VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Vårdförlopp Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering

- primärvårdsversion

Framtagen av: Processtöd för implementering i primärvård, PRIMP, och RPT Stroke/TIA

Innehållsansvar: RPT Stroke/TIA

Granskad och godkänd av: Samordningsgrupp primärvårdsråd, SOR primärvård samt SOR neurologi

Datum: 26-10-22

Giltig till och med: 27-12-31

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

Dokumentet visar hur primärvården kan arbete enligt vårdförlopp Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering. Syftet är att stödja god vård i vardagen samt underlätta lokalt förbättringsarbete. Fokus ligger på personcentrerad vård och arbetssättet bygger på en biopsykosocial helhetssyn på hälsa.

Huvudpunkter:

- Uppmärksamma patienter som genomgått stroke/TIA i primärvården och ge livslång evidensbaserad medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och stöd till egenvård och goda levnadsvanor utifrån behov och egna önskemål.
- Säkerställ informationsöverföring och ansvarsfördelning i övergång och samverkan mellan olika vårdgivare. Former för samverkan och informationsdelning kan behöva ses över lokalt.
- Använd validerade instrument, till exempel Post-Stroke Checklistan, som stöd i att uppmärksamma förekomst av vanliga symtom och frågeställningar samt patientens resurser, utmaningar och syn på sina symtom och förmåga att hantera dessa.
- Involvera professioner utifrån patientens behov och möjliggör multiprofessionellt teamarbete.
- Eftersträva personkontinuitet för alla professioner som involveras i patientens vård och upprätta en plan för fortsatt vård och uppföljning (dokumenterad överenskommelse).
- Planera för livslång återkommande uppföljning med insatser enligt vårdförloppet utifrån behov och helhetssyn.

Du hittar de nationella vårdförloppen och kunskapsstöden i sin helhet på 1177 för vårdpersonal.

Stroke och TIA – tidiga insatser och vård

Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering

Kunskapsstöd Stroke och TIA akut

Kunskapsstöd Stroke och TIA uppföljning

Färgnyckel: Brun: Patientens resa Blå: Vårdcentral Grön: Rehabenhet Grå: att besluta Gul: Specialiserad vård Rosa: Kommunal primärvård

Patient som vårdats för akut stroke/TIA

Patient med nya akuta/subakuta symtom på stroke/TIA

Utremittering till primärvård

Till vårdcentral
Remiss tillsammans med slutanteckning från strokeenhet, samt i förekommande fall även från rehabmedicinsk avdelning, ska innehålla lättillgänglig och relevant information för fortsatt omhändertagande inom primärvården.

Checklista inför utskrivning från sekundärvård

Överrapportering för fortsatt rehabilitering i primärvård
Sekundärvårdens rehabteam överrapporterar via SAMSA patientens rehabplan samt kvarstående rehabiliteringsbehov till neurovårdteam eller rehabmottagning i regional primärvård eller till fysioterapeut och/eller arbetsterapeut i kommunal primärvård.

Tillse akut eller skyndsam utredning:

- Vid symtomdebut <1 dygn tillkallas ambulans.
- Vid symtomdebut 1–7 dygn ges direkt hänvisning eller remiss till akutmottagning.
- Vid symtomdebut ≥7 dygn – 1 månad skickas remiss till sekundärvård för utredning och behandling inom ett par dagar.
- Vid symtomdebut >1 månad görs skyndsam poliklinisk utredning inom primärvården

Skyndsam utredning i primärvård

Ansvarsfördelning neurologi och primärvård

Rehabilitering på primärvårdsnivå

Ansvariga rehabprofessioner i regional eller kommunal rehab kommunicerar vid behov funktions- och aktivitetsförmåga, rehabinsatser och resultat till patientens vårdcentral efter avslutad rehabilitering eller inför planerad uppföljning på vårdcentral utifrån lokala förutsättningar.

Personcentrerad utredning och bedömning

Patientens fasta läkare har helhetsansvar för den samordnade utredningen och bedömningen. Multiprofessionell samverkan sker mellan Vårdval Vårdcentral och Vårdval Rehab eller, om patienten är inskriven i kommunal primärvård, mellan patientens fasta läkare på vårdcentralen och övriga professioner inom den kommunala primärvården.

