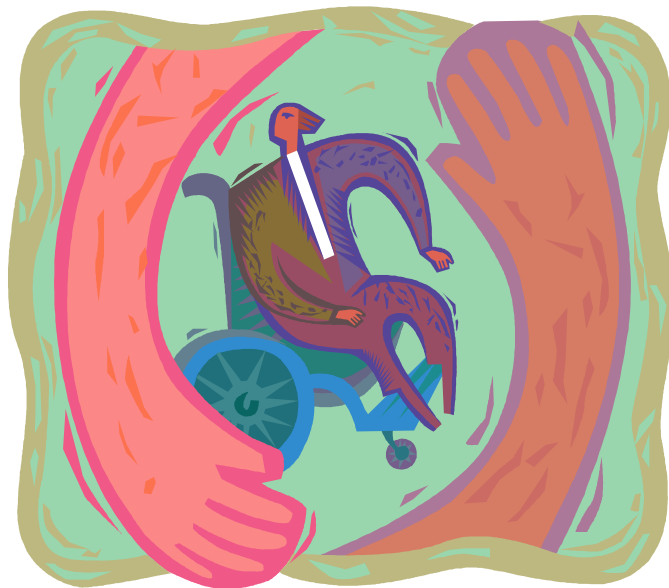


**Sammanfattning från
Nationella Riktlinjer för stroke, 2009
avseende arbetsterapeutiska
och
sjukgymnastiska insatser
vid stroke
kompletterat med
beprövade erfarenheter
från H-län**



Innehållsförteckning	sidan
Bakgrund	3
Inledning	4
Akuta åtgärder	6
Rehabilitering av vanliga funktionshinder	10
Fortsatta åtgärder i det långa perspektivet	16
Övrigt	19
Kompetens	19
Mätmetoder som används i verksamheterna	20
Strokeinformation/informationsmaterial	20
Bilaga 1 INLEDANDE AKTIVITETS- OCH FUNKTIONSBEDÖMNING FÖR ARBETSTERAPEUT/SJUKGYMNAST PÅ STROKEENHET	21

Bakgrund

Under våren 2010 gav Länsgrupp Rehab i uppdrag till undertecknade att se över hur det skulle vara möjligt att föra ut de Nationella riktlinjer för strokesjukvård i Kalmar län. Det första steget var att identifiera och sammanfatta de arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska åtgärderna som fanns beskrivna i riktlinjerna.

I nästa steg sattes en referensgrupp samman med representation av arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom såväl specialistvård, primärvård som kommunal vård. Referensgruppen träffades i detta skede vid två tillfällen. Vid det första kompletterades sammanställningen med erfarenheter från den kliniska vardagen och frågeställningar att arbeta med för att öka kvalitén på strokerehabiliteringen. På detta sätt har ett gemensamt ställningstagande gjorts till hur vi i länet förhåller oss till rekommendationerna i de Nationella riktlinjerna.

Inför det andra tillfället samlade var och en uppgifter om vilka åtgärder som görs inom respektive område/vårdsnivå. Med detta som bakgrund diskuterades följande frågor:

- Rekommenderas något i riktlinjerna som inte utförs i praxis?
- Vilka åtgärder görs i praxis som inte tas upp i riktlinjerna?
- Är det några åtgärder vi inte ska göra?
- Finns det behov av ökad kompetens, i så fall vilken?

Efter varje kapitel finns resultatet av dessa diskussioner återgivna.

Därutöver diskuterades vilka mätmetoder som används i verksamheterna idag. Dessa finns listade i slutet av detta dokument

Kalmar och Västervik 2010-09-24

Ulla Bigelius och Ulla Pettersson

Arbetsterapeut Sjukgymnast
Strokeenheten Västerviks sjukhus
Kalmar

I referensgruppen har följande ingått:

Camilla Arvidsson	Sjukgymnast Kalmar kommun
Eva Johansson	Arbetsterapeut Västervik kommun
Henrik Augestrand	Arbetsterapeut Oskarshamn sjukhus
Marie Skärkarl	Sjukgymnast Oskarshamn Kommun
Susanne Schmidt	Sjukgymnast Mörbylånga kommun
Ulrika Fröberg	Arbetsterapeut Västervik Distriktsrehabilitering
Ulrika Holm Carlsson	Sjukgymnast Kalmar Distriktsrehabilitering

Ulla Bigelius och Ulla Pettersson för Länsgrupp Rehab
tillsammans med referensgruppens kommentarer
2010-09-28

1. Inledning

Nationella riktlinjer för stroke finns tillgängliga på Socialstyrelsens hemsida www.sos.se. De består av flera dokument och detta utdrag grundar sig i första hand på:

- Vetenskapligt underlag
- Tillstånds- och åtgärdslista
- Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 - Stöd för styrning och ledning

Riktlinjerna omfattar åtgärder under hela vårdförloppet och det vetenskapliga underlaget är indelat i kapitel med motsvarande innehåll i tillstånds- och åtgärdslistan. Det vetenskapliga underlagets fyra första kapitel behandlar primärprevention med kost, läkemedel och kirurgi för riskpersoner, akuta medicinska undersökningar, bedömningar och behandlingar samt åtgärder för att öka allmän kunskap om stroke så människor söker vård i tid. Detta berörs inte vidare i detta arbete/dokument.

Riktlinjerna tar inte upp handledning och insatser för att öka kunskapen inom rehabiliterande arbetsätt bland vårdpersonal vilket arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom strokerehabilitering arbetar med och anses utifrån beprövad erfarenhet ha nytta.

Rehabiliterande åtgärder tas främst upp i kapitlen 5 - det akuta skedet, 6 - rehabilitering och 8 - fortsatta åtgärder i det långa perspektivet. I följande stycken har de specifika rehabiliterande åtgärder som riktlinjerna berör inom respektive kapitel tagits upp.

Texten som följer är en sammanfattning av innehållet i dessa kapitel. De rekommendationer som förekommer i texten är hämtade från tillstånds- och åtgärdslistan. Siffrorna står för en sammanvägning av tillståndets svårighetsgrad, patientnytta, stöd för effekt i form av evidens eller beprövad erfarenhet och för kostnadseffektivitet. Man har i riktlinjerna rangordnat i förhållande till alla insatser för strokegruppen. Rekommendationerna är graderade 1-10 där 1 står för högsta prioritet och 10 för lägsta. För otillräckligt beforskade insatser kan FoU vara angivet och där det saknas stöd och/eller där insatsen inte gör nytta anges "icke göra".

I texten finns också ibland angivet evidensstyrka. Det uttrycker det sammanlagda vetenskapliga underlaget för en slutsats.

Evidensstyrka 1 – Starkt vetenskapligt underlag

En slutsats med Evidensstyrka 1 stöds av minst två oberoende studier med högt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget. Om det finns studier som talar emot slutsatsen kan dock evidensstyrkan bli lägre.

