

Strokerehabilitering ur ett vårdkedjeperspektiv

TRÄNING AV FUNKTION BÖR VARA UPPGIFTSSPECIFIK, INDIVIDUALISERAD OCH BEDRIVAS I RÄTT TID

Rehabilitering för att återfå och bibehålla så god funktionsförmåga och delaktighet som möjligt är ofta ett återkommande inslag i livet efter stroke [1, 2]. Genom strukturerad uppföljning bevakas både preventiv behandling och behov av ytterligare rehabiliterande insatser. Syftet med denna artikel är att ge en grundläggande översikt av strokerehabilitering och livslång uppföljning i första hand för de medarbetare i sjukvården som inte har stroke som sitt huvudsakliga fokus. I artikeln hänvisar vi återkommande till vårdförloppen för stroke och TIA [3, 4], varav det senare baseras på det generiska rehabiliteringsvårdsförloppet [2]. De har tagits fram inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, som drivs av Sveriges regioner. Vårdförloppen innehåller bland annat detaljerade beskrivningar av strokerehabiliteringens beståndsdelar och vårdkedja samt en omfattande referenslista med aktuella vetenskapliga publikationer. Första delen av vårdförloppet avser de tidiga insatserna [3], och den andra delen fokuserar på fortsatt vård och rehabilitering som omfattar tre delprocesser: utskrivning, fortsatt rehabilitering och strukturerad uppföljning [4].

Strokeutfall

Strokeincidens och -mortalitet har sjunkit under de senaste decennierna, och även allvarlighetsgrad på gruppnivå, framför allt för hjärninfarkt, visar tendenser att minska. Detta betyder att en allt större andel

Åsa Rejnö, fil dr, docent, leg sjuksköterska, Skaraborgs sjukhus Skövde; Högskolan väst, Trollhättan

Anna Brändal, med dr, leg fysioterapeut, Strokecenter Umeå, Norrlands universitetssjukhus; Umeå universitet

Mia von Euler, professor, överläkare, fakulteten för medicin och hälsa, Örebro universitet; VO neurologi och rehabiliteringsmedicin, Universitetssjukhuset Örebro

Hélène Pessah-Rasmussen, docent, överläkare, VE rehabiliteringsmedicin, VO neurologi, rehabiliteringsmedicin, minnessjukdomar och geriatrik, Skånes universitetssjukhus
● helene.pessah@skane.se

patienter skrivs ut från strokeenheten direkt till hemmet efter allt kortare vårdtider [5].

Stroke är en hjärnskada som påverkar både kroppsliga och mentala funktioner. Det är dessutom mycket vanligt med emotionell påverkan, hjärntrötthet [6, 7] och andra komplikationer. Allvarlig stroke kan i säll-

»Det multidisciplinära teamarbetet är en mycket viktig komponent i strokeenhetsvården, och samverkan mellan olika professioner är helt avgörande för optimal vård och rehabilitering.«

synta fall leda till långvarig svår medvetandestörning eller så kallat locked-in-syndrom. Vissa funktionsnedsättningar är synliga och lätta att diagnostisera, medan andra kräver specifika test eller är uppenbara endast när patienten utför en specifik aktivitet. De emotionella besvären, inklusive hjärntrötthet, förstärker funktionsnedsättningarna och kan vara särskilt påtagliga avseende den kognitiva förmågan.

Konsekvenserna av funktionsnedsättningarna är förändrad aktivitetsförmåga och påverkad delaktighet (Figur 1). Även det som kallas lindriga hjärnskador kan under lång tid påtagligt påverka patientens liv och mående. Nedsatt arbetsförmåga till följd av stroke kan vara långvarig eller bestående [8].

