

Bilaga A - Utskrivning

Innehåll

Bilaga A - Utskrivning	1
Innehåll	1
A-1 Egenvård	2
A-2 Hälsosamma levnadsvanor	3
A-3 Kommunikationsstöd	3
A-4 Restriktioner gällande dykning, framförande av flygplan och fordon samt vapeninnehav	4
Certifikat yrkesdykare	4
Fritidsdykare	4
Flygcertifikat	4
Järnvägsfordon	5
Körkort	5
Sjöfart	5
Vapenlicens	5
A-5 Strokeenhetsvård	5
Strokeenhet definieras i NR [15] som	6
A-6 Multidisciplinärt stroketeam	6
A-7 Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet	6
A-8 Vårdplanering	7
Referenslista för Bilaga A	8

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

och rehabilitering i tidig fas (bilaga D) samt Checklista inför utskrivning från rehabilitering i sen och kronisk fas (bilaga E).

A-1 Egenvård

Egenvård används både som ett begrepp för att beskriva det en person kan göra på egen hand för att må bra, utan inblandning av någon vårdprofession men är också ett begrepp inom hälso- och sjukvård med en mer specifik betydelse [1].

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

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

Följande är förslag på åtgärder och träning inriktad mot att öka kunskap och kompetens för att hantera det egna ansvaret i sin rehabilitering [2]:

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

A-2 Hälsosamma levnadsvanor

Efter insjuknandet i stroke är hälsosamma levnadsvanor viktigt både för att förebygga återinsjuknande och upprätthålla en god hälsa. Personen kan utifrån behov antingen erbjudas rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal. I det kvalificerande samtalet bedöms även personens motivation och förmåga till förändring [3].

- Kartlägg levnadsvanor såsom rökning, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor. Använd till exempel Socialstyrelsens indikatorfrågor avseende tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat [3].
- Erbjud kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som röker dagligen [3].
- Erbjud rådgivande samtal till vuxna med särskild risk om har ett riskbruk av alkohol [3].
- Erbjud rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysisk aktiva och som tillägg fysisk aktivitet på recept (FaR) [3]. Gör uppföljning av FaR.
- Erbjud kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som har ohälsosamma levnadsvanor [3].

A-3 Kommunikationsstöd

Kommunikation med en person som har fått stroke kan påverkas av flera olika faktorer såsom fatigue, nedsatt kognitiv förmåga och nedsatt tal- och språkförmåga. En extra sårbarhet finns inom gruppen som inte har svenska som förstaspråk. Vårdpersonal behöver också ta hänsyn till hur minnes- och språksvårigheter påverkar personens förmåga att senare återvända till det som sagts. Här spelar skriftlig information en viktig roll.

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

Kommunikationsstöd kan till exempel handla om att samtalspartnern:

- skriver enstaka nyckelord samtidigt som samtalspartnern talar
- förstärker med bilder, fotografier, enkla teckningar (till exempel rita klockslag i form av en urtavla)
- pekar på eller visar föremål för att berätta vad som ska hända eller vad personen kan välja
- använder kartor och kalendrar för att tala om tid och plats.

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

En väl utvärderad samtalsmetod är "Teach-back" [4]. Använd gärna Teach Back för att säkerställa att personen förstått och tagit till sig väsentlig information. (se film "[Teachback - att ta ansvar för förståelse](#)", Kultorum TV).

Mer information finns på [Vgregion.se](#), [Afasi.se](#) och [Hjarnatillsammans.se](#).

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

Certifikat yrkesdykare

AFS 2019: 3 [5] reglerar tjänstbarhetsintyg för yrkesdykning. Tjänstbarhetsintyg för dykeriarbete enligt 77 § ska inte utfärdas för arbetstagare som har en diagnos (enligt ICD-10) eller hälsotillstånd, som enligt European Diving Technology Committee (EDTC):s rekommendationer (se [EDTC hemsida](#)) innebär en ökad risk för ohälsa eller skada vid dykeriarbete. Läkare har inte anmälningsplikt.

Fritidsdykare

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

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

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

Flygcertifikat

Luftfartsförordningen [6] 13 kap 5 § reglerar lämplighet för innehav av olika tillstånd och certifikat för att få flyga. Alla piloter som insjuknat i stroke har en lagstadgad skyldighet att utan dröjsmål anmäla medicinsk oförmåga till sin flygläkare eller till ett flygmedicinskt centrum (kan göras per telefon), därefter görs en bedömning när tiden är mogen i samråd med flygöverläkare på Transportstyrelsen [7].