Evidensstyrka 2 – Måttligt starkt vetenskapligt underlag

En slutsats med Evidensstyrka 2 stöds av minst en studie med högt bevisvärde och två studier med medelhögt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget. Om det finns studier som talar emot slutsatsen kan dock evidensstyrkan bli lägre.

Evidensstyrka 3 – Begränsat vetenskapligt underlag

En slutsats med Evidensstyrka 3 stöds av minst två studier med medelhögt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget. Om det finns studier som talar emot slutsatsen kan det vetenskapliga underlaget anses som otillräckligt eller motsägande.

Evidensstyrka 4- Otillräckligt vetenskapligt underlag

Enbart studier av lågt bevisvärde eller där den systematiska kunskapsgenomgången visat avsaknad av studier.

Motsägande vetenskapligt underlag.

När det finns olika studier som har samma bevisvärde men vilkas resultat går isär, anges det vetenskapliga underlaget som motsägande och inga slutsatser kan dras.

När man tar del av åtgärds- och tillståndslistan är det viktigt att inte enbart läsa rekommendationen utan därtill även det vetenskapliga underlaget, vilket även betonas i riktlinjerna. Det kan lätt uppfattas att en åtgärd med rekommendation 8 inte ska göras vilket inte är rätt uppfattat. Det kan vara så att det vetenskapliga underlaget inte är tillräckligt starkt men att åtgärden ändå prioriteras på bas av den beprövade erfarenheten.

I åtgärds och tillståndslistan är också samtliga åtgärder jämförda med varandra. Om enbart de åtgärder som är specifikt rehabiliterande listas kan rekommendationen se annorlunda ut, evidensvärdet är ju dock fortfarande detsamma.

I den kliniska verksamheten förekommer även andra åtgärder som utifrån beprövad erfarenhet anses viktiga inom rehabilitering av personer insjuknade i stroke. Dessa åtgärder åtskiljs med kursiv stil och beskrivs också i detta dokument.

2. Akut vård (kap. 5 rader i tillstånds- och åtgärdslistan: E1-E37)

Från tillstånds- och rangordningslistan:

- Vård på strokeenhet för person med stroke - E1, rekommendation 1.
- Bedömning och vid behov träning av ADL funktion för person med stroke - E3, rekommendation 3.
- Teambaserad rehabilitering i slutenvård för patient som efter akutfasen har kvarstående rehabiliteringsbehov - E4, rekommendation 2.
- Tidigt understödd utskrivning från sjukhus till hemmet med multidisciplinärt rehabiliteringsteam med strokekompetens inklusive läkare som ger rehabilitering i hemmet för person med mild till måttlig grad av stroke - E5, rekommendation 3.
- Vilopositionering för att förebygga komplikationer vid risk för kontraktur (sängliggande patienter) - E 29, rekommendation 9.
- Bedömning (neglect, känsel, tonus, motorik och spasticitet) vid risk för kontraktur eller tonusökning - E 30, rekommendation 6.
- Vidmakthålla ledrörlighet vid risk för kontrakturutveckling - E 31, rekommendation 6.
- Vidmakthålla ledrörlighet vid konstaterad kontraktur - E32, rekommendation 6.
- Bedömning och förebyggande åtgärder vid fallrisk - E 33, rekommendation 3 .
http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39219_1.pdf

2.1 Vård vid strokeenhet

Det finns flera definitioner av en strokeenhet. En vedertagen definition är:

- En strokeenhet är en organiserad slutenvårdsenhet som helt eller nästintill helt och hållet tar hand om patienter med stroke och som består av ett multidisciplinärt team speciellt kunniga om strokevård.

Personalen på strokeenheter har expertkunnande inom stroke och rehabilitering. Teamet innefattar läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped samt har tillgång till dietist och psykolog helst med neuropsykologisk inriktning.

Strokeenheter med akut omhändertagande och efterföljande rehabilitering rekommenderas (rekommendation 1). Vård på strokeenhet bedöms ha stor påverkan på livskvalitet och ger jämfört med vård på allmänmedicinsk avdelning lägre dödlighet, minskad risk för död, funktionsberoende och institutionsvård. För att vården på strokeenhet ska vara optimal krävs bl a organiserad mobilisering och rehabilitering. Kvarstående effekter av vård på strokeenhet finns även efter fem och tio år efter strokeinsjuknandet.

2.2 Strokeenhetens innehåll

Bedömning av funktion och aktivitet är en av komponenterna i vården vid en strokeenhet. Här ingår även bedömning och vid behov träning av ADL-funktion (rekommendation 3). Tidigt påbörjad mobilisering, aktivering och träning är ytterligare nyckelkomponenter i vården vid en strokeenhet. Det saknas enighet kring hur tidig mobiliseringen ska vara. Det finns även bristfälligt vetenskapligt underlag för effekten av ökad intensitet av behandling. Träning om 40-45 minuter av vardera sjukgymnastik och arbetsterapi som ingår i strokekonceptet ger effekt (evidensstyrka 1).

Slutsats

Tidig mobilisering av personer med stroke är inte farligt (visst vetenskapligt underlag). Samlad erfarenhet av strokeenhetsvård talar för betydelse av tidig mobilisering, aktivering och träning.

Referensgruppens kommentar:

Gruppen anser att innehållet egentligen är viktigare än tidsaspekten.

För patienter som efter akutfasen har kvarstående rehabiliteringsbehov förordas teambaserad rehabilitering i slutenvård (rekommendation 2).

Nyckelkomponenter med påvisad god effekt i multidisciplinär teamrehabilitering vid vård på strokeenhet:

Rehabiliteringsprocess

- Patientfokuserade multidisciplinära möten en gång per vecka (samt informella möten)
- Tidig rehabilitering, definitioner av mål och involvering av närstående
- Nära samarbete mellan omvårdnad och annan multidisciplinär vård
- Information om stroke, återhämtning och vilken hjälp som finns att få
- Tidigt understödd utskrivning från sjukhus till hemmet

Utskrivningsplan

- Tidig bedömning av behov efter hemgång
- Utskrivningsplan som involverar patient och närstående

Praxis:

Vi rekommenderar att arbetsterapeut och sjukgymnast gör första bedömningen tillsammans. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster vid länets tre strokeenheter har tagit fram en gemensam mall för den inledande aktivitets- och funktionsbedömningen av patient som insjuknat med strokesymptom, se bilaga 1. I rehabiliteringsprocessen spelar rehabplanen en viktig roll. Den upprättas tidigt i processen, formuleras av personalen tillsammans med patienten och är patientägd.