Kartläggning av kvarstående besvär samt förmågor och begränsningar i vardagen
Patient och vid behov anhörig, sjuksköterska och patientens fasta läkare

Det är en fördel om patienten förberett sig hemma inför besöket, vid behov med stöd av närstående, exempelvis genom att gå igenom ”14 frågor om vanliga problem efter en stroke” eller via Strokehälsa™ om vårdcentralen är ansluten.
Validerade instrument till stöd för uppföljning

- Lyssna in vad som är viktigt för patient och närstående, vilka förväntningar och farhågor som finns, psykosociala resurser och utmaningar samt patientens egen syn på sina symtom och förmåga att hantera dessa.
- Kartlägg patientens psykosociala situation avseende boende, familjesituation, närstående, utbildning, sysselsättning och fritid.
- Använd till exempel Post-Stroke Checklistan för strukturerad anamnes, uppmärksammande av kvarstående symtom samt för hjälp att upptäcka dolda besvär såsom hjärntrötthet, initiativlöshet och uppmärksamhetsstörning som kräver stöd.
- Bedöm behov av multiprofessionellt omhändertagande.
- Registrera KVÅ-kod AW001 Strukturerad uppföljning efter stroke.

14 frågor om vanliga problem efter en stroke | Frågor inför uppföljning Strokehälsa™ | Post-Stroke Checklista

Medicinsk utredning och bedömning
Fast läkare

- Beakta patientens svar på förberedande frågor inför besöket, alternativt ställ motsvarande frågor.
- Beakta typ av och orsak till stroke/TIA samt sammanställning från sekundärvården och/eller befintlig funktions- och aktivitetsbedömning från neurovårdteam/rehab inom regional/kommunal primärvård.
- Gå igenom de avslutande kompletterande frågorna 1-8 i Post-Stroke checklistan; levnadsvanor, prover, blodtryck/EKG, läkemedel, bilkörning, vapen, sjukskrivning och planerad uppföljning.
- Bedöm särskilt
  - behov av sjukskrivning och stöd i arbetsåtergång
  - rätt till färdtjänst
  - rätt till subventionerad tandvård
  - behov av extra stöd om barn finns i hemmet
  - lämplighet för vapeninnehav och körkort.

  Remittera till sekundärvård vid tveksamhet kring aktuell körlämplighet och högre behörighet.
- Efterfråga tidigare och eventuellt pågående rehabiliteringsinsatser, egenvård eller träning.
- Efterfråga/utred psykiatrisk och somatisk samsjuklighet inklusive substansbruk.
- Genomför somatisk status inklusive neurologiskt status.
- Bedöm behov av rehabiliteringsinsatser avseende arbetsterapi, fysioterapi, psykoterapi, logopediska insatser samt neurovårdteam.

Ansvarsfördelning primärvård och neurologisk specialistsjukvård vuxna | Körkortsbedömning

Post-Stroke Checklista | Munhälsa | Diagnos- och KVÅ-koder | Läkares anmälan.Transportstyrelsen

Informationsutbyte

Kartläggning av rehabiliteringsbehov
Fysioterapeut och arbetsterapeut, inom neurovårdteam även logoped

Komplettera funktions- och aktivitetsbedömning utifrån behov avseende

- fysisk funktion (motorik, spasticitet, ledrörlighet, muskelstyrka, gång- och förflyttning, balans och postural kontroll, smärta samt behov av fysioterapi)
- aktivitetsförmåga, delaktighet samt kognitiv funktion (ADL-färdigheter, aktivitetsbalans, hjärntrötthet, initiativlöshet, uppmärksamhetsstörning, behov av hjälpmedel, anpassningar av den fysiska miljön samt behov av arbetsterapi)
- tal, språk- och kommunikationsförmåga, sväljförmåga samt behov av logopediska insatser.

Stroke och TIA. Bilaga B. Fortsatt rehabilitering

Rehabkoordinering och stöd i arbetsåtergång vid sjukskrivning
Fast läkare, rehabkoordinator, sjuksköterska, vårdsamordnare, psykolog, psykoterapeut, kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut utifrån lokala förutsättningar.

- Rehabkoordinator involveras med fördel tidigt om patienten är i arbetsför ålder och sjukskriven och har behov av stöttning i arbetsåtergång.
- Alla involverade professioner bidrar till att beskriva funktions- och aktivitetsförmågor samt begränsningar i vardagen som påverkar arbetsförmåga.
- Registrera KVÅ-kod DV077 Upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning

Sammanvägd bedömning och planering av vården tillsammans med patienten
Alla involverade professioner bidrar med information. Patientens fasta läkare ansvarar för att bedömningen sammanställs och kommuniceras.

