stöd för att samordna din vård?
- ○ Har du en planering med vården som utgår från vad som är viktigt för dig?
- ○ Har du en överblick över dina planer och nästa steg i vården?
- ○ Har du enkla sätt att ta kontakt med vården när du behöver?
- ○ Har du och vården tillsammans kommit överens om din nästa tid?

Uppdatering av Patientkontrakt

Patientkontraktet uppdateras av respektive vårdgivare och patienten allteftersom ny information tillkommer.

Följande av ovanstående rubriker uppdateras

☐ Diagnoser

☐ Mätvärden

☐ Utförda undersökningar

☐ Medicinska behandlingar

☐ Aktuellt hälsotillstånd

☐ Sammanhållen planering inklusive utvärdering av:

- ○ Måluppfyllelse (medicinsk, omvårdnad och rehabilitering)
- ○ Effekter av åtgärder
- ○ Patienttillfredsställelse

☐ Överenskomna tider

☐ Vårdkontakter

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

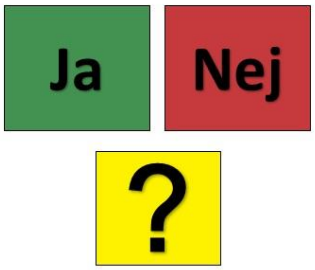
☐ Följ upp genomgången av patientkontraktet med de avslutande frågorna med bildstöd (se G)

G Fem frågor med bilder till patientkontraktet

Förstår patienten patientkontraktet? Dessa frågor ställs till patienten regelbundet och alltid vid uppdatering av en vårdplan. Det görs av den fasta vårdkontakten eller den vårdpersonal som möter patienten i samband med vård och behandling.

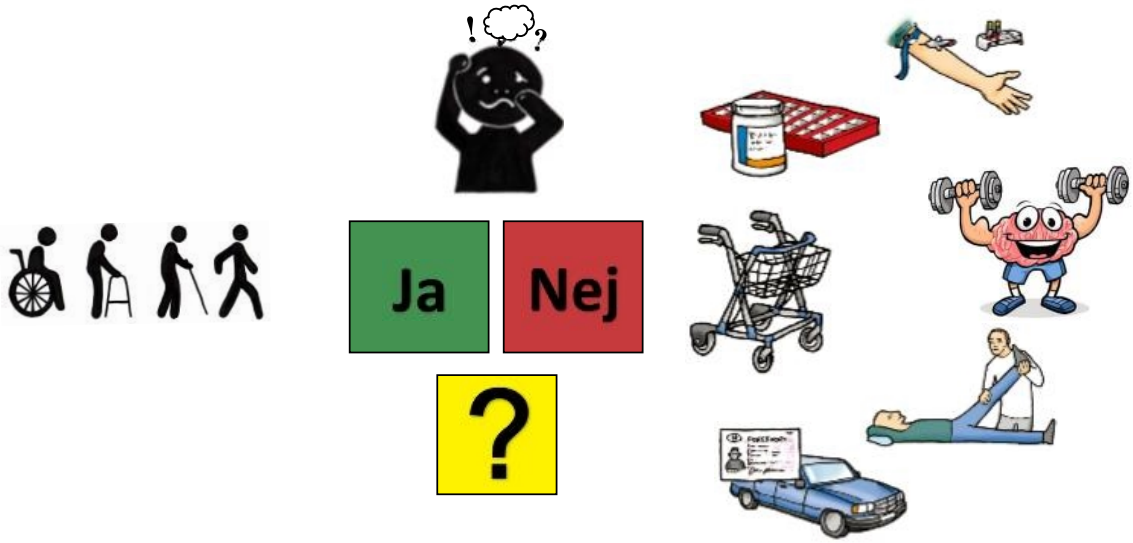
1 Har du en fast vårdkontakt som stöd för att samordna din vård?



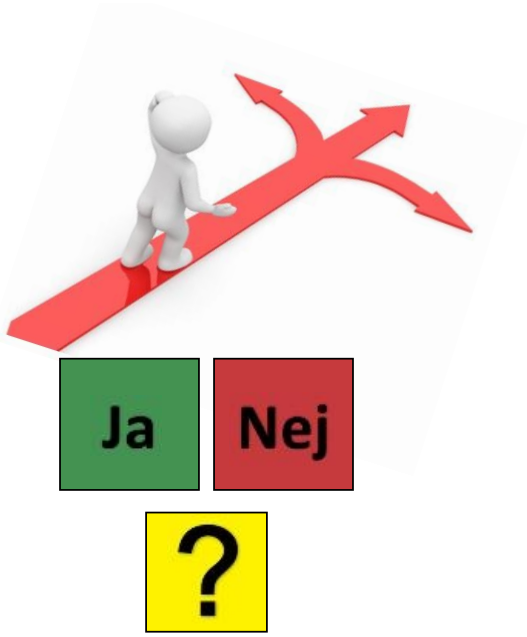


Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

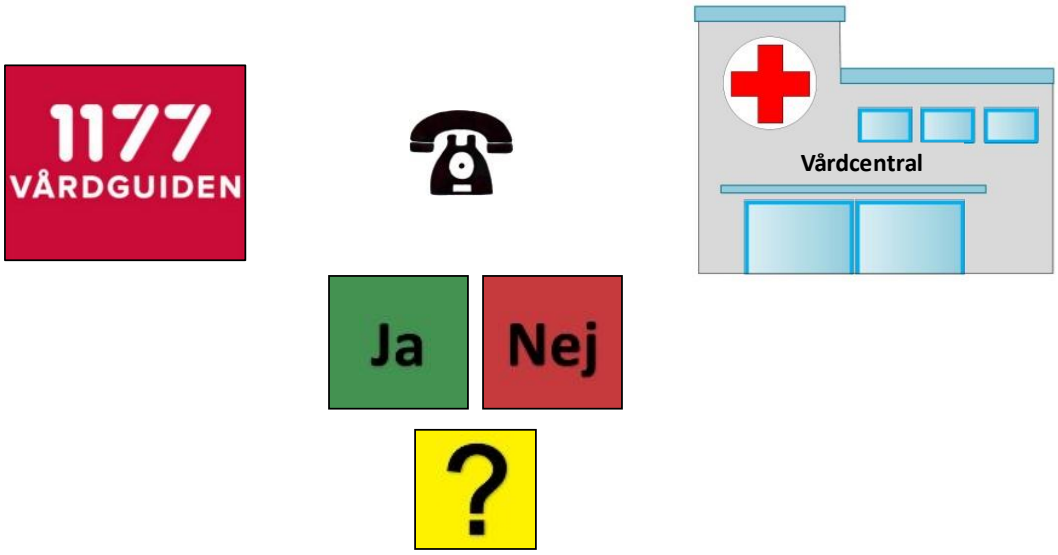
2 Har du en planering med vården som utgår från vad som är viktigt för dig?



3 Har du en överblick över dina planer och nästa steg i vården?



4 Har du enkla sätt att ta kontakt med vården när du behöver?



5 Har du och vården tillsammans kommit överens om din nästa tid?



H Rehabiliteringsplan – exempel

Rehabiliteringsplan	**Upprättad:2021-01-18**
Namn: Maria Andersson Personnummer: 19691111-2222	Diagnos: Stroke, vänstersidig mediainfarkt

Beskrivning av min nuvarande situation

Jag känner mig orkeslös och konstant trött. Jag kan inte gå. Jag har svårt att klä på mig och gå på toaletten själv. Jag är frustrerad och vill komma hem. Jag ser inga svårigheter med att skrivas ut till mitt hem.

Mina förväntningar och önskemål på rehabiliteringsperioden:
Jag vill kunna komma hem och umgås med min familj som tidigare. Jag vill bli som jag var innan och vara så självständig som möjligt. Jag vill kunna laga mat igen.

Mina förväntningar och önskemål på lång sikt:
Jag vill kunna komma tillbaka till arbetet som lågstadielärare nästa termin.

BEDÖMNING	
Funktionsnedsättningar Tal och språksvårigheter (Dysartri, afasi) Trötthet (Fatigue) Sväljningssvårigheter (Dysfagi) Oförmåga att utföra viljemässiga handlingar/rörelser (Apraxi) Nedsatt förmåga att ta till sig information via synen (Visuospatial förmåga) Nedsatt balans och rörelseförmåga höger sida Nedsatt minne	**Svårigheter i aktivitet och problem i delaktighet** Mycket svårt att kommunicera med andra via tal och skrift. Behöver vila mycket Svårt att svälja vätska, mat och att hålla vikten. Svårt med samtliga moment i morgonbestyren såsom att vända kläderna rätt, klara toalettbesök. Svårt att hitta saker och att orientera sig i omgivningen. Kör in i föremål till höger Svårt att kunna gå och förflytta sig självständigt från rullstolen Problem att passa tider
Omgivnings- och personfaktorer	
Resurser Engagerad sambo. Motiverad till att återgå till arbete.	**Hinder** Sovrum och dusch på övre våningen.