2.2.1 Vilopositioner

Att placera patient med extremiteterna i så kallade vilopositioner praktiseras av terapeuter och omvårdnadspersonal för att förebygga komplikationer som kontrakturer, smärta, tonusökning, andningsproblem och trycksår. Det finns inga kliniska studier som stödjer eller motsäger denna praxis. Sammantaget saknas vetenskapligt stöd för vilopositioner men arbetet utgör klinisk praxis (rekommendation 9)

Referensgruppens kommentar:

Det finns en enighet kring vikten av vilopositionering. I första hand en pedagogisk intervention från rehab personal till omvårdnadspersonalen.

2.2.2 Kontrakturer – förebyggande/behandlande åtgärder

Då risk föreligger för kontraktur eller tonusökning görs kontinuerligt bedömningar av neglect, känsel, tonus, motorik och spasticitet. (rekommendation 6). Åtgärder utförs för att bibehålla ledrörligheten både i förebyggande syfte och vid konstaterad kontraktur (rekommendation 6).

2.2.3 Fall

Påverkan på muskelstyrka, motorik, tonus, ledrörlighet, smärta, känsel och syn samt perception kan tillsammans eller var för sig leda till försämrad balans och risk för fallolyckor. Bedömning och förebyggande åtgärder då fallrisk föreligger är viktiga åtgärder (rekommendation 3).

2.3 Tidigarelagd understödd utskrivning från sjukhus till hemmet med multidisciplinärt hemrehabiliteringsteam

En nyligen publicerad metaanalys av elva randomiserade studier visar, att för en selekterad grupp strokepatienter medför tidig hemgång med hemrehabilitering:

- förkortad vårdtid på sjukhus
- minskad aktivitetsnedsättning och
- minskat behov av institutionsvård.

Hemrehab teamen bestod av specialutbildade arbetsterapeuter och sjukgymnaster med tillgång till läkare. Patienturvalet var patienter i stabilt medicinskt tillstånd, som bodde i det lokala området och hade milda till måttliga symptom.

För personer med mild till måttlig grad av stroke rekommenderas hemrehabilitering efter tidigt understödd utskrivning från sjukhus till hemmet. Rehabiliteringen utförs av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med strokekompetens inklusive läkare (rekommendation 3). Milda till måttliga strokesymptom definieras som Barthels index >50 vid start av denna vårdform.

I en systematisk översikt från Cochrane 2007 formulerades följande obesvarade frågor:

- Kan hemrehabilitering av strokepatienter också ha gynnsam effekt för mer allvarligt strokedrabbade patienter?
- Kan hemrehabilitering vara möjlig och fungera inom glesbygd?
- Vad definierar nyckelkomponenter i vårdinnehåll i hemrehabilitering för strokepatienter?

Det saknas evidens för hemrehabiliteringsteam som har hand om patienter med olika diagnoser (och däribland stroke) samt för hemrehabiliteringsteam utan erforderlig strokekompetens (inklusive avsaknad av tillgång till läkare).

Tidig hemgång är svårt att organisera i glesbygd med längre avstånd till sjukhus.

Att diskutera:

- *Hur resonerar vi kring hemrehab av strokepatienter i Kalmar län?*
- *Kompetens?*
- *Glesbygd?*
- *Längre rehab vårdtid för pat i glesbygd eller från kommuner som saknar möjlighet till hemrehab?*

Referensgruppens kommentar:

Rutiner för samverkan med läkare saknas oftast. Läkare är inte med i teamen.

Det saknas sammanvägning av patientens resurser, behov och tillgång till rehabresurser.

Det är problem med hemrehabilitering i glesbygd. Gruppen anser det rimligt med längre inbyggande rehabilitering för patienter där det inte fungerar med kombination dagrehab/rehab på mottagning och hemrehab.

Vid planering av fortsatta insatser är det viktigt att väga samman alla aspekter – tillgängliga resurser, individens förmåga mm.

Omvårdnads- och rehabiliteringspersonal bör genomgå utbildning för att erhålla strokekompetens.

Förslag till studieplan: Se Strokeförbundets hemsida <http://www.strokeforbundet.se/index.asp>

Vid jämförelse mellan insatser som utförs inom verksamheterna i länet och de nationella riktlinjerna framkom följande:

Teambaserad rehab i slutenvård efter akutfasen med fortsatt rehabiliteringsbehov finns vid de tre sjukhusen i länet.

Tidigt understödd utskrivning från sjukhuset till hemmet med multidisciplinärt rehabiliteringsteam med strokekompetens inkl läkare för person med mild till måttlig grad av stroke, är ett alternativ som saknas i länet.

Vilopositionering förekommer inom samtliga verksamheter i länet.

Åtgärder för att vidmakthålla ledrörlighet vid konstaterad kontraktur är otillräckligt beskrivna i de Nationella riktlinjerna. Om pat redan har konstaterad kontraktur anser inte ref gruppen att åtgärden med specifik ledrörlighetsträning prioriteras i akutvården.

Specifika åtgärder som är praxis i länet men som inte finns i de Nationella riktlinjerna

- Kartläggning av tidigare aktivitetsnivå., boendemiljö, socialt nätverk*
- Bedömning av nuvarande samt tidigare funktionsnivå*
- Bedömning/behandling av smärta och svullnad*
- Pedagogisk intervention; tidig information, involvera anhöriga i omhändertagandet och rehabiliteringsprocessen*
- Utprovning av hjälpmedel*
- Vårdplanering med kommunen*
- Överrapportering till kollegor*

3. Rehabilitering av vanliga funktionshinder (kap. 6, rader i tillstånds- och åtgärdslistan F1-F38)

Från tillstånds- och åtgärdslistan:

- Kompensatoriska tekniker vid lätt minnesstörning vid stroke - F1, rekommendation 8.
- Minnesträning vid svår minnesstörning vid stroke - F2, rekommendation 10.
- Kognitiv träning vid uppmärksamhetsproblem efter stroke - F3, rekommendation 9.
- Träning i visuell avsökning vid spatialt neglekt efter stroke - F4, rekommendation 6.
- Systematisk träning av problemlösningstrategier genom kompensatoriska tekniker vid störning i problemlösning- och exekutiv förmåga hos person med stroke - F5, rekommendation 7.
- Träning med sjukgymnast vid nedsatt balans och gångförmåga efter stroke - F6, rekommendation 2.
- Uppgiftsspecifik träning vid nedsatt motorisk förmåga efter stroke - F7, rekommendation 3.
- Fysikaliska metoder vid spasticitet - F8, rekommendation 8.
- Träning på automatiserad gångbana med avlastning av kroppsvikt vid gångproblem efter stroke - F12, rekommendation 10.
- Träning med elektromekanisk gångträning i kombination med annan sjukgymnastik vid gångproblem efter stroke - F13, rekommendation 8
- Funktionell elektrisk stimulering vid avsaknad av viljemässiga muskelkontraktioner vid stroke - F14, rekommendation 10.
- Fotledsortos som möjliggör gångförmåga vid avsaknad av dorsalflexion - F15, rekommendation 5.
- Akupunkturbehandling som strokebehandling vid stroke - F17, rekommendation icke-göra.
- ADL-träning i hemmet efter utskrivning vid stroke med kvarstående nedsättning av ADL-funktion - F19, rekommendation 1.
- Funktionell elektrisk stimulering vid smärta i skuldran efter stroke - F31, rekommendation 10.
- Sensorisk stimulering (med massage) vid smärta i skuldra efter stroke - F32, rekommendation FoU.
- TENS, akupunktur vid smärta i skuldra efter stroke - F33, rekommendation 6.
- Avlastande hjälpmedel för armen i förebyggande syfte vid risk för smärta i skuldra efter stroke - F 34, rekommendation 8.
- Avlastande hjälpmedel som behandling av smärta vid smärta i skuldra efter stroke - F35, rekommendation 10.
- Strukturerad information och utbildning riktad till närstående - F36, rekommendation 4.
- Praktisk handledning och träning till närstående - F37, rekommendation 5.

