

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Giltig från: 2024-04-19

Innehållsansvar: Charlotte Wassenius, (chabl4), Specialistarbetstera

Giltig till: 2025-04-19

Granskad av: Charlotte Wassenius, (chabl4), Specialistarbetstera

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

# Stroke-TIA – Rehabilitering av patienter

## Stroke/TIA-processen SÄS

### Sammanfattning

Riktlinjen utgår från nationella och regionala styrdokument för strokevård samt nationella kliniska kunskapsstöd. Genom att beskriva de grundläggande förutsättningarna och genomförandet av rehabilitering för patienter med stroke på Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) avser riktlinjen ge stöd i rehabiliteringsprocessen utifrån lokala förutsättningar.

Riktlinjen reglerar professionernas ansvarsområden i rehabiliteringskedjan.

### Förutsättningar

Rehabiliteringsinsatser ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennas behov och förutsättningar, återvinner eller behåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet [1, 2§]. Enligt Nationella riktlinjer för vård vid stroke är rehabilitering en process som syftar till att hjälpa en person att nå optimal fysisk, psykologisk, social, arbets- och utbildningsmässig aktivitet och fritid. Detta sker med hänsyn till personens fysiologiska och anatomiska nedsättningar samt eventuella begränsningar i miljö, utifrån individens önskemål och livsmål [2].

Bedömning och rehabiliteringsinsatser utgår från Nationella riktlinjer [2] samt Vårdförlopp stroke och TIA [3–4]. De nationella riktlinjerna är tydliga med att det akuta omhändertagandet, behandlingen och rehabiliteringen av personer som insjuknat med TIA/stroke bör vara på en strokeenhet. Att vårdas på en strokeenhet minskar risken för dödlighet och funktionsnedsättning samt möjliggör i större utsträckning att patienten kan vara självständig och bo hemma ett år efter insjuknandet

[2, 5]. För en mindre andel patienter med behov av långvarig vård kan rehabilitering ske på annan enhet inom länssjukvården, förutsatt att enheten uppfyller kriterier för strokeenhetsvård och att samverkan är smidig. För yngre patienter med komplicerat rehabiliteringsbehov kan detta vara särskilt lämpligt [2]. På en strokeenhet spelar multidisciplinära team en central roll [5]. Teamet består av läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och logoped. Tillgång till psykolog (helst med neuropsykologisk inriktning) samt dietist bör även finnas. Vid enheten påbörjas omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering för att minska risken för komplikationer. I teamarbetet ingår också regelbundna teammöten samt väl planerad utskrivning av patienterna [2]. Expertkunnande inom teamet möjliggörs och säkerställs genom att all personal går utbildningen ”Webb-SKU”. Även högskoleutbildningar inom strokevård är önskvärt.

## Genomförande

Strokerehabiliteringen på SÄS bedrivs på flera olika enheter. Det akuta omhändertagandet sker på SÄS strokeenhet. Bedömer teamet att behov av specialiserad rehabilitering finns, kvarstannar antingen patienten eller remitteras till rehabiliteringsmedicinsk vårdavdelning.

Intagningskriterierna för rehabiliteringsmedicinsk vårdavdelning omfattar bl.a. tidigare aktivitetsförmåga, rehabiliteringspotential samt fördjupad kartläggning vid kognitiva nedsättning eller behov av stöd vid arbetsåtergång. Inläggning på rehabiliteringsmedicinsk vårdavdelning sker efter beslut av specialisläkare på rehabiliteringsmedicin.

Rehabiliteringen på en strokeenhet bör vara personcentrerat och utgå från patientens resurser, behov och delaktighet [3]. I samråd med patient och anhöriga sammanställs patientens funktionsnedsättningar och begränsningar i aktivitet och delaktighet samt målsättningar i en rehabiliteringsplan [2]. För att bedriva en god rehabilitering arbetar hela teamet i samverkan mot patientens mål. Rehabiliteringsplanen ska innehålla uppgifter om den enskildes behov, mål för de samordnade insatserna, planerade och beslutade rehabiliteringsinsatser, vilken verksamhet och personal som genomför insatserna samt en tidsplan [2]. Rehabiliteringsplanen upprättas vid ett möte tillsammans med patienten och eventuellt närstående om patienten ger sitt medgivande till detta. Mål och planering av rehabiliteringsinsatser dokumenteras i patientens rehabiliteringsplan (vård och behandlingsplan i Melior) och ska följas upp vid teamronder. Mötet för upprättandet av en rehabiliteringsplan hålls under första veckan efter insjuknandet.