Namn: Maria Andersson **Personnummer**: 19691111-2222

PLANERING – ÅTGÄRDER – UTVÄRDERING				
Mina långsiktiga huvudmål: Kunna gå själv utan hjälpmedel Kunna göra mig förstådd		**Huvudmål för rehabiliteringsperioden:** Kunna återgå till eget boende		
Delmål	Åtgärder/Egenvård	Ansvariga	Tidsplan	Utvärdering
Klara intag av 1 dl vatten/filmjölk/kräm 3 ggr/dag	Träna uthållighet och säker sväljning i samband med sondmatning.	Maria, undersköterska, sjuksköterska, logoped	2021-01-18	Uppnått Delvis uppnått Ej uppnått Ej aktuellt
Klara toalettbesök med tillsyn av en person	Träna i aktivitet. Schemalägg träning på tider då Maria brukar gå på toaletten. Egenvård: Jag ska själv larma inför varje toalettbesök.	Maria, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal	2021-02-09	Uppnått Delvis uppnått Ej uppnått Ej aktuellt
Klara förflyttning till och från rullstol med assistans av en person	Träna i aktiviteten. Träna förflyttning på hårt underlag. Låta Maria medverka i förflyttningen.	Maria, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal	2021-02-09	Uppnått Delvis uppnått Ej uppnått Ej aktuellt
Komma i tid till inbokade träningar genom att kompensera för minnesnedsättning.	Träna in rutiner för att titta på schema varje dag efter frukost. Initialt med stöd av undersköterska och sjuksköterska	Maria, arbetsterapeut, undersköterska	2021-03-11	Uppnått Delvis uppnått Ej uppnått Ej aktuellt

Namn: Maria Andersson **Personnummer**: 19691111-2222

Delmål	Åtgärder/Egenvård	Ansvariga	Tidsplan	Utvärdering
Att få den energi och näring jag behöver och hålla min vikt stabil med hjälp av konsistenanpassad kost och näringsdrycker	Göra en plan för mat, dryck och näringsdryck över dagen. Egenvård: Jag ska själv larma och be om näringsdryck på utsatta tider.	Maria, dietist, logoped, sjuksköterska, undersköterska	2021-03-01	Uppnått Delvis uppnått Ej uppnått Ej aktuellt
Klara att skicka ett sms till maken	Träna skrivförmåga	Maria, logoped	2021-03-15	Uppnått Delvis uppnått Ej uppnått Ej aktuellt
Klara att välja mat i lunchmenyn	Träna initiativförmåga och självförtroende. Träna läsförmåga och tal.	Maria, undersköterska, sjuksköterska, logoped	2021-03-15	Uppnått Delvis uppnått Ej uppnått Ej aktuellt
Övriga åtgärder				
Åtgärder/Egenvård	Ansvariga	Tidsplan		Utvärdering
Utreda misstänkt sömnapné	Läkare	2021-02-15		Åtgärdat Ej åtgärdat Ej aktuellt
				Åtgärdat Ej åtgärdat Ej aktuellt
				Åtgärdat Ej åtgärdat Ej aktuellt

Namn: Maria Andersson **Personnummer**: 19691111-2222

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Fortsatt planering efter rehabiliteringsperioden
Avslut av aktuell rehabiliteringsperiod: 2021-03-19 **Deltidsuppföljning:** Planeras 2021-02-03 på rehabiliteringsenheten **Utskrivningsplanering:** Vid behov kommer du få insatser hemma i form av hemtjänst och hemsjukvård. Inför att du ska kunna komma hem kan du behöva göra en ansökan om bostadsanpassning. **Samordning och överrapportering:** Innan du skrivs ut från avdelningen kan det behövas en samordnad individuell planering. Inför att du ska hem kan det vara lämpligt med praktisk handledning för att förmedla information till berörd personal inom kommunal vård och omsorg.
Rehabiliteringsteamet
Karl läkare, Lukas sjuksköterska, Sanna fysioterapeut, Rickard arbetsterapeut, Sara neuropsykolog, Tobias logoped, dietist Sofia.

Namn: Maria Andersson **Personnummer**: 19691111-2222

I Information och dialog

Information och dialog med patient och närstående om funktions- och aktivitetsförmåga, planering, rehabilitering och uppföljning sker kontinuerligt i alla delar av vårdkedjan.

Information till patient och närstående anpassas individuellt och kommunikation sker med hänsyn till patientens förutsättningar (språkförståelse, kognitiv påverkan med mera). Använd samtalsmetod som ökar patientens medverkan och ge stöd till patientens kunskapsinhämtning.

Information ges om

- mål och syfte med olika åtgärder, utvärdering av vård, rehabiliteringsplan samt lämplig vårdnivå
- rekommendationer och restriktioner
- aktivitetsbalans, egenvård och vardagsrehabilitering (se appendix del B-12).
- var patienten kan vända sig vid behov av till exempel förnyad bedömning, rehabilitering eller stöd och insatser enligt SoL.
- patientkontrakt inklusive fortsatt planering, uppföljning och fast vårdkontakt.

Vid behov kan specifik information ges inom nedanstående område:
Sväljförmåga

- Hur förmåga att inta mat och dryck har påverkats av insjuknandet.
- Strategier för att minska sväljsvårigheter och tillhörande risker.
- Strategier för att minska risk för ofrivillig viktnedgång.
- Vikten av munvård och bibehållen tandvårdskontakt.

Nutrition

- Individens energi- och näringsbehov och mål samt eventuell anpassning för att nå detta (till exempel livsmedelsval, berikning samt behandling med kosttillägg).
- Anpassning av konsistensen på mat och dryck efter patientens sväljförmåga.
- Risker relaterat till undernäring samt vikten av att förebygga detta för bibehållen hälsa och att orka vara aktiv.

Tal, språk och kommunikation

- Hur nedsatt kommunikationsförmåga kan påverka i vardagen.
- Kommunikationsrådgivning om samtalsstödjande tekniker (se appendix del A-3).
- Taltjänst, en tolkservice i vissa regioner (Information från Vårdguiden 1177 om Taltjänst).

Kognition och perception

- Hur specifika kognitiva nedsättningar påverkar vardagliga aktiviteter samt strategier för att hantera dessa.
- Hur bristande insikt och personlighetsförändringar kan påverka vardagen och hur dessa kan hanteras.

Emotionella funktioner, psykosocial situation och nätverk

- Hantering av vanliga emotionella konsekvenser efter stroke.
- Myndigheter och enheter inom hälso- och sjukvården som kan vara aktuella att ha kontakt med för stöd.
- Patientföreningar, lokala mötesplatser, föreningar/förbund.

Rörelse- och förflyttningsförmåga

- Strategier för att anpassa rörelser, förflyttningar och minska fallrisk.
- Strategier för att förebygga komplikationer (till exempel skuldersmärta, handsvullnad, trycksår, kontraktur och spasticitet).
- Att träning också innefattar att vara aktiv i olika vardagliga situationer.

Vardagliga aktiviteter, arbete och fritid

- Hur aktivitetsnivå, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar påverkar vardagliga aktiviteter samt strategier för att hantera dessa.
- Betydelsen av att utföra meningsfulla vardagliga aktiviteter inklusive fritidsaktiviteter.
- Strategier för hur aktivitetsbalans kan främjas eller bibehållas.
- Hur arbetsförmågan kan vara påverkad och strategier för att hantera eventuella svårigheter.
- Om sexuell hälsa och samliv.

Hälsosamma levnadsvanor

- Rådgivning om matvanor, fysisk aktivitet, tobak och alkohol, sömn och minskad stress.
- Strategier för att utöva fysisk aktivitet och pulshöjande träning vid nedsatt rörelseförmåga.
- Var råd om hälsosamma matvanor finns.

J Exempel på KVÅ-koder som kan användas för vårdförloppet *Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering*

AW001	Strukturerad uppföljning
PK003	Bedömning av att genomföra daglig rutin
AW024	Uppföljning av rehabiliteringsplan
DU002	Neuropsykologisk behandling
DU007	Stödjande samtal
DV051	Nutritionsbehandling, individuellt anpassad kost
DV076	Teamrehabilitering
DV089	Logopedisk behandling
QB001	Balansträning
QD016	Träning av fysisk prestationsförmåga
QG003	Muskelfunktions- och styrketräning
QN000	Behandling relaterad till personlig vård
QP000	Stöd och/eller träning i hemliv

K Råd till läkare som följer upp patienter med genomgången stroke eller TIA

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ”Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 2015” (SOSF5 2015:8) anges de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt och hur de förväntas ta sig uttryck i den specialistkompetenta läkarens yrkesutövning. De delar av målbeskrivningarna som finns under rubriken ”Kompetenskrav” är föreskrifter som är bindande regler.

I delmålen c används *behärska* för att uttrycka det mest omfattande kompetenskravet. Med behärska avses här att läkaren uppvisar de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att fullständigt och självständigt kunna utföra de arbetsuppgifter som förekommer inom det område som avses. Det kan till exempel vara att läkaren fullständigt och självständigt kan bedöma, utreda, diagnostisera, behandla och följa upp en patient och använda de tekniker eller metoder som är relevanta för området. *Ha kunskap* används i delmålen c för att uttrycka ett kompetenskrav som är mindre omfattande än behärska. Ofta handlar det då om teoretiska kunskaper. *Ha kännedom* används i delmålen c för att uttrycka det minst omfattande kompetenskravet.

Nationella arbetsgruppen för stroke har utifrån Vårdförloppet Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering” tagit fram de särskilda kunskapsområden för stroke som är aktuella för läkare som följer upp patient efter genomgången stroke eller TIA. De är grupperade enligt Socialstyrelsens indelning ovan.

Behärska:

- Utföra somatiskt status inklusive utökat neurologstatus och grundläggande psykiskt status, samt tolka statusfynd.
- Indikation för akut inremittering vid misstanke om nytillkommen stroke eller TIA.
- Särskilja stroke och TIA (Inte ovanligt att patienter vid det akuta vårdtillfället fått diagnos TIA men där senare uppföljning visar kvarstående neurologiska bortfallssymtom talande för stroke).
- Diagnostik och behandling av internmedicinska tillstånd som är särskilt kopplade till stroke-risk/komplikationer/prognos, exempelvis vätske- och elektrolytrubbningar, diabetes, hypertoni, förmaksflimmer, tromboser, infektioner och nutritionssvårigheter.
- Sekundär prevention vid ischemisk stroke, blödning respektive TIA.
- Riktlinjer för restriktioner (förbud bilkörning, vapeninnehav, flygcertifikat, yrkestrafik (sjöfart, tåg, mm) och rekommendationer om dykuppehåll).
- Råd och stöd om hälsosamma levnadsvanor samt stöd till livsstilsförändringar.
- Rutiner för övergång till palliativ vård, brytpunktssamtal och vård i livets slutskede.