- Gör en helhetsbedömning av patientens medicinska behov, funktionsförmåga, aktivitetsbegränsningar samt rehabiliterings- och omvårdnadsbehov utifrån patientens förutsättningar, psykosociala situation och prioriteringar.
- Ge egenvårdsråd utifrån patientens problematik och preferenser.
- Planera samordnat omhändertagande i regional och/eller kommunal primärvård. Överväg att koppla in andra vårdnivåer och professioner utifrån behov och önskemål, till exempel neurovårdteam i regional primärvård vid behov av rehabilitering från minst två av följande professioner; fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped. Vid behov av enbart kommunikationsstöd/råd vid tal- och språksvårigheter och/eller sväljsvårigheter remittera till logoped inom sekundärvården.
- Remittera patient i yrkesverksam ålder med behov och rehabiliteringspotential till rehabiliteringsmedicinsk specialistenhet om sådan kontakt inte redan är aktuell eller har avslutats.
- Säkerställ en plan för insatser och uppföljning: vad som ska göras, vem som ansvarar, när det ska ske och när det ska följas upp (dokumenterad överenskommelse).
- Kommunikation och samverkan sker enligt lokala rutiner, exempelvis teamarbete mellan vårdcentral och rehabenhet, rond med sjuksköterska i kommunal primärvård och ansvarig läkare inom regional primärvård, eller genom upprättande av SIP. Om lokala rutiner saknas bör detta uppmärksammas och tas upp på samverkansmöte mellan regional och kommunal primärvård.

Dokumenterad överenskommelse

Neurovårdteam i VGR

Samordning av insatser i regional och kommunal primärvård

Patientinformation egenvård

Dokumentation egenvård

Livslångt samordnat omhändertagande i regional primärvård, vid behov i samarbete med kommunal primärvård

Alla involverade professioner bidrar. Patientens fasta läkare har helhetsansvar för samordnat omhändertagande. Sjuksköterska på vårdcentral, SÄBO/kommunal primärvård kan vara samordningsansvarig.

Många som fått stroke eller TIA är äldre med komplexa vårdbehov varför omhändertagandet med fördel är teambaserat och personcentrerat. Symtom kan försämras över tid och andra sjukdomar, inaktivitet samt stigande ålder kan leda till att återtagen funktion på nytt förloras. Strukturerad uppföljning rekommenderas för att identifiera nytillkomna/försämrade symtom.

- Skapa tydlighet kring
  - vad som är viktigt medicinskt, ur rehabiliteringshänseende och för patienten, samt vad som ska göras, vem som ansvarar och när det ska följas upp
  - hur patienten är delaktig i sin vård och, om så önskas, kan involvera anhöriga
  - hur information sammanställs och kommuniceras, till exempel genom användande av etablerade kommunikationsvägar (SAMSA).
- Upprätta en personcentrerad individuell vårdplan utifrån patientens biopsykosociala behov: dokumentera, utse namngivna ansvariga och ge patienten ett exemplar.
- Registrera lämpliga specifika KVÅ-koder, se länk, samt AW001 Strukturerad uppföljning efter stroke.

Diagnos och KVÅ-koder | Mall individuell rehabplan

Medicinsk vård
Fast läkare

- Utför återkommande kontrollbesök för uppföljning efter stroke/TIA inklusive omhändertagande vid samsjuklighet.
- Ge sekundärprevention utifrån nytta och biverkningar (optimal behandling av höga lipider är mindre centralt efter hjärnblödning).
  Viktiga aspekter vid sekundärprofylaktisk behandling
- Ge utifrån behov medicinsk behandling vid sena effekter av stroke, vägledning i kontakter med övrig hälso- och sjukvård samt samordna aktuella undersöknings- och behandlingsåtgärder:
  - Överväg remiss till sekundärvård vid svår spasticitet eller epilepsi.
    Remittera till sekundärvården | Primärvårdsversion vårdförlopp epilepsi
  - Remittera till logoped och/eller dietist vid tal/sväljsvårigheter eller undernäring.
  - Uppmärksamma tillkommen psykisk ohälsa, såsom depression.
    Primärvårdsversion vårdförlopp depression hos vuxna
  - Säkerställ kontakt med rehabmottagning alternativt råd om egenträning.