På teamrund/teammöte planeras och förankras patientens rehabilitering och beslut fattas gemensamt. Detta dokumenteras som en gemensam teamanteckning. Alla teammedlemmar (läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped och kurator) deltar på dessa teamrunder. Dietist finns att tillgå vid behov i teamen och psykolog finns att tillgå på rehabiliteringsmedicinsk vårdavdelning och rehabiliteringsmedicinsk dagvård. Övriga vardagar finns utrymme för rapportering inom teamet. Alla är ansvariga för att hålla sig uppdaterade angående patientens aktuella status och planering t.ex. via journal och teamtavlor.

Vid patientens ankomst till strokeenheten bedömer läkaren patienten. Läkaren samordnar det medicinska omhändertagandet liksom planering av patientens vidare rehabilitering. Beslut kring detta tas tillsammans med övriga teammedlemmar.

Arbetsterapeut och fysioterapeut gör en första bedömning i tidigt skede. Detta sker vanligen inom 24–48 timmar från ankomst till strokeavdelningen. Beroende på patientens behov och medicinska tillstånd genomförs arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska åtgärder. Arbetsterapeutisk bedömning och åtgärd följer lokal arbetsterapeutisk processbeskrivning stroke.

Logoped på strokeenheten bedömer vilka patienter som är aktuella för initial kontakt relaterat till tal och språk. Denna bör ske snarast. Vid misstanke om sväljningsproblematik gör logopeden en sväljningsbedömning inom två arbetsdagar efter upptäckt problem. Se riktlinje sväljningssvårigheter (dysfagi) vid akut stroke.

Logopediska åtgärder genomförs utifrån patientens behov och medicinska tillstånd.

Omvårdnadspersonalen har ett stort ansvar gällande patientens tidiga mobilisering i vardagliga aktiviteter såsom att gå till matsal och toalett, att klä sig, sköta hygien och att äta själv. Omvårdnadspersonal utför sväljträning ordinerad av logoped och använder samtalsstödjande kommunikationstekniker (kompensatoriska tekniker).

Omvårdnadspersonalens observationer av patienten är en viktig del i den teamgemensamma bedömningen.

Patienterna screenas för nutritionssvårigheter av avdelningspersonal enligt lokal riktlinje ”Nutrition” och sätter vid behov in åtgärder. Dietist kontaktas när patienter, trots åtgärder, inte täcker sitt energi- och näringsbehov samt vid behandling med enteral- eller parenteral nutrition.

På strokeenheten bedöms varje patients nutritionsstatus och vid behov upprättas individanpassade nutritionsåtgärder.

Kuratorn arbetar för att stärka patientens möjlighet att hantera negativa psykiska och sociala effekter av sjukdom och funktionshinder, samt till att patienten kan nå en gynnsammare utveckling av sin förändrade livssituation. Kuratorns uppgift är att tillföra ett kvalificerat psykosocialt perspektiv genom hela vårdprocessen via samtal, information och stöd till patient och närstående i personliga, sociala och ekonomiska frågor. Behov av kuratorskontakt aktualiseras vid teamronderna.

Strokeenheten samt rehabiliteringsmedicinsk vårdavdelning kan konsultera neuropsykolog om det behov finns av neuropsykologisk utredning. På rehabiliteringsmedicinsk vårdavdelning och rehabiliteringsmedicinsk dagvård och/eller i Polikliniska hjärnskadeenheten finns psykolog i teamet för bedömning eller psykologisk behandling.

