



## Pakkeforløp for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (HØRINGSUTKAST)

### Høringsutkast

# Om pakkeforløpet

## Målsetning

- Godt organiserte, helhetlige, forutsigbare og standardiserte pasientforløp
- Unngå unødige ikke-medisinske begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- God informasjon og økt brukermedvirkning og brukertilfredshet

## Kunnskapsgrunnlag

Pakkeforløp hjerneslag bygger på:

- Kunnskapsgrunnlaget til den reviderte nasjonale retningslinjen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2017),
- Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator IS-2651
- Prioriteringsveiledere
- Pårørendeveileder

## Redaksjonsgruppe

- Bent Indredavik, ekstern faglig leder pakkeforløp hjerneslag, avdelingssjef/professor spesialist i indremedisin, og fysikalsk medisin og rehabilitering, Avdeling for hjerneslag, St Olavs Hospital/ Det medisinske fakultet, NTNU. Leder av Norsk hjerneslagsregister
- Frank Becker, førsteamanuensis / spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, Universitetet i Oslo / Sunnaas sykehus. Helse Sør-Øst
- Inger Johansen, fastlege, spesialist i allmenntilleggsmedisin Phd., Stavern legekonsult. Avd for allmenntilleggsmedisin, HELSAM, UiO
- Yngve Müller Seljeseth, spesialist i indremedisin og geriatri. Seksjonsoverlege slag og alderdomssjukdommar, medisinsk avdeling Ålesund. Klinikk for medisin. Helse Møre og Romsdal HF. Helse Midt-Norge.

Helsedirektoratet ved Liv Hege Kateraas, seniorrådgiver og prosjektleder, og Bjørnar A. Andreassen, seniorrådgiver.

## Ekspertgruppedeltagere

- Arnstein Tveiten, PhD, spesialist i nevrologi, seksjonsoverlege nevrologisk avdeling Sørlandet Sykehus. Helse Sør-Øst
- Cesilie Danielsen, slagsykepleier, nevrologisk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø. Helse Nord
- Ellisiv Mathiesen, professor i nevrologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet og overlege, nevrologisk avdeling, Universitetssykehuset Nord Norge (UNN), Helse Nord.
- Eivind Eliassen, Spesialsykepleier Geriatri, Nordlandssykehuset Vesterålen. Helse Nord
- Guri Hagberg, ph.d.-stipendiat ved Seksjon for geriatri, slag og rehabilitering, Medisinsk avdeling, Bærum sykehus, Vestre Viken, Helse Sørøst
- Halvor Næss, overlege, spesialist i nevrologi og indremedisin. Nevrologisk avd, Haukeland universitetssykehus og professor Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. Helse Vest
- Ulrikke Waaje-Andreassen, overlege nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Helse Vest. (vara for Halvor Næss)
- Hege Ihle-Hansen, Phd/spesialist i indremedisin og geriatri, Oslo Universitetssykehus, Ullevål, seksjon for hjerneslag og Vestre Viken, Bærum Sykehus. Helse Sør-Øst
- Knut Eivind Kjørstad, overlege UNN, Legeforeningen, karkirurgisk forening (UNN)
- Maren Ranhoff Hov, Stiftelsen Norsk Luftambulans