Omvårdnad
Sjuksköterska

- Utför utifrån behov
  - årskontroller ur ett omvårdnadsperspektiv med exempelvis Post-stroke checklistan och registrerar KVÅ-kod AW001 Strukturerad uppföljning efter stroke
  - samordning av omvårdnadsinsatser i kontakt med kommunen
  - samordnad individuell plan, SIP
  - insatser för hälsofrämjande levnadsvanor.
- Ge information om kontaktvägar vid nya eller förvärrade symtom.

SIP mallar

Film SIP

Psykologisk behandling
Psykolog, psykoterapeut, vårdsamordnare

- Uppmärksamma och behandla eventuell psykiatrisk samsjuklighet såsom ångest och depression

Primärvårdsversion vårdförlopp depression hos vuxna

Sjukskrivning och sysselsättning
Rehabkoordinator

- Facilitera dialog mellan patient och arbetsgivare kring arbetssituation om aktuellt

Rehabilitering och hjälpmedel
Arbetsterapeut, fysioterapeut, inom neurovårdteam även logoped

Ge möjlighet till träning och stöd till hälsofrämjande vanor i syfte att upprätthålla samt förbättra funktions- och aktivitetsnivå. Överväg neurovårdteam för möjlighet till mer specialiserad och intensiv träning.

Arbetsterapeut

- Kartlägg vardagens aktiviteter och rutiner samt erbjud träning på aktivitetsnivå.
- Bedöm behov av, förskriv, träna med och följ upp hjälpmedel.
- Utfärda intyg vid behov av bostadsanpassningar.

Fysioterapeut

- Bedöm funktions- och rörelseförmåga samt erbjud träning på funktions- och aktivitetsnivå.
- Ge stöd i egenträning för bibehållen fysisk aktivitetsnivå.
- Förskriv FaR vid behov.

Logoped

- Bedöm och behandla vid nedsatt förmåga att kommunicera på grund av tal-, röst- och språksvårigheter.
- Bedöm och behandla sväljsvårigheter.
- Ge råd och vägledning till närstående och andra berörda i syfte att underlätta kommunikationen samt ge stöd kring användning av kommunikationshjälpmedel.

Stödja patientens delaktighet i vården att utifrån egen förmåga

- delta i och berätta om önskemål gällande den fortsatta vården
- sträva efter hälsofrämjande levnadsvanor
- ha kännedom om kontaktvägar inom vården
- ta stöd från andra myndigheter och föreningar.

1177. Rehabilitering efter stroke, patientinformation

1177. Patientinformation om stroke

Afasiförbundet

Hjärnhälsa. Patientinformation från Hjärnfonden

Stroke Forum

SMIL-stroke mitt i livet

Strokeförbundet

Kommunala insatser
Socialsekreterare utreder och fattar beslut om omsorgs- och stödinsatser enligt socialtjänstlagen, exempelvis hemtjänst, trygghetslarm, matdistribution, dagverksamhet, avlösning och stöd till anhöriga, hälso- och sjukvård i hemmet eller särskilt boende samt hjälp att utföra egenvård om detta dokumenterats av ansvarig vårdpersonal.

Patientinformation egenvård

Dokumentation egenvård

Utremittering till primärvård

Information från sekundärvården ska innehålla

- etiologisk orsak till stroke samt korrekta diagnoskoder
- koncis beskrivning av insjuknande, given behandling samt kvarstående symtom vid utskrivning
- funktions- och aktivitetsnivå inklusive kognitiv påverkan, synrelaterade problem samt sväljförmåga utifrån skattningar och bedömningar
- vård/rehabplan inklusive rekommenderade fortsatta insatser
- råd om behandlingsmål för blodtryck, kolesterol och blodförtunnande behandling
- information om eventuellt utfärdad sjukskrivning, körförbud och vapeninnehav.
- rekommendation om när i tid uppföljning i primärvården bör ske.

Vårdförloppets checklista inför utskrivning från strokeenhet

Skyndsam poliklinisk utredning i primärvård

- Utför provtagning av blodstatus, p-glukos, blodfetter, elektrolyter och kreatinin samt EKG
- Remittera till DT hjärna, långtids-EKG (paroxysmalt förmaksflimmer?), ultraljud duplex av karotisartärer om symtom <6 månader. Ultraljud hjärta kan övervägas för att utesluta en strukturell kardiell embolikälla.
- Meddela körförbud under utredning; om stroke ges körförbud i 3 månader och därefter ställningstagande på bas av kvarstående symtom.
- Remittera patient ≤ 50 år till neurologmottagning.