3.1 Minnesstörningar

Minnesstörningar tillhör de vanligast rapporterade kognitiva problemen efter stroke. Olika sätt och inriktning att träna finns beskrivna men positiva effekter har varit svåra att påvisa. En undersökning visade ingen signifikant effekt genom objektiva minnestest eller subjektivt observerad skattning. En annan visade positiv effekt på neuropsykologiska och subjektiva mått (rekommendation 8). Det saknas vetenskapligt underlag för positiv effekt av minnesträning för personer med svår minnesstörning.

Praxis:

För den enskilde personen handlar det om att inom rehabiliteringens ram prova olika sätt, eventuellt i olika situationer, att hantera det som ska hända i vardagen. Då kan olika tekniska hjälpmedel eller utformande av checklista för aktuella aktiviteter i vardagen mm vara aktuellt.

3.2 Uppmärksamhetsfunktioner

Det finns träningsprogram vilka baseras på upprepade övningar av olika aspekter av uppmärksamhet. I akut skede gav inte uppmärksamhetsträning någon effekt jämfört med spontanförlopp. I det postakuta skedet observerades förbättring till följd av träning, som kvarstod även vid 6 månaders uppföljning. I vissa, dock inte alla, studier observerades en generaliseringseffekt. Effekten var större vid träning av selektiv eller delad uppmärksamhet, än för grundläggande reaktionstid och vigilans (evidensstyrka 4).

Praxis:

Erfarenheten visar att alla människor är unika och att det är flera funktioner/faktorer som samverkar bl a insikt och medvetenhet om begränsningar påverkar utfallet.

3.3 Visuospacial dysfunktion

De studier som finns beskriver olika neglektspecifika interventioner. Underlaget är otillräckligt för att styrka eller förkasta effektiviteten av neglektspecifika interventioner på aktivitetsnivå eller på funktionsnivå (rekommendation 6).

Apraxi är ett vanligt förekommande problem, men ingen terapi har visat sig vara effektiv och effekten av specifik terapeutisk intervention för motorisk apraxi efter stroke är osäker (otillräckligt vetenskapligt underlag).

Praxis:

Erfarenheten visar att vägledning/fysisk guidning tidigt i vårdförloppet har effekt, om det sedan är spontanläkning eller effekt av träning kvarstår som en fråga. En fråga är likaså om träning kortar vårdtid och värnar om patientens självkänsla och självförtroende.

Erfarenheten visar att alla människor är unika och att det är flera funktioner/faktorer som samverkar bl a insikt, minne och medvetenhet om begränsningar påverkar utfallet

3.4 Störningar i problemlösnings- och exekutiv förmåga

Begreppen används brett och antalet studier är begränsat, men en systematisk träning av problemlösningsstrategier genom kompensatoriska tekniker visar sig vara effektiv (evidensstyrka 3). För träning av medvetenhet fanns få empiriska undersökningar och inga randomiserade kontrollerade prövningar (evidensstyrka 4).

3.5 Motorik

3.5.1 Träning med sjukgymnast vid nedsatt balans och gångförmåga efter stroke

Efter stroke upplever patienter ofta balansproblem i stående.

Vid nedsatt balans- och gångförmåga efter stroke ger träning med sjukgymnast bättre effekt än att inte träna (evidensstyrka 1). Däremot har ingen sjukgymnastisk behandlingsmodell bättre effekt än någon annan på balanskontroll och funktion i ben och fötter. Inte heller ger träning med kombinerande sjukgymnastiska åtgärder minskat beroende av hjälp med ADL (evidensstyrka 1), (rekommendation 2).

3.5.2 Uppgiftsspecifik träning

Randomiserade kontrollerade prövningar visar att uppgiftsspecifik träning kan resultera i bättre förmåga i just den uppgiften som har tränats, till exempel att gångträning förbättrar gånghastighet (visst vetenskapligt underlag) och träning i att sittande sträcka sig efter föremål förbättrar den maximala sträckförmågan (visst vetenskapligt underlag). Det finns ingen anledning att anta att någon träningsmetod är mer effektiv än någon annan innan det finns ytterligare evidens tillgänglig, men uppgiftsspecifik träning kan användas för att förbättra förmågan i specifika uppgifter eller aktiviteter (evidensstyrka 2).

Slutsats

Vid nedsatt motorisk förmåga vid stroke förbättrar uppgiftsspecifik träning förmågan i specifika uppgifter eller aktiviteter.

3.5.3 Fysikaliska metoder vid spasticitet

Spasticitet kan leda till komplikationer såsom muskel och ledkontrakturer. Det finns få studier som har utvärderat olika åtgärder (t ex rörelseövningar, skenor, elstimulering) för att behandla spasticitet. Rädsla för att utveckla eller förvärra spasticiteten bör inte hindra styrketräning. Fysikaliska metoder vid spasticitet har osäker effekt på funktionell nytta och liten påverkan på livskvalitet (rekommendation 8).

3.5.4 Träning på automatiserad gångbana med avlastning av kroppsvikt vid gångproblem efter stroke

Oförmåga att gå eller nedsatt gågförmåga är en viktig och bidragande orsak till aktivitetsbegränsningar och vårdtyngd efter insjuknande i stroke. Att gå på en automatiserad gångbana och med kroppsvikten delvis avlastad, är en metod att träna gågförmågan. Flera studier har gjorts men ingen säker statistiskt signifikant effekt kunde ses av gångmattträning med eller utan avlastning. Slutsatsen är att avlastad gångträning på automatiserad gångbana inte tycks ha effekt på gågförmågan (rekommendation 10).

3.5.5 Funktionell elektrisk stimulering vid avsaknad av viljemässiga muskelkontraktioner vid stroke

Funktionell elektrisk stimulering (FES) innebär direkt elektrisk stimulering av muskler eller perifer nerver med syfte att framkalla eller understödja viljemässiga muskelkontraktioner. Utifrån de studier som analyserats finns idag otillräcklig information för att kunna tillstryka FES i klinisk praxis (rekommendation 10).