- Anne-Hege Aamodt, Legeforeningen, nevrologisk forening (OUS, Rikshospitalet)
- Ola Yttre, Ambulanseforbundet
- Hild Fjærtøft, Daglig leder Norsk hjerneslagsregister
- Randi Skogseth Stephanie, Registerkoordinator Norsk hjerneslagsregister
- Arild Kjetså, overlege og medisinsk faglig rådgiver, Avdeling for rehabilitering v/Sørlandet sykehus. Helse Sørøst
- Anne Beate Krogh, sosionom, Oslo Universitetssykehus HF Aker sykehus. Helse Sør øst
- Are Dragland, fysioterapeut, ambulant rehabiliteringsteam, klinikk Kirkenes, Finnmarksykehuset. Helse Nord
- Daniel Svendsen, overlege, rehabiliteringsavdelingen, Universitetssykehuset Nord Norge (UNN). Helse Nord.
- Cathrine Arntzen, forskningsgruppeteleder/førstemanuensis, ergoterapispesialist i eldres helse, Institutt for helse-og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Helse Nord
- Eva K. Reiten Bovim, overlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Avd. For fysikalsk medisin og rehabilitering, St. Olavs Hospital. Helse Midt-Norge
- Grethe Dagsvik, Rådgiver, Virksomhet Helsefremming og Innovasjon, Kristiansand kommune. KS
- Kristin Småge, seksjonsleder for sengepost for nevrologi, slag og rehabilitering, Sykehuset i Telemark, Helse Sør øst.
- Gro Aasland, Klinikksjef, Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset i Vestfold. Helse Sør Øst
- Ingrid Holden, Konstituert tjenesteleder. Friskliv og Mestring. Bærum kommune. (KS)
- Ingvild Rosseland, Avdelings fysioterapeut forsterket rehabilitering. Aker Sykehus. Helse Sør Øst
- Laila Gullerud, seksjonsleder ved nevrologisk rehabilitering, AHUS. Helse Sør øst
- Liv Møen, Leiar for ergo-og fysioterapitenesta i Fjell kommune. (KS)
- Marianne Brodin, Afasiforbundet
- Marianne L. Krogstad, medisinsk faglig ansvarlig overlege, Vikersund Kurbad, (VIRKE)
- Marianne Pettersen, Avdelingsleder Rehabiliteringsavdelingen, Bodø Kommune. KS
- Marianne Wesnes, Legeforeningen, Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Melanie Kirmess Norsk logopedlag
- Marit Vardenær, Seksjonsleder Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering Gjøvik. Sykehuset Innlandet, Helse Sør øst.
- My Dung N. Torkildsen, avdelings overlege, avddeling for rehabilitering. Stavanger universitetssjukehus. Helse Vest
- Nikolaos Panagiotopoulos, Overlege, Spesialist i Fysikalsk Medisin og Rehabilitering ved Nord Norges Kurbad. NHO
- Ole Marius Ekeberg, seksjonsoverlege, seksjon fysikalsk medisin og rehabilitering. Helse Fonna. Helse Vest
- Ellen Gabrielsen Hjelle, norsk ergoterapiforbund (NETF)
- Tina Taule, norsk ergoterapiforbund (NETF)
- Synne Garder Pedersen, Norges Fysioterapiforbund. (NFF)
- Stefan Hjørleifsson, Legeforeningen, Norsk forening for allmenmedisin
- Stein Arne Rimehaug, Rådgiver, Regional Kompetansetjeneste for rehabilitering i Helse Sørøst, Sunnaas sykehus HF
- Gro Idland, Oslo kommune. (KS)
- Tonje Haug Nordenmark, Norsk psykologforening
- Tove Hæreid Otterstad, spesialrådgiver, Medisin og helsefag, kvalitet, fag og pasientsikkerhet. Helse Sør Øst RHF
- Gro Sævil Haldorsen, spesialrådgiver, Medisin og helsefag, kvalitet, fag og pasientsikkerhet. Helse Sørøst RHF
- Bjørn Bakke, Norsk forening for slagrammede
- Dag Rosenberg, Medlem LHL Hjerneslag
- Marianne deBruun Lundby NFS (brukerrepresentant Sunnaas)
- Marita L. Bjerke, Slagsykepleier og helsefaglig rådgiver i LHL Hjerneslag
- Ove Hellvik, Likemann, representant for LHL Hjerneslag i brukerrådet ved Nevroklinikken OUS og representant for LHL Hjerneslag i nasjonal rådgivingsgruppe for Norsk hjerneslagsregister
- Roger Amundsen, Landsforening for hjerneslag (LFS)

## Innholdsfortegnelse

[1 Introduksjon til pakkeforløp hjerneslag \(fase 2 - rehabilitering og oppfølging\)](#)

[2 Slagenhet - vurderinger av pasientforløp og kriterier for rehabilitering.](#)

[3 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten](#)

[4 Tidlig støttet utskrivning](#)

[5 Rehabilitering kommune](#)

[6 Uten initialt behov for rehabilitering](#)

[7 Uten forventet effekt av rehabilitering](#)

[8 Oversikt over målepunkt og forløpstider - pakkeforløp hjerneslag \(fase 2\)](#)

[9 Funksjonsvurderingsverktøy](#)

# 1 Introduksjon til pakkeforløp hjerneslag (fase 2 - rehabilitering og oppfølging)

## Generelt om hjerneslag

Hvert år rammes ca. 12 000 mennesker her i landet av hjerneslag. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (IS 2797) utgis av Helsedirektoratet, og ble første gang utgitt i 2010 og en delvis revidert utgave ble publisert i desember 2017. Denne retningslinjen danner kunnskapsgrunlaget for pakkeforløpet.