Skyndsam utredning - kliniskt kunskapsstöd primärvård

Rekommenderad tid för köruppehåll efter stroke och TIA

Tillbaka till

ICD-10 diagnoskoder samt KVÅ-koder aktuella vid Stroke och TIA

OBS! I69-kod kan ej vara huvuddiagnos utan sätts tillsammans med symtomdiagnos: G, Z eller R-kod

- ICD-10 diagnoser:
  - tidigare cerebral infarkt med sekvele, ICD-kod I69.3
  - tidigare intracerebral blödning med sekvele, ICD-kod I69.1
  - tidigare subaraknoidalblödning med sekvele, ICD-kod I69.0
  - tidigare stroke med sekvele, ICD-kod I69.4
  - tidigare stroke utan sekvele, ICD-kod Z86.7C
  - tidigare TIA, ICD-kod Z86.6A
  - Hemipares UNS G81.9
  - Monopares i nedre extremitet G83.1
  - Monopares i övre extremitet G83.2
  - Dysartri och anartri R47.1
  - Dysfasi och afasi R47.0
  - Synfältsdefekt H53.4
  - Anestesi R20.0

  Riksstroke diagnoslathund

- KVÅ-koder:
  - AW001 Strukturerad uppföljning efter stroke
  - AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan
  - AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan
  - DU002 Neuropsykologisk behandling
  - DU007 Stödjande samtal
  - DV051 Nutritionsbehandling, individuellt anpassad kost
  - DV076 Teamrehabilitering
  - DV077 Upprättande av sjukskrivning och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning
  - DV089 Logopedisk behandling
  - PK003 Bedömning av att genomföra daglig rutin
  - QB001 Balansträning
  - QD016 Träning av fysisk prestationsförmåga
  - QG003 Muskelfunktions- och styrketräning
  - QN000 Behandling relaterad till personlig vård
  - QP000 Stöd och/eller träning i hemliv
  - AW026 Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning
  - AW029 Uppföljning och revidering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning

  Bilaga J - Exempel på KVÅ-koder Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering

Medicinsk vård – viktiga aspekter vid sekundärprofylaktisk behandling

Ischemisk stroke och TIA delas in efter sannolik orsak (ex. storkärlsateroskleros, småkärlsjukdom, förmaksflimmer eller annan kardiell embolikälla) vilket påverkar den sekundärpreventiva behandlingen.

Blodförtunnande behandling ges livslångt:

- Vid förmaksflimmer är antikoagulantia den effektivaste förebyggande behandlingen och ska ges om inte kontraindikation föreligger. Terapiråd flimmer
- För övrig ischemisk stroke och TIA ges trombocythämmande behandling om inte kontraindikation föreligger.

Behandling av riskfaktorer:

- Hypertoni ska behandlas som vid mycket hög risk för kardiovaskulär sjukdom om biverkningar och blodtryckssänkningen är tolererbar. Vid täta intra-eller extrakraniella stenoser kan blodtrycksmål behöva anpassas efter råd från strokeinriktad specialist. Terapiråd hypertoni
- Hyperlipidemi ska behandlas. Terapiråd lipidsänkande behandling
- Vid kryptogen stroke (okänd orsak) följs vaskulära riskfaktorer över tid och behandlas vid behov.
- Levnadsvanor bör uppmärksammas och stöd erbjudas till rökstopp, måttlig alkoholkonsumtion, hälsosam kost, fysisk aktivitet och viktkontroll.
- Sena komplikationer såsom depression, kognitiv påverkan, spasticitet, smärta, epilepsi och andra komplikationer enligt post-stroke checklistan bör identifieras och handläggas.

Hemorragisk stroke (intracerebral blödning) delar till stor del riskfaktorer med ischemisk stroke och TIA. Tänk särskilt på att

- blodtryckskontroll är den viktigaste åtgärden för att förebygga återinsjuknande Terapiråd hypertoni
- efter hemorragisk stroke och samtidig indikation för blodförtunnande behandling görs en individuell nytta/risk-bedömning. Rådfråga vid behov strokeinriktad specialist
- lipidsänkande behandling är inte rutinmässigt indicerad men kan fortsätta eller initieras vid tydlig kardiovaskulär indikation, då evidensen för ökad blödningsrisk är begränsad
  Terapiråd lipidsänkande behandling
- samma principer gäller för sena komplikationer, levnadsvanor och psykosocialt stöd som vid ischemisk stroke.

