



Helsedirektoratet

Deres
ref.:17/319

Vår ref.: 17/2628

Dato: 1.8.2017

Innspill til eksten høring - Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag

Det vises til Direktoratets brev oversendt 2. mai 2017.

Innledningsvis følger generelle bemerkninger til direktoratets forslag til retningslinje. Kommentarer til enkeltpunkter er oppsummert i tabellen som er vedlagt.

Legeforeningen ønsker velkommen en oppdatering av retningslinjen. Spesielt er innskjerping av anbefalingene om innleggelse og rask diagnostikk i form av ultralyd halskar (evt. CTA) for å utelukke symptomgivende carotisstenose på høy tid.

Legeforeningen mener at det er svært viktig at enhver hjerneslag/TIA-pasient får riktig tilbud på rett sted til rett tid. I dag er det store forskjeller i rehabiliteringstilbudet og mange pasienter melder at de ikke får det de har krav på.

Generelt sett opplever vi at det er for svake anbefalinger relatert til rehabiliteringsbehov gjennom hele kapittel 4. Begrepet «bør» brukes gjennomgående, også der det dreier seg om lovpålagte tjenester. Legeforeningen frykter dette vil føre til at pasienter ikke får det rehabiliteringstilbudet de har rett til i etterkant av et hjerneslag. Derfor er det viktig at Nasjonal faglig retningslinje er tydeligere i sine anbefalinger. "Bør" anbefales byttet ut med "skal" der det handler om lovpålagte tjenester.

Selv om geografiske faktorer vil kunne gi forskjeller spesielt i den prehospital transporten og tid fram til oppstart av akuttbehandling, bør dette optimaliseres så langt det er mulig. Målet må være at akutt behandling, rehabilitering i tidlig og sen fase og kontrollopplegg må være av samme kvalitet uavhengig av bosted.

Legeforeningen vil dessuten understreke at selv om antallet barn og unge som får hjerneslag er lavt, er dette en gruppe med spesielle behov. Oftest vil ikke disse inngå i slagforløpene og behandling og utredning kommer derfor i gang for sent.

Legeforeningen finner retningslinjen noe voluminøs til tross for føringen om å redusere antall nasjonale anbefalinger. Derfor er det ønskelig med en kortversjon av retningslinjen for anvendelse i den kliniske hverdagen. Fullversjonen på 236 sider kan benyttes til oppslag ved behov. Det er også nødvendig at retningslinjen gjøres tilgjengelig og publiseres på ulike eksisterende og fremtidige digitale plattformer.

En nasjonal retningslinje må, fordi den ofte kommer i etterkant av tidkrevende kunnskapsoppsummeringer, kunne suppleres med mer dynamiske retningslinjer som for eksempel anbefalinger i NevroNel der man i noen tilfeller går lengre enn anbefalinger i retningslinjene, f eks ved trombolyse ved wake-up stroke. Legeforeningen stiller spørsmål ved om det er nødvendig at det brukes store ressurser på å lage detaljerte, norske retningslinjer som publiseres lenge etterpå når det foreligger internasjonale og godt etablerte retningslinjer. Som et eksempel på en nyttig og kortfattet retningslinje nevnes retningslinjen for multippel sklerose som både er god og anvendelig i sin knapphet.

Retningslinjen er ikke nyansert nok på hva som defineres som hjerneslag i forskjellige situasjoner. Behandlingen av subarachnoidalblødninger (SAH) er ikke lik behandlingen av intracerebrale infarkter eller blødninger (ICH). SAH er ikke en uvanlig tilstand og burde vært omtalt i et eget kapittel i høringsforslaget med fokus på utredning, behandling og oppfølging. Videre er det viktig å bemerke at operativ behandling av hjerneslag utføres ved alle de nevrokirurgiske enhetene i Norge. Henvisningspraksis varierer en del. De nye retningslinjene burde inneholde en ryddig oversikt over når en nevrokirurgisk enhet skal kontaktes, samt hastegraden.

Legeforeningen vil for øvrig vise til en den norske carotisstudien som ble publisert høsten 2017. (*The National Norwegian Carotid Study; Time from Symptom Debut to Surgery is too long, giving additional Neurological Events.* [http://www.ejves.com/article/S1078-5884\(16\)30298-2/abstract](http://www.ejves.com/article/S1078-5884(16)30298-2/abstract)). I denne studien fremkommer det at tiden fra symptomdebut til operasjon er for lang, og at flere pasienter opplever ytterligere nevrologiske symptomer i påvente av utredning og kirurgisk behandling. Studien viser at vi i Norge har flere utfordringer for å klare å følge de europeiske retningslinjene for behandling av symptomgivende carotisstenose innen 14 dager fra symptomdebut. De europeiske retningslinjene er planlagt oppdatert høsten 2017.