## Hvem skal inkluderes i pakkeforløp hjerneslag

Alle pasienter, som etter den initiale diagnostiske evaluering i slagenhet vurderes til å ha et akutt hjerneslag eller sterk mistanke om akutt hjerneslag, er aktuelle for inklusjon i pakkeforløpet.

## Når skal pasienten inkluderes i pakkeforløp hjerneslag?

På det tidspunkt i slagenheten når den initiale diagnostiske evaluering har konkludert med akutt hjerneslag, eller sterk mistanke om akutt hjerneslag, skal pasienten innregistreres i elektronisk skjema for pakkeforløp i Norsk Hjerneslagsregister. Med dette er de inkludert i pakkeforløpet. Dette var operativt fra februar 2018. Innregistrering i skjema for pakkeforløp bør skje så raskt som mulig, og senest innen 5 kalenderdager etter innkommst slagenhet. Aktuelle personer som skal ha ansvaret for innregistreringen, kan få tilgang ved henvendelse til sekretariatet ved Norsk hjerneslagsregister.

Alle aktuelle målepunkt i pakkeforløpet skal fylles ut. Ikke alle målepunkt vil være aktuelle for alle pasienter.

For pasienter med symptomvarighet over 48 timer ved ankomst sykehus, er det ikke hensiktsmessig å registrere inn målepunkter før ankomst slagenheten. Innregistrering i pakkeforløpet for disse pasienter vil være fra og med målepunktet ankomst slagenhet, men det er ikke nødvendig å innhente målepunktene fra før ankomst slagenhet. Imidlertid hvis debuttidspunkt er kjent, er det ønskelig at dette registreres. Det neste aktuelle målepunktet vil for disse pasientene være "tverrfaglig funksjonsvurdering for å avgjøre/beslutte videre forløp (med eller uten rehabilitering)". For 80 % av pasientene bør denne tverrfaglige funksjonsvurdering skje innen 5 kalenderdager fra ankomst slagenhet.

## Hvilke pasienter skal senere ekskluderes fra pakkeforløpet?

Pasienter hvor hjerneslagsdiagnosen senere blir avkreftet skal ekskluderes fra pakkeforløpet. Dette gjøres ved en avkrysning i elektronisk skjema for pakkeforløp i Norsk Hjerneslagsregister.

## Om pakkeforløp

Et pakkeforløp er et standardisert pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvarsplassering og konkrete forløpstider (lenke til skjema med oversikt).

Et pakkeforløp er en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av pasienters kontakter med ulike deler av helsetjenesten i løpet av en sykdomsperiode. Formålet er å forhindre uønskede tidsavbrudd mellom ulike aktørers oppgave- og ansvarsområder og derved det sikre at pasienten(e) får adekvat diagnostikk og behandling til rett tid og på rett sted. Samhandling og koordinering må binde tjenestene sammen slik det framgår av [Retningslinjen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, kapittel 2: Behandlingskjeden ved hjerneslag](#) og i [Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)

Målgruppen for beskrivelsene av pakkeforløp er primært helsepersonell, ledere/administratorer og

beslutningstakere på ulike nivåer i helsetjenesten.

Med utgangspunkt i pakkeforløpet skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges. I tillegg til en konkret medisinsk faglig vurdering av behovet for utredning og behandling, skal det tas hensyn til pasientens ønsker og individuelle situasjon, som for eksempel alder, komorbiditet og komplikasjoner.

For å monitorere pakkeforløpet for pasienter, er det innført målepunkter. Disse målepunktene har en ekspertgruppe vurdert til å være viktige elementer i et effektivt og godt forløp for slagpasienter. Disse målepunktene danner grunnlag for anbefalte forløpstider mellom de ulike ledd i behandlingsskjeden. Målepunktene er klassifisert fra 1 - 16 og med en del underpunkter. I de ulike pasientforløp er det noe ulikt antall målepunkter. For å synkronisere analyser/resultater, er underkategorier av målepunktene 11 - 15 klassifisert på en slik måte at ikke alle forløp er angitt i alfabetisk rekkefølge. Noen bokstaver vil av den grunn falle ut.

### **Pakkeforløp hjerneslag**

Pakkeforløp hjerneslag fase 1 ble etablert fra februar 2018 og inkluderte målepunkter fram til ankomst slagenheten og eventuell henvisning til spesialisert rehabilitering. Med fase 2 som skal implementeres i 2019 får vi et mer komplett pakkeforløp som starter ved debut av hjerneslaget og følger forløpet både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjeneste med registrering av sentrale målepunkter fram til 3 måneder etter hjerneslaget.

