



Landstinget i Uppsala län

## **Omvårdnad och rehabilitering av patienter med stroke i C län**

**Ett vårdprogram utarbetat av specialister vid akut- och rehabdivisionen  
och neurodivisionen vid Akademiska sjukhuset och vid medicinskt centrum,  
Lasarettet i Enköping.**

### **Kontaktperson**

Sekreterare Solveig Karlsson, verksamhetsområde akutsjukvård, Akademiska sjukhuset  
[solveig.c.karlsson@akademiska.se](mailto:solveig.c.karlsson@akademiska.se), 018-611 27 30

Gäller från den 1 januari 2008  
Revideras senast i december 2010

# Innehåll

<b>Inledning</b>	<b>3</b>	<b>Aktiviteter i hem och närmiljö, arbete</b>	<b>21</b>
Stroke – definition		Personlig vård – adl	
Målgrupper för manualen		Att förebygga komplikation när den	
Stroketeam		strokedrabbade är hemma	
Strokesjukdomens följder för individen		Aktiviteter i hem och närmiljö	
Information och vårdplanering		Fritids- och sociala aktiviteter	
		Arbete och sjukskrivning	
<b>Omvårdnad</b>	<b>5</b>	<b>Medicinsk uppföljning</b>	<b>23</b>
Andning, cirkulation och metabolism		<b>Vart vänder man sig?</b>	<b>24</b>
Urin, avföring och kontinens		<b>Litteraturtips</b>	<b>26</b>
Äta, svälja och näringstillförsel		<b>Arbetsgrupp för revidering</b>	<b>27</b>
		<b>Checklista inför samordnad</b>	
<b>Rehabilitering</b>	<b>9</b>	<b>vårdplanering (SVP)</b>	<b>28</b>
Rehabilitering – metoder, adl		<b>Överenskommelse om att avstå från</b>	
Rörelseförmåga – motorik		<b>att köra bil och andra fordon</b>	<b>30</b>
Känslor – sensorik			
Språk – kommunikation			
Varseblivning – kognition			
Trötthet			
Bilkörning – vapenlicens			
<b>Reaktion på sjukdomen och</b>			
<b>förhållande till närstående</b>	<b>16</b>		
Kris			
Depression			
Närståendes situation			
Sexualitet			
<b>Komplikationer</b>	<b>18</b>		
Smärta			
Ökad muskelspänning			
Subluxation			
Skulder-hand-syndromet			
Fall och frakturer			
Sår			
Djup ventrombos och lungemboli			
Pneumoni			
Kramp – epilepsi			

Vårdprogrammet finns på [www.akademiska.se](http://www.akademiska.se) under Sjukvård på nätet.

Häftet beställs från [blarummet@akademiska.se](mailto:blarummet@akademiska.se), 018-611 30 07

eller från [solveig.c.karlsson@akademiska.se](mailto:solveig.c.karlsson@akademiska.se), 018-611 27 30.

Tryck: Landstingstryckeriet, januari 2008

# Stroke

Stroke eller slaganfall betyder enligt WHO: "Kliniska tecken på fokala (eller globala) cerebrala dysfunktioner, som snabbt utvecklas och som kvarstår mer än 24 timmar, eller leder till döden, där annan orsak än vaskulär mekanism uteslutits".

Eller enklare uttryckt: hjärnskada som orsakas av sjukdom i hjärnans kärl. Stroke inkluderar således hjärninfarkt, hjärnblödning och subaraknoidalblödning.

För akut handläggning: se Strokemanualen som kan beställas från solveig.c.karlsson@akademiska.se.

## Målgrupper

Vårdprogrammet vänder sig till all personal vid Akademiska sjukhuset och lasarettet i Enköping som sköter patienter med stroke i akutskedet, rehabiliteringsskedet eller i ett stabilt skede vad gäller stroke-sjukdomen, samt vid en nedgång av allmäntillståndet hos patienter som haft en stroke.

Vårdprogrammet är även lämpligt i undervisning av blivande läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Innehållet är utarbetat enligt Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005.

## Stroketeam

*Läkaren* är ledaren för stroketeamet och ansvarar för utredning, medicinsk behandling och uppföljning samt samordning av omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser.

*Sjuksköterskan* är ansvarig för omvårdnaden, medverkar vid och genomför medicinska undersökningar och behandlingar samt samordnar omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. Sjuksköterskan bedömer risk för komplikationer samt planerar åtgärder för att motverka dessa.

*Undersköterskan* är den som har den närmaste och dagliga kontakten med patienten och anhöriga och ska rapportera till sjuksköterskan alla avvikelser i hälsa och funktion samt också medverka i den dagliga individuella träningen efter instruktion av sjukgymnast och/eller arbetsterapeut.

*Arbetsterapeuten* bedömer hur funktionsförändringar påverkar individens förmåga att klara aktiviteter i vardagslivet samt genomför kognitiva bedömningar.

Arbetsterapeuten erbjuder praktisk träning, råd och hjälp att hitta nya sätt att hantera vardagslivet och kan hjälpa till med att prova ut hjälpmedel.

*Sjukgymnasten* bedömer sensomotorisk funktion och erbjuder fysisk träning samt rådgivning vid kognitiva funktionsförändringar som påverkar rörelse- och förflyttningsförmåga.

*Logopeden* erbjuder vid behov bedömning, träning och råd vid funktionsförändringar som påverkar språk, kommunikationsförmåga och förmåga att svälja.

*Kuratorn* erbjuder vid behov stöd i krisbearbetning och kan vara behjälplig i kontakter med myndigheter och i andra praktiska frågor.

*Dietisten* gör utifrån remiss en bedömning av näringsstillståndet och ger individanpassade kostråd.

*Neuropsykologen* kan göra en neuropsykologisk bedömning och beskriver kognitiva funktionsbortfall, personlighetsmässiga egenskaper och känslomässiga reaktioner.

## Strokesjukdomens följder för individen

Följderna av stroke för enskilda individer kan variera beroende på var skadan sitter och hur stor den är – från restsymtom, som endast individen själv eller närmaste anhöriga kan märka, till grava funktionshinder som medför ett hjälpbehov 24 timmar per dygn.

Det kan röra sig om förlamning, känselnedsättning, försämrad balans, ät- och språksvårigheter, minnes- och koncentrationssvårigheter, nedsatt socialt nätverk. Även för närstående förändras livssituationen i större eller mindre utsträckning. Viktigt att komma ihåg är att strokesjukdomen alltid lämnar ett större eller mindre "ärr" och att vid annan sjukdom kan restsymtomen visa sig tydligare.

Strokesjukdomen är en kronisk sjukdom och därmed behövs fortsatt läkarkontakt och ofta fortsatta rehabiliteringsinsatser.

## Information och vårdplanering

### Information till patienter och närstående

Information om sjukdomen, planerade utredningar och behandlingar bör ges tidigt till patient och närstående. Avtala tid med patient/närstående och lämpligen görs en skriftlig sammanfattning till journalen med en kopia

som lämnas till patient/närstående.

En fördel med detta förfarande är att alla har samma information om vad som sagts och att personal som inte var med vet vad som sagts och kan lättare svara på frågor från patient och närstående.

Ytterligare informationssamtal kan behövas och bör dokumenteras på liknande sätt.

Information som kan ges till patient och närstående finns också i skrifter från Strokeförbundet och andra handikappförbund.

### **Information mellan vårdgivare**

Vid utskrivningssamtalet skrivs ett utskrivningsmeddelande till patienten med kopia till journalen och patientens husläkare/distriktssköterska.

Omvårdnadsepikris och epikriskopia medföljer patienten till annan vårdform. Epikriskopia skickas i samtliga fall till patientens husläkare.

### **Vårdplanering**

Eftersom insjuknandet i stroke yttrar sig på olika sätt för varje individ är det viktigt med en individuell vårdplanering där den strokedrabbade och hela teamet enas om en gemensamt målsättning och ett gemensamt

arbetssätt för vård och rehabilitering.

Detta gäller på alla nivåer i vårdkedjan och i alla faser efter insjuknandet, från akutfas till rehabiliteringsfas och uppehållande fas. Informationsöverföringen mellan de olika vårdnivåerna och yrkesgrupperna är av mycket stor vikt. I samband med att den strokedrabbade skrivs ut från slutenvården och där insatser förväntas av andra vårdgivare ska alltid berörda professioner inbjudas till en *samordnad vårdplanering (SVP)*.

Den strokedrabbade och berörda närstående ska vara delaktiga då vårdplanen upprättas och godkänna den informationsöverföring som är aktuell. Vid vårdplaneringen ska alltid en funktionsanalys göras. Den är en förutsättning för lämpliga insatsbeslut. I funktionsanalysen ingår aktivitetsbedömning samt riskbedömning av komplikationer.

I Nationella riktlinjerna för strokesjukvård 2005 hänvisas till "Checklista inför samordnad vårdplanering (SVP)" (se sidan 29), för att optimera informationsöverföring och planering och därigenom säkerställa en obruten vårdkedja. Checklistan bygger på socialstyrelsens svenska version av International Classification of Funktioning, Disability and Health (ICF).

# Omvårdnad

## Andning, cirkulation, metabolism

### Hur påverkas strokepatientens vitala funktioner och medvetande under det akuta skedet?

Dålig syresättning, svängande blodtryck, feber, högt blodsocker och epileptiska kramper kan förekomma i det akuta skedet och kan medföra risk för förvärrad hjärnskada. Rubbningar i medvetandegrad kan också förekomma i olika omfattning beroende på hur pass utbredd hjärnskadan är.

### Viktigt att observera i det akuta skedet

- Graden av medvetandepåverkan vid insjuknandet och under de första dygnen ger värdefull information om den framtida prognosen.  
Hjärnödem kan uppkomma vid såväl ischemiska och hemorragiska skador och en ökning av det intrakraniella trycket kan vara livshotande. Kontinuerlig observation av medvetandegraden enligt Reaction Level Scale (RLS) 85 eller annan medvetandeskala bör göras.
- Sänkt medvetande, förändrat andningsmönster (Cheyne-Stokes'-andning), långsam puls, stigande blodtryck och olikstora pupiller är mycket allvarliga signaler som kräver omedelbar läkarkontakt.
- Initialt kan blodtrycket vara förhöjt som kompensation för högt tryck i skallen. Kontrollera blodtryck och puls i tre dygn. Rapportera blodtryck >220/110 mm Hg, liksom snabb, oregelbunden eller långsam hjärtrytm till läkare.  
Vid intracerebral blödning rapporteras blodtryck >200/100.
- Temperaturen bör hållas under 37,5°. Vid upprepad kroppstemperatur över 37,5°, sätt in behandling med Paracetamol och behandla eventuell infektion. Håll rummet svalt, bädda med tunna sängkläder och ge svala avtvättningar.
- Blodglukos ska hållas under 10 mmol/l. Både insulin- och tablettbehandlade diabetiker och ickeddiabetiker kan behöva extra insulin de första dagarna.
- Andningen kan ibland vara störd, särskilt vid utbredda hjärnstamskador och hos komatösa patienter. Kontrollera andningsmönster, rapportera förändringar. Syrgastillförsel behövs vid större

skador med andningspåverkan och syrgasmättnad <90. Försiktighet hos patienter som har KOL eller annan lungsjukdom.

### Fortsatt kontroll av vitala funktioner

De vitala funktionerna – blodtryck, puls, temp, blodglukos – blir oftast stabilare. Vid försämrat allmäntillstånd kontrolleras andning, medvetandegrad, puls, blodtryck, temperatur och B-glukos. Sjuksköterska/läkare informeras omgående.

- Det kan behövas kontinuerlig andningsgymnastik, lägesförändringar som vändning i säng eller mobilisering genom att få komma upp till sittande och stående.
- Kontrollera noga andningshinder som slembildning eller mat i munhålan. En bra hjälp vid nedsatt lungfunktion är utandning i vattenflaska.
- Andningssvårigheter kan vara tecken på aspiration liksom hosta, rethosta och feber.
- Andningssvårigheter kan också vara tecken på hjärtsvikt. Samtidigt föreligger snabb puls, ångest, ibland svullna ben och dålig perifer cirkulation. Vid misstanke om svikt kontakta läkare. Hjälpt patienten till sittande i sängen i hjärtställning och ge syrgas vid behov.

## Urin, avföring, kontinens, (elimination)

### Hur kan förmågan att kontrollera och sköta blåsfunktionen påverkas efter stroke?

Insjuknande i stroke kan leda till att urinblåsan inte töms fullständigt eller att ofrivilligt läckage uppstår. I akutskedet – de första 24 timmarna – måste särskilt risken för urinretention beaktas. Vanliga symtom på urinretention är inkontinens och förvirring.