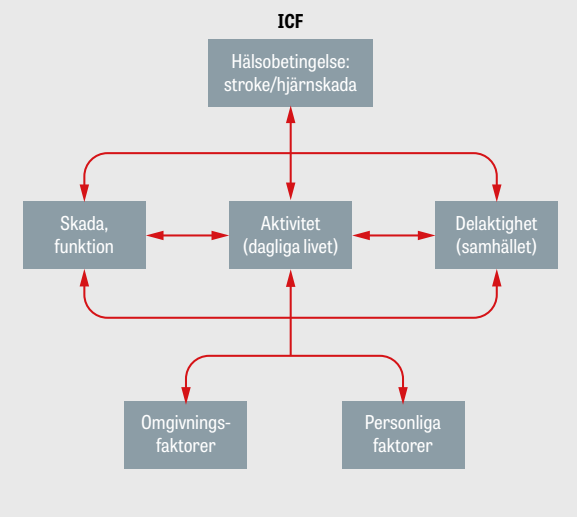
Principer, vårdformer och organisation

Strokerehabilitering är en process där teamet stödjer personen att återfå förmåga, uppnå ett optimalt utnyttjande av kvarvarande förmåga samt få goda villkor för ett självständigt liv och aktivt deltagande i samhällslivet [9]. Strokerehabilitering utnyttjar hjärnans plasticitet och spontana återhämtningsförmåga, förebygger medicinska och sociala komplikationer och stödjer den psykologiska återhämtningsprocessen (Figur 2). Strokerehabiliteringen kombinerar och samordnar medicinska, omvårdnadsmissiga, pedagogiska, psykologiska, sociala, tekniska och arbetslivs-

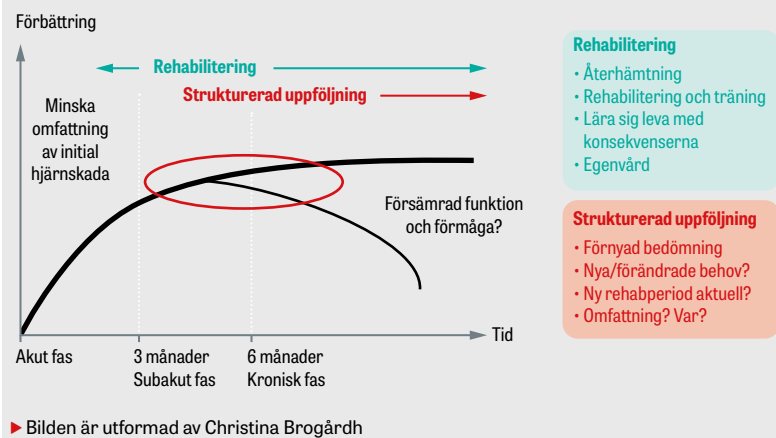
HUVUDBUDSKAP

- Strokerehabilitering har olika faser, då behovet varierar mellan individer och över tid. Olika kompetenser och metoder måste samordnas längs hela vårdkedjan.
- Det finns stark evidens för teambaserad strokevård och rehabilitering i akut och subakut fas samt beprövad erfarenhet av teambaserad rehabilitering i senare skede.
- Tidig understödd utskrivning från sjukhus med rehabilitering i hemmet (early supported discharge, ESD) rekommenderas för personer med lindrig till måttlig stroke.
- Stroke är en kronisk sjukdom. Livslång strukturerad uppföljning med fokus på medicinsk behandling, livsstilsfaktorer, psykiskt och fysiskt mående, aktivitetsförmåga och delaktighet är nödvändig.

FIGUR 1. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (International classification of functioning, disability and health, ICF) – en schematisk skiss över interaktionen mellan olika faktorer och komponenter



FIGUR 2. Processen för rehabilitering efter stroke



► Bilden är utformad av Christina Brogårdh

inriktade åtgärder. Eftersom stroke kan förekomma i alla åldrar och under alla faser i livet behöver omhändertagandet anpassas till hjärnskadans typ och omfattning, men också till den drabbades och närståendes behov och preferenser.

Rehabilitering är, i tillägg till omvårdnad och medicinsk behandling, en central del av strokevården. Rehabilitering som behandlingsform är ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvården inom kommun och region samt för öppen- och slutenvård, och den involverar flera olika yrkeskategorier, ofta med ett teambaserat arbetssätt som grund. Vårdkedjan för stroke i Sverige är fragmenterad och varierar inom landet [10].

Vårdnivån för strokerehabilitering (specialistvård eller primärvård) avgörs av patientens behov, graden av evidens för olika vårdformer, åtgärder och interventioner samt av hur den lokala vårdkedjan är organiserad.