Den norske legeforeningens sentralstyre

Marit Hermansen
President

Vedlegg: Merknader til punkter i retningslinjen

Vedlegg: Merknader til punkter i retningslinjen

Kapittel	1. Behandlingskjeden ved hjerneslag	Merknader fra Den norske legeforening
<i>Anbefalinger</i> :		
1	Organisering av behandlingskjeden ved hjerneslag	
2	Organisering av prehospitale tjenester	
3	Prehospital varsling- trombolyse-alarm, trombolyseteam	
4	Organisering av sykehusbehandlingen ved akutt hjerneslag	
5	Organisering av oppfølging med tidlig støttet utskrivning	
6	Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	
7	Organisering av langtidsoppfølging etter hjerneslag	Akutt innleggelse bør være hovedregel ved TIA, og poliklinisk behandling er kun en tidsforsinkende faktor. Poliklinisk behandling bør bare tilbys der hvor pasienter ikke opplever nye nevrologiske symptomer, og hvor en full nevrologisk undersøkelse inkludert UL halskar kan utføres innen 1 – 2 døgn fra første symptom.
8	Spesialiserte slagsentra	
9	Organisering av behandlingen for pasienter med TIA	
10	Kontroll etter gjennomgått hjerneslag/TIA	Kontroll etter gjennomgått hjerneslag/TIA. En konkretisering av hvilke pasientkategorier som vil ha nytte av versus ikke nytte av kontroll etter 1-3 måneder kunne gjerne være spesifisert.
Kapittel	2. Akuttfasen – undersøkelse og behandling ved hjerneslag	
Underkap	Prehospital fase behandling under transport	
<i>Anbefaling:</i>		
1	Overvåkning under transport	
Underkap	Diagnostikk og behandling i akuttmottak	
<i>Anbefaling:</i>		
1	Diagnostikk og behandling i akuttmottak ved symptomer på akutt hjerneslag	
Underkap	Bilediagnostikk	

<i>Anbefalinger:</i>		
1	Øyeblikkelig bildediagnostikk ved akutt hjerneslag	Når CTA eller MRA først tas, så vil det være av verdi å inkludere halskar i denne undersøkelsen som standard prosedyre. Dette vil redusere tidsforløpet fra symptomdebut til endelig behandling ved symptomgivende carotisstenose. I de tilfeller en er i tvil om carotisstenosen er signifikant, så kan man supplere med en UL halskar i etterkant av CTA.
2	Bildeundersøkelse av intrakraniale kar hos pasienter med akutt hjerneblødning	
3	Kontroll bildeundersøkelse hos pasienter med akutt hjerneinfarkt og hjerneblødning	
4	Ultralydundersøkelse av karsystemet	Anbefalingen må endres til at ultralyd av halskar skal gjøres hos pasienter med hjerneslag/TIA. I tillegg bør kravet skjerpes ytterligere ved at det skal utføres innen 1-2 døgn.
5	Ultralydundersøkelse av hjertet ved akutt hjerneinfarkt og TIA	
Underkap		
Reperfusjonsbehandling og antitrombotisk behandling av akutt hjerneinfarkt		
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Trombolytisk behandling av pasienter med akutt hjerneinfarkt	Det er positivt at aldersgrensen på 80 år er tatt bort for trombolytisk behandling ved hjerneinfarkt, i tråd med gjeldende praksis.
2	Trombektomi	
3	Platehemmende behandling ved akutt hjerneinfarkt	
4	Antitrombotisk behandling ved akutt hjerneinfarkt og atrieflimmer	
5	Antitrombotisk behandling etter trombolysbehandling	
6	Antitrombotisk behandling med dobbelt platehemming ved akutt TIA/hjerneinfarkt	
Underkap		
Transitorisk iskemisk anfall (TIA)		
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Behandling av pasienter med TIA	Det vises til avsnittet som begynner med "Tid for symptomdebut: Dersom det er mer enn 6 dager siden....osv". Dette er ikke i tråd med de anbefalte, europeiske retningslinjene, og vil ytterligere