3.5.6 Fotledsortos som möjliggör gågförmåga vid avsaknad av dorsalflexion

Fotledsortos kan förskrivas till patienter med svaghet i dorsalflexion i fotleden. Syftet är att bibehålla fotens dorsalflexion, minska spasticiteten och förbättra gångmönstret och säkerheten vid gång. Det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att fotledsortos har mätbar effekt på olika gångparametrar. Trots det finns kliniska fördelar med ortosen eftersom den underlättar tidig gångträning för vissa patienter med omfattande funktionsnedsättningar. Det är därför viktigt med noggrann föregående undersökning och uppföljning för att fastställa effekten för den enskilde patienten (rekommendation 5).

3.5.7 Akupunkturbehandling som strokebehandling vid stroke

Effekten av akupunktur som komplement till rehabilitering av patienter med stroke har undersökts i flera systematiska översikter. Slutsatsen är att akupunktur tycks vara ofarligt men utan säker effekt. Det finns inga övertygande evidens för effekt av akupunktur vid stroke på funktionsnivå eller aktivitetsförmåga (rekommendation icke-göra).

3.5.8 ADL-träning i hemmet efter utskrivning

Resultatet i en översikt visar en positiv effekt av arbetsterapibehandling på förmågan att utföra personliga dagliga aktiviteter (P-ADL) och aktiviteter som exempelvis hushållsarbete och inköp (I-ADL) samt ett ökat deltagande i det sociala livet (rekommendation 1). Studierna som ingår i den systematiska översikten visar en variabilitet i behandlingsåtgärder, som träning av sensomotoriska funktioner, träning av kognitiva funktioner, träning av färdigheter som påklädning, laga mat eller utföra hushållsarbete. Enligt översikten finns det för närvarande en begränsad evidens för att träning av enbart sensomotoriska eller kognitiva funktioner har effekt på förmågan att utföra det dagliga livets aktiviteter (ADL) liksom att handortoser är effektiva för att minska muskeltonus (evidensstyrka 4).

I en annan systematisk översikt med fokus på förmågan att återta roller, uppgifter och aktiviteter visar resultatet att uppgiftsspecifik träning som utgår från aktiviteter som är valda av patienten och företrädesvis bedrivs i en familjär anpassad miljö ger ökad aktivitetsförmåga och ökad delaktighet i samhällslivet (evidensstyrka 4).

En tredje systematisk översikt har undersökt om effekt av arbetsterapi ger förbättrad funktionsförmåga. Resultaten indikerar att träning i hushållsaktiviteter kan påverka den kognitiva förmågan i positiv riktning och att koordinationsförmågan kan förbättras genom uppgiftsspecifik träning (evidensstyrka 4).

Slutsats

Vid stroke med kvarstående nedsättning av ADL-funktion ger ADL-träning i hemmet ökad förmåga att utföra dagliga aktiviteter vid uppföljning efter tre till 12 månader (evidensstyrka 1).

3.6 Andra problem som kan uppstå

3.6.1 Central smärta och smärta i skuldran

Olika behandlingsförslag finns. Funktionell elektrisk stimulering har ingen effekt på smärtincidensen, smärtintensiteten eller på återhämtningen av motorisk funktion eller spasticitet. FES har däremot en positiv effekt på smärtfritt rörelseomfång samt minskning av sublaxation i skulderleden (rekommendation 10). Sensorisk stimulering i form av massage visade signifikant minskad smärta och oro. Studien var liten och omfattade endast 102 personer (rekommendation FoU). Beprovad erfarenhet visar att TENS och akupunktur kan användas (rekommendation 6). Försiktigt handhavande av övre extremiteten i kombination med någon form av avlastande och stödjande åtgärd bör vidtas konsekvent som förebyggande åtgärd. Alternativ för att avlasta armen kan vara slynga, tejpning, understöd för armen (på rullstol och kudde i säng) (rekommendation 8). Utbildning av personal, patienter och närstående bör genomföras av arbetsterapeut eller sjukgymnast. Omhändertagandet och förebyggandet av smärta i skuldran bör ingå i det vårdprogram som genomförs av det multidisciplinära teamet på strokeenheten.

Vid uppkommen smärta rekommenderas avlastande hjälpmedel för armen (rekommendation 10).

Slutsatser

Vid smärta i skuldran efter stroke har funktionell elektrisk stimulering

- ingen effekt på smärtincidensen, smärtintensiteten, återhämtningen av motorisk funktion eller spasticiteten (evidensstyrka 4).
- positiv effekt på smärtfritt rörelseomfång samt minskning av sublaxation i skuldran (evidensstyrka 4).

Sensorisk stimulering kan resultera i att smärtan i skuldran skattas lägre

(visst vetenskapligt underlag).

Tejning kan fördröja smärtdebut i en hemiplegisk skuldra (evidensstyrka 4). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att kunna avgöra om sublaxation förhindras, smärtan minskar, funktionen ökar eller medför risk för kontraktur.

Referensgruppens kommentar:

Vid slapp pares, ouppmärksamhet på den försvagade armen och då skaderisk föreligger ska avlastning av armen göras med bord, kudde eller slynga.

3.6.2 Trötthet

Trots att trötthet ofta är en begränsande faktor i rehabiliteringsarbetet efter stroke, finns få systematiska relevanta studier när det gäller frekvens och behandling. Klinisk erfarenhet är att detta är ett vanligt problem i akutfasen som påverkar rehabiliteringsprocessen.

3.7 De närstående

3.7.1 Strukturerad information och utbildning riktad till närstående

Ett strokeinsjuknande innebär ofta en omvälvande livsförändring även för de närstående. För att förstå vad som hänt och för att praktiskt och emotionellt kunna hantera den nya livssituationen behöver de närstående information om såväl sjukdomen i allmänhet som om den enskildes specifika problem. Under sjukhusvistelsen är det oftast de fysiska funktionsbortfallen som uppmärksammas av de närstående medan kognitiva störningar, hjärntrötthet, personlighetsförändring och emotionella reaktioner blir mer påtagliga i det dagliga livet efter utskrivningen. Möjlighet att kunna delta i träningen bidrar till en känsla av ökad kompetens och trygghet. De behöver också undervisning om hur de på bästa sätt kan assistera vid personlig vård, samt hantera problem med inkontinens, sväljningsförmåga, kommunikation med mera.

En randomiserad kontrollerad studie visar att utbildning av närstående ger lägre upplevd börda och mindre depressiva besvär hos såväl närstående som patienten samt lägre oro och högre livskvalitet.