Ha kunskap om

- hur kommunicera med patienter med stroke
- bedömning av patientens förmåga, rehabiliteringsbehov och förutsättningar
- post-stroke-checklistan med kännedom om tillgängliga remitteringsmöjligheter

- indikation för inläggning av samt avlägsnande av gastrostomi (tillsammans med logoped och dietist)
- tandvårdsstöd
- beslutsstöd för begränsad arbetsförmåga, omfattning och tid (Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd)
- uppdrag för fast vårdkontakt
- innehåll/struktur i patientkontrakt
- stroketeamets kompetens och uppdrag
- lokala rutiner och organisation på enheten för strukturerad uppföljning
- vård- och rehabiliteringskedjan
- tillämpliga delar i gällande nationella, regionala och lokala riktlinjer och vårdprogram för uppföljning av stroke- och TIA-patienter.
- aktuella diagnoskoder
- tillämpliga lagar, liksom LSS, personlig assistans, sjukskrivning, vapen, körkortskrävande fordon, färdtjänst, god man/förvaltare, närståendepenning med mera.

Ha kännedom om

- nationella och regionala målindikatorer och enhetens aktuella resultat.

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering

Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-11-15	Öppen remiss

Innehållsförteckning

1. Om konsekvensbeskrivningen 5
2. Konsekvenser 5
2.1. Omfattning 5
2.2. Nytta eller risker för individen 6
2.3. Etiska aspekter 7
2.4. Verksamhet och organisation 9
2.5. Kostnader 12
2.6. Kompetensförsörjning 13
2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd 14
2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 14
2.9. Uppföljning 15
2.10. Övriga konsekvenser 15
3. Referenser 16

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Detta dokument beskriver de viktigaste konsekvenserna för hälso- och sjukvården till följd av införandet av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering.

Målsättningen med detta vårdförlopp är att personer som insjuknat i stroke ska ombesörjas en trygg och säker utskrivning efter det akuta skedet, fortsatta rehabiliteringsinsatser, samt en livslång uppföljning inom sjukvården resulterande i ökad patientnöjdhet, hälsa och livskvalitet. Införandet av vårdförloppet kommer att förbättra nuvarande vårdpraxis. Inga delar av vårdpraxis kommer att avvecklas, däremot kommer nyttjandegraden av en del processer att öka.

Vårdförloppet förordar en fast vårdkontakt med strokekompetens som utgår från stroketeamet på sjukhuset. Den kommer att stödja patienten under en övergångsperiod efter utskrivningen från strokeenheten. Därefter överförs ansvaret för den fasta vårdkontakten till primärvård inom region eller kommunal hälso- och sjukvård.

Fast läkarkontakt behöver byggas ut så att den erbjuds till alla patienter med stroke.

Vårdförloppet ger förslag på ett utvecklat och för strokevården anpassat patientkontrakt som följer patienten från sjukhuset under hela vårdförloppet. Patientkontraktet ger patient och vårdgivare en gemensam plan vilket säkrar utskrivning och vårdövergång.

Tidig understödd utskrivning från sjukhuset till hemmet (ESD), där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmet förkortar vårdtiden på sjukhuset och leder till minskad mortalitet eller ADL-beroende. Andelen som får ESD varierar över landet och behöver byggas ut på många ställen.

Tillgången till multidisciplinär rehabilitering efter stroke (särskilt i den senare fasen) är mycket ojämlik i landet. Alla professioner i teamet kring patienten finns inte i alla delar av vårdkedjan, till exempel inom primärvård i region och kommunal hälso- och sjukvård. Inom dessa verksamheter träffar personalen ofta patienter med flera olika diagnoser vilket gör att de inte alltid upplever sig ha specifik kompetens om konsekvenserna av stroke. Möjlighet att få ta del av riktade utbildningar om stroke och rehabilitering är därför viktigt. Vårdförloppet betonar även vikten av vardags-rehabilitering. Här spelar kommunen en viktig roll.

Den strukturerade uppföljningen med tillgång till hela det multidisciplinära teamet med strokekompetens kommer skapa möjligheter för identifiering av patientens behov och genomförande av såväl medicinska, omvårdnadsåtgärder som rehabiliteringsåtgärder.

En förutsättning för att kunna implementera ovanstående åtgärder är utvecklande av digitala lösningar och gemensamma journalsystem för specialistvård, primärvård inom region och kommunal hälso- och sjukvård.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

1. Om konsekvensbeskrivningen

Denna konsekvensbeskrivning beskriver de viktigaste konsekvenserna för hälso- och sjukvården till följd av införandet av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering. Konsekvensbeskrivningen är skriven i samverkan med arbetsgruppen Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering av

- Annika Berglund, medicine doktor, sjuksköterska
- Christina Brogårdh, professor i fysioterapi, specialist i neurologi, docent i experimentell rehabiliteringsmedicin, fysioterapeut
- Anna Brändal, medicine doktor, fysioterapeut, specialist i neurologi
- Claes Gustafsson, medicine doktor, överläkare, specialist i allmän internmedicin
- Åsa Rejnö, docent i omvårdnad, sjuksköterska
- Lars Rosengren, professor i neurologi med särskild inriktning mot stroke, överläkare specialist i neurologi, ordförande i den nationella arbetsgruppen NAG stroke och i arbetsgruppen för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA.

2. Konsekvenser

2.1. Omfattning

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnans kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom och som ofta övergår i långvariga eller permanenta funktionsnedsättningar. Stroke orsakas vanligen av blodpropp men i en mindre del av fallen av blödning. Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke. Incidensen ökar med stigande ålder och fyra av fem patienter som insjuknar är över 65 år. Subaraknoidalblödning (SAB) ingår bland strokediagnoserna och drabbar en yngre patientgrupp där majoriteten är i arbetsför ålder.

Var femte person som får stroke avlider inom tre månader. De som överlever får ofta någon form av kvarstående motorisk eller kognitiv funktionsnedsättning. Problem med sensorik, balans och kommunikation (tal och språk) är också vanliga. Stroke är den tredje vanligaste orsaken till funktionsnedsättningar och behovet av rehabilitering är stort.

Stroke är den somatiska sjukdom som orsakar samhället störst kostnader och det beror i hög utsträckning på att många som insjuknat blir beroende av boende inom kommunal omsorg.

Incidens och prevalens i Sverige

- 2015 uppskattades strokeprevalensen till 1 942 per 100 000 personer [1].
- 2019 var strokeincidensen 349 per 100 000 (Socialstyrelsens statistikdatabas). Av dessa uppskattas cirka 10 procent vara intracerebrala blödningar och fem procent subaraknoidalblödningar.
- 2019 uppskattas TIA-incidensen till 100 per 100 000 (från data ur Riksstroke) [2].

Antal personer som omfattas av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet stroke och TIA (del 2) årligen

- 2019 registrerades 21 090 sjukhusvårdtillfällen för personer med stroke [2].
- 2019 registrerades 8 443 vårdtillfällen för TIA [2].

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

2.2. Nytta eller risker för individen

Nyttan med vårdförloppet är att personer som insjuknat i stroke ska kunna få en mer jämlik och evidensbaserad vård och rehabilitering i hela landet. Vårdförloppet beskriver processen för det återkommande behov av rehabilitering som många personer har under hela livet samt möjligheten till teambaserad vård och rehabilitering på alla nivåer.

Efter den initiala slutenvårdsperioden behandlas de flesta inom primärvård i region eller kommunal vård och omsorg. Nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal mellan kommuner och regioner skiljer sig åt i landet vilket utgör en risk att den som behöver rehabilitering får ojämlik vård. Tydliga avtal mellan huvudmän som ger möjlighet till samverkan över organisationsgränserna behövs för att säkerställa hela vårdförloppet från akutinsjuknandet till det senare skedet.

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför

Nytta	**Kommentar**
Teambaserad vård	Teambaserad vård med professioner som har särskild kompetens inom stroke möjliggör en säker och personcentrerad vård med god kvalitet. Kontinuitet inom teamet och i vårdkedjan också är viktiga faktorer.
Tidig understödd utskrivning från sjukhuset till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmet	Tidig understödd utskrivning till hemmet förkortar patientens vårdtid på sjukhuset. Patientens behov och förmåga styr vilka rehabiliteringsinsatser som utförs. Färre patienter avlider eller blir beroende av personlig hjälp med ADL.
Fast vårdkontakt stroke under den första tiden efter utskrivning från strokeenheten	Många patienter känner oro vid hemkomsten och vet inte vart de ska vända sig. En fast vårdkontakt med strokekompetens som utgår från stroketeamet på sjukhuset bidrar till en sömlös övergång för patienten från sjukhuset till andra vårdgivare och kan hjälpa patienten med olika frågor och problem som upptäcks först efter hemkomsten.
Fast läkarkontakt	Merparten av alla patienter med genomgången stroke saknar idag en fast läkarkontakt. Patienter med stroke har ofta sämre språkförståelse och kognitiv påverkan. En fast läkarkontakt innebär större kontinuitet med resultat som ökad patientkännedom, lättare att bedöma förändringar i hälsotillståndet och ökad trygghet för patienten. Kvaliteten i den strukturerade uppföljningen ökar.
Tillgången till multidisciplinär rehabilitering efter stroke (särskilt i den senare fasen) är mycket ojämlik i landet	Många personer som insjuknat i stroke är i behov av återkommande rehabilitering. Tillgång till multidisciplinär rehabilitering med stöd från flera professioner behöver säkerställas i olika delar av vårdkedjan i syfte att förbättra patientens livssituation över tid.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Vardagsrehabilitering	Vardagsrehabilitering utgår från ett personcentrerat arbetssätt som syftar till att stimulera och tillvarata personens egna resurser och möjligheter att vara aktiv i vardagen.
Patientkontrakt	Patientkontraktet har utvecklats och anpassats till personens förutsättningar och följer individen under hela vårdförloppet. Patientkontraktet tydliggör vad patienten, utifrån sina behov och förutsättningar förväntas göra och vad vården ska göra. Patientkontraktet består av flera delar som tillsammans ska bidra till samförstånd och delat ansvar mellan personen och vården. Det innefattar en gemensam överenskommelse med sammanhållen planering omfattande såväl medicinsk-, omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser, samt fast(a) vårdkontakt(er) och överenskomna tider.
Strukturerad uppföljning	Strukturerad uppföljning med hjälp av post-stroke-checklistan och tillgång till det multidisciplinära teamet möjliggör att individens behov identifieras och att rätt åtgärder kan sättas in. Genomförda medicinska-, omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser utvärderas och nya mål sätts utifrån patientens behov och förutsättningar. Premisserna för fortsatt korrekt sekundärprofylaktisk medicinering ökar därmed vilket minskar risken för nya stroke och andra komplikationer.