Diagnostik med så kallad bladderscan rekommenderas. Vid besvär görs tappning utan fördröjning. Inkontinens kan också vara orsakad av faktorer som förvirringstillstånd, oförmåga att kommunicera eller oförmåga att röra sig.

### Vad ska man tänka på vid problem med blåsfunktionen?

- Om möjligt hjälp patienten till toaletten, se till att han/hon sitter bra och är avslappnad.
- Ha larmklocka inom räckhåll för patienten.
- Observera spänning över blåsan.
- Kontrollera residualurin med tappning eller ultraljud (bladderscan). Var särskilt noga med detta vid återkommande urinvägsinfektioner.
- Undvik om möjligt KAD (kateter á demeure) för att minska risken för komplikationer. Använd hellre intermittent tappning.
- Träna till kontinens. Toalettpassning. Uridom.
- Överväg justering av pågående mediciner.
- Om KAD är nödvändigt, kom ihåg möjligheten till suprapubisk kateter om det är en man som är sexuellt aktiv.

### Hur kan förmåga att kontrollera och sköta tarmtömning påverkas efter stroke?

Ett insjuknande i stroke kan öka risken för förstoppning (obstipation) bland annat på grund av minskad rörlighet, sänkläge och förändrade matvanor.

#### Problem med förstoppning?

- Om möjligt hjälp patienten till toaletten, se till att han/hon sitter bra och är avslappnad.
- Ge ett mildt laxeringsmedel särskilt vid intracerebrala blödningar för att undvika krystning vid tarmtömning.
- Anteckna när patienten skött magen.
- Utred orsaken till problemen.
- Öka vätskeintaget. Normalt vätskebehov är 30 ml/kg kroppsvikt och dygn.
- Uppmuntra patienten att äta fiberrik kost (frukt, grönsaker, fiberrikt bröd och fiberrika näringsdrycker) och att pröva livsmedel som kan ha lösande effekt – katrinplommonjuice, messmör och produkter med mjölksyrabakterier, till exempel Proviva. Vid enteral nutrition finns anpassad sondnäring.
- Uppmuntra till rörelse och aktivitet om möjligt.
- Överväg laxeringsmedel regelbundet.
- Se över läkemedelslista avseende förstoppande läkemedel.

#### Problem med diarré?

- Utred orsaken och uteslut förstoppning, som också kan orsaka diarré.
- Vid antibiotikabehandling kan tarmfloran rubbas. Tag avföringsprov för att utesluta överväxt av resistent bakterier.

- Ge produkter med mjölksyrabakterier, t ex Proviva.
- Behandla diarrén, om orsaken ej är förstoppning, med stoppande kost.
- Ge rikligt med vätska, vid behov vätskeersättning (Resorb), för att undvika dehydrering. Om patienten har enteral nutrition, anpassa sondnäringen. Rådfråga dietist. Sjuksköterska/läkare informeras om det är problem med urin, avföring eller inkontinens.

### Äta, svälja och näringstillförsel

Ät- och sväljningsproblem är mycket vanliga i det initiala skedet efter stroke. Mellan 30 och 70 procent av de strokedrabbade får problem. Detta kan leda till undernäring som hos strokedrabbade är förenat med ökad risk för infektioner, sår, förlängd vårdtid samt ökad dödlighet. Flertalet förbättras spontant men för en del blir problemen bestående. Det är viktigt att vid inskrivningen utföra en första bedömning av patientens sväljningsförmåga.

Dåligt näringsintag och viktnedgång efter stroke kan ha många olika orsaker:

- Maten kan ha för lågt energiinnehåll (för små portioner) eller ha fel konsistens i förhållande till patientens förmåga.
- Dålig sittställning i exempelvis säng eller rullstol kan försvåra såväl vid matning som sväljning.
- Störande miljö kan ha negativ effekt vid matsituationen.
- Patienten kanske inte får tillräcklig hjälp vid måltiden, är för trött eller har sänkt medvetande.
- Många upplever att smakupplevelsen är förändrad.
- Förstoppning och läkemedelsbiverkningar kan påverka näringsintaget.
- Förändrad muskeltonus kan göra att en eventuell protes sitter sämre och att tuggförmågan därmed försämras.
- Nedsatt rörelseförmåga i munnens muskulatur och bortfall av känselsignaler gör att beläggningar och matrester samlas i munhålan. Tuggförmågan påverkas. Strokepatienten behöver få daglig hjälp med munvård då nedsatt rörelseförmåga och kognitiva svårigheter kan innebära försämrad munhälsa. Halvsidig förlamning medför problem att äta och att själv hämta mat.
- Kognitiva störningar som svårigheter att tolka synintryck, hantera föremål och utföra praktiska handlingar, störd rums- och kroppsuppfattning kan också påverka ätförmågan.

- Patienten kan ha drabbats av dysfagi (svårigheter att svälja). Viktnedgång, att måltiden tar lång tid, hosta och harklingar kan vara tecken på detta.

### Bedömning och åtgärder för att undvika nutritionsproblem i akutskedet

Nutritionstatus bedöms inom 48 timmar från ankomst för att undvika risk för undernäring. Vikt och längd registreras och BMI (Body Mass Index) beräknas (vikt (kg)/längd (m<sup>2</sup>)).

Risk för undernäring föreligger om en eller framför allt flera av nedanstående kriterier är uppfyllda:

- BMI <20 om patienten är yngre än 70 år eller vid BMI <22 om patienten är äldre än 70 år.
- Ofrivillig viktförlust, till exempel >5% på en månad eller >10% på sex månader.
- Nutritionsproblem, till exempel ät- och sväljnings-svårigheter.

Kost- och vätskeregistrering utförs för de patienter som bedömts vara i riskzonen för undernäring under tre dagar för att kunna bedöma om patientens energi- och vätskeintag är tillräckligt.

Energibehovet uppskattas generellt till 30 kcal/kg kroppsvikt och dygn. Vätskebehovet uppskattas generellt till 30 ml/kg kroppsvikt och dygn. Resultatet dokumenteras i omvårdningsjournalen och utvärderas dagligen. Registreringen avbryts om den visar att intaget är tillfredsställande, det vill säga att energi- och vätskebehovet är tillgodosett.

Visar registreringen efter tre dagar att personen äter och/eller dricker för litet vidtas särskilda åtgärder. Kost- och vätskeregistrering utförs sedan fortlöpande under två dagar varje vecka hos de patienter som bedömts vara undernärda eller i riskzonen för undernäring. Väg patienten en gång per vecka samt vid utskrivningen. Diskutera nutritionsproblem vid omvårdningsronden eller annat forum. Vid behov bör remiss skickas till dietist.

### Orsaker till dysfagi (sväljningssvårigheter)

Nedsatt funktion i munnens muskulaturen kan försvåra bearbetning av födan och transporten av födan bakåt mot svalget. Följden kan bli att den strokedrabbade hamstrar mat i ena kinden eller att mat rinner ut genom munnen.

- Nedsatt sensibilitet (känsl) i munhåla och svalg kan göra att man inte känner var maten befinner sig. Detta gör också att transporten av maten mot svalget försvåras.

- Om det föreligger nedsatt sensibilitet i svalget kan utlösandet av sväljreflexen fördröjas.
- Dåligt fungerande muskler i svalget kan göra att det finns risk att föda aspireras till luftvägarna.
- Patienten kan ha svårigheter att tolka känsel-intrycken från munhålan och omsätta intrycken i sväljning (apraxi).
- Glöm inte andra orsaker, exempelvis svampinfektion, tandproblem.

### Vilka åtgärder kan underlätta vid sväljningssvårigheter (dysfagi)?

- För att kunna ge adekvata råd och rätt behandling vid sväljningssvårigheter är det viktigt att undersöka var i ät- och sväljningsprocessen problemet ligger. Sjuksköterska gör en bedömning vid så kallad ätobservation innan patienten får mat första gången. Vid behov kontakta logoped för bedömning och rådgivning. I oklara fall kan ytterligare undersökningar göras, till exempel fiberskopi eller röntgenundersökning. Remiss initieras av patientansvarig läkare i samråd med logoped.

Dysfagibehandlingen är individuell och kan innebära:

- Direkt behandling (träning av sväljnings- och tuggmuskler i matsituation.
- Indirekt behandling (träning av oralmotorik)
- Kompensationsteknik (till exempel att sätta hakan mot bröstet innan sväljning eller vrida huvudet mot den svaga sidan innan och efter sväljning).
- Anpassning av konsistens på mat och dryck samt läkemedel.
- Vid hängande mungipa kan man underlätta läppslutning med hjälp av handen.
- Lär patienten att känna efter med tungan eller fingret om det finns mat kvar i munnen.

### Hur kan matsituationen förbättras för den strokedrabbade?

#### Några allmänna råd

- Ge möjlighet till vila före måltid. Väck patienten så att han får sitta uppe en stund innan måltiden.
- Se till att toalettbesök kan uträttas före måltid.
- Munvård före måltid vid behov (rena tandproteser, tänder som sitter bra, inga matrester kvar, inga torra, spruckna läppar, friska slemhinnor med hjälp av till exempel saliversättning)
- För munvårdsschema! Kontakt med tandhygienist/tandläkare för hjälp med individuella munhygienrutiner.

- Skapa en lugn miljö vid matsituationen (stäng fönster, slå av radio, tv).
- Ordna en bra sittställning:
  - sitta stadigt med **båda** fötterna i **golvet**
  - helst i vanlig stol
  - bägge armarna på bordet.
  - kontakt med kroppen mot bordskanten.
  - bordet lagom högt.
- Ändamålsenlig dukning, till exempel:
  - vid nedsatt syn mörk tallrik
  - pet-emot-kant vid motoriska svårigheter
  - greppvänliga glas
  - specialutformade bestick.
- Utprovade äthjälpmiddel för att underlätta tuggning och drickande (speciell mugg eller sked) eller speciell förberedelse av munmuskler innan måltid.

*Exempel på specifika åtgärder efter individuell bedömning*

- Uppmuntra den strokedrabbade att använda sin svaga sida.
  - Beskriv vad som finns på bordet. Ställ dig på patientens svaga sida men se till att ni har kontakt.
  - För personens hand och bestick mot munnen, "guida" istället för att mata.
  - Se till att munvård görs efter måltiden och att inga matrester ligger kvar när patienten lägger sig .
  - Friska munslemhinnor är viktiga för att kunna äta utan smärta och för att känna smaken.
- Avhjälpt muntorrhet genom att använda lämpligt saliv ersättningsmedel. God munhygien motverkar sjukdomstillstånd i munhålan såsom svampbildning och dåligt tandstatus.

*Då det finns risk för aspiration*

- Vid grav dysfagi med aspiration bör PEG övervägas.
- Vid sondmatning höjs huvudändan av sängen eller personen får sitta upp i stol. Detta kan göra att risken för reflux minskar.
- Informera den strokedrabbade och hans närstående om bedömning och åtgärder.

## Kostbehandling

Anpassa konsistensen på mat och dryck vid ät- och sväljningssvårigheter. Ett alternativ kan vara lättuggad kost med mycket sås. Vid förtjockning av tunnflytande drycker används förtjockningsmedel, till exempel Thick & Easy och Nutilis.

Välj rätt typ av kost, till exempel energität kost (A-kost eller E-kost). Maten kan behöva energiberikas extra. Det är viktigt att så långt det är möjligt erbjuda patienten mat och dryck som han/hon uppskattar. Samråd med dietist vid behov.

Servera 2–3 mellanmål vilket underlättar för patienten att få i sig tillräckligt med energi och vätska. Erbjud kosttillskott vid behov.

- Informera patienten, närstående samt andra berörda om vilka svårigheter som finns och hur matsituationen kan underlättas. Rapportera i omvårdnings-epikrisen patientens nutritionsproblem, vilka åtgärder som vidtagits och planeras till ansvarig i nästa vårdinstans.

## Fortsatta åtgärder om energi- och vätskeintaget är för lågt trots åtgärder?

- Tillfällig nutrition parenteralt (näringstillförsel via dropp).
- Enteral nutrition (näringstillförsel via sond).



# Rehabilitering

## Rehabilitering – metoder, adl

Det finns olika teoretiska inriktningar och metoder för hur den strokedrabbade individen bör träna för att återfå nedsatt funktion. Ännu har ingen inriktning visat sig vara bättre än någon annan.

Det har konstaterats att strokedrabbade som vårdats vid specialiserad strokeenhet klarar sig bäst och att stimulerande miljö med en avvägd dos aktivitet och vila har en positiv inverkan på förbättring efter stroke.

Vi rekommenderar därför i dagsläget ingen specifik teoretisk inriktning eller metod utan anser det mest viktigt med stimulans och träning som anpassas efter individens behov.

Omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering är grundläggande i strokevården.

### Vad kan orsaka nedsatt förmåga att klara personlig vård efter stroke?

Förmågan att äta och dricka, förflytta sig, klä på sig och klä av sig, sköta personlig hygien och övrig kroppsvård som till exempel att borsta tänderna, kamma håret, klippa naglar påverkas i olika grad efter stroke.

Slapp eller spastisk förlamning i ena kroppshalvan eller i en arm och hand och nedsatt balans vanliga orsaker till försämrade förmåga att klara sin egen person.

Nedsatt förmåga att tolka omgivningen och känna igen föremål, nedsatt kropps- och rumsuppfattning, nedsatt känsel och nedsatt förmåga att inleda en handling eller lösa problem är andra viktiga faktorer som kan påverka förmågan att klara den personliga vården.

De konkreta svårigheterna kan variera mycket från individ till individ.

Ungefär en tredjedel av de patienter som överlever sex månader efter sitt strokeinsjuknande är beroende av en annan person i det dagliga livets aktiviteter. I dessa fall kan tekniska hjälpmedel samt bostadsanpassning göra att många patienter trots begränsad funktion kan klara sig i vardagen.

### Vad kan man göra vid svårigheter att klara personlig vård?

Arbetsterapeuten gör en bedömning av den strokedrabbade personens förmåga att utföra personlig vård (adl-bedömning). Adl-bedömningen utgör underlag för beslutet om fortsatt rehabilitering och behovet av service och tillsyn i hemmet.

Utifrån adl-bedömningen och en kartläggning av aktivitetsbehovet formuleras i samråd med patienten ett mål för träningen.

Ofta deltar sjuksköterskor och undersköterskor i den fortsatta träningen och kan utifrån arbetsterapeutens adl-bedömning stödja, hjälpa och träna den strokestrokedrabbade på adekvat sätt. Träningen påbörjas under sjukhusvistelsen och bör vid behov fortsätta i hemmiljö. Det är viktigt att alla personalkategorier runt den strokedrabbade och närstående arbetar mot det gemensamma målet.

Träningen och den spontana läkningen medför att många strokedrabbade återfår god förmåga att klara sin personliga vård. I de fall detta inte sker kan arbetsterapeuter vid behov prova ut och ordinera tekniska hjälpmedel och initiera anpassning av bostaden. På så sätt kan många trots begränsad funktion klara sin egen person.

Patienter som efter stroke får bestående svårigheter att självständigt klara sig har stort behov av att uppehålla den restförmåga de har och att få hjälp med de aktiviteter som de inte klarar.

### Hur kan hygien- och påklädningsituationen underlättas?

Avskildhet bör eftersträvas. Tänk på individens integritet.

- Se till att den strokedrabbade har och "ser" de tillbehör som han behöver. Det är bäst om han kan hämta tillbehören själv, hjälp annars till.
- Se till att den som har problem med balans och förflyttning sitter säkert på pall, stol eller i rullstol.
- Låt den strokedrabbade klara olika tvätt- och påklädningsmoment så långt det är möjligt. Tänk på att det kan vara svårt att tvätta sig under den svaga armen.
- Börja med den svaga armen vid påklädningsmoment av överkropp.
- Börja med den friska armen vid avklädningsmoment av överkropp.
- Börja (vanligtvis) med det svaga benet vid påtagning av byxor och strumpor, det svaga benet i kors över det friska eller den svaga foten på pall.

## Rörelseförmåga – motorik

Graden av påverkan på rörelseförmågan och muskelspänning kan variera. I första stadiet efter ett insjuknande är det vanligt med generellt låg muskelspänning (hypotonus), vilket medför nedsatt möjlighet att aktivera musklerna och försämrade förmåga att utföra ändamålsenliga rörelser.

Efter hand kan spasticitet eller hög muskelspänning (hypertonus) utvecklas i vissa muskler samtidigt som låg muskelspänning kvarstår i andra. Denna obalans leder många gånger till att rörelser inte blir ändamålsenliga och att de sker med stor ansträngning, ibland uppstår kramp vid försök till rörelse.

Den strokedrabbade rör sig i huvudsak med den fungerande kroppshalvan och det finns risk att muskel- och ledkontrakturer utvecklas. En tidig bedömning och behandling av motorik och muskelspänning är därför viktig.

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten gör en utförlig undersökning av patientens resurser och problem för att sedan bedöma behov av, och genomföra individuellt utformad träning samt ge råd om förhållningssätt.

*Hur kan man underlätta vid störning av rörelseförmåga och muskelspänning?*

- Stimulera den drabbade sidan i moment som förflyttning, personlig vård och vid måltider.
- Sträva efter ett symmetriskt rörelsemönster.
- Se till att den strokedrabbade har bra vilo- och sittställningar.
- Dra inte i armarna. Stabilisera axelleden genom att placera handen under armbågen, vid exempelvis förflyttningar. *Greppa inte i armbålan!*
- Om armen är mycket tung kan eventuellt en slinga användas vid gående och vid förflyttningar.
- Avlasta armarnas tyngd mot ett rullstolsbord.
- Uppmuntra och stimulera patienten till att vara så aktiv som möjligt. Aktiva rörelser och fysisk aktivitet har bevisats ha en gynnsam effekt vid tonusproblematik.

### Gångförmåga och fall

*Varför ökar risken att falla efter stroke?*

Balansen är förmågan att bibehålla tyngdpunkten inom understödsytan. Påverkan på framförallt muskelstyrka, rörelseförmåga (motorik), muskelspänning (tonus), ledrörlighet, smärta, känsel och syn samt varseblivning (perception), kan tillsammans eller var för sig leda till att balansen försämras. Dessutom förändras balansen med åldern. Fall i gående och vid andra rörelser är en

vanlig komplikation efter stroke och personer som drabbats av stroke tillhör de mest fallbenägna.

Strokedrabbade som fallit under sjukhusvistelsen har också en tendens att fortsätta falla efter att de kommit hem igen. Hemiosteoporos (halvsidig benskörhet) kan utvecklas efter stroke. Sammantaget ökar risken för höftfrakturer två till fyra gånger efter stroke i jämförelse med motsvarande åldersgrupper i befolkningen i övrigt. Benskörhet (osteoporos) bör behandlas.

*Hur kan fall förebyggas?*

- Riktade och individualiserade åtgärder behövs för att förebygga fall.
- Uppkomna fall bör utredas (fallrapport och/eller avvikelserapport) eftersom fall tenderar att återkomma hos samma individ.
- Identifiera högriskpatienter tidigt i rehabiliteringsförloppet.
- Tillsyn eller övervakning vid behov, var uppmärksam på de som tenderar att utsätta sig för risk på grund av perceptuella eller kognitiva störningar.
- Eliminera och reducera inre riskfaktorer som nedsatt balans, brister i rörelsebeteendet eller medicinering som påverkar rörelseförmågan.
- Behandla sjukdomstillstånd och träna funktionsnedsättningar.
- Så mycket som möjligt bör utföras i kontrollerat stående för att stimulera balansen.
- Sjukgymnasten bedömer balansförmågan och tränar balansen specifikt. Utifrån detta kan förflyttningar anpassas och lämpligt gånghjälpmedel kan provas ut. Om man känner sig osäker i någon situation är det viktigt att kontrollera med sjukgymnasten vad patienten förväntas klara av.
- Föreslå särskilt riskutsatta individer att använda höftskyddsbyxor.
- Använd bord framför rullstolen, alternativt bälte i särskilda fall efter läkarordination. Se till att stödhandtag, räcken, tippskydd på rullstol och sittstöd finns där det behövs.
- Eliminera och reducera yttre riskfaktorer som hala golv, nivåskillnader, föremål i vägen, dålig belysning, dåliga skor.
- Distriktsarbetsterapeuten kan vid behov hjälpa till med anpassning av bostaden med exempelvis handtag i duschen eller borttagning av trösklar.

## Känsl – sensorik

### Hur påverkas känslan efter stroke?

Olika delar av känslan kan påverkas såsom förmågan att uppleva beröring, tryck, vibration, smärta och temperatur samt proprioception (att veta var kroppen och kroppsdelarna befinner sig). Detta påverkar i sin tur varseblivningen. Det kan vara svårt att känna om den paretiska handen hamnar i ett ogynnsamt läge, med risk för skada.

Risken för skador såsom brännskador, tryck- eller skärsår ökar. Påverkad känslan och varseblivning kan medföra att den strokedrabbade kanske inte alls eller bara delvis använder den påverkade sidan vid påklädning eller i matsituationen..

### Vad ska man tänka på vid känslnedsättning?

Stimulera den drabbade sidan i alla vardagliga aktiviteter och hjälp till genom att omväxlande arbeta enhänt respektive med båda händer.

- Lär patienten att själv vara uppmärksam på brännskador, -tryck eller skärsår. Om det behövs minimera skaderisken.
- Stimulera känslan genom beröring och guide rörelser som att föra hand till ansiktet, kamma håret eller tvätta/torka någon del av kroppen. Patienten kan också uppleva underlaget genom att ibland gå barfota.

## Språk och kommunikation

### Hur kan tal och språk påverkas efter stroke?

*Dysartri:* På grund av nedsatt muskelfunktion kan uttal, röstbildning, röststyrka samt talhastighet drabbas. Artikulationen försämras och man får svårt att göra sig hörd. Stor påverkan på berörda muskler orsakar svår förståeligt tal.

*Afasi:* Den språkliga förmågan kan drabbas, framför allt vid vänstersidiga skador. Personen kan även få svårigheter med att förstå både talat och skrivet språk. Kommunikationsstörning vid högersidig skada: Svårigheter med språk och kommunikation kan förekomma även vid högersidiga skador. Till exempel kan det vara problem med turtagning i samtalsituationen, att tolka känslouttryck och bildligt tal samt att läsa.

### Vilka åtgärder kan erbjudas?

I det akuta skedet utreder logoped den strokedrabbades kommunikativa problem för att kunna informera personal och närstående om vilken typ av svårigheter som föreligger.

Denna utredning ligger sedan till grund för fortsatta insatser, till exempel rådgivning och/eller terapi.

I rehabiliteringsskedet kan träning erbjudas, för personer i arbetsför ålder på avdelning 170 samt inom öppenvårdsteam, för pensionärer (över 65 år) vid avd 85A samt inom öppenvårdsrehabiliteringen.

Logoped finns vid Akademiska sjukhuset, Östhammars och Tierps sjukhus samt Enköpings lasarett.

I rehabiliteringsfasen är målet att den strokedrabbade ska uppnå ökad autonomi genom förbättrad kommunikationsförmåga.

### Insatserna för att uppnå detta kan vara:

- Instruktion om självträning inklusive övningsmaterial.
- Tal- och språkträning individuellt och/eller i grupp.
- Information och vägledning till närstående rörande tal/språksvårigheterna.
- Utprovning av alternativa och kompletterande kommunikationssätt.
- Ordination av hjälpmedel (till exempel röstförstärkare med högtalare och tangentbord kopplat till syntetiskt tal).
- Information till och samarbete med vårdpersonal.

Efter avslutad rehabilitering kan personer ha poliklinisk kontakt med logoped. Initiativ till poliklinisk kontakt tas från logoped eller utifrån läkarremiss. Ingen logoped är knuten till kommunens boende eller vårdformer.

### Hur kan kommunikationen underlättas?

För tal- och språkhandikappade kan det upplevas krävande och stressande att kommunicera. Hur väl man lyckas förmedla det man avsett är många gånger beroende av att den man talar med är positivt inställd och tar sig tid att vänta på svar. Det är viktigt att använda sin fantasi och inlevelseförmåga för att försöka förstå det meddelade. Detta oavsett om det sker via tal eller skrift, med hjälp av kroppsspråk eller något kommunikationshjälpmedel.

- Det enklaste hjälpmedlet är papper och penna. Den som har dysartri, det vill säga talar otydligt, kanske kan skriva för att förtydliga det sagda. Ibland räcker det med första bokstaven i ett ord för att det ska bli lättare att uppfatta.
- Många kan använda en bokstavstavla som alternativ till att skriva själv. En person med afasi har ofta svårt att både tala och skriva. För att denna person ska få möjlighet att uttrycka egna tankar och önskemål kan man som samtalspartner skriva rimliga

svarsalternativ, till exempel på ett par olika maträtter eller ett par olika aktiviteter. Personen uppmuntras sedan till att göra ett val mellan dessa.

- Man kan ha en "samtalsbok" med närståendes foton och namn.
- Bilder på platser eller föremål som engagerar kan också vara till hjälp.
- Bildlexikon likaså. Dessa bilder bör vara framme så att samtalsämnet klagörs.
- En kontaktbok för dagliga anteckningar av närstående och personal kan också underlätta vid samtal.