Strokerehabilitering på sjukhus. Strokerehabiliteringen börjar i samband med insjuknandet och är en integrerad del av behandlingen på strokeenheten. Det finns god evidens för teamarbete vid inläggande vård som omfattar både akut strokeenhet och vård på rehabiliteringsenhet (Fakta 1). Det multidisciplinära teamarbetet är en mycket viktig komponent i strokeenhetens vård, och samverkan mellan olika professioner är helt avgörande för optimal vård och rehabilitering. Forskning har visat att vård på strokeenheten är avgörande för hur en person mår en lång tid efter sin stroke, och de som vårdats på strokeenhet uppnår bättre funktion och aktivitet än de som vårdats på vanlig vårdavdelning [1]. Efter vården på strokeenheten kan regionfinansierad eftervård bli aktuell, men i Sverige utgör den en mycket liten del av den totala vårdtiden på sjukhus [5]. Tillgången till strokerehabilitering i geriatrikens regi varierar mycket inom lan-

det. När det gäller rehabiliteringsmedicin är det företrädesvis patienter med mer komplexa skador och livssituationer som är aktuella, till exempel mycket unga personer, personer med föräldransvar, yrkesarbete med flera. För patienter som inte kan skrivas ut direkt till ordinarie boende kan fortsatt vård och rehabilitering i kommunal regi bli aktuell.

Strokerehabilitering i hemmet och närmiljön. Mer än hälften av alla strokepatienter i Sverige skrivs ut från strokeenheten direkt till hemmet [5], och kommunerna har en central roll i rehabiliteringen där [11, 12]. Specialistsjukvård i hemmet kan bli aktuell i form av ESD (early supported discharge), det vill säga tidig understödd utskrivning från sjukhus med rehabilitering i hemmet.

ESD är en evidensbaserad vårdform för personer med lindrig till måttlig stroke [1, 13, 14]. ESD-teamet är multidisciplinärt med expertis inom stroke och har uppdraget att koordinera utskrivning från sjukhuset och utföra individuell rehabilitering i hemmet. ESD-teamet utgår i regel från sjukhusets strokeenhet och består av arbetsterapeut, fysioterapeut samt läkare och har tillgång till sjuksköterska, logoped och kurator. Rehabiliteringens längd, frekvens och val av träningsaktiviteter utgår från personens individuella behov och målsättning. Patienten och närstående deltar i planering av rehabiliteringsåtgärder och målsättningar. Teamet träffas regelbundet för planering och samordning av åtgärder samt uppföljning av målsättningar [15]. Rehabilitering enligt ESD [4] omfattar uppgiftsspecifik träning av bland annat aktiviteter i det dagliga livet, förflyttningar, motorik, balans och strategier för hantering av hjärntrötthet, men omfattar även information samt psykologiskt stöd till patienter och anhöriga.

Strokerehabilitering i öppenvård. I senare skede rekommenderas teambaserad vård och rehabilitering, men det finns ingen evidens för hur teamets sammansättning ska se ut. Beprövad erfarenhet ger stöd för att teambaserad rehabilitering har bättre effekt avseende funktions- och aktivitetsförmåga [1]. Stroke-

FAKTA 1. Team i strokevården

- I de nationella riktlinjerna för stroke och TIA skriver man att »strokeenhetens multidisciplinära team innefattar kompetens inom medicin (läkare), omvårdnad (sjuksköterska och undersköterska) och rehabilitering (fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och logoped) samt har tillgång till dietist och psykolog (helst med neuropsykologisk inriktning)« [1].
- Beroende på vårdnivå och huvudman ser teamet olika ut genom vårdkedjan, både avseende vilka professioner som ingår och hur teamet är organiserat samt hur det arbetar tillsammans (se filmen »Att arbeta i team vid stroke« på https://play.umu.se/media/t/O_4bvp00ls).
- Regelbundna teammöten samt en planerad och strukturerad utskrivning av patienter är delar av arbetssättet [1]. Samarbete och samverkan mellan professionerna är en framgångsfaktor för ett fungerande teamarbete inom den egna verksamheten och mellan vårdgivare [22].
- För att patientens väg genom vården ska vara trygg och säker behöver vården tillse sömlösa överlämningar med överlappning både mellan professioner och vårdnivåer och mellan huvudmän.
- I vårdförloppet [4] finns länkar till de flesta filmade föreläsningar som ingår i den webbaserade strokekompetensutbildningen Webb-SKU.