2.3. Etiska aspekter

Autonomi och integritet

Personer som drabbas av stroke kan få symtom och begränsningar som påverkar autonomin (till exempel nedsatt kommunikationsförmåga, kognition och rörelseförmåga). Det kan också ge upphov till en krisreaktion som kan påverka personen ytterligare. Åtgärder som förbättrar återhämtningen minskar denna risk och bedöms påverka autonomi och integritet positivt. Vårdförloppet tar fasta på att patienten ska hållas informerad, vara delaktig i beslut som rör vård och rehabilitering och ges möjlighet att avböja behandling. Patienter som är oförmögna att kommunicera eller inte är beslutskapabla erbjuds vård och insatser i dialog med närstående och efter bästa vetenskapliga evidens enligt Nationella riktlinjer (NR) [3]. Eftersom stroke är en sjukdom som ofta innebär försämrad kognitiv och kommunikativ förmåga är det en utmaning att bevaka patientens autonomi.

Undanträngningseffekter

Vårdförloppet kommer att identifiera patienter med kvarstående och nya rehabiliteringsbehov vilket kan leda till en undanträngningseffekt på andra patientgrupper i behov av rehabilitering.

Den strukturerade uppföljningen innebär ett nytt arbetssätt där läkarbesök kompletteras med tillgång till hela det multidisciplinära teamet. Det kan komma att innebära en mindre undanträngningseffekt för övriga patientgrupper i behov av arbetsterapi, fysioterapi, logopedi eller andra insatser.

Bedömningen är att inkluderingen av SAB i Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård, och i detta vårdförlopp; stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering, inte kommer ge några påtagliga undanträngningseffekter.

Människovärdesprincipen samt behovs- och solidaritetsprincipen
Alla människor har lika värde och vårdförloppet rekommenderar åtgärder enligt behovs- och solidaritetsprincipen. Vårdförloppet lyfter fram och stärker vården och uppföljningen av de svårast sjuka och för de på särskilt boende.

Kostnadseffektivitetsprincipen
Socialstyrelsen har enbart tagit fram hälsoekonomiskt underlag för de frågeställningar i NR där det funnits anledning att anta att kostnadseffektiviteten kunnat påverka myndighetens beslut om åtgärden. I NR samt bilagor med hälsoekonomiskt underlag har följande nyare åtgärder en låg till måttlig kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår:

- Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet med rehabilitering i hemmet av ett multidisciplinärt strokekompetent rehabiliteringsteam ger lägre kostnad jämfört med sedvanlig vård på strokeenhet (viss hälsoekonomisk evidens) [4]. Kostnadseffektiviteten av koordinerad utskrivning har i en liten svensk studie visat sig minska vårdtid på sjukhus utan att kostnaderna för öppenvården ökat. Dessa resultat tyder på att interventionen kan vara kostnadsbesparande. I en engelsk kostnadseffektivitetsanalys som gjorts utifrån ett tio-årsperspektiv estimerades kostnaden till 285 000 kronor per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) [4].
- Botulinumtoxin jämfört med behandling utan botulinumtoxin vid spasticitetsymtom [4].
- Kombinationsbehandling med acetylsalicylsyra och klopidogrel upp till 90 dagar efter insjuknande i akut TIA eller mindre ischemisk stroke [4].
- Endovaskulär slutning av PFO jämfört med medicinsk behandling [4].
- Långtidsbehandling med nya orala antikoagulantia vid förmaksflimmer [5].

Jämlikhetsperspektivet
Ett av vårdförloppets syften är att personer som har insjuknat i stroke eller TIA ska få en mer jämlik vård och rehabilitering i hela landet oavsett kön, ålder eller grad av funktionsnedsättning. Det kommunala och regionala självstyret möjliggör olika tolkningar och tillämpningar av Hälso- och sjukvårdslagen [6], Socialtjänstlagen [7], och Nationella riktlinjer [3]. Resurser i form av personal med olika kompetenser skiftar mellan kommuner och regioner i landet och kan påverka tillgången till vård och rehabilitering. Även hjälpmedelsförsörjning och kostnad för hjälpmedel för den enskilde skiftar mellan olika kommuner och regioner. Sammantaget innebär det att vårdförloppets åtgärder kan få olika genomslag i olika delar av landet.

Risker för onödig eller omotiverad vård
Risken för att vårdförloppet ska leda till onödig eller omotiverad vård bedöms som mycket liten. Vårdförloppet utgår från de evidensbaserade åtgärder som har fått högst prioritet i de nationella riktlinjerna [3]. Vårdförloppet har även tydliga in- och exklusionskriterier. Insättning av en åtgärd bedöms utifrån patientens behov och förutsättningar.

Risk för att individer som borde ingå i vårdförloppet exkluderas
Risken för att individer som borde ingå i vårdförloppet exkluderas bedöms som mycket liten.

2.4. Verksamhet och organisation

Införandet av vårdförloppet förutsätter ett fungerande strukturerat samarbete på regional och kommunal nivå mellan olika professioner och huvudmän. Utan ett strukturerat samarbete mellan dessa aktörer blir det mycket svårt att uppnå en personcentrerad vård och rehabilitering över tid, inkluderande årlig strukturerad uppföljning. Det finns en stor risk att patienter inte får de evidensbaserade rehabiliteringsinsatser som beskrivs i vårdförloppet på grund av gråzoner i ansvarsfördelningen mellan slutenvård och primärvård inom region och kommunal vård och omsorg. Detta innebär att de team som träffar strokepatienten kan behöva vara organisationsöverskridande för bästa kontinuitet, vård och rehabilitering och för att säkerställa jämlik vård oavsett hur de regionala organisationerna ser ut.

Nedan beskrivs kortfattat några befintliga utmaningar och tänkbara organisatoriska konsekvenser av att vårdförloppet införs. Dessa beskrivs inom ramen för olika delar av vårdförloppet. Utgångsläget ser olika ut i de flesta regioner och verksamheter. Varje region och kommun behöver genomföra en GAP-analys inför genomförandet av vårdförloppet.

Rehabilitering
Tidig understödd utskrivning (ESD)
Tidig understödd utskrivning till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför rehabilitering i hemmiljön, bör enligt vårdförloppet erbjudas till personer med lindrig till måttlig stroke [3]. ESD möjliggör en snabbare utskrivning till hemmet med fortsatt rehabilitering som utgår från strokeenheten. Stora skillnader finns både vad gäller förekomst och bemanning av ESD i landet.

Tillgången till multidisciplinär rehabilitering efter stroke (särskilt i den senare fasen) är mycket ojämlik i landet. Alla professioner i teamet kring patienten finns inte i alla delar av vårdkedjan, till exempel inom primärvård i region och kommunal hälso- och sjukvård. Inom dessa verksamheter, träffar personalen ofta patienter med flera olika diagnoser vilket gör att de inte alltid upplever sig ha specifik kompetens om konsekvenserna efter stroke. Möjlighet att få ta del av riktade utbildningar om stroke och rehabilitering är därför viktigt. I vissa delar av landet finns så kallade neuroteam med specifik strokekompetens. Hälsoprofessionerna är inriktade på rehabilitering; övriga professioner som läkare, sjuksköterska och dietist ingår oftast inte i teamet vilket försvårar helhetsperspektivet. Nuvarande uppdragsbeskrivning för neuroteam eller motsvarande behöver kompletteras för att säkra tillgång till alla professioner i stroketeamet. I primärvården finns inte psykologer med vidareutbildning i neuropsykologi, vilket gör att kunskapen om hur man utreder och behandlar patienter med kognitiv nedsättning efter stroke saknas.

Ibland sätter organisatoriska gränser hinder för vård och rehabilitering. Ett exempel är om rehabiliteringskoordinator finns på vårdcentralen som patienten är listad på. För att patienter ska få tillgång till koordinatorn behöver sjukskrivningen ske från läkare på vårdcentralen. I bland annat Västra Götalandsregionen (VGR) sjukskrivs patienter initialt (ibland några veckor till flera år) från

strokeenheten eller den specialiserade mottagningen på sjukhuset och då saknar patienten tillgång till rehabiliteringskoordinatorn.

Specialistvård och regional primärvård kan inte besluta om rehabiliteringsinsatser som ska utföras av hemvård då de legala och organisatoriska systemen inte stödjer detta. Om egenvårdsbeslut är aktuellt behöver patienten själv vid behov ansöka via biståndshandläggare för att få hjälp med utförande av egenvårdsinsatser.

Inom kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg är vardagsrehabilitering ett arbetssätt som behöver byggas ut och stärkas. Vardagsrehabilitering utgår från ett team där hemtjänstpersonal ingår och utför arbetsuppgifterna i hemmet eller i personens närmiljö. Vardagsrehabilitering ska bidra till att bibehålla funktions- och aktivitetsförmåga samt delaktighet. I vardagsrehabilitering är det multidisciplinära teamet viktigt för att öka hemtjänstens kunskaper. Bedömningar ska göras av kvalificerad personal med rätt utbildning för uppgiften (legitimerad personal) och det ska finnas tydliga kommunikationsvägar mellan legitimerad personal och hemtjänstpersonal. Fysisk närhet underlättar kommunikation och informell återkoppling. Det är viktigt att alla inblandade arbetar enligt ett vardagsrehabiliterande arbetssätt. Insatserna från legitimerad personal i vardagsrehabilitering är att stödja och ge råd till hemtjänstpersonal genom samtal, coachning, handledning och utbildning. Här behöver samarbetet stärkas mellan specialistvård, primärvård inom region och kommunal vård och omsorg.