Remittera till sekundärvården

- till neurologmottagning/medicinmottagning (utifrån lokal organisation) vid konsultativa frågor
- till neurologmottagning vid nydebuterad post-stroke epilepsi eller icke tillfredsställande anfallssituation vid känd epilepsi
- till rehabmedicinsk mottagning/ neurologmottagning (utifrån lokal organisation) vid förfrågan om behandling med botulinumtoxin av spasticitet efter stroke.

Tillbaka till

Instrument till stöd för strukturerad uppföljning

Att använda ett validerat instrument som ger en systematisk uppföljning efter stroke och TIA rekommenderas, ett exempel är *Post-stroke checklistan, PSC*.

Post-stroke checklistan - ett verktyg för personal att använda vid patientens besök

Personal

Post-stroke checklista

PSC finns här:
Post-stroke checklistan

Patientversion av Post-stroke checklistan – två olika möjligheter för patienten att förbereda sig inför ett besök

Patienter

Strokehälsa™

E-tjänst via 1177. Krävs att vårdenheten är ansluten till tjänsten. Personalen bjuder in patienten att svara inför besök och kan ta del av svaren i förväg.

Få tillgång till Strokehälsa™

14 frågor, 1177.se

Öppet tillgänglig via 1177 på informationssidan för rehabilitering efter stroke. Patienten förbereder sig inför besök genom att gå igenom frågorna. Personalen kan inte ta del av svaren innan besök.

Rehabilitering efter stroke 1177.se

Munhälsa och rätt till subventionerad tandvård

Munhälsan kan i många fall påverkas negativt av en stroke och generellt sett är risken för utveckling av ohälsa i munnen stor och ökar ofta med tiden. Munhälsan behöver därför uppmärksammas regelbundet. En vanlig komplikation efter stroke är muntorrhet som kan debutera sekundärt till dehydrering, försämrad oral motorik, ansamling av mat i munnen (hamstring), munandning och inaktivitet.

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

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

- Stöd till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård). För personer som har kvarstående svårigheter att sköta sin munhygien eller att klara av tandvård 6 månader efter genomgången stroke.
- Stöd till personer med stort och långvarigt behov av omvårdnad (N-tandvård). För personer med ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Särskilt tandvårdsstöd Kortversion tandvårdsstöd

Tillbaka till flödesschemat

Bedömning av lämplighet att inneha körkort

Bedöm utifrån kvarstående symtom och medicinskt tillstånd om patienten av medicinska skäl är olämplig att inneha körkort. Bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut kan ingå i beslutsunderlaget. Muntligt förbud kan vara lämpligt vid tillfälliga hinder i upp till sex månader eller till dess att körkortsutredning avslutats. Anmälan till Transportstyrelsen bör göras om patientens inte antas följa muntlig överenskommelse eller om körförbudet bedöms vara permanent.

TS Läkares anmälningsskyldighet Hjärt- och kärlsjukdomar. Transportstyrelsen

Kliniskt kunskapsstöd om körkort Stroke - körkortsbedömning efter stroke och TIA. 1177.se

Transportstyrelsen Läkares anmälan. Transportstyrelsen

I de fall där kvarstående symtom samt eventuella epileptiska anfall klart utgör hinder att inneha körkort, oavsett behörighet, kan bedömning ske inom primärvården. Vid god återhämtning från tidigare strokesymtom och när varken kvarstående symtom eller eventuella tidigare epileptiska anfall längre utgör hinder för att återuppta körning, kan bedömning ske inom primärvården för lägre behörigheter.

Remittera till sekundärvården eller Mobilitetscenter i Göteborg

- Lägre behörighet, grupp I (bil, lätt lastbil, moped, mc, traktor)

Vid tveksamhet om patienten kan återuppta körning remittera till Mobilitetscenter för att få ett bättre beslutsunderlag och gör därefter en ny bedömning, alternativt remittera till Neurologmottagning/ Medicinmottagning (utifrån lokal organisation).

- Högre behörighet, grupp II (tung lastbil), grupp III (buss och taxi)

Vid fråga om att återuppta körning remittera till Neurologmottagning/Medicinmottagning (utifrån lokal organisation) om uppföljning därifrån inte redan är planerad.

Tillbaka till