Bästa sättet att tillhandhålla information är fortfarande inte säkerställt, men strategier som aktivt involverar patient och närstående är bra. Modeller som inkluderar planerad uppföljning för att klargöra eventuella kvarstående frågor och möjlighet att förstärka informationen tycks påverka patientens stämningsläge mer. Strukturerad information och utbildning ger ökad kunskap om stroke (rekommendation 4, evidensstyrka 1).

3.7.2 Praktisk handledning och träning till närstående

En studie visade att instruktioner angående strokeproblematik från olika professioner i teamet hade positiv effekt för de anhörigas upplevelse av belastning, emotionella hälsa och hälsorelaterade livskvalitet. Effekten kunde ses såväl tre som tolv månader efter den strokedrabbades utskrivning från den slutna vården i relation till kontrollgruppen. Instruktionerna handlade om hantering av strokeproblematik samt om stödresurser utanför sjukhuset. Detta gavs tillsammans med aktiv "hands-on" träning i olika vårdade eller stödjande aktiviteter gentemot den strokedrabbade vad det gäller omvårdnad, nutrition, förflyttning och personlig vård under sjukhusvistelsen (rekommendation 5). Kostnaden för vården av de strokedrabbade vars anhöriga ingick i interventionsgruppen var också signifikant lägre tack vare kortare vårdtid.

Referensgruppens kommentar till 3.7.1. och 3.7.2.

Det är viktigt att samma information och ”samma språk” används i hela strokevårdkedjan och att informationen upprepas när den efterfrågas.

Strokeskola (strukturerad information) finns beskriven på nätet från platser i landet där man arbetar med detta.

Referensgruppen föreslår en koordinator för att underlätta kontaktvägarna för patienter och anhöriga efter utskrivning.

Kommunikation

Praxis:

I alla mellanmännsliga möten sker en kommunikation. Kommunikationsförmågan utreds av logoped. Denne kan ge alla personer som i olika funktioner omger patienten råd till hur kommunikationen lättast sker. Om ord saknas är kroppsspråk och fysisk vägledning till hjälp, hjälpmedel kan också bli aktuellt.

Vid jämförelse mellan insatser som utförs inom verksamheterna i länet och de nationella riktlinjerna framkom följande:

Minnesträning vid svår minnesstörning görs ej.

Träning på automatiserad gångbana med avlastad kroppsvikt används ej.

NMES används i enstaka fall.

ADL träning i hemmet är under uppbyggnad i några kommuner.

Behov finns av upprepad strukturerad information och utbildning till såväl patient, närstående och hemtjänst/omvårdnadspersonal.

Behov finns av praktisk handledning och träning till såväl närstående och hemtjänst/omvårdnadspersonal.

Specifika åtgärder som inte finns i de Nationella riktlinjerna

- Styrke- och konditionsträning vid muskelsvaghet och nedsatt kondition*
- Bostadsanpassningar*
- Förebygga kontrakturer*
- Sittanalyser*
- Samarbete med andra professioner kring trycksårsprofylax och behandling*
- ADL träning i närmiljö och på mottagning*
- Körlämplighetsutredning*
- Hembesök från sjukhus*

4. Fortsatta åtgärder i det långa perspektivet (kap.8 rader i tillstånd och åtgärdslistan H1-H6)

- Rehabiliterande insatser första året efter stroke - H1, rekommendation 3.
- Uppgiftsspecifik träning för patient med stroke mer än 1 år efter insjuknandet - H2, rekommendation 10.
- CIMT (Constraint Induced Movement Therapy) vid stroke - H3, rekommendation 9.
- Modifierad CIMT (Constraint Induced Movement Therapy) vid stroke i subakut eller kronisk fas och med viss kvarvarande rörlighet i handled och fingrar - H4, rekommendation FoU.
- Gånginriktad träning med fokus på styrka och kondition vid lätt till måttlig stroke med bevarad gångförmåga hos yngre personer med låg risk för hjärtskomplikationer vid träning - H5, rekommendation 4.
- Bedömning och utprovning av hjälpmedel inklusive bostadsanpassning vid nedsatt ADL-förmåga - H6, rekommendation 3.

Det saknas randomiserade kontrollerade prövningar om arbetsrehabilitering. Erfarenheten från dagens sjukvård och arbetsmarknad i Sverige är att de som drabbas av stroke och som kommer tillbaka i arbete ofta minskar sin arbetstid pga kvarstående trötthetssymtom (beprövad erfarenhet).

4.1 Rehabiliterande insatser första året efter stroke

Med ökad betoning på tidig utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmet (evidensstyrka 1) ökar betydelsen av rehabilitering i olika vårdformer. Många frågor återstår att besvara när det gäller organisation av fortsatt vård och rehabilitering efter utskrivningen från sjukhuset. Utvärdering av effektivitet av olika organisatoriska former av rehabilitering för hemmaboende patienter är därför mycket viktig för att erbjuda evidensbaserad strokevård. En översikt visar att rehabiliterande insatser av sjukgymnast och arbetsterapeut eller multidisciplinärt team för hemmaboende patienter, inom ett år efter insjuknandet ökar chansen till överlevnad och bibehållen ADL-förmåga. Rehabiliteringen har bedrivits inom olika organisatoriska former såsom öppenvård, dagvård eller i hemmiljö. Syfte med rehabiliteringen har varit att förbättra olika uppgiftsspecifika beteenden, som till exempel gångförmåga och förmåga att klä på sig. Insatserna har en gynnsam effekt på patientens förmåga att utföra personlig och instrumentell ADL, men storleken på effekten är osäker (rekommendation 3). Ytterligare forskning behövs för att säkerställa vilken organisationsform av rehabilitering som är mest effektiv och ekonomiskt fördelaktig.

Slutsats

Första året efter stroke ökar rehabiliterande insatser av sjukgymnast, arbetsterapeut eller ett multidisciplinärt team för hemmaboende patienter chansen till överlevnad och bibehållen ADL-förmåga (evidensstyrka 1).

4.2 Uppgiftsspecifik träning för patient med stroke mer än 1 år efter insjuknandet

Långtidsuppföljning av patienter flera år efter stroke visar på nedsatt förmåga till förflyttningar och dålig kondition och tendens till att ADL-beroendet har ökat två år efter utskrivning. Det finns publikationer som visar nytta av CI-terapi, robotträning samt träning av förmågan att resa sig. Den kliniska erfarenheten är också att förbättrad aktivitet uppnås med träning. Det är dock oklart om kroppsfunctionerna förbättras.

Det saknas tillräckligt med vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av uppgiftsspecifik träning mer än ett år efter stroke (rekommendation 10).

Praxis? Hur hanterar vi detta idag? Hur tar vi hand om dessa patienter?

Möjlighet till återkommande träningsperioder upplevs vara betydelsefulla – exv. rehabiläger och strokegrupper.