Strukturerad uppföljning

Organisation

Införandet av strukturerad uppföljning av patienter med stroke eller TIA har hög prioritet i NR (prio2) [3]. Den strukturerade uppföljningen innefattar att det ska finnas tillgång till hela det multidisciplinära teamet. Det arbetssättet finns inom strokeenheten men saknas på de flesta håll i landet vid uppföljningen efter det akuta vårdtillfället. Organisationen kan, med mindre insatser, byggas upp för den mindre grupp av patienter som följs upp inom öppenvård knuten till sjukhuset (se förslag i vårdförloppets appendix). Uppföljningen sker här med ett till två besök varefter patienterna remitteras till primärvården. På många ställen i landet remitteras patienterna direkt från strokeenheten till primärvården för fortsatt uppföljning. Patienterna kan här ha flera olika vårdgivare för det medicinska omhändertagandet och omvårdnad samt rehabilitering. Vårdgivarna kan vara såväl offentliga som privata. Fysiskt kan patientens olika vårdgivare ibland finnas i samma lokaler men kan också finnas på olika platser på samma ort eller olika orter. Detta kommer att ställa stora krav på olika lokala organisatoriska lösningar för att säkra tillgången till hela teamet. En fortsatt utveckling av digitala mötesformer kommer att bli nödvändig för att skapa effektiva arbetsformer. Nuvarande remisskrav (läkarremiss) för att till exempel få komma till dietist behöver förändras till att alla i stroketeamet kan få rätt att "lotsa" patienten till rätt profession.

Stroketeam

Enligt NR [3] bör följande professioner ingå i stroketeamet: arbets- och fysioterapeut, logoped, läkare samt sjuksköterska. Därutöver bör det finnas tillgång till dietist, kurator, psykolog/neuropsykolog och tandvårdspersonal. Tillgång till de olika professionerna varierar i landet och framför allt saknas det på många ställen logopeder, dietister och psykologer med neuropsykologisk kompetens. Kontinuitet behövs för ett effektivt teamarbete. Framför allt på underläkarepositionen inom specialistvården är kontinuiteten mycket bristfällig och motsvarande

gäller för primärvård i regionen på många håll. Detta leder till försämrad arbetsmiljö och otillräcklig kvaliteten i vården.

Medlemmarna i stroketeamet behöver ha specifik strokekompetens inriktad på rehabilitering och uppföljning för att möta patienternas behov. Fram tills nu saknas gemensam definition av nödvändig strokekompetens. Utbildningsnivån varierar inom landet och mellan professioner. Vårdförloppets rekommendation är att teammedlemmarna har genomgått utbildning inriktad mot stroke, till exempel Webb-SKU.

Uppföljning efter insjuknande i TIA kräver ett besök med tillgång till stroketeamet varefter den fortsatta uppföljningen enbart är medicinsk och kan ske hos ansvarig läkare. För patientgruppen som insjuknat i stroke kommer uppföljningen vara mer komplex och tillgång till stroketeamet behövs under en längre period. Den innefattar flera vårdgivare under lång tid, inte sällan resten av livet. Efter det första återbesöket kan fortsatta kontroller med fördel ske inom primärvården. Besöksfrekvens och form för vårdmötet anpassas efter patientens aktuella behov. För multisjuka personer eller personer inom särskilt boende kan första uppföljningsbesöket genomföras av vårdgivare på boendet i samarbete med ordinarie läkare**.**

Journalsystem
Inom den specialiserade vården kopplad till sjukhuset används samma journalsystem. Ett gemensamt journalsystem för specialistvård, primärvård inom regionen och kommunal hälso- och sjukvård saknas inom många regioner. Det omöjliggör läs- och skrivmöjligheter i en samlad patientjournal och försvårar informationsöverföring mellan vårdgivarna. Tillgång till ett gemensamt journalsystem är en nödvändig förutsättning för en effektiv vård med hög patientsäkerhet och kvalitet.

I vårdförloppets appendix finns förslag på hur uppföljningen kan organiseras i olika steg och delvis kan ske digitalt.

Fast vårdkontakt
På flera ställen i landet sker den första uppföljningen efter utskrivningen kopplad till strokeenheten. I vårdförloppet förordas att patienter med stroke under den första tiden får, förutom den fasta vårdkontakten i primärvården, en fast vårdkontakt som är kopplad till strokeverksamheten på sjukhuset. Denna person har strokekompetens och nära samarbete med de övriga i stroketeamet, vilket stärker patientens förutsättning för ett personcentrerat omhändertagande. Att den ofta komplexa situationen under den första tiden efter utskrivningen, med flera olika insatser, kan koordineras optimalt och ge en sömlös övergång till annan vårdform med god kvalitet är mycket viktigt.

Fast läkarkontakt
Patientlagen [8] (6 kap, 3§) anger att “patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården”. Andelen som har en fast läkarkontakt är låg.

Patientkontrakt
Patientkontraktet är en överenskommelse mellan patienten och vården. En vägledning för vården kring vad som bör ingå i patientkontraktet för en patient som drabbats av stroke och eller TIA har utarbetats (se appendix). Utifrån patientens behov utformas sedan patientkontraktet (se appendix). Kort efter ankomsten till strokeenheten påbörjas tillsammans med patienten en vård- och

behandlingsplan inklusive rehabiliteringsplan. Den uppdateras därefter kontinuerligt under vårdtiden för att vid utskrivningen utgöra ett komplett patientkontrakt. Patientkontraktet ska därefter följa patienten och uppdateras kontinuerligt. För att möjliggöra detta behöver patientkontraktet finnas tillgängligt digitalt för alla involverade vårdgivare, den fasta vårdkontakten och patienten. För närvarande är detta inte möjligt då sjukvården saknar ett gemensamt journalsystem. Det är därför av yttersta vikt att man framledes utvecklar digitala lösningar för att kunna tillgodose patienternas behov av kontinuitet.

2.5. Kostnader

HTA-analyser över vårdförloppets åtgärder saknas på nationell nivå. Registreringen i vårdadministrativa system täcker inte alla genomförda åtgärder och har stora regionala skillnader. Framför allt saknas möjligheter till uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården. Vissa åtgärder är nya varav patientkontrakt och strukturerad uppföljning har störst påverkan.
Det pågår en pilotstudie inom HTA Syd, Region Skåne med registerdata från Riksstroke och Region Skånes vårddatabaser. Den omfattar rehabiliteringsinsatser under de tre första månaderna efter insjuknande i stroke, strukturerad uppföljning inom tre till sex månader efter utskrivning, rehabiliteringsinsatser från fjärde månaden efter insjuknande i stroke fram till ett år efter stroke samt samordnad individuell plan (SIP) (se konsekvensbeskrivning, HTA-analys).
En utökning av tidig understödd utskrivning i landet så att minst 25 procent (Socialstyrelsens målnivå) av alla strokepatienter som skrivs ut till eget boende får understödd hemgång och rehabilitering i hemmet ger en kostnadsbesparing för samhället men denna tillfaller främst primärvård inom region och kommunal vård och omsorg där åtgärden minskar behovet av insatser i det längre tidsförloppet. Tjugotre av sjuttiotvå strokeenheter klarar för närvarande måltalet att minst 25 procent av alla patienter som skrivs ut till hemmet får understödd hemgång och rehabilitering. Av övriga saknas understödd hemgång helt på 16 strokeenheter och vid ytterligare 13 strokeenheter ges färre än fem procent av patienterna understödd hemgång.

På sjukhusnivå kommer införandet innebära en ökad kostnad för strokeenheterna (resurserna för ESD utgår därifrån). Kostnadsökningen kommer delvis att kompenseras genom kortare slutenvårdstider och en förskjutning av utredningar och åtgärder till hemmiljö. Detta möjliggör en omfördelning av resurser till andra delar av slutenvården, till exempel att möjliggöra inläggning av strokepatienter till strokeenhet som första vårdnivå.

Inga större investeringar i utrustning, lokaler eller material förutses.

Tillgången till personal med strokekompetens varierar inom regionerna och kommunerna. Här behöver varje region och kommun utifrån vad som beskrivs under kompetensförsörjning nedan genomföra en nulägesanalys. För flertalet kommer den att visa ett behov av nyrekryteringar och stroke-utbildningar. Webb-SKU möjliggör en kostnadseffektiv utbildningsform.

Preliminära data från HTA-analysen från Region Skåne visar att cirka en tredjedel av strokepatienterna med rehabiliteringsbehov utskrivna till hemmet inte fått rehabilitering inom 3 månader från utskrivningen. Med stor sannolikhet kommer den strukturerade uppföljningen identifiera fortsatta och nya rehabiliteringsbehov. Det är då viktigt att det finns enheter inom den

regionala och kommunala hälso- och sjukvården som kan erbjuda rehabilitering och möta upp de behov som identifierats.

Ett gemensamt digitalt journalsystem för specialistvård, primärvård inom region och kommunal hälso- och sjukvård behöver utvecklas för att bidra till en sömlös övergång mellan de olika vårdnivåerna, förbättra patientsäkerheten, säkra tillgången till alla data för alla vårdgivare i nutid. Det är en nödvändighet för att patientkontraktet ska kunna vara uppdaterat och tillgängligt. IT-utrustning kan behöva kompletteras för att säkra digitala mötesforum.

2.6. Kompetensförsörjning

Bemanning

Nationella måltal saknas för antalet personer i respektive profession kopplat till invånare eller antal strokepatienter som behövs. Tillgång till olika professioner varierar inom specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Nedan redovisas de yrkesgrupper där bristerna är störst för att genomföra vårdförloppet [9].

