

# Riktlinje för ny rehabiliteringsbedömning efter stroke

– av patienter som insjuknat i stroke och som initialt inte har möjlighet att tillgodogöra sig rehabilitering

# Riktlinje för ny rehabiliteringsbedömning efter stroke

– av patienter som insjuknat i stroke och som initialt inte har möjlighet att tillgodogöra sig rehabilitering

## Versionshantering

Datum	Version/beskrivning av förändring
2019	Version 1.
2021	Version 2.
2022-03-12	Version 3. Endast redaktionella justeringar.

## Innehåll

Riktlinje för ny rehabiliteringsbedömning efter stroke.....	2
Versionshantering .....	2
Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram .....	4
Rekommendation .....	4
Bakgrund .....	4
Nationella riktlinjer för vård vid stroke .....	5
Status.....	5
Åtgärd .....	5
Uppföljning.....	6
Innehållsansvarig.....	6
Referenser om ny rehabiliteringsbedömning .....	6

## Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram

Denna riktlinje har utarbetats av nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke.

Riktlinjen är baserad på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke.

En remissrunda genomfördes under hösten 2019. Riktlinjen gick då ut på remiss till Strokeförbundet, sjukvårdsregionala arbetsgrupper (RAG) i alla regioner och till medicinskt sakkunniga i Nationellt Programområde (NPO) Nervsystemets sjukdomar.

Nationellt programområde (NPO) Nervsystemets sjukdomar har godkänt detta konsensusdokument.

## Rekommendation

- En rehabiliteringsplan bör göras för samtliga patienter som insjuknar i stroke när de lämnar slutenvården. Rehabiliteringsplanen bör samordnas inom ramen för en samordnad individuell plan (SIP).
- Dokumentation av rehabiliteringsplan sker i journal och lämnas skriftligen till patient.
- De patienter som initialt av olika skäl inte kan tillgodogöra sig rehabilitering, eller endast klarar rehabilitering på mycket lågintensiv nivå, bör få en ny rehabiliteringsbedömning av ett team med strokekompetens cirka 6 veckor efter insjuknandet avseende typ av insats och behandlingsintensitet.
- Vid oförändrad status bör uppföljande bedömning göras efter 3 månader, 6 månader och 1 år.
- Vårdgivarna bör utveckla en flexibel vårdkedja utifrån patientens behov och möjligheter.

## Bakgrund

Nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke har i uppdrag att följa och analysera kunskapsutvecklingen och eventuella variationer i vårdpraxis, samt utarbeta gemensamma kunskapsunderlag för att förbättra strokevården i Sverige.

I den nationella inventeringen, som gjordes av NAG Stroke år 2017, visade att efter den akuta inläggande vården kan patientens fortsatta stöd se mycket olika ut i landet beroende på hur regioner och kommuner har organiserat sig.

Några patienter återhämtar sig under slutenvårdsfasen, får en rehabiliteringsbedömning och startar sin rehabilitering. De har ofta en rehabiliteringsplan med sig ut till primärvård och kommun. Andra hinner inte återhämta sig tillräckligt för att en rehabiliteringsbedömning under vårdtiden ska vara möjlig och skrivs ut från slutenvården utan vare sig bedömning eller rehabiliteringsplan. De svårast drabbade strokepatienterna flyttar ofta till särskilt boende, där möjligheten till individuell rehabilitering kan vara liten eller obefintlig. En mer jämlik vård med en rehabiliteringsplan för patienter med stroke är av denna anledning att eftersträva.

## Nationella riktlinjer för vård vid stroke

De nationella riktlinjerna för vård vid stroke stöder att det för patienter som insjuknat i stroke ska finnas en planerad och vid behov återkommande uppföljning. Den ska innehålla bedömning av personens funktionsnedsättningar, begränsningar i aktivitet och delaktighet samt personens mål, planerade åtgärderna och en tidsplan när utvärdering ska genomföras.