rehabilitering i öppenvård består huvudsakligen av insatser på poliklinik eller i dagvårdsform. En del av patienterna i eget boende behöver rehabiliteringsinsatser via primärvården. Denna är en mycket viktig aktör och har tillgång till läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer, dietister och i vissa regioner logoped. Rehabiliteringsmedicin kan erbjuda rehabiliteringsbedömningar på specialistnivå och rehabilitering i öppenvård, företrädesvis för patienter med komplexa skador och livssituationer som behöver tillgång till ett komplett interdisciplinärt team. Flera aktörer utanför sjukvården ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i nära samarbete med sjukvården. Rehabkoordinatorer är viktiga aktörer, särskilt för de patienter som har längre/komplexa sjukskrivningar [16]. Förmågan att köra bil kan ha stor betydelse för den enskildes rehabilitering, men ansvaret för och tillgången till bedömning av körförmåga varierar inom landet, vilket kan vara ett hinder i rehabiliteringen.

Metoder. Rehabiliteringsprocessen förutsätter att personen är motiverad och kan sätta upp mål. De personcentrerade interventionerna måste kombineras och samordnas av olika professioner och mellan olika vårdnivåer och huvudmän med utgångspunkt från den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Åtgärderna ska vara inriktade på realistiska mål och delmål förankrade i personens verklighet, och de ska vara tidsbegränsade. Rehabiliteringsplanen är central i processen [9].

Hörnstenarna i rehabilitering är

- att eliminera eller reducera smärta, depression och andra symtom och tillstånd som kan hindra rehabiliteringsprocessen
- att träna funktioner (fysiska och kognitiva) och aktiviteter relaterade till det dagliga livet, yrket eller fritiden
- att lära och implementera strategier för energibalans och kompensation, inklusive användning av hjälpmedel

- att ge adekvat stöd för att klara en förändrad livssituation och kunna uppnå samt bibehålla en hälsosam livsstil [4].

Träning är en viktig del av rehabiliteringsprocessen, men är inte den enda komponenten. I stödmaterialet för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp vid stroke och TIA med fokus på fortsatt vård och rehabilitering finns detaljerade beskrivningar av åtgärder för att förbättra sväljförmåga (nutrition), tal, språk och kommunikation (kognition och perception), emotionella funktioner, psykosociala situationer och nätverk samt åtgärder för att minska fatigue; förbättra rörelse- och förflyttningsförmåga och främja vardagliga aktiviteter, arbete, fritid och hälsosamma levnadsvanor [4]. De nationella riktlinjerna sammanfattar evidens- och prioriteringsgraden av olika åtgärder [1].

Träning av funktion och/eller aktivitet bör vara uppgiftsspecifik, individualiserad och bedrivs i rätt tid under den akuta, subakuta och kroniska fasen. Träningen bör också bedrivs på rätt plats och i rätt miljö (inom slutenvård, hemmet eller öppenvård) och med aktiviteter som är meningsfulla för personen.

Träning förutsätter kontinuitet, repetition och hög belastning i den utsträckning personen orkar. Träningen ska vara målinriktad med realistiska tidsbegränsade mål som är förankrade i personens vardag. Träning av aktiviteter ska löpa som en röd tråd genom rehabiliteringsprocessen, från träning av personliga aktiviteter i det dagliga livet på strokeenheten till arbetsträning och träning av fritidsaktiviteter senare i vårdkedjan.

Eftersom tillståndet är livslångt är det viktigt med möjlighet till förnyad bedömning och vid behov nya träningsperioder [9]. Det är viktigt att informera, träna och uppmuntra till egenvård, såsom goda levnadsvanor, fysisk aktivitet [4, 17] samt vardagsrehabilitering, för att upprätthålla funktions- och aktivitetsnivå [4, 11].