Inom specialistvården:

- brist på logoped, dietist, psykolog med neuropsykologisk inriktning på flera håll.

Inom primärvården i regionen:

- brist på logoped
- brist på dietister, i vissa regioner saknas helt dietister som arbetar mot denna målgrupp i primärvården
- brist på allmänläkare och möjlighet till fast läkarkontakt
- saknas generellt psykologer med vidareutbildning inom neuropsykologi
- saknas kuratorer inom primärvårdsrehabilitering eller på vårdcentraler.

Inom kommunal hälso- och sjukvård saknas generellt:

- logopeder
- kuratorer
- psykologer med vidareutbildning inom neuropsykologi
- dietister som arbetar kliniskt inom området i kommunal hälso- och sjukvård i de flesta kommuner.

Strokekompetens

Utbildningsnivån varierar inom och mellan regionerna och kommunerna.

På strokeenheter, beroende på profession, anges 23-70 procent av personalen ha genomfört utbildning som ledde till STROKE - Riksförbundets kompetensbevis [10].

Socialstyrelsens utvärdering [9] visar att endast en till fyra procent av kommunens personal hade genomfört utbildning som ledde till STROKE - Riksförbundets kompetensbevis och mindre än 25 procent av de som arbetade inom hemsjukvården eller olika boendeformer hade någon form av strokeutbildning [9]. Kommunerna har som regel inte några krav på formell strokekompetens för legitimerad personal.

Vårdförloppet rekommenderar den kostnadsfria utbildningen Webb-SKU till de som arbetar med stroke för att uppnå god strokekompetens i den sena vårdkedjan. Hittills har nästan 2 200 personer gått eller går Webb-SKU-utbildningen. Av dessa är endast 15 procent från primärvård inom region och kommunal vård och omsorg. Webb-SKU ersätter den tidigare nationella strokekompetensutbildningen som gavs via STROKE-Riksförbundet. Uppgifter saknas om hur stor andel av personalen i primärvård inom region och kommunal hälso- och sjukvård som har någon av strokeutbildningarna.

Bedömningen är att påtagliga utbildningsinsatser behövs framför allt inom primärvård inom region och kommunal hälso- och sjukvård.

Förutsättningen för vardagsrehabilitering är rätt antal kvalificerad personal i förhållande till hemvårdspersonal för att möjliggöra träning, utbildning och mentorskap samt tid för återkommande reflektion.

Baskunskapen för allmänläkare bör utökas så att alla läkare har strokekompetens för det fortsatta omhändertagandet efter utskrivning från specialistvården. I vårdförloppets appendix finns förslag på omfattning.

2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering kommer inte påverka andra kunskapsstöd i nämnbar utsträckning.

2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Det finns ett tolkningsutrymme i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) [6] och Socialtjänstlagen (SoL) [7] avseende ansvar och utförande av vård, rehabilitering och uppföljning. Det finns dock överenskommelser i varje region, mellan regionen och dess fristående kommuner om ansvarsfördelningen. Då dessa överenskommelser skiftar från region till region finns risk för ojämlik vård för strokepatienten beroende på var man bor.

Arbetsterapeut och fysioterapeut i hemsjukvården, som bedömer att en strokepatient behöver rehabiliteringsåtgärder, bestämmer hur dessa ska utföras. Åtgärden kan utföras av dessa professioner, via generell ordination till hemtjänstpersonal eller som en delegering då specifik kunskap krävs. Om patienten själv bedöms kunna utföra träningen kan egenvård vara aktuell. Egenvård kan också utföras av patienten med stöd av hemtjänstpersonal (SoL efter biståndsbeslut). Till följd av lokala överenskommelser och förutsättningar erbjuds olika lösningar över landet.

Rehabiliteringsåtgärder som ordineras av professioner i regionerna, men som bör utföras i hemmet hanteras olika över landet. När en profession enbart finns inom regionsjukvård (logoped) kan överföringen till hemtjänstpersonal vara svår då organisatoriska hinder inte medger detta. Personer med stroke kan till följd av detta erbjudas rehabiliteringsåtgärder på olika sätt med stöd av olika professioner alternativt inte få lämplig rehabiliteringsåtgärd tillgodosedd i hemmet.

Hjälpmedelsförsörjning och kostnad för hjälpmedel för den enskilde skiftar mellan olika kommuner och regioner.

I vissa delar av landet sker den första uppföljningen efter utskrivning från strokeenheten av den specialiserade vården, i andra delar remitteras patienten direkt till primärvården. Vårdförloppet rekommenderar att den första uppföljningen sker inom den specialiserade vården för att följa upp insatser från det akuta skedet och säkra att uppföljningen görs med den multidisciplinära kompetensen som vanligen finns där.

2.9. Uppföljning

Utvalda indikatorer som speglar vårdförloppet används sedan flera år i Riksstroke. Indikatorer med måluppfyllelse för rehabiliteringsinsatser saknas och behöver utvecklas.

Ny indikator i Riksstroke är strukturerad uppföljning.

Några processmått finns i PrimärvårdsKvalitet och därutöver finns en mångfald KVÅ-koder. I vårdförloppets appendix ges förslag på några KVÅ-koder kopplade till strokerehabilitering samt strukturerad uppföljning. Registreringen av KVÅ-koder varierar över landet. I vissa regioner kan enbart läkare registrera, i andra alla yrkesgrupper och i vissa sker ingen registrering alls. Här behövs tydliga riktlinjer för regionerna så att alla registrerar på samma sätt. Data behöver sedan kunna sammanställas till nationell nivå.

2.10. Övriga konsekvenser

Behovet av en utveckling av en digitaliserad journal gemensam för samtliga aktörer i vårdförloppet och som är tillgänglig för patienten har kommenterats tidigare i konsekvensbeskrivningen.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

3. Referenser

1. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, Abera SF, Abyu G, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. J Am Coll Cardiol. 2017;70(1):1-25.
2. Riksstroke. Stroke och TIA. Riksstrokes årsrapport för 2019 års data. Umeå; 2020. Tillgänglig från: https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/09/Riksstroke_A%CC%8Arsrapport-2019_slutversionWEB-1.pdf.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2020. Tillgänglig från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545-kunskapsunderlag-2020.pdf. s. 727.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Hälsoekonomiskt underlag, Bilaga Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Tillgängligt från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545-halsoekonomiskt-underlag-2020.pdf.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Hälsoekonomiskt underlag, Bilaga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Tillgängligt från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28-halsoekonomiskt-underlag.pdf.
6. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2017. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.
7. SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Socialdepartementet, Stockholm: Sveriges Riksdag; 2001. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.
8. SFS 2014:821. Patientlag. Socialdepartementet. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2014. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - utvärdering 2018 : vård vid stroke : huvudrapport med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-12-57.pdf. 67 s.
10. Riksstroke. Strukturdata. Rapport från Riksstroke 2018. Sammanställning och jämförelse av strokevårdens struktur i Sverige åren 2013, 2015, 2016 och 2018. Umeå: Riksstroke; 2020. Tillgänglig från https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2020/05/Strukturdata-2018-Rapport-2020-03-11.pdf.

Statistikunderlag vid remissversion vårdförlopp **stroke och TIA – del 1 och 2**

Framtaget i november 2021

Göran Lord, Jenny Svärd Backlund och Eva Wermeling Danielsson

Avdelningen för Kunskapsutveckling

Enheten för Vårdanalys och Statistik

Nationellt system för kunskapsstyrning
Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland

Region Gotland

Region Stockholm

Hur statistiken tagits fram

- Underlaget i denna PPT syftar till att ge en lägesbild över vårdkonsumtionen (vårdkontakter med huvuddiagnos) för de diagnosgrupper som vårdförloppet berör. **All statistik som visas är för åren 2017-2020**.
- Statistiken som visas har klippts ut från SAS Visual Analytics-rapporten RPO_Vårdkonsumtion som bygger på data från Region Stockholms VAL-databas. I statistiken finns bara diagnossatta vårdkontakter och det finns därmed ett bortfall av andra typer av vårdkontakter. Alla yrken sätter dessutom inte diagnos och de vårdkontakterna fångas därför inte.*
- Statistiken består av ett mindre antal diagram som beskriver vårdkonsumtionen (registrerade huvuddiagnoser) på en övergripande nivå. För mer detaljerad vårdkonsumtionsstatistik hänvisas till rapporten RPO_Vårdkonsumtion.
- Diagnoser för urval baseras i första hand på definition i vårdförloppet. Saknas detta har definition från berört kvalitetsregister använts. I tredje hand används definition från Internetmedicin.

ICD10: I63, I61, I60, G45 - inte G45.4 (*från vårdförlopp*)

- Var uppmärksam på att skalor och färgsättning kan variera mellan olika diagram.
- I vissa diagram redovisas inte all data på grund av få observationer (om antalet individer eller antalet vårdkontakter understiger 5).