Järnvägsfordon

I Transportstyrelsens författningssamling TSFS 2011:61 [8] står att "En förare får inte lida av sjukdom eller tillstånd som kan påverka medvetandet eller medföra nedsatt uppmärksamhet, vakenhet, omdöme eller koncentration". Till detta räknas bland annat stroke. Läkare har inte anmälningsplikt.

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

Körkort

De medicinska kraven regleras i Transportstyrelsens författningssamling TSFS 2010:125 [9, 10].

Sjöfart

De medicinska kraven varierar beroende på vilket fartområde och befattning och regleras i TSFS 2011:117 [11]. En individuell bedömning görs avseende nedsatt funktion och risk för ny kardiovaskulär händelse. Minst tre månaders uppehåll efter insjuknande krävs liksom stabil situation, kontroll på riskfaktorer och årligt utfärdande av intyg. Ej ensamarbete på brygga (watchkeeping).

Vapenlicens

Enligt 6 kap. 6 § vapenlagen [12] ska en läkare som bedömer att en person av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen omedelbart anmäla detta till polisen på den ort där personen är folkbokförd. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att personen inte har tillstånd att inneha skjutvapen. Det är inte meningen att läkaren ska pröva om personen får ha skjutvapen eller inte. Läkaren ska pröva om personen medicinskt sett är olämplig att inneha skjutvapen, och i så fall anmäla detta till polisen. Det är sedan polisens sak att bestämma om personen ska få ha skjutvapen eller inte [13] (s. 226).

I de allmänna råden till 18 kap. i Rikspolisstyrelsens föreskrifter [14] om vapenlagstiftningen anges att om det av en anmälan framgår att personens olämplighet bedöms vara av tillfällig natur, bör polisen ta förnyad kontakt med den anmälande läkaren innan ett eventuellt återkallande av vapentillstånd. En anmälan kan alltså göras om tillfällig olämplighet att inneha skjutvapen.

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

A-5 Strokeenhetsvård

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

- Vård på strokeenhet som första vårdenhet har prioritet 1 för stroke [15]. Den goda effekten av strokeenhetsvård är evidensbaserad i studier där medelvårdtiden på enheten är sju dagar eller mer.
- Vård på strokeenhet har prioritet 2 för TIA [15].
- Vård på vårdavdelning som inte uppfyller nedanstående definition på strokeenhet med eller utan mobilt stroketeam har prioritet "icke-göra" [15].

Strokeenhet definieras i NR [15] som

- en enhet på sjukhus som enbart eller övervägande tar hand om personer som har fått en stroke
- har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering
- har ett multidisciplinärt team med kompetens inom medicin, omvårdnad och rehabilitering (såsom fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och logoped) samt har tillgång till dietist och psykolog (helst med neuropsykologisk inriktning)
- genomför regelbundna teammöten samt en planerad och strukturerad utskrivning av patienter
- använder vårdprogram för att identifiera och åtgärda vanliga komplikationer
- startar omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering
- ger information och utbildning till patienten och närstående under vårdtiden
- har ett personcentrerat arbetssätt och utgår från personens resurser, behov och delaktighet.

A-6 Multidisciplinärt stroketeam

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

A-7 Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet

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

- Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet (ESD) bör erbjudas till personer med lindrig till måttlig stroke (prio 2) NR [15, 17] (se film Webb-SKU: [ESD: Tidig koordinerad utskrivning](#)).
- Ett multidisciplinärt stroketeam (ESD teamet) utgående från strokeenheten både koordinerar utskrivning och utför individuell rehabilitering i hemmet direkt efter utskrivning.
- ESD-teamet består av arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped, kurator, sjuksköterska och läkare samt vid behov dietist, och har expertkunnande om strokevård och rehabilitering.
- Patientens behov styr vilka professioners insatser som behövs. ESD-teamet samordnar insatser och har teamträffar en gång per vecka.

För beskrivning av ESD-teamets sammansättning och arbetssätt, se riktlinje [17].

A-8 Vårdplanering

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

Vårdplanen (enligt [Socialstyrelsens termbank](#))

- innehåller mål för planerade insatser inom hälso- och sjukvård utifrån patientens behov, vårdplanen ingår i patientkontraktet.
- beskriver insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden.
- används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.

Samordnad individuell plan (SIP) (enligt Socialstyrelsens termbank)

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

SIP är synonym med individuell plan enligt SoL och HSL [18].