Prehospitalt forløp, akutt innleggelse og utredning bør skje raskt og ikke forsinkes av innregistreringer i pakkeforløpet som foreløpig forutsetter manuell innregistrering. Innregistrering skjer derfor først når pasienten er ankommet slagenheten og den initiale utredning/vurdering konkluderer med sannsynlig hjerneslag. På dette tidspunktet innhentes de aktuelle målepunkter fra de prehospitaltjenesters kontakt med pasienten og sykehusets initiale kontakt med og utredning av pasienten. Det videre forløpet planlegges ut ifra pasientens status og de målepunkter som finnes i oppfølgingen fram til kontrollen ca. 3 måneder etter debut.

En av de store utfordringer for å tilby slagrammede et godt pasientforløp er å identifisere det tilbudet som er til størst nytte etter utskrivning fra slagenheten. En forutsetning for å gjøre gode valg om det videre forløp er at det gjennomføres en grundig tverrfaglig vurdering i slagenheten. Det er utarbeidet hjelpemidler/skjemaer som bør brukes i denne tverrfaglige vurderingen for å identifisere de pasienter som sannsynligvis vil ha god effekt av rehabiliteringstiltak (godt rehabiliteringspotensial). I pakkeforløpet bruker vi fortrinnsvis begrepet "effekt av rehabilitering" fremfor "rehabiliteringspotensial". Videre er utarbeidet en tabell som kan fungere som et hjelpemiddel når det gjelder å velge mellom de ulike forløp og rehabiliteringstilbud.

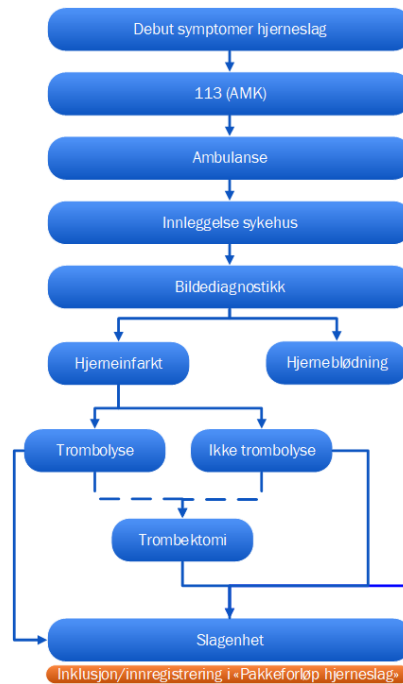
Hovedforløpene er:

- Oppfølging uten i initialt rehabiliteringsbehov eller forventet nytte av rehabilitering.
- Oppfølging med rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten
- Oppfølging med rehabiliteringstilbud i samarbeid mellom spesialist og kommune helsetjenesten via et tidlig støttet utskrivningsteam
- Oppfølging med rehabilitering i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

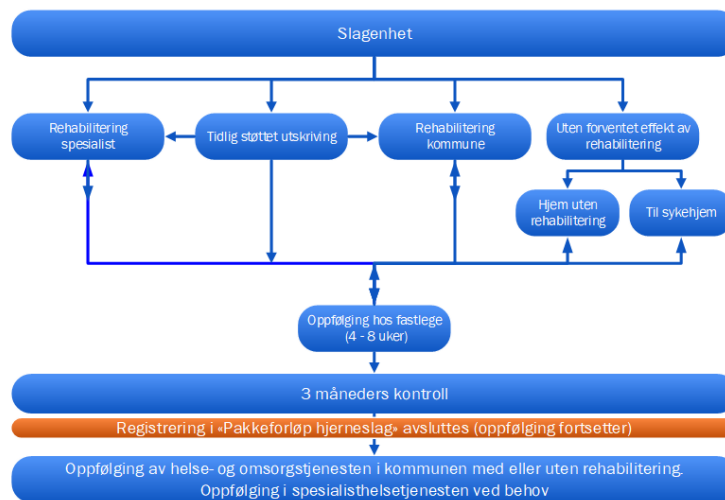
Det skjematisk pakkeforløpet viser at det kan være aktuelt og ofte er aktuelt med overgang fra et hovedforløp til et annet. Det er også viktig å presisere at pasienter som initialt vurderes til ikke å ha et rehabiliteringsbehov eller en forventet effekt av rehabilitering bør revurderes av fast lege eller tilsynslege i forløpet og eventuelt henvises til spesialisthelsetjenesten for ny vurdering, eventuelt i samarbeid med annet rehabiliteringspersonell i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Pakkeforløpet avsluttes som hovedregel ved kontroll i spesialisthelsetjenesten ved en 3 måneders kontroll der det er anbefalt en grundig vurdering og ved behov en bred tverrfaglig vurdering for å gi et grunnlag for den videre oppfølging.