		forsinke diagnostikk og endelig behandling. NKKF ønsker at dette kravet skjerpes ytterligere, spesielt så lenge man er innenfor de anbefalte 14 dager for behandling av symptomgivende carotisstenose.
Underkap	Overvåking og kontroll ved akutt hjerneinfarkt	
Anbefalinger:		
1	Monitorering av fysiologiske parametre ved hjerneinfarkt	<i>Monitorering av fysiologiske parametre ved hjerneinfarkt.</i> Her er det anført at det bør gjøres minst 24 timers monitorering, og det henvises til den europeiske retningslinjen. Vi vil stille spørsmål ved hvor hensiktsmessig det er at man publiserer detaljert anbefaling på dette. I stedet for å gi en konkret anbefaling som avviker fra europeisk retningslinje, vil det trolig være likeså hensiktsmessig å anbefale grundig utredning med tanke på hjerterytme, og nevne at flere typer langtids hjerterytmemonitorering er aktuelle. Poenget er at det gjøres lang registrering av hjerterytme ved embolisk betingede hjerneinfarkter og TIA der det ikke er avdekket arterie-til-arterie emboli eller annen årsak.
2	Oksygentilførsel ved akutt hjerneinfarkt	
3	Væskebehandling ved akutt hjerneinfarkt	
4	Blodtrykkskontroll i akuttfasen ved hjerneinfarkt	
5	Behandling av feber ved hjerneinfarkt	
6	Behandling av hyperglykemi ved akutt hjerneinfarkt	
7	Svelgetesting ved akutt hjerneslag	
8	Hjerterytmemonitorering hos pasienter med hjerneinfarkt	
Underkap	Overvåking og behandling av akutt hjerneblødning	
Anbefalinger:		
1	Monitorering av fysiologiske parametre ved hjerneblødning	
2	Hemostatisk behandling ved akutt hjerneblødning	
3	Akutt blodtrykksreduksjon ved akutt	

	hjerneblødning	
4	Oksygentilførsel ved akutt hjerneblødning	
5	Væsketilførsel ved akutt hjerneblødning	
6	Behandling av feber ved hjerneblødning	
7	Behandling av hyperglykemi ved akutt hjerneblødning	
8	Svelgetesting ved akutt hjerneslag	
9	Hjerterytmemonitering ved akutt hjerneblødning	
10	Kirurgisk behandling ved akutt hjerneblødning	
Underkap	Komplikasjoner – Forebygging og behandling	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Tidlig mobilisering etter hjerneslag	
2	Utredning og behandling ved svelgevansker etter akutt hjerneslag	
3	Utredning og behandling av lungeinfeksjoner ved akutt hjerneslag	
4	Utredning og behandling av urinveisinfeksjoner ved akutt hjerneslag	
5	Behandling av krampeanfoll ved akutt hjerneslag	
6	Forebygging og behandling ved delir hos hjerneslagpasienter	
7	Forebygging og behandling av DVT hos pasienter med akutt hjerneslag	
8	Håndtering av paretisk arm hos slagpasienter forebygger smerter og skade	
Underkap	Slagenheter	<p>Behandling i slagenhet er fremdeles den eneste behandlingen som medfører lavere dødelighet etter akutt hjerneslag. Det er positivt med konkrete bemanningsnormer for slagenheter, men det fremkommer ikke hva som er grunnlaget for disse anbefalingene. Det bør kartlegges hvor mange slagenheter som oppfyller den foreslåtte bemanningsnormen, for eksempel via Hjerneslagregisteret.</p> <p>Sertifisering av slagenheter bør vurderes. Kriterier kan være minimumskrav til bemanning, radiologikapasitet og antall trombolysе-vurderinger og –behandlinger.</p>