»Återkommande uppföljning behöver fortsätta livet ut, eftersom behov av rehabiliteringsinsatser kan återkomma eller nya behov uppstå ...«

Närstående ska erbjudas information, praktisk handledning och i förekommande fall adekvat stöd under krisbearbetning samt möjlighet till avlastning genom olika bistånd enligt socialtjänstlagen. Kommunernas anhörigstöd och brukarorganisationerna kan vara av stor betydelse [4].

Strukturerad uppföljning

De nationella riktlinjerna för vård vid stroke från 2020 [1] rekommenderar återkommande och strukturerad uppföljning av sekundärprevention, funktions-

förmåga och möjlighet till delaktighet. Återkommande uppföljning behöver fortsätta livet ut, eftersom behov av rehabiliteringsinsatser kan återkomma eller nya behov uppstå. Likaså finns behov av uppföljning av levnadsvanor som påverkar risken för stroke och av den förebyggande läkemedelsbehandlingen, som vanligen är livslång (se artikeln »Förebyggande behand-

»Beprövad erfarenhet ger stöd för att teambaserad rehabilitering har bättre effekt avseende funktions- och aktivitetsförmåga.«

ling efter ischemisk stroke/TIA har effekt« i detta temanummer).

I vårdförloppet [4] finns exempel på systematisk uppföljning med hjälp av poststroke-checklistan, som är en enkel och lättanvänd checklista med syfte att identifiera besvär som kräver remittering och uppföljning [18]. Listan med sina 11 punkter togs fram av Global Stroke Community Advisory Panel (GSCAP) och World Stroke Organisation (WSO) och har översatts till svenska [19]. Den har utvecklats till en version med 14 punkter som är testad i Sverige [20] och har ytterligare utvecklats av Nationella arbetsgruppen för stroke [21]. Tanken är att checklistan ska vara ett hjälpmedel för att identifiera hälsoproblem som är vanliga efter

stroke. Vem i teamet som går igenom checklistan med patienten och dennes närstående spelar mindre roll; det viktiga är att eventuella problem identifieras och åtgärdas av den i teamet som är bäst lämpad eller genom hänvisning till adekvat profession och instans. Till exempel blir problem med läkemedelsbiverkningar eller förskrivning av förebyggande behandling en fråga för läkare och behov av inkontinenshjälpmedel en fråga för sjuksköterska, medan förflyttningsproblem kan kräva insatser av fysioterapeut och nedsatt aktivitetsförmåga på grund av hjärntrötthet kan kräva insatser av arbetsterapeut. Smärtproblematik och spasticitet kan vara en fråga för läkare avseende läkemedelsförskrivning eller botulinumtoxininjektioner, men kan också kräva fysioterapeutinsatser. Kommunikationsproblem kan kräva logopedinsatser.

Precis som det akuta omhändertagandet och den akuta och subakuta rehabiliteringen kräver även den långsiktiga rehabiliteringen återkommande teaminsatser.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att rehabilitering efter stroke har olika faser, och behovet varierar mellan individer och över tid. För att kunna möta olika behov krävs olika kompetenser och metoder, och även dessa varierar mellan individer och över tid och måste samordnas längs hela vårdkedjan.

Eftersom stroke är en kronisk sjukdom finns ett behov av livslång strukturerad uppföljning med fokus inte bara på medicinsk behandling utan även på livsstilsfaktorer, psykiskt och fysiskt mående samt aktivitetsförmåga och delaktighet. ◉