FASE 1 – Pakkeforløp hjerneslag:



## FASE 2 – Pakkeforløp hjerneslag:



Innregistrering vil i alle fall i 2019 i hovedsak skje via Norsk hjerneslagregister, men i samarbeid med NPR. En del av de prehospitala målepunkter og målepunkter etter utskrivning fra slagenheten forutsetter bruk av data fra Akutt medisinsk informasjonssystem (AMIS) og det nye Kommunalt pasient register (KPR) og det arbeides med å utvikle gode løsninger her.

Innregistreringen er obligatorisk og det forutsettes at sykehusene og kommunale aktører prioriterer ressurser til slik innregistrering.

Egne åpne on-line rapporter med resultater på tider og måloppnåelse vil helsepersonell, ledere/administratorer og beslutningstakere både i sykehus, regionale helseforetak og kommuner kunne ta ut fortløpende fra NHR på deres hjemmeside i tillegg til fra helsenorge.no. Rapportene ligger åpne og vil dermed også være tilgjengelig for pasienter og pårørende og andre interesserte.

**Målsetningen med pakkeforløp hjerneslag er:**

Godt organiserte, helhetlige og forutsigbare pasientforløp

- Unngå unødige ikke- medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- God informasjon og økt brukermedvirkning og brukertilfredshet

Forløpet skal være individuelt tilpasset pasientens totale situasjon og behov. God informasjon og forutsigbarhet for pasient og pårørende skal sikres gjennom hele forløpet.

**Koordinering i pakkeforløp – en balansegang mellom standardisering og individuell tilrettelegging**

Det legges til grunn at en god del pasienter som får oppfølging gjennom pakkeforløp hjerneslag har "behov for langvarige og koordinerte tjenester". Oppfølgingen gjennom pakkeforløp vil dermed også understøttes av lovbestemmelsene om individuell plan og koordinator. Disse bestemmelsene klargjør rettigheter for pasientene og gir samtidig rammer for tjenestenes arbeid med å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Oppfølging gjennom pakkeforløp må ivareta balansen mellom standardisering og individuell tilrettelegging.

I veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator og i veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov beskrives koordinatorrollen. Ved utdyping av denne rollen for pasienter som følges opp gjennom pakkeforløp, kan det være nødvendig å tilføye tema som gjelder de standardiserte elementene i forløpet. Det kan eksempelvis være nødvendig å avklare roller og ansvar knyttet til registreringer samt logistikk i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt føringer for forholdet mellom pakkeforløpskoordinering og bestemmelsene om individuell plan og koordinator både i høringsnotat og Innst. 49L (2015-2016) om kontaktlege i sykehus og i et notat om "Pakkeforløp hjem" av 23.mai 2018. Ut fra disse dokumentene legges følgende til grunn:

- Utvikling av pakkeforløp bør i størst mulig grad bygge på eksisterende regelverk, strukturer og pågående utviklingsarbeid, herunder primærhelsetjenestemeldingens vektlegging av diagnoseuavhengig tilnærming.
- For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester må koordinering i pakkeforløp oppfylle rettigheter og plikter i regelverk for individuell plan og koordinator. Eksempler på relevante krav er:
  - Pasient og brukers samtykke
  - En av pasientens/brukerens tjenesteytere oppnevnes som koordinator. Pasientens/brukerens ønske skal vektlegges ved valg av koordinator.
  - Sikre helhetlig tilnærming.
  - Innhold og funksjon i koordinatorrollen er i samsvar med lov, forskrift og veileder.
  - Sikre samarbeid og brukermedvirkning.

Koordinerende enhet – både i helseforetak og kommuner - har lovpålagt overordnet ansvar for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, og bør være en viktig aktør i utvikling av rutiner for pakkeforløp både internt og på tvers av tjenestenivåene.

Retningslinjer for samarbeidet mellom nivåene skal beskrives i delavtale 2 i de lovpålagte samarbeidsavtalene.

Det må etableres samarbeid med fastlegen, som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste.

