



POST-STROKE CHECKLISTA (PSC)

FÖRBÄTTRA LIVET EFTER STROKE



Post-Stroke Checklistan (PSC) är framtagen för att hjälpa vårdgivare att identifiera problem 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 problem hos personer med stroke och utgör en vägledning för adekvat remittering 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.

1. SEKUNDÄRPREVENTION

Har du, sedan din stroke eller senaste undersökning, 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)

Upplever du, sedan din stroke eller senaste undersökning, att du har <u>svårare</u> att klara dig själv?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Har du svårt att klä dig, tvätta dig och/eller duscha själv? Har du svårt att laga varm dryck och/eller mat? Har du svårt att ta dig utomhus?

3. RÖRLIGHET

Upplever du, sedan din stroke eller senaste undersökning, att du har <u>svårare</u> att gå eller förflytta dig säkert från säng till stol?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Får du fortlöpande rehabiliteringsinsatser?

4. SPASTICITET

Upplever du, sedan din stroke eller senaste undersökning, en <u>ökad</u> stelhet i armar, händer och/eller ben?	<input type="checkbox"/> NEJ	Följ utvecklingen
	<input type="checkbox"/> JA	Hindrar detta dig i dagliga aktiviteter?

5. SMÄRTA

Upplever du, sedan din stroke eller senaste undersökning, någon <u>ny</u> smärta?	<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

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

7. KOMMUNIKATION

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

8. SINNESSTÄMNING

Känner du, sedan din stroke eller senaste undersökning, <u>mer</u> oro eller nedstämdhet?	<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, sedan din stroke eller senaste undersökning, att du har <u>svårare</u> att tänka, koncentrera dig eller minnas?	<input type="checkbox"/> NEJ →	Följ utvecklingen	
	<input type="checkbox"/> JA →	Hindrar detta dig från att delta i dagliga 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

Har du, sedan din stroke eller senaste undersökning, märkt av att saker som är viktiga för dig blivit <u>svårare</u> att genomföra (t ex fritidsaktiviteter, hobbies, 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 Stroke-föreningen, Afasiföreningen, NHR och DHR)

11. FAMILJEFÖRHÅLLANDEN

Upplever du, sedan din stroke eller senaste undersökning, att ditt förhållande till din familj blivit <u>mer</u> komplicerat eller stressfyllt?	<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 stödförening för personer som haft stroke (enligt ovan)