Eftersom många afatiker har problem att uppfatta andras tal snabbt och korrekt kan det vara ett stöd att just få läsa och begrunda hur man vill svara.

För personer som inte har förmåga att läsa kan man gå till väga på liknande sätt med bilder eller konkreta föremål. Man bör under samtalets gång ställa vägledande frågor för att förvissa sig om att man uppfattat det sagda på avsett sätt och bit för bit bekräfta samtalet.

Har man inte förstått är det bättre att förklara det än att låtsas att man begripit, vilket ofta leder till missförstånd och frustration. Man bör sträva efter så god balans som möjligt i talar/lyssnarrollen. Att en person talar långsamt eller mycket litet förleder ibland samtalspartnern att prata på desto mer. I de flesta fall inverkar detta olyckligt på samspelet och kan få till följd att den som har svårt att säga något blir ännu tystare.

Alla personer är olika och en viktig grund för god kommunikation är att man lär känna varandra och "lär sig" hur man samtalar på bästa sätt.

## Varseblivning, kognition

### Vilka varseblivnings- och kognitiva förändringar kan uppträda vid stroke?

Varseblivning (perception) är den process i hjärnan som gör att vi omedelbart kan uppfatta och uppleva omvärlden med hjälp av våra sinnesorgan: känsel av olika slag, syn, hörsel, lukt och smak.

Kognition är de processer i hjärnan som bearbetar och sammankopplar sinnesintryck och information. Kognition är ett övergripande begrepp som innefattar hela vår tankeverksamhet såsom språklig förmåga, lära in och minnas, hålla koncentration, vara uppmärksam, förstå logiska samband, lösa problem och verkställa handlingar. Det är ett komplicerat nätverk där många olika delar av hjärnan samverkar. Det är därför vanligt att man får kognitiva problem när man drabbas av en stroke. Symtomen beskrivs ofta som så kallade "osynliga handikapp".

Vanliga symtom efter stroke är nedsatt uppmärksamhet, koncentration, minne och trötthet. Andra symtom som kan ses är förändrad tolkning av synintryck, rums- och kroppsuppfattningsstörningar, apraxi, det vill säga störningar i förmåga att hantera föremål och att utföra praktiska handlingar och rörelser samt nedsatt problemlösningsförmåga. Personlighetsförändringar kan också uppträda med till exempel aggressiva och depressiva uttryck.

En skada i ett visst område i hjärnan leder ofta till relativt likartade funktionsbortfall. Olika personer kan dock reagera mycket olika på likartade skador.

De personlighetsmässiga och sociala faktorerna samt individens känslomässiga reaktioner, har ofta en avgörande betydelse för symtomutfallet.

## Nedsatt koncentrations- och uppmärksamhetsförmåga

Problem med uppmärksamhet och koncentration är vanliga efter en stroke. Nedsatt uppmärksamhet kan visa sig på olika sätt. En del kan vara lätt avledbara medan andra har svårt att skifta mellan olika uppgifter. Många upplever också att tankeprocessen går långsammare, att man behöver längre tid på sig för att bearbeta information.

Automatiken i tankeprocessen kan gå förlorad och detta kräver en ökad mängd energi. Nedsatt uppmärksamhet/koncentration och förlångsammad tankeprocess kan till exempel leda till svårigheter att läsa mer komplicerade texter eller att ta emot mycket information.

Man kan också få problem med nyinlärning och att göra flera saker samtidigt. En del upplever det också jobbigt att vistas i röriga miljöer med mycket ljud och intryck. Att stänga av störande ljud (stänga tv, radio, dörrar till andra rum) och att ta reda på syn- och hörsselförmåga hos varje patient är grundläggande.

### Hur kan man underlätta vid nedsatt uppmärksamhet och koncentration?

Det är till viss del möjligt att träna uppmärksamhet och koncentration genom funktionsträning eller en välplanerad aktiv vardag.

- Det kan vara till hjälp för en person med nedsatt koncentrationsförmåga att för sig själv repetera det man läst eller vad som sagts. Skriv gärna ner det som var viktigt.
- En del kan behöva fördela aktiviteter över en längre tidsperiod. Det kan vara en hjälp att ta täta pauser och göra en sak i taget. Det kan också underlätta med en lugn miljö för mer koncentrationskrävande uppgifter.

### **Vad kan vara tecken på neglekt/ouppmärksamhet åt ena sidan?**

Neglekt/ouppmärksamhet visar sig genom att den strokedrabbade inte uppmärksammar en sida av kroppen eller rummet (oftast vänster).

Ouppmärksamheten kan gälla intryck från både känsel, syn och hörsel. Tecken på ouppmärksamhet kan till exempel vara att skjortan hänger utanför på vänster sida, att patienten inte kammar och rakar sig på vänster sida eller lämnar maten på vänster sida av tallriken orörd.

Det kan också visa sig genom att patienten går emot eller kör emot saker med rullstolen på vänster sida eller inte uppmärksammar att till exempel vänster arm kommit i kläm.

Den strokedrabbade kan också få problem med tidsuppfattning och dygnsrytm samt nedsatt sjukdomsinsikt.

### **Hur kan man underlätta vid neglekt ouppmärksamhet åt ena sidan?**

Som personal och närstående kan man underlätta för den strokedrabbade med ouppmärksamhetsproblem genom att:

- Resonera om de situationer där svårigheter uppstår. Det kan underlätta att försöka använda de intakta funktioner som finns, till exempel minne och logisk förmåga.
- Hjälpa patienten att själv uppmärksamma och få förståelse för problematiken genom att exempelvis stimulera och leda över uppmärksamheten åt vänster sida.
- Tänka på att information (via känsel, syn eller verbal) som kommer från vänster sida kanske inte alltid når fram.
- Vid samtal kan det vara bäst att sitta på den friska sidan för att man lättare ska få kontakt.

### **Vad kan vara tecken på störning av rums- och kroppsuppfattning?**

Nedsatt rums- och kroppsuppfattning kan visa sig genom att den strokedrabbade har svårt att hitta i sin

omgivning eller har svårt med begreppen höger- vänster. Patienten kan också ha svårt att få på kläder på rätt sätt och kan till exempel ta på dem ut och in eller sätta skorna på fel fot.

Ett annat tecken på nedsatt rums- och kroppsuppfattning kan vara att patienten ligger snett i sängen eller går emot möbler och föremål i rummet. En del personer kan få problem med att läsa av klockan korrekt. De kan också få svårigheter med att veta/känna av hur lång exempelvis en timme är, det vill säga problem med tidsuppfattning.

### **Hur kan man underlätta vid störning av rums- och kroppsuppfattning?**

Som personal och närstående kan man underlätta för patienten med nedsatt rums- och kroppsuppfattning genom att:

- Resonera logiskt och ställa ledande frågor för att orientera patienten i rum och omgivning. Skapa riktmärken, till exempel "sväng efter den röda soffan" för att lättare hitta i omgivningen.
- Förenkla uppgifter och dela upp dem i delmoment, "ta ett steg i taget", samt ge gott om tid och stöd och uppmuntran.
- Vid påklädning kan man lägga tillräta klädesplagg och uppmana att tänka "lappen bak och gylfen fram" för att förenkla utförandet.

### **Vad kan vara tecken på störning av visuell eller taktill perception (via syn eller känsel)?**

Visuell perceptionsstörning kan visa sig genom att den strokedrabbade har svårt att känna igen föremål med synen eller har svårt att urskilja ett föremål bland andra i exempelvis väskan eller på bordet. Det kan också visa sig genom problem med att läsa av klockan korrekt eller svårighet att känna igen andra personer. Svårighet att få med armen vid förflyttningar kan också vara ett problem.

### **Hur kan man underlätta vid störning av visuell perception?**

Personal eller närstående kan underlätta för patienten med visuella perceptionsproblem genom att:

- Skapa ordning och reda runt individen och plocka bort onödiga föremål.
- Tala om vem man är för att tydliggöra relationen.

- Uppmana individen att använda andra sätt att hantera vardagsaktiviteter till exempel genom att använda känseln som komplement när man söker efter något.

### Vad kan vara tecken på apraxi?

Apraxi visar sig genom att den strokedrabbade har svårt att utföra inlärd rörelser eller handlingar trots att den motoriska förmågan finns.

Detta kan visa sig genom till exempel svårighet att göra rörelser på uppmaning eller att patienten inte vet vad olika föremål ska användas till. Den strokedrabbade kan också få svårt att göra saker i rätt ordning och kan till exempel ta på kalsonger utanpå vanliga byxor eller sätter på kaffebryggaren innan vattnet hållts i.

### Hur kan man underlätta vid apraxi?

Som personal och närstående kan man underlätta för den strokedrabbade med apraxi genom att:

- Visa en aktivitet istället för att ge muntliga instruktioner eller genom att dela upp uppgiften i delmoment.
- Patienten kan också vara hjälpt av att hantera ett föremål i taget vid till exempel morgontoalet.
- Handgriplig "guidning".

### Minne

Minnesproblem efter stroke är vanliga och kan visa sig genom att man till exempel har svårt att minnas det som hänt en tid tillbaka eller att man har svårt att komma ihåg saker som behöver göras. Minnesprocessen består av olika delar och det är ofta förmågan att plocka fram minnen som försämras. Minnesförmågan påverkas också av förmågan till att uppmärksamma saker.

### Hur kan man underlätta vid nedsatt minne?

Minnesförmågan är svår att träna upp och man behöver lära sig att kompensera för de problem minnet kan ställa till i vardagen.

- Många är hjälpta av att skriva dagbok för att minnas händelser, en ledtråd kan ofta vara till hjälp för att plocka fram minnesbilder.
- För den som har svårt att minnas uppgifter som behöver göras kan en kalender vara till hjälp. Man kan där vara noga med att skriva ner till exempel inbokade möten men även mer vardagliga aktiviteter som till exempel tvättid.
- En mobiltelefon eller ett kognitivt hjälpmedel med kalender- och påminnelsefunktion kan också vara till stor hjälp.

## Trötthet

Trötthet i akutskedet, men även i efterförloppet, är en av de vanligaste konsekvenserna efter stroke. Trötthet förekommer såväl efter svår som efter lindrig stroke och kan många gånger vara en konsekvens av nedsatt kognitiv förmåga.

Många personer är känsliga för ljud- och/eller ljusstimuli eller måste kompensera för en aktivitet som tidigare varit inlärd och automatisk, vilket tar energi.

Trötthet kan vara en begränsande faktor i rehabiliteringen. Det är viktigt att varva träning/rehabilitering med vila, (gärna vilopositioner) under dagen. Försök se till att nattvilan/sömnen blir väl tillgodosedd.

### Hur kan man underlätta vid trötthet?

- Man kan behöva anpassa sin livsstil efter tröttheten och man kan behöva göra nya prioriteringar i sitt liv som till exempel att välja bort aktiviteter eller minska på omfattningen.
- En del får ett ökat sömnbehov medan andra kan behöva ta paus oftare. Ibland kan det hjälpa att byta aktivitet eller till exempel ta en promenad.
- Sömnmedel bör undvikas, dagtrötthet kan bero på sömnmedicin.

## Bilkörning

Myndigheter, lagar, förordning och fördjupad kunskap:

### Vägverket:

- Högsta myndighet, utformar föreskrifter
- Har rätt att kräva journalhandlingar
- Beviljar dispenser

### Länsstyrelsen:

- Utfärdar/återkallar körkort.
- Har såväl rätt som skyldighet att utreda om körkortsinnehavare uppfyller de medicinska kraven för körkortsinnehav.
- Ej rätt att kräva journalhandlingar.

### Körkortslagen (SFS 1998:488):

- Anmälningsskyldighet 10 kap 2§: Om en läkare vid undersökningen finner patienten olämplig som bilförare av medicinska skäl skall läkaren anmäla detta skriftligen till körkortsmyndigheten, länsstyrelsen.
- Innan anmälan görs skall läkaren underrätta körkortsinnehavaren.

- Om det är helt klart att patienten ej fortsättningsvis kommer att köra bil kan man avstå från anmälan.
- Anmälan behöver ej heller göras om det finns anledning att anta att körkortsinnehavaren kommer att följa läkarens tillsägelse.

### Körkortsförordningen (SFS 1998:980)

#### Vägverkets föreskrifter

(VVFS 1996:200, 1998:89).

#### Trafikmedicin

Boken beställs från Vägverkets butik, 0243-755 00.

#### Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005.

Trafikmedicinskt centrum vid Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.

#### Kan man fortsätta köra bil efter stroke?

Frågan om bilkörning ska tas upp med patienten och närstående redan på akutavdelningen såväl av läkaren som av rehabiliteringspersonalen.