Overgangen fra slagenhet til rehabilitering, og koordineringen av aktørene under kommunal rehabilitering, er områder der god koordinering er spesielt viktig og der det antakelig er store mangler per i dag. Slagenheter som



har etablert godt samarbeid med oppfølgende instanser ev. ved bruk av tydelige koordinatorfunksjoner, har som regel gode og forutsigbare forløp. For pasienter hvor det er aktuelt med rehabilitering i hjemmet eller dagtilbud, er koordinering gjennom et tidlig støttet utskrivningsteam det best dokumenterte tilbud.

## 2 Slagenhet - vurderinger av pasientforløp og kriterier for rehabilitering.

### 2.1 9) Tverrfaglig funksjonsvurdering i slagenhet for å avgjøre/beslutte videre forløp med eller uten rehabilitering (nytt målepunkt i fase 1)

#### Målepunkt

Tverrfaglig funksjonsvurdering for å avgjøre/beslutte videre forløp (med eller uten rehabilitering)

#### Tidspunkt

Registreres som dato funksjonsvurdering er utført

#### Forløpstid

Målepunktet benyttes for å beregne tid fra innlagt slagenhet til gjennomført tverrfaglig funksjonsvurdering og henvisning til videre rehabilitering for de som er aktuelle for det.

#### Mål

80% av pasientene har fått tverrfaglig funksjonsvurdering innen 5 dager etter innleggelse i slagenhet

#### Informasjon

Tidlig tverrfaglig kartlegging og avklaring av videre forløp er en viktig del av behandlingen i slagenheter. Funksjonsvurdering med validerte verktøy/skalaer:

National institutes of health stroke scale (NIHSS), Modified Rankin scale (mRS), Barthel ADL Index.

#### Referanser

[Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag:](#)  
[Anbefaling om innleggelse i slagenhet](#)

### 2.2 9a) Varsling/henvisning til aktuell rehabiliteringsinstitusjon / tiltak inkludert tidlig støttet utskrivning (kun ved rehabilitering)

#### Målepunkt (MP) 9a:

Tidspunkt for varsling til aktuell rehabiliteringsinstitusjon// tiltak inkludert henvisning til tidlig støttet utskrivning

#### Tidspunkt:

Registreres som dato for varsling/henvisning

**Forløpstid:**

Målepunkt 9a benyttes for å beregne tid fra innlagt slagenhet til varsling/henvisning til aktuell rehabiliteringsinstitusjon// tiltak inkludert henvisning til tidlig støttet utskrivning (MP 9a).

**Mål:**

Varsling/henvisning til aktuell rehabiliteringsinstitusjon/tiltak inkludert tidlig støttet utskrivning, har skjedd innen 7 kalenderdager(5+2 dager) etter innleggelse slagenheten for 80% av pasientene som er vurdert til å til å kunne ha effekt av videre rehabilitering. For vurdering av effekt av rehabilitering bør benyttes det vurderingsskjemaet som er utviklet i forbindelse med pakkeforløpet .**Se lenke**

**Informasjon:**

Målepunktet gjelder der det etter tverrfaglig vurdering fra relevante fagpersoner i slagenheten er konkludert med en forventet effekt av rehabilitering. Informasjon/henvisning til den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen/tiltaket skal skje så raskt som mulig etter den tverrfaglige vurderingen og senest 7 dager (5+2 dager) etter innkomst. Informasjonen/henvisningen skjer ut fra lokale muligheter og praksis. For vurdering av hvilket rehabiliteringstilbud som kan være mest hensiktsmessig, kan tabell "**skjematisk oversikt over pasientforløpene**" være et aktuelt hjelpemiddel (se fase 2). Målepunktet gjelder varsling/henvisning til både rehabiliteringssykehus, rehabiliteringsavdeling i sykehus, tidlig støttet utskrivningsteam og rehabiliteringsinstitusjoner med RHF avtale og kommunal rehabiliteringsinstitusjoner og oppfølgingsinstanser. Målepunktet gjelder også varsling der hjemme rehabilitering vurderes til å være det mest aktuelle rehabiliteringstilbud.