Det behövs en diskussion kring vilka patienter som remitteras till olika typer av poliklinisk rehabilitering på mottagning (inklusive dagrehabilitering) respektive hemrehabilitering. Det är flera aspekter som beaktas vid val mellan olika alternativ. Ofta avgör avstånd till dagrehabilitering, hänsyn måste också tas till vad som är möjligt i individens boendemiljö.

Referensgruppens kommentarer:

Träning av patienter sker idag enskilt eller i grupp i syfte att bibehålla/öka funktion och aktivitetsförmåga. Patienterna behöver hjälp att hitta ”nya vägar”. Uppgiftsorienterad träning i denna fas kan innebära annat än arbetsterapi och sjukgymnastik. Budskapet är att uppgifter och aktiviteter i vardagen kan vara nog så viktig träning - vardagsrehabilitering.

Närstående är en betydelsefull resurs, för vissa är det en självklarhet att finnas till hands och till stöd. Det beskrivs också att det kan bli en stor belastning och en känsla av att begränsad möjlighet att måna om sin egen hälsa. Betydelsen av stöd för närstående i någon form betonas. Det kan vara en kontaktperson att vända sig till, att bli hörd och sedd och få uppskattning för sina insatser, någon att dela sina erfarenheter med. Det kan också vara att uppmuntras till att måna om sin egen hälsa och skapa egen tid genom möjlighet till avlastning i sådan form att den också upplevs stimulerande av den strokedrabbade.

Stöd till närstående preciseras inte mer men uppfattas kunna vara såväl genom anhöriggrupp som via kontaktperson eller någon som finns inom omsorg eller rehabilitering.

4.3 CIMT (Constraint Induced Movement Therapy) vid stroke

Constraint induced movement therapy (CIMT) innebär att den förlamade armen tränas intensivt med en kontinuerlig stegring av svårighetsgraden under övervakning av terapeut upp till sex timmar per dag i två till tre veckor. Den friska armen är under tiden helt immobiliserad upp 90 procent av patientens vakna tid. Denna utformning benämns CIMT och är den ursprungliga metoden som introducerades i hälso- och sjukvården början av 1980-talet. Teorin bakom effekten av CIMT bygger på hjärnans plasticitet, det vill säga hjärnans formbarhet och förmåga att anpassa sig till nya förutsättningar. Effekt av CIMT påvisas både i samband med avslutad intervention och i långtidsuppföljning upp till två år efter avslutad CIMT för patienter med stroke i subakut och kronisk fas (rekommendation 9). I den akuta fasen är effekten inte lika stor. Detta kan förklaras av att den spontana återhämtningen efter stroke sker framförallt under de första tre månaderna efter insjuknandet. Behandlingen kräver mycket motiverade patienter då en anseelig tid och kraft måste investeras i rehabiliteringen.

Det finns många osäkerheter kring metoden och den kliniska överförbarheten av studieresultaten. Det är dels de snäva inklusionskriterierna och dels den låga medelåldern i studiernas populationer. Metoden är också en kostnads- och resursintensiv form av rehabilitering och det sker det en konstant utveckling av modifierade former av CIMT. Ett antal varianter av CIMT med olika intensitet, innehåll i träningsövningar och längd i tid har införts, dessa benämns modifierad CIMT eller mCIMT. Modifierad CIMT kan bestå av exempelvis kortare träningstid per dag, träning i grupp eller fixering av den

friska armen mindre del av dygnet. Det vetenskapliga underlaget för denna form är dock för litet och metoden bör studeras vidare (rekommendation FoU).

Slutsats

För patient i subakut eller kronisk fas som insjuknat i stroke och med viss kvarvarande rörlighet i handled och fingrar har CIMT positiv effekt på funktionsförmåga (evidensstyrka 3). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av modifierad CIMT för person med stroke.

Referensgruppens kommentar:

Eftersom inklusionskriterierna till CI träning är snäva är det svårt att "hitta" patienter till grupper. Dessutom ställs stora krav på patienterna vilket kräver mycket välmotiverade patienter. Ett sätt att erbjuda lämpliga patienter träningsformen i vårt län skulle kunna vara i "lägerform" med liknande upplägg som rehab- eller hälsoläger.

4.4 Allmän fysisk träning

Nedsatt kondition är vanligt efter stroke och kan påverka individens förmåga att klara ADL. En förlamning medför ökade krav på fysisk aktivitet medan ålder och minskad kondition minskar förmågan att utföra muskulärt arbete och kapacitet att tolerera detta. Detta innebär att en person med stroke kan ligga nära sitt maximala muskelarbete i vardagliga aktiviteter vilket ger en väldigt liten reserv. Detta kan göra att den fysiska aktiviteten blir alltmer tröttande och kan även förhindra att man utför den.

En metaanalys av 21 studier avseende olika träningsformer visade bl a att konditionsträning bedömdes förbättra förmåga till trappgång. Meta-analysen visade också på signifikant effekt av gånginriktad träning både på gånghastighet och gångsträcka. Liknande resultat har visats i andra systematiska genomgångar.

Slutsats

Vid lätt till måttlig stroke med bevarad gångförmåga hos yngre personer med låg risk för hjärtkomplikationer vid träning har gånginriktad träning med fokus på styrka och kondition (rekommendation 4), positiv effekt på aerobisk kapacitet, gånghastighet och gångsträcka (evidensstyrka 1).

4.5 Bedömning och utprovning av hjälpmedel inklusive bostadsanpassning vid nedsatt ADL-förmåga

En fungerande miljö är viktigt för att fungera med en funktionsnedsättning och minskar risken för aktivitetsinskränkning. Valfungerande hjälpmedel, inklusive bostadsanpassning, kan vara en förutsättning och minskar ADL-beroende. Vanligast är förflyttningshjälpmedel samt hjälpmedel för toalett/bad/dusch. Patienter rapporterar att hjälpmedel ökar självständighet, ger ökad aktivitetsförmåga och ökad trygghet. Resultatet gäller såväl i den tidiga rehabiliteringen som i ett längre perspektiv.

Resultatet i en undersökning om arbetsterapi har effekt på förmågan att återta roller, uppgifter och aktiviteter hos personer som drabbats av stroke visar att uppgiftsspecifik träning som utgår från aktiviteter som är valda av personen själv och företrädesvis i en familjär och anpassad miljö ger ökad aktivitetsförmåga och delaktighet i samhällslivet (evidensstyrka 2). Man har också sett att träning i hushållsaktiviteter kan öka den kognitiva förmågan och att uppgiftsspecifik träning ökar koordinationsförmågan (rekommendation 3, evidensstyrka 2). Behovet av ytterligare forskning betonas.

Det vetenskapliga underlaget anses inte tillräckligt för att värdera effekten av många åtgärder inom arbetsterapi respektive sjukgymnastik. Uppgifterna om de åtgärder som beskrivits ovan under 4.2 och 4.5 kan tyckas lite motsägande och kan vara ämne för fortsatt diskussion eller studie.