Vid behov konsulterar eller remitterar de olika teamen till andra specialiteter, så som spasticitetsmottagningen. Vid behov av ortopedtekniska hjälpmedel konsulteras ortopedingenjör eller remitteras till ortopedteknisk avdelning.

Under hela vårdtiden får patienten och dennes närstående information och ges möjlighet att vara delaktiga i rehabiliteringen. Informationen ges av olika professioner i teamet. Information ges också, med patientens medgivande, till nästa vårdgivare när det finns behov av vidare rehabilitering t.ex. vid planeringsmöte, samordnad individuell plan (SIP) och vid överrapportering. Patientens kvarstående rehabiliteringsbehov avgör vilken vårdgivare som är ansvarig för vidare åtgärder.

Patienter med mild till måttlig stroke bör erbjudas tidig understödd utskrivning. Teamet för tidig understödd utskrivning utgår från strokeenhet och medverkar vid koordinering av utskrivning till hemmet samt utför rehabilitering i hemmet direkt efter utskrivning.

Specialiserad teambaserad dagsjukvård på rehabiliteringsmedicinsk dagvård (rehabiliteringsmedicinsk dagvård) erbjuds patienter som, efter bedömning av rehabiliteringsmedicinsk specialistläkare och/eller teamet, anses vara i behov av vidare rehabiliteringsinsatser och utredning. Förutsättningar för denna rehabilitering är att patienten är självständig eller har hjälp av annan person.

De patienter som insjuknat i stroke för första gången och skrivits ut till hemmet erbjuds uppföljande återbesök hos strokesjuksköterska.

Sekundärprevention är en viktig del av återbesöket. Vid behov återkopplar strokesjuksköterskan till berörd teammedlem eller annan vårdgivare.

Patienter som diagnosticeras med TIA erbjuds uppföljning av arbetsterapeut och fysioterapeut i primärvården alternativt kommunen om patienten är inskriven i hemsjukvården.

Polikliniska hjärnskadeteamet (PHT) är den sista länken i den sjukhusanknutna rehabiliteringen och består av arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog och sekreterare. PHT erbjuder en långsiktig rehabilitering till strokepatienter med psykiska funktionsbegränsningar enligt kriterier i PHT: s rehabiliteringsprogram. De erbjuds aktivitets- och samtalsgrupper och vid behov görs hembesök och arbetsplatsbesök.

## Uppföljning

Uppföljning görs med hjälp av statistik från utdataenheten samt kvalitetsregistret Riks-Stroke.

## Referenser och relaterade dokument

1. Socialstyrelsen [hemsida på internet]. Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. [citerad 2021-06-02]. Tillgänglig från <http://www.socialstyrelsen.se>
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
3. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Stroke och TIA – tidiga insatser och vård [Internet]. Sveriges regioner i samverkan. [uppdaterad 230926; hämtad 240415]. Tillgänglig från: <https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/kunskapsstod/vardforlopp/tidiga-insatser-och-vard>
4. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering [Internet]: Sveriges regioner i samverkan; [uppdaterad 230926; hämtad 240415]. Tillgänglig från: <https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/kunskapsstod/vardforlopp/fortsatt-vard-och-rehabilitering>
5. Clarke, DJ, Forster, A. Improving post-stroke recovery: the role of the multidisciplinary health care team. J Multidiscip Healthc. 2015; 8:433-42.

# Länkförteckning

- [Stroke- arbetsterapi](#)
- [Stroke och TIA - fysioterapi](#)
- [Sväljningssvårigheter \(dysfagi\) vid akut stroke](#)
- [Kurators psykosociala arbete inom strokevården vid SÄS](#)
- [Riktlinje Nutrition](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje

**Gäller för:** Södra Älvsborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Charlotte Wassenius, (chabl4), Specialistarbetsterapeut

**Granskad av:** Charlotte Wassenius, (chabl4), Specialistarbetsterapeut

**Godkänd av:** Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

**Dokument-ID:** SAS9614-1097948292-76

**Version:** 5.0

**Giltig från:** 2024-04-19

**Giltig till:** 2025-04-19