Efter utskrivningen från sjukhuset bör patienten få tid att återhämta sig från den onormala trötthet och de koncentrationssvårigheter som följer på en hjärnskada. Till återbesöket ska patienten avstå från all bilkörning. Lämpligen kan standardiserad mall följas (se sidan 31).

#### Kan man fortsätta att köra bil efter TIA?

Även kortvarig TIA innebär en ökad risk för ny händelse och det råder konsensus om att patienten ska avstå från bilkörning under en månad. Vid TIA med mer långdragna symtom kan en hjärninfarkt ha hunnit uppstå. I dessa fall handläggs patienten som vid stroke och ska avstå från bilkörning till återbesöket.

Vid återbesöket inom ett par månader – sex månader kan följande scenarier föreligga:

- Körkortsinnehav är uppenbart olämpligt, till exempel på grund av allvarlig nedsättning i rörelseorganens funktion eller allvarlig kognitiv

störning. Anmälan görs till länsstyrelsen körkortsenhet i det län där patienten är folkbokförd.

- Körkortsinnehavet är tveksamt, men patienten själv tror att bilkörning borde gå bra. Skiljaktighet råder således mellan läkare och patient. I dessa fall skrivs ett brev med uppgift om svårigheter att bedöma körkortsinnehav till körkortsenheten, som då kan föreslå och remittera till ett tillrättalagt körprov. Till dess avråds patienten från all bilkörning. Körprovet genomförs av Vägverkets regionala personal i patientens egen bil på hemorten.
- Körkortsinnehavet är inte olämpligt. Läkare som brukar utfärda körkortsintyg får anses ha erforderlig kunskap att bedöma detta. Vid misstanke om synfältsdefekt ska patienten undersökas av ögonläkare som utfärdar erforderliga intyg. Vid epilepsi ska kontakt tas med läkare vid neurologmottagningen, Akademiska sjukhuset. Har patienten avstått från bilkörning/haft körkortet återkallat mer än 12 månader måste nytt körkortsprov (teoretiskt och praktiskt) genomgås. Det är således ingen skillnad mellan överenskommelse med läkare och återkallelse genom länsstyrelsen vid kortare "köruppehåll" än 12 månader. Det kan dock vara en fördel att inte behöva ta ansvar för att patienten verkligen inte kör bil under observationstiden och låta länsstyrelsen svara för det formella.
- Yngre patienter med körkort av högre behörighet kan remitteras till Trafikmedicinskt centrum, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.

#### Kan man behålla vapenlicens?

Läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen ska omedelbart anmäla detta till den polismyndighet där patienten är folkbokförd. Anmälan kan göras på blanketten SoSB 42401. Se vidare Specialistsjukvårdens Juridik 2007 (källa: Vapenlagen 6 kap 6§).

# Reaktioner på sjukdomen och förhållande till närstående

## Hur kan krisreaktioner yttra sig?

Då en människa insjuknar i stroke kan det ge upphov till en krisreaktion. Plötsligt hamnar man i en livssituation där tidigare erfarenheter och inlärd sätt att reagera inte är tillräckliga för att man ska förstå och bemästra den aktuella situationen.

Att vara i en kris är ingen sjukdom utan en normal reaktion på den psykologiska och existentiella påfrestning som sjukdomen kan innebära. Att man är i kris märks på olika sätt. Det beror på vem man är och vad som har hänt. Det kan också variera från en period till en annan.

Några vanliga reaktioner är sänkt stämningsläge, rädsla, ilska och oro. Oron kan också visa sig i fysiska symtom, till exempel oklara smärtor. Det är inte ovanligt att en människa i kris isolerar sig från andra och går in i sig själv.

Hur man påverkas av en kris beror på många olika faktorer, inte minst sjukdomens svårighetsgrad. Många strokedrabbade visar inte någon krisreaktion. Det kan bland annat bero på att de kan ha en begränsning i mentala funktioner som medför att de inte uppfattar sin situation realistiskt samt att det tar lång tid att förstå konsekvenserna av strokeinsjuknandet.

Under en kris finns ibland gamla och fördröjda kriser som inte tidigare bearbetats. Då en ny kris uppkommer kan de gamla, obearbetade kriserna komma upp till ytan och bearbetas. Personliga resurser och svagheter påverkar krisens förlopp.

Krisintervention innebär att man stöttas på vägen framåt och att man styrs förbi vissa hinder då man saknar känslomässig, intellektuell och handlingsmässig beredskap. I krisinterventionen får man hjälp att känslomässigt bearbeta det inträffade. Information ska ges med känsla för vad man vill veta och hur mycket man kan hantera.

Krisintervention ges i första hand av kuratorer och psykologer som har särskild kompetens inom området.

## Depression

Emotionella reaktioner utgör de vanligaste resttillstånden efter stroke. Cirka 30 000 människor per år drabbas av stroke i Sverige. Upp mot 40 procent av dem utvecklar en depression. Vanligen debuterar depressionen under de första tre månaderna efter

strokeinsjuknandet. Depressionen kan utvecklas abrupt eller smygande över månader.

Riskfaktorer för att utveckla depression är bland annat afasi, nedsatt adl-förmåga, brister i det sociala skyddsnetet, cerebral atrofi eller annan tidigare cerebral sjukdom, näringsbrist, andra samtidiga sjukdomar och läkemedelsbiverkningar.

I akutskedet kan en låg dos SSRI vara till hjälp för att komma igång med rehabiliteringsarbetet och behandlingen behöver oftast inte sträcka sig över mer än 3–6 månader.

## Gråtmildhet och ofrivilliga skratt

Särskilt gråtmildhet men också ofrivilliga skratt (affektlabilitet) är vanligt efter stroke. Som regel räcker det med att förklara fenomenet för den strokedrabbade och närstående. Ibland kan det dock vara störande och ett hinder för rehabiliteringen. Behandling med ett modernt antidepressivt medel i låg dos (selektiv serotoninåterupptagshämmare, SSRI) ger ofta snabb lindring. Vanligen klingar besvären av med tiden.

## Hur kan depression efter stroke yttra sig?

Tecken på depression kan vara:

- Sänkt grundstämning
- Nedstämdhet
- Ångestkänslor
- Minskad nattsömn
- Minskad aptit
- Koncentrationsproblem
- Initiativlöshet
- Minskat känslomässigt engagemang
- Depressivt tankeinnehåll
- Livsleda och suicidtankar

Om du misstänker att en individ efter stroke drabbats av depression, kontakta patientansvarig läkare.

Viktigt är noggrann anamnes med uppgift om tidigare depressionsperioder i livet samt noggrant status. Varaktigheten av obehandlad depression efter stroke är vanligen 1–2 år, dock med stor risk för kronisk utveckling. Negativa följder av obehandlad depression är sämre återhämtning, sänkt livskvalitet för den strokedrabbade och närstående samt negativ inverkan på överlevnaden efter stroke. Det är därför av stor vikt att depression behandlas.



I första hand rekommenderas selektiva serotoninåterupptagshämmare på grund av gynnsam biverknings- och interaktionsprofil. Behandling bör ges under minst sex månader för att minska risken för återfall.

Vid tecken på försämring återinsättes preparatet och långtidsbehandling övervägs. Om ej tillräcklig effekt av SSRI bör kombinationsbehandling övervägas, helst i samråd med psykiater.

Psykosocial och psykologisk behandling bör komplettera den farmakologiska.

## Närståendes situation

### Hur förändras situationen för närstående efter stroke?

Stroke innebär ofta en stor omställning för de närstående. Hur de påverkas är individuellt och beror på en rad faktorer som till exempel skadans omfattning och vilka symtom skadan givit upphov till, vilken relation de närstående har till den skadade, vilken beredskap de närstående har att anpassa sig till den nya situationen och vilket stöd den närstående kan få från omgivningen.

Det är vanligt att de närstående hamnar i en kris, som kan innebära långa perioder av sorg och nedstämdhet och där man upplever att det inte finns något sammanhang mellan tiden före och efter skadan.

Att vara närstående till en strokedrabbad person innebär ofta att man ställs inför nya krav, där man får ta ett ökat ansvar för till exempel hem och ekonomi. Detta leder till att tidigare roller måste förändras och en helt ny roll som vårdare kan också tillkomma.

De närstående som vårdar den skadade upplever ofta en stor trötthet, som gör att man inte orkar hålla kontakt med vänner och tidigare fritidsaktiviteter och det bidrar till att familjen kan bli isolerad. Den sociala isoleringen beror också på att omgivningen inte vet hur de ska närma sig den skadade och hans familj.

För en del närstående är det också svårt att bli beroende av sjukvården och annan hjälp från samhället. Man har varit vana att klara sig på egen hand och det kan upplevas integritetskränkande att behöva visa upp familjens situation för utomstående.

Ekonomi påverkas också negativt och det krävs ofta en rad praktiska förändringar, som byte av bostad eller bostadsanpassning, som kanske inte är så positiva för resten av familjen.

För många närstående är det en svår livsomställning efter stroke. Det är vanligt med skuld känslor över att inte orka ställa upp som man önskar och närstående vårdare negligerar ofta sin egen hälsa och drabbas av psykosomatiska besvär.

### Vilka åtgärder kan vara till stöd för de närstående?

I det akuta skedet kan de närstående ibland behöva professionellt krisstöd för att bearbeta det inträffade. De närstående kan också ha behov av fortsatt rådgivning i ett senare skede när det gäller praktisk, social och ekonomisk problematik som kan uppstå samt eget psykosocialt stöd i den nya situationen.

Det psykosociala stödet kan ges både individuellt och i närståendegrupper. Individualiserad rådgivning och strukturerad undervisning om stroke till närstående medför att familjerna får lättare att klara den förändrade livssituationen.

Kunskap om stroke och dess följdverkningar behövs för att de närstående ska känna sig trygga och för att de ska kunna anpassa sig till den nya livssituationen. Många närstående behöver också praktisk hjälp med den strokedrabbade personen i hemmet samt avlastning. En så kallad avlastningsplats ska vara placerad i en miljö som upplevs som stimulerande av den drabbade och dess närstående.

För alla som kommer i kontakt med närstående inom vård och boende är det viktigt att:

- Förmedla att den strokedrabbade personen får en bra vård och rehabilitering så att de närstående kan känna sig trygga.
- Informera de närstående om skadan, behandlingen, samhällets stödinsatser samt ge råd och instruktioner för att underlätta vardagslivet.
- Lyssna till de närståendes erfarenheter och känslor om den strokedrabbade personen.
- Låta de närstående vara delaktiga i rehabiliteringen i den omfattning de vill och orkar.
- Lyssna till hur de närstående mår.

### Minderåriga barn

Det är viktigt att barnen får träffa den sjuka föräldern och vara delaktiga i den mån de kan. Möjlighet bör ges för dem att få information och tillfälle att ställa frågor.

### Sociala stödåtgärder/Social information

Det stöd som den strokedrabbade får från närstående och vårdpersonal behöver ofta kompletteras med social information och sociala stödåtgärder.

Sociala stödåtgärder handlar om förmedling av praktiska hjälpinsatser och social service för att underlätta livssituationen för den strokedrabbade och de närstående. Det kan bland annat handla om hjälp i hemmet av hemtjänst och personliga assistenter, bostadsfrågor, ekonomiska frågor kring

socialförsäkringar och stöd av god man samt frågor kring resor som färdtjänst och parkeringstillstånd. Inom sjukvården kan kuratorer ge råd och stöd i dessa frågor och fungera som en länk mellan vården och det övriga samhället.

## Sexualitet

### Hur kan den sexuella förmågan och tillfredsställelsen med sexuallivet påverkas efter stroke?

Efter slaganfall är det mycket vanligt med sexuell problematik hos såväl kvinnor som män. Den sexuella tillfredsställelsen minskar för majoriteten efter stroke. Oftast gäller det också partnern.

Det finns i dag goda möjligheter att undvika eller minimera dessa problem. Det är därför viktigt att tidigt i rehabiliteringsförloppet tala om sexualiteten och eventuell oro relaterad till sexuallivet och parförhållandet.

Nedsatt förmåga att nå orgasm är vanligt efter hjärnskada. Dessutom upplever två tredjedelar av männen svårigheter att få erektion. Hos hälften av kvinnorna föreligger nedsatt utsöndring i vagina efter slaganfall. Vissa män drabbas också av för tidig utlösning.

I några fall kan den sexuella förmågan vara nedsatt på grund av hormonrubbingar till följd av hjärnskadorna. Det vanligaste är dock att psykologiska faktorer ligger bakom störningarna.

En majoritet av patienterna under 70 år, såväl män som kvinnor, upplever att sexuallivet är otillfredsställande. Mot denna bakgrund är det mycket viktigt att så tidigt som möjligt diskutera sexualitet och sexuella problem med samtliga hjärnskadade patienter och helst också med deras partners.