◉ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2023;120:23060*

REFERENSER

- Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Artikelnr 2020-1-6545. p. 727.
- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcenterade och sammanhållna vårdförlopp. 19 mar 2021. p. 40. <https://skr.se/download/18.2e7affc-f188ae8d2336b23d/1686657218909/generisk-modell-rehabilitering.pdf>
- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Personcenterat och sammanhållet vårdförlopp. Stroke och TIA - tidiga insatser och vård. Stockholm: Sveriges regioner i samverkan; 2020. https://d2fluigs-l7escs.cloudfront.net/external/vardforlopp-strokeochTIA_2020-05-15.pdf
- Personcenterat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering. Stockholm: Sveriges Kommuner och regioner, Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård; 2022.
- Riksstroke. Stroke och TIA. Riksstrokes årsrapport för 2021 års data. https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2022/11/Riksstroke_Arsrapport_2021.pdf
- Zhan J, Zhang P, Wen H, et al. Global prevalence estimates of poststroke fatigue: a systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke*. Epub 27 nov 2022. doi:10.1177/17474930221138701.
- Hinkle JL, Becker KJ, Kim JS, et al; American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Poststroke fatigue: emerging evidence and approaches to management: a scientific statement for health-care professionals from the American Heart Association. *Stroke*. 2017;48(7):e159-70.
- Westerlind E, Persson HC, Eriksson M, et al. Return to work after stroke: a Swedish nationwide registry-based study. *Acta Neurol Scand*. 2020;141(1):56-64.
- Lexell J, Rivano-Fischer M. Rehabiliteringsmetodik. Lund: Studentlitteratur; 2017.
- Hu X, Stibrant Sunnerhaagen K. Vårdkedjan för strokerehab - så kan den bli kostnadseffektiv. *Läkartidningen*. 2021;118:20230.
- Rehabilitering i hemmet. En kartläggning av rehabilitering i hemmet och dess effekter på individ, närstående och verksamhet. Stockholm: Sveriges Kommuner och regioner; 2023. p. 69.
- Hälso- och sjukvård i hemmet. Kunskapsstöd för personcenterad vård och rehabilitering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Artikelnr 2023-3-8458.
- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Riktlinje för tidig understödd utskrivning från sjukhus med rehabilitering i hemmet efter stroke - Early supported discharge (ESD). Version 3. 12 mar 2022. <https://d2fluigs-l7escs.cloudfront.net/external/Riktlinje-for-tidig-understodd-utskrivning-fran-sjukhus-med-rehabilitering-i-hemmet-efter-stroke.pdf>
- Langhorne P, Baylan S. Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(7):CD000443.
- Langhorne P, Holmqvist LW. Early supported discharge after stroke. *J Rehabil Med*. 2007;39(2):103-8.
- Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och regioner; 2023.
- Dohrn M, Jansson E, Börjesson M, et al (redaktörer). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (Fyss 2021). Stockholm: Läkartidningen Förlag; 2021.
- Philp I, Brainin M, Walker MF, et al; Global Stroke Community Advisory Panel. Development of a poststroke checklist to standardize follow-up care for stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2013;22(7):e173-80.
- Kjörk EK, Carlsson G, Stibrant Sunnerhagen K, et al. Experiences using the poststroke checklist in Sweden with a focus on feasibility and relevance: a mixed-method design. *BMJ Open*. 2019;9(5):e028218.
- Ullberg T, Månsson K, Berhin I, et al. Comprehensive and structured 3-month stroke follow-up using the post-stroke checklist (the Struct-FU study): a feasibility and explorative study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021;30(2):105482.
- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Riktlinje för uppföljning efter stroke och TIA - Post-stroke-checklistan. Nationell arbetsgrupp (NAG) Stroke. Version 3. 12 mar 2022. p. 4. <https://d2fluigs-l7escs.cloudfront.net/external/Riktlinje%20f%C3%B6r%20uppf%C3%B6ljning%20efter%20stroke%20och%20TIA%20med%20bilaga.pdf>
- Eriksson K, Persson HC, Reinö A, et al. Stroke. I: Ozanne A, Zelano J (redaktörer). *Teamarbete i neurologisk vård*. Lund: Studentlitteratur; 2023. s. 373.

SUMMARY

Rehabilitation of stroke in a »chain of care« perspective

Rehabilitation is a key aspect of the treatment of stroke patients, both acute and in later phases.

The patients' needs varies between individuals and over time. Several skills and methods and different professionals working together in teams, as well as coordination along the entire chain of care, are required in order to meet those different needs.

Early supported discharge, ESD, is recommended for patients with mild to moderate stroke.

Stroke is a chronic disease requiring lifelong structured follow-up focusing not only on medical treatment but also on lifestyle, mental and physical well-being and activity and participation.