Syftet med SIP är att främja god vård och omsorg för personer som behöver samordnade insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård enligt gällande lagar [19] [20] (se film SKR ["SIP på tre minuter"](#)).

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

- Denna gäller för personer yngre än 65 år med behov av insatser för särskilt stöd och särskild service.

- Insatser enligt LSS kan vara aktuellt vid varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service [18].

Referenslista för Bilaga A

1. Socialstyrelsen. Meddelandeblad nr 6/2013. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård: Socialstyrelsen; 2013. Tillgänglig från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2013-4-17.pdf>. 11 s.
2. Mountain A, Patrice Lindsay M, Teasell R, Salbach NM, de Jong A, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *Int J Stroke*. 2020;15(7):789-806.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018. Tillgänglig från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>.
4. Hyde YM, Kautz DD. Enhancing health promotion during rehabilitation through information-giving, partnership-building, and teach-back. *Rehabil Nurs*. 2014;39(4):178-82.
5. AFS 2019:3. Medicinska kontroller i arbetslivet Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2019. Tillgänglig från: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/medicinska-kontroller-i-arbetslivet-afs-2019-3.pdf>. 60 s.
6. SFS 2010:770. Luftfartsförordning. Stockholm: Infrastrukturdepartementet. Sveriges Riksdag; 2010. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/luftfartsforordning-2010770_sfs-2010-770.
7. Civil Aviation Authority. Certification after Cerebrovascular Events Stroke & Transient Ischaemic Attack: Civil Aviation Authority; 2014. Tillgänglig från <https://www.caa.co.uk>
8. TSFS 2011:61. Transportstyrelsens föreskrifter om hälsokrav m.m. för lokförare. Stockholm: Transportstyrelsen; 2011. Tillgänglig från: <https://www.transportstyrelsen.se/sv/Regler/ts-foreskrifter-i-nummerordning/2011/?RuleNumber=2011:61&RulePrefix=TSFS>.
9. TSFS 2010:125. Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. Stockholm: Transportstyrelsen; 2010. Tillgänglig från <https://www.transportstyrelsen.se/sv/Regler/sok-ts-foreskrifter/details?RuleNumber=2010:125&ruleprefix=TSFS>.
10. Remissversion Riktlinje för körkortsinnehav efter stroke och TIA. NAG stroke2022. Tillgänglig från: <https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2022/03/Remissversion-Riktlinje-for-korkortsinnehav-efter-stroke-och-TIA-22-01-20.pdf>.
11. TSFS 2011:117. Transportstyrelsens föreskrifter om läkarintyg för sjöfolk. Stockholm: Transportstyrelsen; 2011. Tillgänglig från <https://www.transportstyrelsen.se/sv/Regler/ts-foreskrifter-i-nummerordning/2009/details?RuleNumber=2011:117&RulePrefix=TSFS>.

12. SFS 1996:67. Vapenlag. Stockholm: Justitiedepartementet. Sveriges Riksdag; 1996. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/vapenlag-199667_sfs-1996-67.
13. SOU 1998:44. En samlad vapenlagstiftning Del 2. Stockholm: Sveriges Riksdag; 1998. Tillgänglig från: <https://www.regeringen.se/49bb7a/contentassets/4ba19e8615484b69ba749e5a8b93f43c/en-samlad-vapenlagstiftning-del-2>.
14. RFSFS 2009:13. Rikspolisstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vapenlagstiftningen. Stockholm: Rikspolisstyrelsen; 2009. Tillgänglig från: https://polisen.se/siteassets/forfattningssamling/fap-nummer/fap551_3_rpsfs2009_13.pdf
15. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2020. Tillgänglig från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545-kunskapsunderlag-2020.pdf>. s. 727.
16. Lexell J, Rivano-Fischer M. Rehabiliteringsmetodik. Lund: Studentlitteratur; 2017.
17. Riktlinje för tidig utskrivning från sjukhus med rehabilitering i hemmet efter stroke. NAG Stroke2022. Tillgänglig från: <https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/Riktlinje-for-tidig-understodd-utskrivning-fran-sjukhus-med-rehabilitering-i-hemmet-efter-stroke.pdf>.
18. Socialstyrelsen. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Tillgänglig från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2017-10-25.pdf>. 40 s.
19. SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Socialdepartementet, Stockholm: Sveriges Riksdag; 2001. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.
20. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2017. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.