**Eftersom läkare sedan länge har skyldighet att registrera diagnos så är diagnoser satta av läkare ett mer pålitligt mått över tid än diagnoser satta av andra yrkeskategorier (vilket är orsaken till att urval på yrkeskategori ”läkare” har gjorts på bild 6).*

Kort sammanfattning

Några nyckeltal

Antal individer under tidsperioden

29 344

Snittålder

68,8

Andel kvinnor

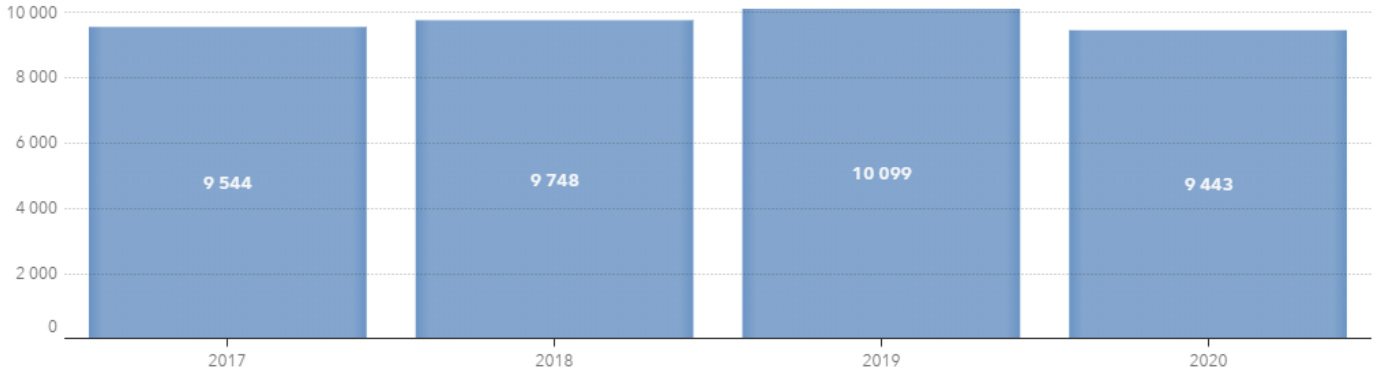
48,0 %

Medelvårdtid slutenvård

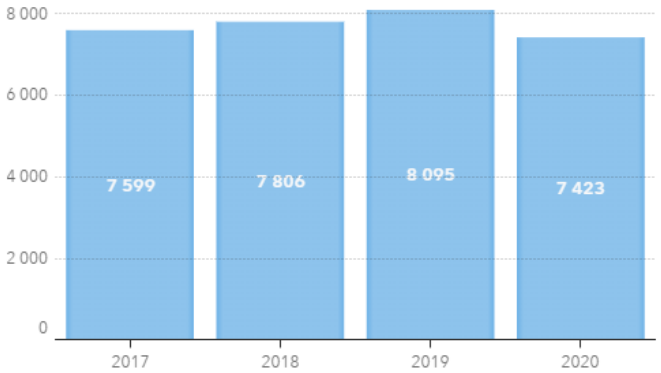
7,2

Några nyckeltal kring vald diagnos/diagnosgrupp

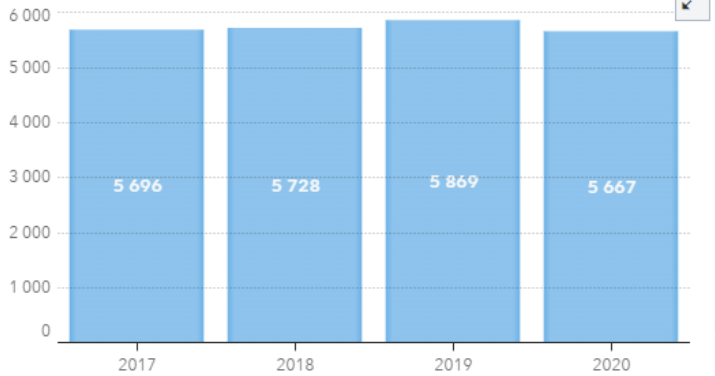
Antal individer per år



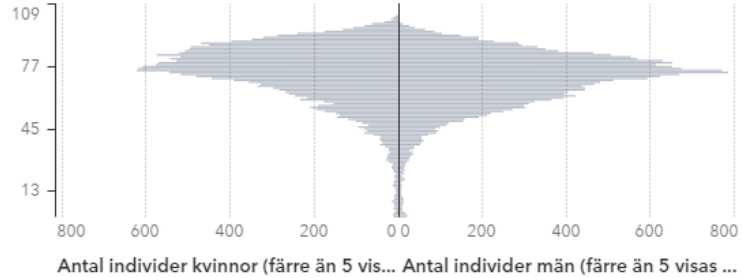
Antal individer per år öppen vård



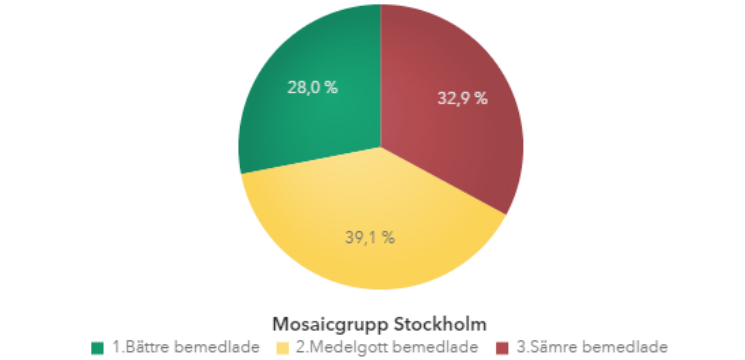
Antal individer per år sluten vård



Ålder och könsfördelning



Andel individer(patienter) fördelade efter livsstil

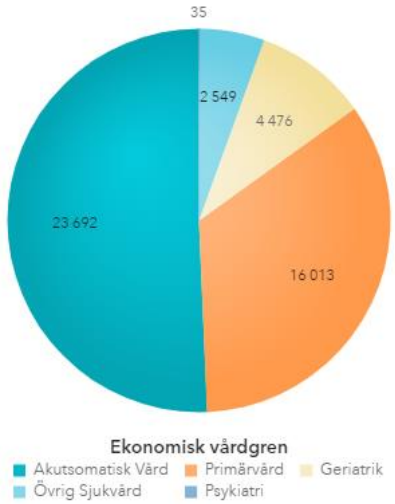


Livsstilsanalys enligt Mosaic .I Stockholm utgör Mosaicgrupp1 30% av befolkningen. Mosaicgrupp2 utgör 40% av Stockholms befolkning och Mosaicgrupp3 utgör 30% av befolkningen.

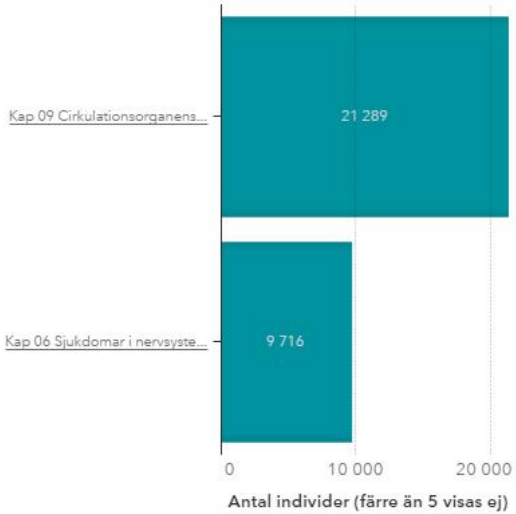
Läs mer om Mosaic: Mosaicdokumentation

Vårdkonsumtion

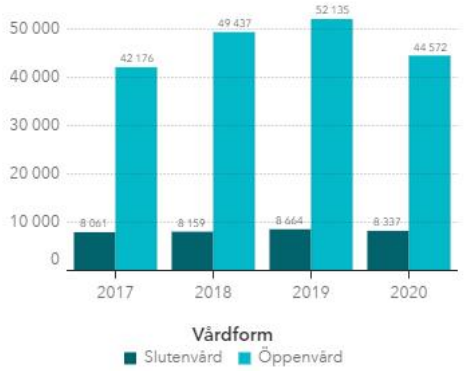
Antal individer efter vårdgren



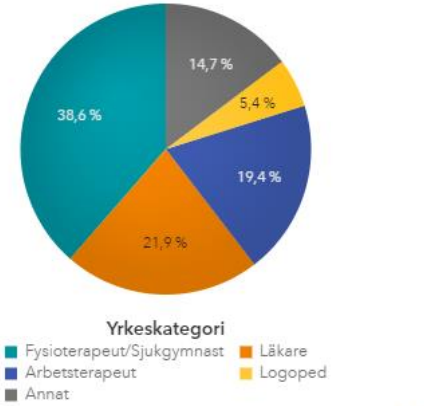
Antal individer per diagnoskapitel (ICD10)