Attityden vid utredningen bör vara tillåtande. Med detta menas att man måste ge patienten/partnern upplevelsen av att de är eller kan vara människor med sexuella önskemål, behov och problem.

Inom hjärnskaderehabiliteringen bör åtminstone några i personalen vara kunniga på detta område och beredda att diskutera frågor som har med sexualitet att göra. Enklare råd bör även kunna ges.

Samtliga yngre patienter och helst också deras partner – om sådan finns – ska, om inte kontraindikation mot detta föreligger, få möjlighet att träffa sexolog.

Remiss kan skrivas till doktor Axel Brattberg, Rehabiliteringsmedicin, Akademiska sjukhuset, för specialistrådgivning och sexologisk behandling.

## Komplikationer

### Smärta

Smärta är ett vanligt symptom vid stroke. Den kan vara perifer eller central och kan debutera i akutskedet eller efter fler månader till år efter strokeinsjuknandet.

Var uppmärksam på olika symptom som kan vara tecken på smärta, till exempel oro, sömnsvårigheter, trötthet, depression, aggressivitet, otålighet, skrik, ökat sängläge eller att patienten slutar med aktiviteter. Observera minspel och grimaser, framför allt hos patienter med afatiska eller kognitiva problem.

- Smärta är alltid subjektiv och för patienten reell.
- Smärta är en obehaglig känslesignal som talar om att en kroppsdel håller på att, eller hotas att skadas.
- Smärta kan också vara ett uttryck för mentalt eller socialt lidande som inte kan ges annat uttryck.
- Smärta är ett symptom som kan orsaka stort lidande, kräva mycket energi och vara belastande för cirkulation och andning samt göra att man blir otrygg och rädd att röra sig.

### Diagnostik av smärta

- Ta med hjälp av smärtanalys och smärtskattning reda på om smärta finns samt smärtans utbredning, utstrålning, karaktär, duration och intensitet
- Använd helst VAS-skalan 1–10 alternativt ansiktsskalan FPS-r 10 och vid behov beteendeskattning.
- Ta hänsyn till patientens tidigare sjukdomar och smärthistoria.
- Undersökning, vid behov upprepad och eventuell röntgen eller annan utredning.

### Smärtyper

- Perifer – utlöst av vävnadsskada (nococeptiv smärta) eller perifer nerv (neurogen smärta).
- Central – utlöst av skada i ryggmärg eller hjärna eller av nervsignaler som hjärnan tolkar som smärta.

### *Hur kan smärta behandlas?*

1. Förebyggande åtgärder:
  - vilopositioner
  - lägesändringar
  - kontrakturprofylax
  - förflyttningsteknik
  - hjälpmedel (sittdynor, stöd för arm, antidekubitusmadrass, utprovad rullstol).
  - hudvård
  - nedsatt känsel kan medföra risk för skador
2. Icke medikamentell behandling
  - avslappningsövningar
  - träning och aktivering kan bidra till att bättre hantera smärta
  - kunskap om smärtprocessen kan minska ångestkomponenten
  - TENS
  - akupunktur.
3. Medikamentell behandling
  - smärtlindring ska ges regelbundet på fasta tider. Om man väntar tills patienten får ont är det svårare att få bukt med smärtan och det krävs mer smärtstillande
  - all smärtlindring ska utvärderas kontinuerligt
  - om behandling ges med långverkande preparat ska alltid kortverkande vid behovsmedicinering vara ordinerad för eventuellt smärtgenombrott.

### *Lätt smärta*

Paracetamol 1 g x 4 (halveringstid 2 h)

### *Medelsvår smärta*

Tillägg av kodein 25 mg x 3–4 (halveringstid 2–3 h.) Observera behov av laxoberaldroppar eller Movicol för att förebygga förstoppning.

Tramadol kan provas i vissa fall, 50 mg x 3–4 om patienten har gall- eller njurkolik (halveringstid hos yngre är minst 6 h, betydligt längre hos äldre).

NSAID-preparat kan i vissa fall användas (halveringstid cirka 3 h). Var uppmärksam på förekomst av eventuellt hjärtsvikt, njursvikt eller magsår som alla kan hastigt och drastiskt försämrats av NSAID-preparat.

Dextropropoxifen bör undvikas (halveringstid hos unga 6–30 h, hos äldre 80–90 h)

### *Svår smärta*

Man ser idag med andra ögon på behandling av svår smärta hos kroniskt sjuka patienter och behandlar med starka analgetika även vid icke cancerrelaterad smärta för att förbättra livskvaliteten och allmäntillståndet.

Den läkare som påbörjar behandling med morfinliknande preparat är skyldig att följa upp behandlingen och beakta risken för beroendeproblematik.

Observera att Laxoberaldroppar eller Movicol bör ges minst två gånger per dag vid insättande av morfinpreparat samt i vissa fall även medel mot illamående.

### *Smärta kombinerat med ångest*

Se under avsnitt depression, sidan 17.

### *Smärta med inslag av inflammation*

Steroider. Prednisolon 30 mg x 1 i 4–7 dagar, sedan halverad dos och långsam nedtrappning.

### *Central och neurogen smärta*

Gabapentin 100 mg x 3, dosökning

Tryptizol, börja med låg dos till natten

Tegretol kan provas

### *Osteoporossmärta*

Risk för hemiosteoporos vid bestående pares

Bisfosfonater

## **Subluxationer**

Förebygg och minska subluxation (felställning på grund av försvagad muskulatur) i axeln som kan leda till smärta och svullen hand. Dra eller lyft aldrig patienten i den förlamade armen. Detta kan förorsaka kvarstående smärttillstånd. Det är viktigt med funktionella vilolägen. Placera den förlamade armen i högläge. Använd rullstolsbord som stöd för arm och hand. Vid svårare subluxation kan ett luxationsbandage för axlar hjälpa. Då krävs en speciell ortopedremiss. Olmed och Aktiv Ortopedteknik tillhandahåller dessa bandage som patient med remiss betalar egenavgift för.

## **Skuldra-hand-syndromet**

Symtomen axelsmärta och svullnad i handen kan utvecklas inom ett dygn och uppstår ofta genom ett trauma, till exempel vid ovarsam förflyttning. Var aktsam om den paretiska armen vid förflyttningar och eftersträva god positionering i säng.

Undvik dropp i den förlamade armen/handen och utnyttja högläge i möjligaste mån, för att reducera ödem. Arbetsterapeut lindar vid behov handen med elastisk binda, provar ut kompressionshandske eller gör individuell handskena.

## Ökad muskelspänning

Vid ökad muskelspänning är det viktigt med funktionella viloställningar för att förhindra felställning och smärta. En bra viloställning krävs också för en generell muskelavspänning, då många strokedrabbade överaktiverar den icke förlamade sidan.

## Fall och frakturer

Strokedrabbade är särskilt utsatta för falltrauma och frakturer. Var extra uppmärksam vid neglekt (ouppmärksamhet åt ena sidan), nedsatt sjukdomsinsikt och förvirring.

Teamet bör bedöma hur patienten ska förflyttas. Lämna ej dessa patienter ensamma sittande på sängkanten eller toalett. Låg säng och larmmatta kan vara en hjälp. Höftskyddsbyxor kan skydda – finns att köpa på apoteken.

## Sår

Trycksår kan uppstå på grund av nedsatt rörlighet och nedsatt känsel. Förebygg trycksår genom regelbundna vändningar, lägesändringar och inspektion av huden.

Håll huden ren och torr, använd antidecubitusmadrass och tryckavlastande dynor. Inspektera huden.

Malnutrition ökar risken för trycksår. Därför är det viktigt att tillgodose vätske- och näringsbehovet.

## Djup ventrombos och lungemboli

Propp i benen (djup ventrombos) och propp i lungorna (lungembolier) kan vara en följd av minskad rörlighet och dåligt vätskeintag. Tecken på propp i benet är rodnad, värmeökning, svullnad och smärta.

Vid propp i lungorna blir den strokedrabbade andfådd, har ofta smärtor vid andning och är allmänpåverkad.

Inspektera ben och fötter vid morgonaktivitet samt observera andningen. Är benen/fötterna svullna ordna stödstrumpor! Uppmuntra och hjälp patienten till aktivitet både passivt och aktivt i sängen och aktivt i sittande och stående.

Trombosprofilax om patienten är minskat rörlig.

## Pneumoni

För att förebygga lunginflammation (pneumoni) hjälper den strokedrabbade med mobilisering och kontakta sjukgymnast för instruktion om andningsgymnastik.

Vid sväljningsproblem ökar risken för att dra ned födan i luftstrupen (aspiration). Detta kan leda till så kallad aspirationspneumoni. Använd därför rekommenderad teknik vid matning och vid behov anpassad kost. Tänk på sittställning och inspektera munhålan innan huvudändan sänks.

## Kramp – epilepsi

Epileptiska kramper förekommer ofta efter ett strokeinsjuknande. Kramp i det akuta skedet (första veckan) behandlas symtomatiskt. Om krampanfall uppträder efter 6–12 månader är det så gott som undantagslöst ett första anfall som kommer att följas av fler.

Efter symtomatisk behandling bör profylax ges, i första hand rekommenderas karbamazepin i låg dos utan behov av koncentrationsbestämning. Vid eventuell ny kramp görs koncentrationsbestämning och dosen ändras med uppföljande kontroll av koncentration. Om fortsatta kramper trots adekvat dos bör behandling diskuteras med neurolog.

Efter ett krampanfall kan symtombilden likna ett nytt strokeinsjuknande (postiktalt kan symtom återkomma och kvarstå i flera timmar) och förnyad dator-tomografiundersökning kan behövas. Vid demens är korta frånvaroattacker/kramper vanligt och behöver inte föranleda förnyad utredning.

# Aktiviteter i hem och närmiljö

## Hur påverkas förmågan till aktiviteter i hem och närmiljö efter stroke?

Förmågan att laga mat, värma eller ta fram mat, göra mindre och större inköp, städa bostaden, tvätta och ta hand om det tvättade samt att transportera sig med privata eller allmänna färdmedel som till exempel egen bil eller buss kan påverkas i olika grad efter stroke. Förmågan att sköta sin egen ekonomi och göra post- och bankärenden kan också påverkas.

Orsakerna till nedsatt förmåga att utföra vardagsaktiviteter kan vara många. Slapp eller spastisk förlamning i ena kroppshalvan eller i en arm och hand, nedsatt balans, nedsatt känsel eller nedsatt kommunikationsförmåga är några möjliga orsaker. Vanliga orsaker är också tankemässiga/kognitiva förändringar som strokesjukdomen för med sig.

Minnnet och förmågan att göra flera saker samtidigt (simultanförmåga) kan vara nedsatt. Det kan finnas svårigheter att planera den aktivitet man ska utföra samt lösa problem som uppstår under aktiviteten.

Nedsatt rumsuppfattning och svårigheter att tolka omgivningen kan vara andra orsaker som försvårar aktiviteter i bostaden och utanför hemmet.

## Vad kan man göra vid svårighet att utföra vardagsaktiviteter?

Arbetsterapeuten bedömer förmågan att genomföra vardagsaktiviteterna. Utifrån bedömningen planeras träningen som fokuserar på aktiviteter som är viktiga för den enskilde individen.

Träning och bedömning påbörjas under sjukhusvistelsen och kan sedan fortsätta i individens hemmiljö. Träningen kan inriktas mot att med förbättrad funktion klara att utföra aktiviteter på samma sätt som tidigare. Träningens fokus kan också vara att träna in nya strategier för att klara viktiga vardagsaktiviteter på ett annorlunda sätt än tidigare. Det sistnämnda är ofta viktigt för att kompensera för tankemässiga begränsningar.

Sjukgymnasten bedömer och tränar patientens förflyttningsförmåga under sjukhusvistelsen, träningen kan sedan fortsätta i hem- och närmiljö. Patienten kan till exempel behöva träna förflyttningar inom- och utomhus, att kunna ta sig i och ur en bil eller hantera rollator i trafik och över trottoarkanter.

## Hur gör man när den psykosociala miljön är ett hinder för aktivitet?

Ett tätt socialt nätverk kan verka både stödjande och begränsande för den strokedrabbades egen aktivitet. Det är viktigt att tillsammans med närstående och den strokedrabbade diskutera igenom omgivningens värderingar och arbets- och rollfördelningen i familjen. Tar den närstående "över" mer än den strokedrabbade vill? Tillåts den strokedrabbade av omgivningen att vara aktiv med det han/hon önskar?