		Spesialiserte slagsentra og trombektomi: «...det sannsynligvis bør etableres minst ett slikt senter i hver helseregion, og i noen regioner med store geografiske avstander muligens flere.» Her kunne forslag til kriterier for å etablere intervensjonssenter være tydeligere spesifisert. Nasjonal og regional strategi er ikke endelig bestemt, og det er viktig at retningslinjen oppdateres i tråd med oppdateringer.
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Behandling i slagenhet	
Uderkap	Spesielle tilstander, økt intrakranielt trykk, disseksjoner og sinusvenetrombose	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Behandling av økt intrakranielt trykk	
2	Disseksjoner – antitrombotisk profylakse de første tre måneder ved akutt hjerneinfarkt	
3	Antikoagulasjonsbehandling ved sinusvenetrombose (SVT)	
Kapittel	3. Sekundærforebygging – undersøkelse og behandling ved hjerneslag	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Utredning for sekundærforebygging	
2	Rytmemonitorering hos pasienter med hjerneinfarkt/TIA	
Uderkap	Antitrombotisk behandling	Klopidogrel (kapittel 3.1). «Klopidogrel godkjennes for refusjon bare etter søknad...» Dette stemmer ikke lenger, da klopidogrel har fått godkjenning på blå resept for hjerneinfarkt
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Platehemmende behandling hos pasienter med hjerneinfarkt eller TIA	
2	Antitrombotisk behandling etter hjerneinfarkt/ TIA i tilknytning til et hjerteinfarkt	
3	Antitrombotisk behandling etter hjerneinfarkt/ TIA i tilknytning til et	

	hjertesvikt	
4	Antitrombotisk behandling ved hjerneinfarkt /TIA og mekaniske hjerteklaffepoteser	
5	Antitrombotisk behandling ved hjerneinfarkt/TIA og strukturell hjertesykdom som PFO, biologiske klaffepoteser, aorta- eller mitralklaffefeil	
6	Antikoagulasjon hos pasienter med hjerneinfarkt/ TIA og atrieflimmer	
7	Platehemmende behandling etter hjerneblødning	
8	Antikoagulasjonsbehandling hos pasienter med hjerneblødning og atrieflimmer	
Underkap	Blodtrykkssenkende behandling	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Legemiddelbehandling av høyt blodtrykk etter hjerneslag / TIA.	
2	Råd og veiledning om levevaner som optimaliserer blodtrykket etter hjerneslag eller TIA	
Underkap	Lipidsenkende behandling	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Råd og veiledning om levevaner som bedrer lipidprofilen etter hjerneinfarkt eller TIA	
2	Behandling med lipidsenkende legemidler etter hjerneinfarkt/ TIA	
3	Lipidsenkende behandling etter hjerneblødning	
Underkap	Sekundærforebygging ved karotisstenose	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Behandling av symptomatisk karotisstenose etter hjerneslag/TIA)	<p>Dnlf ønsker å komme med tilleggsanbefaling om at:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Symptomatisk carotisstenose bør opereres innen 14 dager (bør stå i hovedpunkt) •Behandling av symptomatisk carotisstenose skal være i henhold til anbefalte, europeiske retningslinjer •Avsnittet i hovedpunktet "Behandling av symptomatisk karotisstenose etter hjerneslag/TIA»; Endarterektomi

		<p>(åpen kirurgi) kan vurderes på individuell basis hos selekterte personer med moderat stenose og høy risiko for hjerneinfarkt, forutsatt komplikasjonsrate < 3 %. SIGN 1a. Aktuelle avsnitt gir et feil inntrykk av komplikasjonsgrensen.</p> <p>Dette bør omformuleres slik at det er bedre tilpasset utdypende tekst. I hovedavsnittet erstatte overnevnte setning med: Behandlingseffekten er avhengig av at komplikasjonsraten ikke overstiger 6 %.</p>
Underkap	Levevaner	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Alkoholforbruk hos pasienter med hjerneslag	
2	Røyking etter hjerneslag / TIA	
3	Fysisk trening for forebygging av nye hjerneslag etter hjerneslag/TIA	
Kapittel	4. Rehabilitering etter hjerneslag	
Underkap	Organisering av slagrehabilitering	
<i>Anbefalinger:</i>		<p>I Opptappingsplan for Rehabilitering 2017-2019 fremkommer det et tydelig krav til både 1. og 2. linjetjenesten om tilgjengelige og gode behandlingstilbud tilpasset pasientens behov. Mange har livslangt behov. I dag er det alt for store, geografiske forskjeller i rehabiliteringstilbud. Mange pasienter melder tilbake at de ikke får tilbud de har krav på både i 1. og 2.-linjetjensten.</p> <p>Vi savner at spesialiteten "Fysisk medisin og rehabilitering" er nevnt i høringsutkastet. Det er den eneste medisinske spesialiteten med spesialisert rehabiliteringskompetanse og som bør være sentral i rehabiliteringsforløpet til de mest komplekse hjerneslagpasientene og inngå i de spesialiserte tverrfaglige teamene.</p>
1	Spesialisert, døgnbasert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	I dette kapitlet bør det fremkomme at dette tilbudet er to-