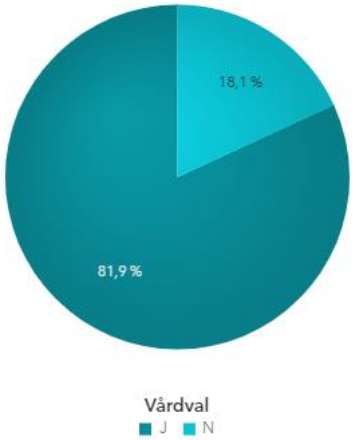
Antal vårdkontakter



Andel besök per yrkeskategori i öppenvård



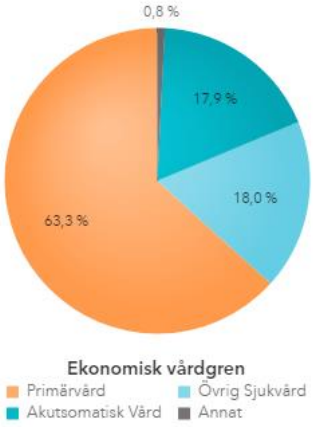
Andel besök i vårdval i öppenvård



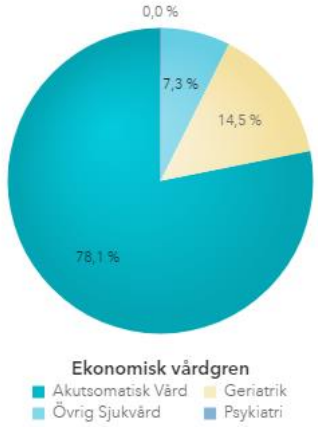
Antal besök per patient



Andel besök i öppenvård



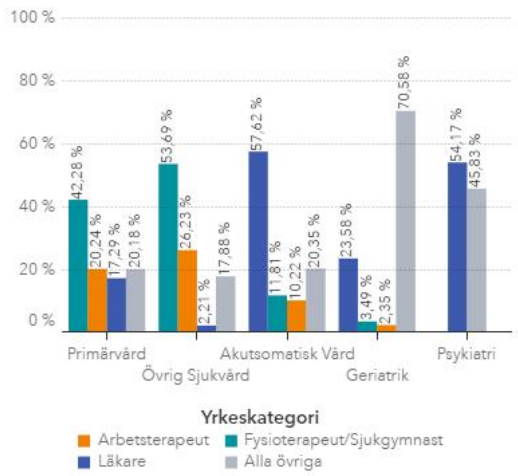
Andel vårdtillfällen i slutenvård



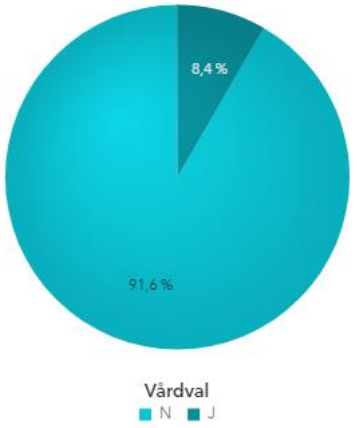
Medelvårdtid sluten vård



Andel besök per yrkeskategori i öppenvården

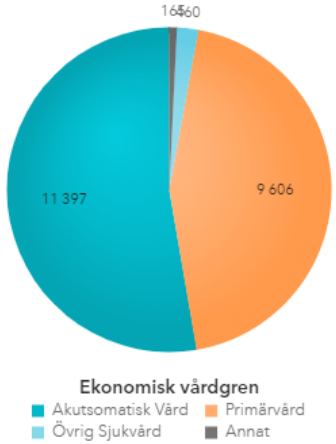


Andel vårdtillfällen vårdval i slutenvård

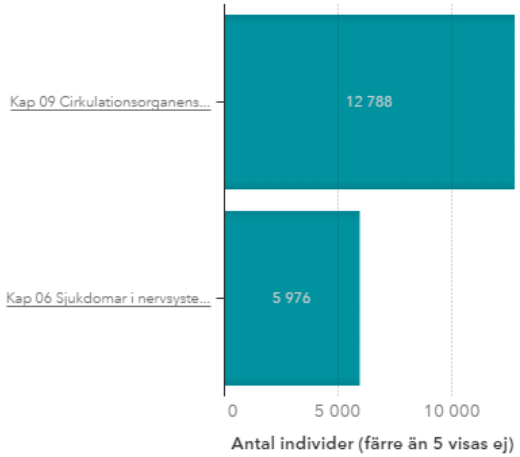


Vårdkonsumtion öppenvård, yrkeskategori läkare

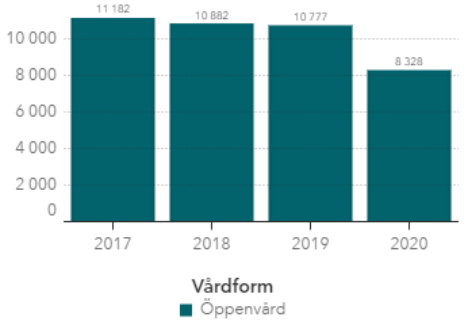
Antal individer efter vårdgren



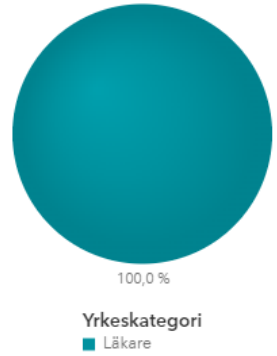
Antal individer per diagnoskapitel (ICD10)



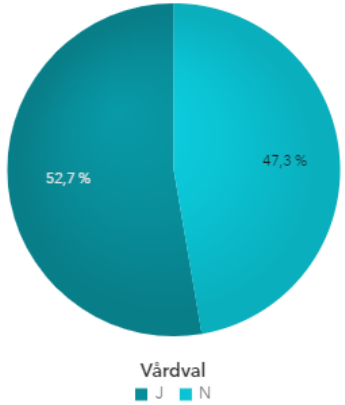
Antal vårdkontakter



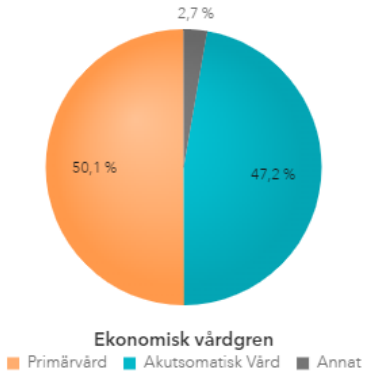
Andel besök per yrkeskategori i öppenvård



Andel besök i vårdval i öppenvård

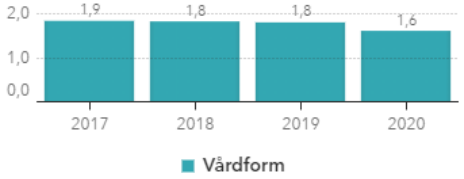


Andel besök i öppenvård

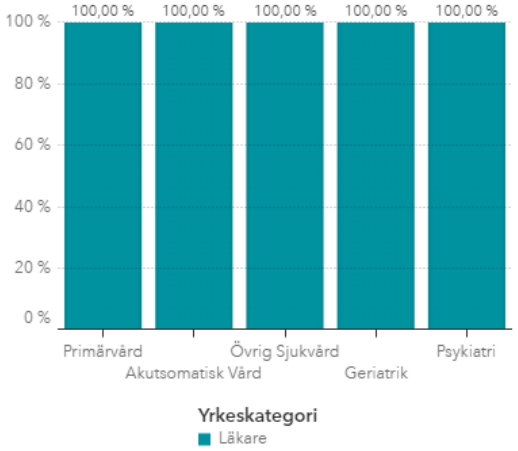


Andel vårdtillfällen i slutenvård

Antal besök per patient

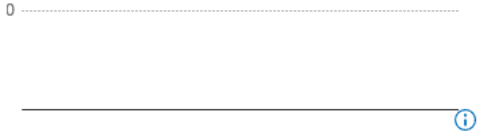


Andel besök per yrkeskategori i öppenvården



Andel vårdtillfällen vårdval i slutenvård

Medelvårdtid sluten vård



Vad innebär respektive ekonomisk vårdgren?

De 20 största uppdragstyperna per vårdgren volymmässigt utom för geriatrik som bara har 5 totalt

Ekonomisk vårdgren: akutsomatik

Uppdragstyp
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus
607 Gynekologi, specialiserad
604 Ögonsjukvård, specialiserad
606 Hudsjukvård, specialiserad
605 Öron, Näsa, Hals, specialiserad
612 Ortopedi, specialiserad
603 Förlossningsvård
208 Invärtesmedicin - Priv spec läk
610 Särskild uppdrag, Aukt. hudmottagning
617 Vårdval Urologi
211 Vissa op spec - Priv spec läk
215 Gynekologi - Priv spec läk
616 Neurologi, specialiserad öppenvård
212 Öron, Näsa, Hals - Priv spec läk
615 Ryggkirurgi
602 Ögonsjukvård, kataraktoperationer
622 Gastroenterologi, specialiserad
150 Reumatologi
600 Höft- och knäledsplastik
611 Allergologi, specialiserad

Ekonomisk vårdgren: primärvård

Uppdragstyp
300 Husläkarverksamhet
302 Basal hemsjukvård vid husläkarverksamhet
137 Basal hemsjukvård kvällar, nätter och helger
311 Primärvårdsrehabilitering
201 Fysioterapi, ARV
303 Barnavårdscentral
301 Psykosociala insatser vid husläkarverksamhet
305 Graviditetsövervakning och eftervård
313 Fysioterapi, specialiserad
325 Multimodal rehab vid långvarig smärta/utmattning
249 Närakut
321 Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning
304 Fotsjukvård
310 Primär hörselrehabilitering
306 Logopedi
308 Husläkarjour
314 Sexuell och reproduktiv hälsa
158 Ungdomsmottagning
205 Allmänmedicinska spec - Priv spec läk
309 Obstetriska ultraljud

Ekonomisk vårdgren: psykiatri

Uppdragstyp
400 Psykiatrisk specialistvård för vuxna
112 Beroendevård vuxna
408 Barn-o ungdomspsykiatri, lokal
412 Lokal integrerad beroendevård
104 Allmänpsykiatri
160 Ätstörningsvård
209 Psykiatriska spec - Priv spec läk
111 Beroendevård barn och ungdom
406 LG öppenvård BUP
151 Rättspsykiatrisk vård
407 LG Mellanvård BUP
157 Tortyrskadevård
405 LG klinikvård BUP
413 Sexualmedicin, specialiserad
108 Barn- och ungdomspsykiatri

Ekonomisk vårdgren: geriatrik

Uppdragstyp
318 Avancerad sjukvård i hemmet, ASiH
124 Geriatrisk specialistvård
244 Övrig Geriatrik
319 Specialiserad palliativ slutenvård
327 Geriatrik vårdval

Ekonomisk vårdgren: övrig sjukvård

Uppdragstyp
811 Medicinsk radiologi
127 Habilitering
821 Klinisk fysiologi vårdval
802 Planerad specialiserad neurologisk rehabilitering
813 Klinisk fysiologi
808 Gastrointestinal endoskopi
141 Medicinsk service
804 Specialiserad lymfödemrehabilitering
801 Klinisk neurofysiologi vårdval
324 Intensivträning för personer med rörelsened.
806 Specialiserad rehab. efter vård på akutsjukhus
809 Klinisk neurofysiologi
243 Kulturella omskärelser
165 Övrig sjukvård
197 Hjälpmedelscentralsverksamhet
803 Planerad specialiserad cancerrehabilitering
203 Specialiserad rehabilitering
107 Asylsjukvård
814 Specialiserad rehabilitering astma/KOL
815 Rehab varmt klimat, neuro/reuma