

FÖRBÄTTRA LIVET EFTER STROKE

Post-Stroke Checklistan (PSC) är framtagen för att hjälpa vårdgivare att identifiera hälsoproblem efter stroke, vilka är möjliga för åtgärd eller remittering. PSC är en enkel och lättanvänd checklista. Det är tänkt att man går igenom den tillsammans med patienten och vid behov med hjälp av närstående/vårdare. PSC erbjuder ett standardiserat arbetssätt för identifiering av långvariga hälsoproblem hos personer med stroke och ger vägledning för remittering till lämplig instans och vidare behandling.

ANVÄNDNINGSFÖRSLAG:

Varje numrerad fråga ställs till patienten och svaret markeras i "svarsdelen". Generellt sett, om patientens svar är "NEJ", journalför och följ utvecklingen vid nästa kontakt. Om patientens svar är "JA", gå vidare med föreslagen åtgärd.

Tänk på att föreslagen åtgärd i checklistan är tänkt som en vägledning och "om JA" och "om NEJ" alternativen (i de gulmarkerade fälten) kan och bör anpassas efter lokala förhållanden. Vid återkommande uppföljning med samma patient anpassa frågorna genom att byta ut "efter din stroke" till "senaste uppföljning (vårdbesök)".

1. SEKUNDÄRPREVENTION

Har du fått råd om hälsorelaterade livsstilsförändringar eller medicin för att förhindra en ny stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ	Om NEJ , remittera patienten till primärvårdsenheten för riskfaktorbedömning och vid behov, behandling.
	<input type="checkbox"/> JA	Följ utvecklingen

2. AKTIVITETER I DAGLIGT LIV (ADL)

Är du <u>svårare</u> att klara dig själv i vardagliga aktiviteter efter din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	<p>Har du svårigheter att klä dig, tvätta dig och/eller duscha själv?</p> <p>Har du svårigheter att laga varm dryck och/eller mat?</p> <p>Har du svårigheter att ta dig utomhus?</p>

3. RÖRLIGHET

Är du <u>svårare</u> att gå eller förflytta dig säkert från säng till stol efter din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Får du pågående rehabiliteringsinsatser?

4. SPASTICITET

Är du en <u>ökad</u> stelhet i armar, händer och/eller ben efter din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hindrar detta dig i dina vardagliga aktiviteter?

5. SMÄRTA

Upplever du någon <u>ny</u> smärta efter din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ →	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA →	Om JA , remittera till läkare med kunskap om smärta efter stroke för vidare bedömning och diagnos.

6. INKONTINENS

Har du <u>mer</u> problem med att kontrollera din blåsa eller tarm efter din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ →	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA →	Om JA , remittera till inkontinenssjuksköterska eller motsvarande för ytterligare bedömning.

7. KOMMUNIKATION

Upplever du att det är <u>svårare</u> att kommunicera med andra människor efter din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ →	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA →	Om JA , remittera till logoped för ytterligare bedömning.

8. SINNESSTÄMNING

Känner du <u>mer</u> oro eller nedstämdhet efter din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ →	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA →	Om JA , remittera till vårdgivare inom primärvård med kunskap om patienter med förändrad sinnesstämning efter stroke, för ytterligare bedömning.

9. KOGNITION

Upplever du att du har <u>svårare</u> att tänka, koncentrera dig eller minnas efter din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ →	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA →	Begränsar detta ditt deltagande i aktiviteter? Om NEJ , journalför och följ utvecklingen vid nästa kontakt. Om JA , remittera till vårdgivare med kunskap om kognitionsförändringar efter stroke, för ytterligare bedömning.

10. LIVET EFTER STROKE

Upplever du att saker som är viktiga för dig blivit svårare att genomföra efter din stroke (t ex fritidsaktiviteter, intressen, arbete, liksom relationer till närstående, om det är relevant)?	<input type="checkbox"/> NEJ →	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA →	Om JA , hänvisa till brukarorganisation för personer som haft stroke (t ex Strokeförbundet, Afasiförbundet, Neuroförbundet).

11. FAMILJEFÖRHÅLLANDEN

Upplever du att ditt förhållande till din familj blivit <u>mer</u> komplicerat eller stressfyllt efter din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ →	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA →	Om JA , planera nästa primärvårdsbesök tillsammans med patient och familjemedlem. Eller, om familjemedlem är närvarande, hänvisa till stödföreningar tex Strokeförbundet och Afasiförbundet).