		<p>delt; sykehusrehabilitering; dvs avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, eller opphold ved privat rehabiliteringsinstitusjon som også er en del av spesialisthelsetjenesten. Vi mener at det bør fremkomme tydeligere hvilke pasienter som har behov for sykehusrehabilitering og hvilke problemstillinger som bør ivaretas ved de private rehabiliteringsinstitusjonene.</p> <p>I samme kapittel er det angitt at en rehabiliteringsenhet i spesialisthelsetjenesten skal tilby og evt. utarbeide individuell plan (IP) for pasienter med behov for langvarige, koordinerte tjenester. Dette er noe upresist og til dels feil. Spesialisthelsetjenesten har plikt til å informere om IP og informere KE om behov, men har ikke krav om å utarbeide IP. Dette kravet ligger i 1. linjetjenesten.</p> <p>Rehabiliteringsplanen som utarbeides i samarbeid med pasienten under opphold i spesialisthelsetjenesten kan dog benyttes som utgangspunkt til en videre individuell plan i 1. linjetjenesten.</p> <p>Videre trekkes i samme kapitel begrepet «høyspesialisert rehabilitering» inn. Dette er ikke et formalisert begrep og det bør dermed avklares nærmere hva man legger i begrepet. Det angis også anbefaling om regional rehabiliteringsavdeling med særskilt kompetanse. Per i dag foreligger det ingen regionale rehabiliteringsavdelinger for hjerneslag, kun for traumatisk hjerneskade og spinale skader. Vi er dog enig i at det kan være riktig at hver region har en avdeling med særlig kompetanse og kapasitet til de mest rehabiliteringsmedisinske komplekse pasientene, og at dette ansvaret bør ligge ved de største universitetssykehusene. Det må da</p>
--	--	---

		<p>tilføres økte midler til de nevnte avdelingene slik at avdelingene har en reell mulighet til å gi et tilstrekkelig godt rehabiliteringsmedisinsk tilbud, da det ofte dreier seg om svært ressurskrevende pasienter.</p> <p><i>Kap 4.1.8 Tilbud om funksjonsvurdering og rådgivning fra spesialisthelsetjenesten til slagrammede, pårørende og kommune i senfasen:</i> Her bør det også her konkretiseres at tilbudet kan ivaretas poliklinisk ved rehabiliteringspoliklinikk, ved private rehabiliteringsinstitusjoner og unntaksvis ved innleggelse i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.</p>
2	Høyspesialisert, døgnbasert rehabilitering ved sjeldne og spesielt kompliserte funksjonsutfall	<i>Kap 4.2.3: Vurdering av behov for tiltak i senfasen:</i> Dette kapitlet bør det fremkomme tydeligere at vedlikeholdstrening skal foregå i 1. linjetjenesten mens det ved nyoppståtte problemer, komplikasjoner eller forverring i funksjon kan henvises til spesialisthelsetjenesten.
3	Tidlig støttet utskrivning hos pasienter med mild til moderat nedsatt funksjonsevne etter hjerneslag	
4	Informasjon og koordinering ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag	
5	Tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten om døgn-, dag- og hjemme rehabilitering	
9	Opplæringstilbud i kommunen til slagrammede med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker	
10	Kartlegging og oppfølging av hjelpemidler etter hjerneslag	
11	Tilbud om funksjonsvurdering og rådgivning fra spesialisthelsetjenesten til slagrammede, pårørende og kommune i senfasen	
Underkap	Prosesser i slagrehabilitering	
Anbefalinger:		
1	Kartlegging og funksjonsvurdering av pasienter som har hatt hjerneslag	