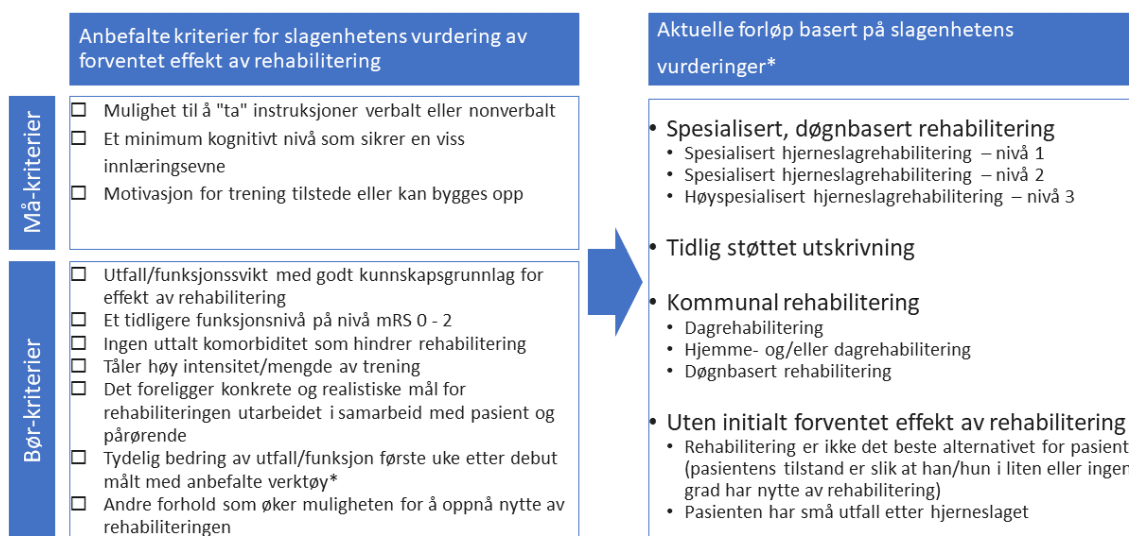
For pasienter der det ikke forventes effekt av rehabilitering pga alvorligheten av hjerneslaget, eller pasientens tilstand før slaget, vil som oftest heldøgns omsorgstilbud være nødvendig og det fortsettes at kommunen varsles ihht aktuelle samarbeidsavtaler.

Den tverrfaglige vurderingen av rehabiliteringsbehovet/forventet effekt av rehabilitering skjer ut fra anbefalingene i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag:

- Slagenhet
- Informasjon og koordinering ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag
- Tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten om døgn-, dag- og hjemmerehabilitering
- Tidlig støttet utskrivning hos pasienter med mild til moderat nedsatt funksjonsevne etter hjerneslag
- Spesialisert, døgnbasert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten
- Høyspesialisert, døgnbasert rehabilitering ved sjeldne og spesielt kompliserte Funksjonsutfall

### 2.3 Kriterier for valg av videre forløp etter utskrivning fra slagenheten

- Pasienter uten funksjonsreduksjon etter hjerneslaget (mRS 0-1) bedømmes til ikke å ha noe initialt rehabiliteringsbehov.
- Pasienter med funksjonsreduksjon (mrs 2-5) vurderes etter følgende kriterie:



\*Se skjematisert oversikt over pasientforløpene etter utskrivning fra slagenheten (overordnet)

6

Jo flere kriterier som oppfylles jo større sannsynlighet for å kunne ha nytte av rehabilitering.

Skjema er ment som et hjelpemiddel i den tverrfaglige vurderingen, og vil kunne bidra til en mer enhetlig og standardisert vurdering ved landets slagenheter av hvilke pasient forløp som er til mest nytte for ulike pasientgrupper.

### Generell beskrivelse av vurderingskriteriene

En hovedmålsetting med Pakkeforløp hjerneslag er å etablere godt organiserte, helhetlige og standardiserte pasientforløp. Dette forutsetter også noen standardiseringer og kriterier for rehabilitering etter hjerneslaget. Det er derfor utarbeidet noen vurderingskriterier som bør benyttes for å identifisere de pasienter som kan ha et godt rehabiliteringspotensial definert som forventet effekt av den rehabilitering helsetjenesten kan tilby.

Den rehabilitering som helsetjenesten kan tilby bygger på læring og er således en læringsprosess som forutsetter at pasienten kan «ta» instruksjoner og har en innlæringsevne. Ettersom rehabilitering forutsetter en betydelig egeninnsats så er også motivasjon en faktor som må være tilstede eller som det er mulig å bygge opp for å kunne ha nytte av rehabilitering.

I tillegg er det en del faktorer som kan bidra til å øke eller svekke mulighetene for å kunne ha nytte av rehabilitering. De viktigste kriterier for vurdering av om det er sannsynlig at en pasient vil ha nytte av rehabilitering er samlet i et vurderingsskjema (se over "Modell for oppfølging og vurderingskriterier for rehabilitering").