Vid jämförelse mellan insatser som utförs inom verksamheterna i länet och de nationella riktlinjerna framkom följande:

Specifika åtgärder som inte finns i de Nationella riktlinjerna

- *Det kan finnas ett återkommande tränings- och aktiveringsbehov även på lång sikt. Åtgärder ser lite olika ut i länet. Det är viktigt att skilja på behov av hälso- och sjukvårdsinsats och social stimulering/aktivering.*

Övrigt

- *Det behövs en kartläggning av vilka resurser och möjligheter till aktivitet som finns när rehabiliteringen är avslutad.*
- *Vilka mallar för rehabplan finns i länet? Finns behov av en gemensam?*
- *Idé i gruppen med koordinator, ev. sjukhusansluten, som kan besvara frågor och lotsa vidare.*

Kompetens

- *Strokekompetensutbildning för hemteam/hemrehabteam.*
- *Kunskaper i neuropsykologi och kognitiv rehabilitering för SG och AT.*
- *Kunskap om ffa behandlingsmetoder. Uppdragsutbildning?*

Bedömningsinstrument som används i verksamheterna:

Arbetsterapeutiska

- *Handstatus – stroke okänd källa*
- *Adl-taxonomin*
- *AMPS*
- *COPM*
- *Sunnaas adl-index*
- *ADL-trappan*
- *Aktivitetsutredning P och I-adl*
- *AWP*
- *Cognistat*
- *CBS*
- *MMT*
- *RBMT*
- *Albersts test*
- *Letter cancellation*
- *BTT*
- *Koh's test*
- *Klockteset*
- *Rita kub*
- *GAT*
- *Pinnprov*
- *Purdue Pegboard Record Blank (finmotorik)*
- *Grippit*
- *STI (sensibilitet)*
- *Monofilament*
- *Påse med välkända föremål för att testa taktil gnosis*

Sjukgymnastiska

- *S-COVS*
- *GMF*
- *Bergs balanstest*
- *TUG*
- *Motoriks funktionsbedömning enligt Birgitta Lindmark*
- *Rombergs*
- *BDL*
- *MAS*
- *Ashworth*
- *Finger-näs-test*
- *6 minuters gångtest*
- *10 och 20 meters gångtest*
- *Manuellt muskeltest enl. MRC (Medical Research Council)*

Strokeinformation/informationsmaterial

- *Idéer till olika form av strokeskola finns Internet*
- *Olika broschyrer från strokeförbundet och hjärt-lungfonden*
- *Informationsbroshyr om rehabilitering avd 6*
- *Info material sammanställt inom projekt i Västervik – inför vårdplanering; inför återbesök*

INLEDANDE AKTIVITETS- OCH FUNKTIONSBEDÖMNING FÖR ARBETSTERAPEUT/SJUKGYMNAST PÅ STROKEENHET

Motorik

Arm och hand:

- * Lyfta handen mot taket, föra handen till munnen, nacken och ryggen. Vid uttalad svaghet, i stället lyfta axlarna, lägga handen i knäet från det att den ligger intill kroppen.
- * Pronation och supination med armbågarna intill kroppen
- * Extention i handled, fingerrörlighet och oppositionsförmåga.

Ben och fot:

- * I sittande, dra upp knäet mot magen, sträcka knäet, vicka på foten med böjt resp sträckt knä.

Koordination

- * Finger-näs: Pat ska med slutna ögon växelvis med hö och vä pekfinger peka på sin nässpets. Eftersträva stort totalt rörelseomfång. Notera dysmetri eller intentionstremor.
- * Knä-häl: Pat placerar ena hälen på motsatt sidas knä. För att förstärka testet kan hälen föras ned längs tibiakanten.
- * Diadokokinesi: Pat sitter med händerna i knäet och vänder snabbt handflatorna upp och ner växelvis. Observera om det finns latens, sidoskillnad eller annan avvikelse.

Funktionella moment:

- * Ta ett glas med vatten och föra det till munnen.
- * Knäppa knappar i skjortan med båda händerna.
- * Greppa och hantera en penna, exv skriva något ord eller rita en figur (om dominant hand)

Känsel

- * Ytlig: Förmåga att uppfatta och lokalisera beröring. Finns sidoskillnad?
- * Djup: Förmåga att uppfatta ledens position.
- * Tactil gnosis: Förmåga att känna igen ett föremål, t.ex. mynt, ring och radergummi genom att enbart använda känseln, ej synen.

Smärta

Via anamnes och status.

Balans

- * Bedömning av balans sittande på sängkanten, stående och gående. Förmåga att röra sig inom/utanför understödsytan. Finns jämvikts- och upprättningsreaktioner? Finns fallskyddsreflexer? Behövs yttre stöd? Pushing?

Kognition

Orientering

- * Person (namn och ålder), tid (år, månad, dag, datum), plats (byggnad, stad)
- * Orientera sig på avdelningen, exv. hitta till matsal och sitt rum.

Uppmärksamhet

* Synintryck:

Om två bedömare: Sitt mitt emot pat och uppmana till ögonkontakt. En annan person bakom pat för omväxlande höger och vänster hand från sidan in i synfältet. Be pat tala om när han/hon ser handen. För därefter in båda händerna samtidigt i synfältet för att se om pat uppfattar detta eller släcker ut någon sida.

Om en bedömare: Sitt mitt emot pat och uppmana till ögonkontakt. Håll händerna ut mot sidorna i pat's synfält och vinka på höger respektive vänster sida. Om detta är ok, vinka därefter med händerna samtidigt för att se om pat uppfattar detta eller släcker ut någon sida.

* Känselintryck: Låt pat blunda. Berör extremiteterna omväxlande unilateralt och bilateralt. Börja distalt och utöka bedömningen vid behov. Be pat lokalisera. Finns utsläckning?

Sjukdomsinsikt

* Medvetenhet om aktuell situation; varför pat är på sjukhus och vilka konsekvenser det medfört. Medvetenhet om eventuell fallrisk.

Spatiala funktioner/apraxi

Inga specifika tester utan observation under bedömningen.

Läs- och skrivförmåga

* Skriva sitt namn eller kort mening. Läs en tidningsrubrik eller på en skylt i korridoren.

Kommunikation

* Afasi/dysfasi. Uttrycksförmåga och förmåga att följa instruktioner.

* Dysartri.

ADL

* Fråga pat om tidigare och nuvarande förmåga.

Förflyttningsförmåga

* Hjälpbehov vid vändningar i säng, i/ur säng, sittande till stående samt mellan säng och rullstol.

* Gångförmåga med/utan hjälpmedel. Trappgång.

Hjälpmedel

Tidigare och nuvarande hjälpmedelsbehov

Sammanfattande bedömning av pat's funktionsnedsättningar

Målsättning

Planerade åtgärder