## Hur gör man när den fysiska miljön är ett hinder för aktivitet?

Arbetsterapeuten gör tillsammans med den strokedrabbade en bedömning av vilka följder funktionsnedsättningen har i boendet. Det kan till exempel gälla tillgängligheten till och inom bostaden. Om den strokedrabbade behöver rullstol eller gånghjälpmedel ställs stora krav på tillgängligheten i bostaden. Att ta bort trösklar och montra ramper och automatiska dörröppnare ökar tillgängligheten.

För att underlätta och möjliggöra för individen att klara sin personliga hygien behöver ibland badkaret anpassas med en badkarsbräda eller en duschplats ställas i ordning.

Minnessvårigheter medför ofta problem i boendesituationen. En spisvakt/timer gör att man kan återuppta matlagning på ett säkert sätt.

## Hur kan säkerheten i närmiljön förbättras på enkelt sätt?

- Ta bort småmattor där den strokedrabbade ofta går.
- Lägg antihalknät under de kvarvarande mattor .
- Tipsa om att använda skor som sitter stadigt på foten.
- Se till att trösklar och el- och telefonsladdar tas bort och inte är i vägen.
- Stödhandtag, till exempel i badrummet, kan underlätta vid uppresning och förflyttning.
- Det som används ofta ska finnas lättillgängligt i köket.
- Tänk på att ha flera telefoner, gärna en vid sängen. Kortnummerfunktion på telefonen kan underlätta.

## Hur ska man förebygga komplikationer för en strokedrabbad i hemmet?

Komplikationer kan även uppstå i hemmet och ska förebyggas; se kapitlet Komplikationer sidan 19.

- Den strokedrabbade måste göras medveten om vikten att använda sina kvarvarande funktioner och röra sig aktivt, men med försiktighet. Ett individuellt träningsprogram kan med fördel utarbetas.
- Distriktsköterskan ska förutom information om sjukdomen och tillgängliga hjälpinsatser förmedla kunskap om aktivering och mobilisering till vårdpersonal och närstående. Det är viktigt att förebygga att närstående tar över aktiviteter som den strokedrabbade kan utföra.
- Var uppmärksam på tecken till ökad tonus (muskelspänning).
- Kontakt med sjukgymnast för råd om lämplig träningsform.

### Åtgärder om den strokedrabbade har svårt att nutriera sig hemma?

- Kontakt tas med distriktsköterska/sjuksköterska. Denna ansvarar för att husläkare och vid behov dietist kontaktas och att en nutritionsplan upprättas. Eventuell annan sjukdom utesluts och medicineringen ses över.
- Om patienten har sväljningssvårigheter bör logoped kontaktas.
- Väg "riskpatienter" en gång i veckan. Hit räknas personer som under den tidigare vårdperioden ätit för litet, personer som har sväljningssvårigheter eller är deprimerade.
- Skaffa lämpliga hjälpmedel ("pet-emot" kant, speciella bestick) via distriktsarbetsterapeut.
- Servera energität kost; frukost, lunch och middag samt 2–3 energirika mellanmål dagligen. Anpassa konsistensen utifrån individens behov.
- Kontrollera tandproteserna.
- I övrigt se de allmänna råden för matsituationen.

### Munhygien

Insjuknande i stroke påverkar munhälsan. Nedsatt rörelseförmåga i munnens muskulatur och nedsatt känsel gör att beläggningar och matrester kan samlas i munhålan. Dessutom kan tuggförmågan vara påverkad. För munvårdsschema.

Strokepatienten behöver få daglig hjälp med munvården. Tandhygienist och tandläkare kan utforma individuella munhygienrutiner för att förebygga karies. Se [www.lul.se/Folktandvården/Tandvårdsstöd](http://www.lul.se/Folktandvården/Tandvårdsstöd)

## Fritids- och sociala aktiviteter

### Vad kan vara orsak till att fritids- och sociala aktiviteter inte återupptas efter stroke?

Efter ett insjuknande med stroke kan det finnas många olika orsaker till att inte återuppta fritids- och sociala intressen i samma utsträckning som tidigare. Det kan vara fysiska funktionsbegränsningar. Begränsad kommunikationsförmåga, svårigheter att bearbeta snabb information, personlighetsförändringar, oro, trötthet, nedsatt initiativförmåga eller depressioner

### Vad kan man göra vid svårigheter att klara fritids- och sociala aktiviteter?

Stöd och motivering eller träning bestående av återinläring eller hjälp att strukturera aktiviteten/intresset kan vara det som behövs för att återuppta fritids- eller sociala aktiviteter efter ett insjuknande i stroke. Många aktiviteter kan anpassas så att de fungerar utifrån de nya förutsättningarna eller så kan nya aktiviteter introduceras.

Den strokedrabbades motivation är här av stor betydelse. Fritids- och sociala aktiviteter kan utgöra en mycket central och betydelsefull del av livet och vara viktiga för välmående och hälsoupplevelse. Men i vissa fall kan det också vara bra att få en anledning att sluta med aktiviteter som upplevts betungande.

Arbetsterapeuten kan erbjuda bedömning och träning av aktivitetsförmåga relaterat till aktivitetens krav. Vid behov kan arbetsterapeuten även hjälpa till att lotsa ut till sociala aktiviteter och fritidsaktiviteter i närmiljön.

Vid behov kan nya alternativ hittas i samråd med den strokedrabbade, till exempel aktiviteter inom Strokeförbundet, kursverksamheten, frivilligorganisationerna eller kyrkan. Det kan också gälla möjligheten att äta och delta i fritidsverksamhet på servicehus.

## Arbete och sjukskrivning

### Kan man fortsätta att arbeta efter stroke?

Att komma tillbaka till förvärvsarbete är ett mål för de flesta som har haft stroke och är i yrkesverksam ålder. Trots detta är det vanligt att konsekvenserna av stroke medför att man inte klarar av att återgå i arbete. De flesta som börjar arbeta igen återgår i arbete på någon form av deltid, framförallt på grund av kvarstående trötthetssymtom.

Om det är aktuellt att återgå i arbete bör man erbjudas möjlighet till arbetsrehabilitering.

Rehabiliteringsteamet inom hjärnskaderehabiliteringen, Akademiska sjukhuset, kan göra en förberedande bedömning om och när arbetsrehabilitering kan bli aktuell.

Arbetsåtergången bör inte ske för snabbt efter insjuknandet, då skadans konsekvenser ofta inte blir tydliga förrän patienten återgått en längre tid i sitt vardagliga liv. Det är ett stort steg att gå från vardagsliv i hemmet till förvärvsarbete med krav på prestation, där man inte har möjlighet att styra över sin tid. Det är få som kommer tillbaka i arbete under det första året.

Det kan dock vara bra att besöka arbetsplatsen och bibehålla den sociala kontakten med arbetsledare och arbetskamrater under en lång sjukskrivningsperiod.

Arbetsrehabiliteringen bör utformas individuellt. En vanlig rekommendation är att börja arbeta alternativt arbetsträna på 25 procent. Arbetsträning innebär möjlighet att i lugn och ro komma in i arbetsuppgifterna igen utan några krav på arbetsprestation.

Det är önskvärt att arbetsträningsperioden ger möjlighet att systematiskt prova de arbetsuppgifter som är aktuella och att prova på att utöka arbetstiden.

Det är viktigt att det sker en utvärdering av arbetet/ arbetsträningen innan man tar ställning till om det är möjligt med en fortsatt långsam upptrappning av arbetstiden. Helst bör denna utvärdering ske i samråd med professionella med kunskap om konsekvenser av stroke.

Försäkringskassan och arbetsgivaren har huvudansvaret för arbetsrehabiliteringen. Möjlighet till arbetsträning ges via Försäkringskassan och arbets-hjälpmedel/ anpassning av arbetsplatsen kan bekostas av Försäkringskassan eller arbetsgivaren. För personer som är arbetslösa kan Arbetsförmedlingen bidra med insatser. För många kan det också vara av värde att etablera kontakt med företagshälsovård.

Se också socialstyrelsens Försäkringsmedicinska beslutsstöd – vägledning för sjukskrivningar.

## Medicinsk uppföljning

Ett strokeinsjuknande är en följd av en hjärt-kärlsjukdom, alltså en kronisk sjukdom som kräver fortsatt medicinsk uppföljning. Efter i vissa fall en kort tids kontroller på sjukhusmottagning överflyttas ansvaret till husläkaren. Förutom bedömning av det medicinska tillståndet och ställningstagande till medicinering åtminstone en gång årligen är husläkaren också ansvarig för att se till att behovet av omvårdnad och rehabilitering tillgodoses.

Patienten bör få ett återbesök inom sex månader för uppföljning och sammanfattning av vårdtillfället.

Vid återbesöket bör patientens nuvarande status och situation, riskfaktorprofil och aktuell medicinering bedömas.

Kompletterande information om strokesjukdomen ges till patient och eventuellt närstående. Speciellt viktigt är att bedöma och diskutera fortsatt bilkörning. Fortsatt planering av kontroller, eventuell rehabilitering samt ställningstagande till sjukskrivning och andra intyg görs.

# Vart vänder man sig?

## Sjukhus

I den akuta fasen vårdas den strokedrabbade på stroke-enhet. Strokeenheter finns på Akademiska sjukhuset och på lasarettet i Enköping. Där finns team med läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, logoped, kurator och dietist som arbetar specialiserat med personer som drabbats av stroke. Team finns även vid geriatrika rehabiliteringsavdelningar i slutet och öppen vård i Uppsala, Tierp och Östhammar, där patienter över 65 år rehabiliteras. I Enköping finns Westerlunds rehabiliteringsavdelning, som drivs gemensamt av Landstinget i Uppsala län och Enköpings och Håbo kommuner samt möjlighet till öppenvårdrehabilitering vid Rehabforum.

Vid behov av rehabilitering av personer under 65 år finns en vårdavdelning för inlaggande rehabilitering på Akademiska sjukhuset, avdelning 170.

För de som är i behov av rehabilitering i öppenvård finns en samordning av resurser från rehabiliteringsmedicinska kliniken hjärnskadeöppenvård (öppenvårdsteamet för hjärnskadade, avdelning 170 och uppföljningsteamet på Kungsgårdets sjukhus), vuxenhabiliteringen och primärvårdens sjukgymnastik.

En gemensam remissgrupp bedömer och fördelar remisser som alltså kan ställas till vilken som helst av de ingående enheterna. Vid en första träff med patienten deltar två representanter från gruppen och bedömer om och i så fall vilka insatser som ska ges alltifrån enstaka besök till inskrivning i öppenvård med tillgång till komplett rehabiliteringsteam.

## Primärvård

Sjukgymnaster inom landstingets primärvård i Uppsala kan erbjuda fortsatt rehabilitering för patienter, där träning av motorisk funktion och fysisk förmåga är ett primärt behov. Insatserna inom sjukgymnastiken i Primärvården är alltid tidsbegränsade, och kan inte erbjudas till patienter som har ett alltför omfattande behov av team för fortsatt rehabilitering.

För patienter i arbetsför ålder samverkar primärvårdens sjukgymnastik med landstingets övriga hjärnskadeöppenvård.

I Norduppland (Tierp, Östhammar och Gimo) kan strokedrabbad över 65 år söka eller remitteras till sjukgymnast inom respektive geriatrisk mottagning. Dietister finns i primärvården i Uppsala, primärvården i Norduppland och primärvården i Enköping.

## Kommun

Efter utskrivning från sjukhuset finns det för den strokedrabbade individen möjlighet att i hemmet och vid kommunens särskilda boenden få insatser av kommunens team.

Teamen består av sjuksköterskor/distriktssköterskor, undersköterskor/vårdbiträden, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och i vissa fall rehabiliteringsassistenter som arbetar tillsammans runt individen utifrån ett rehabiliterande arbetssätt. Läkare ingår i viss utsträckning i teamen i särskilda boenden.

Vid behov av hemtjänst för praktisk hjälp i hemmet, behov av matjänst, trygghetslarm, färdtjänst och vid avlastningsbehov för närstående eller behov av dagverksamhet vänder man sig till biståndshandläggare i kommunen.

Angående personlig assistans och reglerna kring detta hänvisas till lag (1998:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Biståndshandläggare kan informera mer om detta. Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar utgår från hälso- och sjukvårdslagen och definieras genom den så kallade Ädelöverenskommelsen.

## Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård

- I särskilda boendeformer.
- I hemmet när hemsjukvård behövs en längre tid (mer än 14 dagar och vårdtagare är fyllda 17 år). Ett undantag är arbetsterapeuternas ansvar för kortare rehabiliteringsinsatser. De ansvarar för tekniska hjälpmedel från det att personen fyller 21 år och för bostadsanpassning oavsett ålder.
- Vid dagverksamhet som är behovsprövad enligt socialtjänstlagen.