Rehabiliteringsplanen ska även användas för patienter som inte bedöms kunna tillgodogöra sig aktiva rehabiliteringsåtgärder. Där kan istället målet vara att bibehålla och bevara funktion och aktivitet, motivera och stimulera förmågor eller funktioner.

De nationella riktlinjerna rekommenderar att hälso- och sjukvården bör ge en strukturerad uppföljning i öppen vård. I Nationella riktlinjer för vård vid stroke förslår att uppföljning för multisjuka patienter eller personer inom särskilt boende med fördel kan genomföras av en läkare i primärvården. Det innebär att patienter som flyttar till särskilt boende behöver få uppföljning av personal med strokekompetens eller av någon rehabiliteringspersonal som arbetsterapeut, logoped eller fysioterapeut för att säkerställa att rehabiliteringsbedömningen är uppdaterad enligt vad som anges i riktlinjen.

## Status

Patienter som är aktuella för rehabiliteringsplan är följande:

- Samtliga patienter som insjuknar i stroke.
- De patienter som initialt av olika skäl inte kan tillgodogöra sig rehabilitering, eller de som endast klarar av rehabilitering på en mycket lågintensiv nivå, bör erbjudas en ny rehabiliteringsbedömning av ett team med strokekompetens.

## Åtgärd

- En rehabiliteringsplan bör göras för samtliga patienter som insjuknar i stroke när de lämnar slutenvården samt dokumenteras i journal. Rehabiliteringsplanen bör samordnas inom ramen för en samordnad individuell plan (SIP).
- De patienter som initialt av olika skäl inte kan tillgodogöra sig rehabilitering, eller de som endast klarar rehabilitering på mycket lågintensiv nivå, bör erhålla en ny rehabiliteringsbedömning av ett team med strokekompetens cirka 6 veckor efter insjuknandet avseende typ av insats och behandlingsintensitet.

Vårdgivarna föreslås verka för att samtliga strokepatienter har en rehabiliteringsplan från slutenvården, som kan följa patienten genom vårdkedjan och användas över vårdnivåer. Rehabiliteringsplanen ska innehålla mål, planerade och beslutade insatser, datum för uppföljning samt en utsedd kontaktperson med strokekompetens. Planen ska finnas tillgänglig för patient och närstående. Vårdgivarna rekommenderas följa upp att patient med stroke har en rehabiliteringsplan enligt ovan vid utskrivning från strokeenheter.

Det är av största vikt att följa hur förutsättningarna ser ut för patienter som inte kan delta i rehabiliteringsåtgärder i det initiala skedet eller som inte har någon rehabiliteringsplan för att följa patienters status och behov över tid. Insatserna kan i det initiala skedet vara av mer förebyggande, stimulerande och bevarande karaktär. Vid behov bör rehabiliteringsplanen därför också innehålla ställningstagande till en ny rehabiliteringsbedömning längre fram. En sådan bör för dessa patienter ske cirka 6 veckor efter insjuknandet och utföras av ett team med strokekompetens alternativt av minst en legitimerad med strokekompetens. Vid samma status som tidigare bör uppföljande bedömning och rehabiliteringsplanering ske efter 3 månader, 6 månader och 1 år. Rehabiliteringsplanen bör samordnas inom ramen för SIP.

Vidare bör vårdgivarna verka för en flexibel vårdkedja. Vårdkedjan bör utformas så att den ger möjligheter till mer intensiva rehabiliterande insatser om förutsättningar för detta utvecklas hos patienten över tid.

## Uppföljning

Uppföljningen sker utifrån patientens rehabiliteringsplan. Vid oförändrad status bör uppföljande bedömning göras efter 3 månader, 6 månader och 1 år.

## Innehållsansvarig

Nationell Arbetsgrupp (NAG) Stroke.

Ordförande för arbetsgruppen: Lars Rosengren, professor och överläkare i neurologi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

## Referenser om ny rehabiliteringsbedömning

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke.

Nationell inventering år 2017 utförd av NAG Stroke, nationell inventering om problem som finns i den senare delen av vårdkedjan för personer som drabbats av stroke.