2	Bruk av rehabiliteringsplan ved opptrening etter hjerneslag	
3	Involvering av slagrammede og deres pårørende	
4	Evaluering av rehabiliteringstiltak	
6	Vurdering av behov tiltak i senfasen	
Underkap	Sensorimotoriske forstyrrelser	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Intensiv oppgaverelatert trening hos pasienter med motoriske problemer etter hjerneslag	
2	Trening med høy intensitet av gangfunksjon og/eller balanse	
3	Rehabilitering med oppgaverelatert trening til pasienter med hjerneslag og tilstrekkelig muskelstyrke	
4	Trening av utholdenhet og gange hos slagrammede	
9	Bruk av ankelortoser	
10	Forebygging av fall	
11	CIMT hos pasienter med gjennomgått hjerneslag	
12	Speilterapi ved nedsatt armfunksjon etter hjerneslag	
13	Bilateral armtrening hos pasienter med redusert armfunksjon etter hjerneslag	
14	Tiltak ved spastisitet	
17	Posisjonering av paretisk arm	
18	Behandling av smerte	
20	Bandasjer og elektrisk stimulering ved uttalt ødem	
21	Fysisk aktivitet for å forebygge nye hjerneslag hos pasienter med gjennomgått hjerneslag/TIA	
Underkap	Kognitive vansker	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Screening og eventuell kartlegging av kognitive vansker etter hjerneslag	
2	Tiltak ved oppmerksomhetsvansker etter hjerneslag	
3	Generell stimulering og oppgaverelataert trening hos slagrammede med kognitive vansker	
5	Kompensatoriske teknikker og hjelpemidler ved hukommelsesvansker etter hjerneslag	
6	Bruk av kompenserende teknikker ved svikt i eksekutive funksjoner etter hjerneslag	

7	Intensiv visuell skanning trening hos slagpasienter med neglekt	
8	Strategitrening i tillegg til tradisjonell ergoterapi-intervensjon ved apraksi	
9	Generell stimulering og oppgaverelatert trening for slagpasienter med agnosi eller romretningsvansker	
Underkap	Syn, hørsel og kommunikasjon	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Vurdering av synsfunksjon hos pasienter med hjerneslag, eventuell henvisning til øyelege, optiker, ortoptist og/eller synspedagog	
2	Synsforbedrende tiltak hos pasienter med synsfeltutfall etter hjerneslag	
3	Vurdering av pasienter med funksjonshemmende hørselstap ved øre-/nese-/halslege	
4	Screening for språkvansker av alle pasienter med slag i dominant hemisfære, kartlegging av språk- og talefunksjon	
5	Språktrening	
6	Opplæring i individuelt tilpassede kommunikasjonsstrategier og vurdering av kommunikasjons hjelpemidler hos slagpasienter med store kommunikasjonsvansker	
7	Intensiv språktrening i kronisk fase hos slagpasienter med språkvansker	
8	Rehabilitering for slagpasienter med dysartri	
Underkap	Svelgevansker, ernæring og eliminasjon	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Utredning av svelgevansker og svelgtrening	
2	Tiltak ved Svelgevansker	
3	Kartlegging av vekt og ernæring hos slagpasienter	
4	Tiltak ved blæreforstyrrelser	
7	Kosttiltak, fysisk aktivitet og medikamentell behandling ved obstipasjon	
Underkap	Depresjon og emosjonell labilitet	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Tiltak ved depresejon	Det kan gjerne anbefales bruk av skåringsverktøy ved diagnostikk av depresjon etter hjerneslag, for eksempel HADS og MADRS.

2	Medikamentell behandling av depresjon	
3	Medikamentell behandling av emosjonell labilitet	
4	Psykoterapi ved depresjon	
Underkap	Aktivitet og deltagelse	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Aktivitet og trening etter hjerneslag	
2	Tverrfaglig intervensjon rettet mot personnære aktiviteter i dagliglivet (PADL) etter hjerneslag	
3	Bredt sammensatt rehabiliteringstilbud inkludert ergoterapi mot spesifikke begrensninger i IADL	
4	Mestring av livet etter gjennomgått hjerneslag	
5	Boligtilpasning etter hjerneslag	
6	Slagrammede med behov for hjelp i hjemmet	
7	Tiltak for å komme tilbake i arbeid etter hjerneslag	
8	Førerkort etter hjerneslag	
9	Tiltak for økt sosial deltakelse	
10	Slagrammede og handikapidrett	
11	Oppfølging av slagrammede med begrensninger i sosial deltakelse	
12	Sosiale aktivitets- og fritidstilbud i grupper for slagrammede	
13	Rådgivning om nære relasjoner og samliv	
14	Seksualfunksjon etter hjerneslag	
Underkap	Miljøfaktorer	
<i>Anbefalinger:</i>		
1	Ivaretagelse av de slagrammedes pårørende	
2	Støtte til pårørende til slagrammede som har omsorgsoppgaver	
3	Oppfølging av slagrammedes pårørende i senfasen	
4	Informasjon og opplæring til slagrammede og deres pårørende	
5	Opplæring av pasient og pårørende etter hjerneslag	
6	Informasjon til personer som omgås slagrammede med afasi	