Rehabiliteringsansvaret regleras genom lokala rehabiliteringsavtal mellan landstinget i Uppsala län och respektive kommun.



## Övriga specialistfunktioner

- Taltjänst Kungsgärdet (tolkservice för talhandikappade samt ansvar för kommunikationshjälpmedel i länet). Logoped förmedlar första kontakt.
- Specialister på smärtproblematik finns vid smärtcentrum, Akademiska sjukhuset.
- Specialkunskap om bilkörning och körkortsfrågor finns vid trafikmedicinskt centrum, Huddinge sjukhus dit yrkesförare vid behov kan remitteras.
- Vid sexuell problematik kan remiss skrivas till dr Axel Brattberg, Rehabiliteringsmedicin, för rådgivning och sexologisk behandling.
- Tonussmottagningen vid avdelning 170 kan efter bedömning hos läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut erbjuda den strokedrabbade behandling och rådgivning vid muskulär hypertonus.
- För vissa patienter/personer med mer omfattande behov och kvarstående funktionshinder, finns möjligheten att söka insatser, rådgivning och annat personligt stöd enligt Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS).  
Det är en rättighetslagstiftning och beslut kan prövas i domstol. Det kan då handla om ett utökat och kompletterande stöd, inte behandling, utöver det som ges i övrigt från landstinget. Andra insatser enligt den lagen kan sökas i kommunen.

## Stödfunktioner och information

### *StöFu*

Stöd till funktionshindrade i Uppsala kommun, Vattholmavägen 8, Uppsala.

Tel 018-727 84 31, 32, 33.

Team bestående av arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska. Vänder sig till personer berättigade till LSS i åldern 20-65 år Erbjuder hjälp med träning, hjälpmedelutprovning, bostadsanpassning och viss vård i hemmet.

*Resurser på Kungsgärdets center, Villavägen 2, Box 260 74, 750 26 Uppsala.*

Hörcentralen, tel 018-611 67 10

Syncentralen, tel 018-611 67 25

Kognitionscenter, tel 018-611 68 09.

kognitionscenter@lul.se. Information, utbildning och konsultation kring kognitivt stöd för barn och vuxna.

Infoteket om funktionshinder, tel 018-611 66 77.

[www.lul.se/infoteket](http://www.lul.se/infoteket)

Bibliotek, utbildningscenter och webbplats.

### *Blå Rummet*

Ingång 70, Akademiska sjukhuset.

Tel 018-611 30 07.

E-post [blarummet@akademiska.se](mailto:blarummet@akademiska.se)

### *Stroke-Riksförbundet*

Tel 08-721 88 20

### *Lokala Strokelänsföreningar*

Sök på [www.strokeforbundet.org](http://www.strokeforbundet.org)

## Litteraturtips

- Afasiförbundets informationsbroschyrer till anhöriga, sjukvårdspersonal, hemservicepersonal med flera "AFASI". Beställs på 08-54 56 63 60.
- Karlström B, Landin IL, Rothenberg E, Faxén G. Mat och kostbehandling för äldre. Problem och möjligheter. Livsmedelsverket 2001
- Bosaeus I, Balknäs Nilsson U, Ellegård L, Rothenberg E. Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Uppsala: Livsmedelsverket; 2003
- Westergren A (red.). Svårigheter att äta. Vårdlitt 58. Lund: Studentlitteratur; 2003
- Handbok för hälso- och sjukvård: [www.infomedica.se](http://www.infomedica.se)
- Nutritionspolicy, Akademiska sjukhuset, Uppsala, 2003
- Kvalitetsnorm för nutrition med inriktning mot undernäring, 2007. Verksamhetsområde geriatrik, akut- och rehabiliteringsdivisionen, Akademiska sjukhuset. Se Navet.
- Läkemedelsboken 2007/2008, Apoteket
- Parenterala Nutritionsguiden, Fresenius-Kabi, 018-64 40 00 (växel), 020-116 68 44 (kundservice)
- Svenska dysfagiförbundets broschyrer. Tel 08-651 50 20
- Larsson A, Nilsson K. Att bli vårdare till sin livskamrat – om hur svår hjärnskada påverkar en parrelation och närstående. ICA bokförlag 1998
- Sonered E. Störningar i språk och kommunikation efter hjärnskada. Beställs från Länslogopedin, 018-611 53 20.
- SoS-rapport 1997:9. Boken om Stroke-Ädel 50.
- Uppsala kommun och Uppsala läns landsting i samverkan. "Hoppsan så det kan gå". Att förebygga olycksrisker för äldre i hemmet och närmiljön. Beställs från Folkhälsoenheten, primärvården i Uppsala, 018-611 87 45.
- Terent A. Stroke – hur man förebygger och behandlar. Ica bokförlag. Tfn 08-721 88 20.
- Nelander Å, Terént A. Humlan flyger igen. En bok om stroke. Beställs på 08-721 21 00, fax 08/710 98 84). Boehringer Ingelheim 1999.
- STROKE-Riksförbundet i samarbete med NHR (redaktion B Norrving och A Terént) 2000. Strokeboken. Beställs från [info@strokeforbundet.org](mailto:info@strokeforbundet.org).
- STROKE-Riksförbundet. Stroke mitt i livet – en informationsskrift. Beställs från [info@strokeforbundet.org](mailto:info@strokeforbundet.org), 08-721 88 20.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för stroke-sjukvård 2005 – kortversion för politiker och tjänstmannaledningar. Tillgänglig på [www.socialstyrelsen.se/publicerat](http://www.socialstyrelsen.se/publicerat)
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005– medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument. Tillgänglig på [www.socialstyrelsen.se/publicerat](http://www.socialstyrelsen.se/publicerat)
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005– Beslutsstöd för prioriteringar. Tillgänglig på [www.socialstyrelsen.se/publicerat](http://www.socialstyrelsen.se/publicerat)
- Glader E-L, Stegmayr B, Johansson L, HulterÅsbergK, Staaf A, Wester P-O. Slaganfall – och sedan? Omfattande hjälpbehov två år efter slaganfallet, visar stor nationell studie. Läkartidningen 2001;41:4462-4467.
- Hulter-Åsberg K, Johansson L. Två år med stroke ur ett anhörigperspektiv. Socialmedicinsk tidskrift 2002;2:146-158.
- Socialstyrelsen 2000 (Äldreuppsdraget 2000:13). Att drabbas av stroke – hur ser situationen ut två år efter insjuknandet? Tillgänglig på [www.sos.se](http://www.sos.se).
- Jensen J. Nyberg L, Lundin Olsson L. Fallolyckor kan förebyggas. "Fallutredning" Sjukgymnasten 1999;2:1-9. Finns tillgänglig på [www.lsr.se](http://www.lsr.se). Beställs från LSRs kansli, 08-567 06 100.

# Arbetsgrupp för revidering

Christina Lindahl, överläkare

Mikael Wiklund, överläkare

Johanna Linder, arbetsterapeut

Maria Hassel, sjukgymnast

Maria Nordström, sjukgymnast

Stina Hallberg, sjukgymnast

*Samtliga vid medicinskt centrum, Lasarettet i Enköping*

Anna Brorsson, arbetsterapeut

Anneli Ottander, kurator

Birgit Vahlberg, sjukgymnast

Caisa Leto, avdelningschef

Carina Sandström, arbetsterapeut

Eva Sonered, logoped

Lisa Jonsson, strokekoordinator

Maria Hedman, sjuksköterska

Marie von Post Skagegård, dietist

Maud Jansson, kurator

Rangela Falk, arbetsterapeut

Solveig Bergqvist Persson, biträdande avdelningschef

Solveig Karlsson, sekreterare

Staffan Stensson, neuropsykolog

Viviana Zuniga de Marincevic, sjuksköterska,

Ulla-Britt Söderström, strokekoordinator

*Samtliga vid akut- och rehabiliteringsdivisionen och neurodivisionen, Akademiska sjukhuset*

# Checklista inför samordnad vårdplanering (SVP)

## A. Funktionsanalys inför SVP för kartläggning av eventuellt behov av fortsatt bistånd och behandling efter stroke

1. Riskbedömning: sväljnings-, medvetande- och andningsfunktioner, fall, trycksår, viktuppehållande funktion, uttalad inaktivitet.
2. Sömn-, uppmärksamhets- och minnesfunktioner.
3. Emotionella funktioner, socialt samspel.
4. Perceptuella funktioner, inklusive känsel.
5. Läs-, skriv-, språk- och kalkyleringsfunktioner.
6. Syn- och hörsselfunktioner, vestibulära funktioner, smärta.
7. Oral funktion (utöver sväljning), bedömning av fastsittande och avtagbara proteser samt andra restaurationer och munstatus.
8. Avförings- och urineringsfunktioner.
9. Funktioner för rörlighet i leder, muskelkraft, muskeltonus, icke viljemässiga rörelser.
10. Funktioner i huden.
11. Ange om funktionsnedsättning (1–9) fanns före aktuellt stroke.

## B. Beroende av annan person utskrivningsdagen för

12. intag av mat och dryck
13. förflyttningar inomhus
14. förflyttningar utomhus
15. av- och påklädning
16. toalettbesök
17. kroppsvård inklusive dusch/bad
18. läkemedelsbehandling
19. ange om ett beroende i personlig adl under B (11–17) fanns före aktuellt strokeinsjuknande.

## C. Beviljat bistånd, rekommendationer och fortsatt planering vid utskrivningen (vårdplanen genomförs i samråd med patient och eventuell sammanboende)

1. Ange om ökat oberoende i personlig adl under B (14 + 15) bedöms som ett möjligt delmål efter utskrivningen.
2. Boendeform.
3. Beviljat bistånd (till exempel korttidsplats, dagverksamhet, hemtjänst P-ADL/I-ADL, larm, anhörigstöd, färdtjänst, LSS, matleverans).
4. Sjukvårds- och omvårdnadsinsatser (till exempel såromläggningar, medicindelning, särskilt vak).
5. Läkemedelsbehandling (se lista i utskrivningsmeddelandet).

6. Övriga samhällsinsatser (till exempel god man, förvaltare).
7. Rehabiliteringsinsatser (till exempel. rehabklinik, hemrehab sjukhus/öppenvård, dagrehab, dyrare hjälpmedel som elrullstol, större bostadsanpassningar).
8. Sjukskrivningsgrad om aktuellt.
9. Sammanboende/närstående.
10. Behandlande läkare i öppenvård och rekommenderad tidpunkt för första uppföljning: remiss skickad!
11. Uppföljning av oral funktion och vårdbehov, information om landstingens tandvårdsstöd (möjlighet att erhålla nödvändig tandvård till den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem).
12. IVP (individuell vårdplanering) utanför lasarettet för ny delmålsgenomgång om aktuellt vid SVP, tidpunkt.

Datum och plats för beslut om vårdbehov:

Ort ..... den .....

Checklistan är hämtad från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005.

Namn \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

## Till dig som har drabbats av stroke och har körkort

En stroke kan innebära att du inte längre får köra motorcykel, bil, lastbil eller traktor.

Vanliga orsaker är att synen försämrats så att du inte längre kan ha överblick över hela synfältet eller att du ser dubbelt. Du kan också ha drabbats av rörelsehinder eller kramper. En annan vanlig orsak är att tankeförmågan försämrats, att det till exempel tar längre tid att uppfatta händelser, reagera korrekt på dem eller att det blir svårare att tolka flera intryck samtidigt. Det är inte alltid den drabbade själv märker av sina nedsatta funktioner. En ökad risk att drabbas av ett återinsjuknande föreligger också under den första tiden.

En läkare som vid undersökning finner att en patient drabbats av en sjukdom eller skada som innebär att denne är olämplig som förare är enligt körkortslagen skyldig att anmäla detta till Länsstyrelsen, varvid körkortet återkallas. Undantag kan göras om det är helt klart att patienten ej fortsättningsvis kommer att köra eller läkaren och patienten kommer överens om körförbud, vanligen sex månader till ett år. Efter denna tid görs en ny prövning av lämpligheten som förare.

Läkare kan vid bedömningen av körförmåga dels inhämta uppgifter från journal inklusive bedömningar gjorda av andra teammedlemmar, dels göra en egen undersökning samt remittera till specialist eller undersökning.

Vi har idag gjort en överenskommelse om att du frivilligt avstår från all bilkörning i \_\_\_\_ månader.

Ny bedömning ska göras:

- Vid återbesök på stroke/rehabmottagning
- Vid återbesök hos din husläkare
- Annat

Av medicinska skäl bedöms du som olämplig att framföra motorfordon.

- Anmälan görs till Länsstyrelsen
- Muntligt körförbud och anledning att anse att det kommer att efterlevas.

Muntlig och skriftlig information har lämnats till patient och anhörig:

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Kopia till journalen

Kopia till husläkare