Vurderingen av forventet effekt av rehabilitering (rehabiliteringspotensial) skal alltid være tverrfaglig og det anbefales at slagenhetene benytter en slik systematisk tilnærming i den tverrfaglige vurderingen. Vurderingen skal konkludere med om pasienten ved utskrivning fra slagenheten:

- ikke har behov for initial rehabilitering (ingen eller minimale utfall og samme eller tilnærmet samme funksjonsnivå som før slaget (mRS 0-1))
- vil ha en forventet effekt av videre rehabilitering (godt rehabiliteringspotensial bedømt ut fra kriteriene for rehabiliteringspotensial)
- ikke vil ha forventet effekt av rehabilitering på nåværende tidspunkt (bedømt ut fra kriteriene for rehabiliteringspotensial)

### Beskrivelse av vurderingskriteriene

Slagenhetene bør ved henvisning til samarbeidende rehabiliteringsaktører gi informasjon om hvilke av følgende kriterier for nytte av rehabilitering som pasienten oppfyller.

#### Må kriterier:

#### Mulighet til å «ta» instruksjon

Pasienten må ha evne til å oppfatte enkle instruksjoner og informasjon enten verbalt eller nonverbalt for å kunne ha nytte av de rehabiliterende tiltak som helsetjenesten kan tilby. Hos en del pasienter med afasi og eller annen kognitiv reduksjon vil nonverbal instruksjon med bevegelser og kroppsspråk være best egnet til instruksjon, men hvis pasienten heller ikke kan oppfatte slike instruksjoner er mulighetene for å kunne nyttiggjøre seg rehabiliterende tiltak som oftest liten.

#### Innlæringsevne

Rehabilitering er en læreprosess og pasienter som skal ha nytte av rehabilitering må ha kognitive funksjoner som gjør at pasienten kan huske noe av det som foregikk tidligere f.eks ved siste treningssesjon. Ved en systematisk og tverrfaglig observasjon i slagenheten, vil en slik stor og kognitiv svikt avdekkes.

#### Motivasjon

Rehabilitering forutsetter en betydelig egeninnsats og derfor er motivasjon en faktor som må være tilstede eller som det er mulig å bygge opp/utvikle for å kunne ha nytte av rehabilitering.

Hvis ett eller flere «må kriterier» ikke er tilstede, og den tverrfaglige vurderingen i slagenheten likevel har konkludert med å henvise til rehabilitering, må det utarbeides en detaljert og spesifikk begrunnelse for denne henvisningen da forventet nytte av rehabilitering for slike pasienter er meget svak ut fra eksisterende dokumentasjon og klinisk erfaring.

#### Tilleggskriterier for vurdering av nytte av rehabilitering

Utfall/funksjonssvikt med godt kunnskapsgrunnlag for effekt av rehabilitering:

De nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering har anbefalinger om rehabilitering gradert etter kunnskapsgrunnlaget basert på GRADE metodikk eller SIGN metodikk ([Lenke til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#)).

Anbefalinger som ved GRADE metodikk er klassifisert som STERKE og i SIGN metodikk som A har et meget godt kunnskapsgrunnlag og god nytte av rehabilitering kan forventes.

Anbefalinger som ved GRADE metodikk er klassifisert som SVAKE og i SIGN metodikk som B har også et ganske godt kunnskapsgrunnlag og nytte av rehabilitering kan forventes.

Anbefalinger som i SIGN metodikk er klassifisert som grad C eller D har et svakere kunnskapsgrunnlag når det gjelder dokumentasjon om nytte av rehabilitering. Gode studier når det gjelder slagrehabilitering er imidlertid mangelvare og grad C eller D betyr ikke at det ikke kan være nytte av rehabilitering, men nytten er mer usikker ut fra dagens kunnskapsgrunnlag.

#### God funksjon før hjerneslaget

Pasienter med et høyt funksjonsnivå før hjerneslaget har større muligheter for å oppnå nytte av rehabilitering enn pasienter som ikke er selvhjulpne før hjerneslaget. Pasienter som ikke er selvhjulpne før hjerneslaget oppnår sjelden selvhjulpneheten etter hjerneslaget viser data fra Norsk hjerneslagregister. Slike pasienter har som oftest begrenset nytte av rehabilitering og særlig hvis målsettingen er å bli selvhjulpne. Hvis slike pasienter henvises til rehabilitering, bør det spesifiseres tydelig hvilke mål det ønskes at pasienten skal nå.

#### Komorbiditet- sykkelighet

Pasienter med god helse før hjerneslaget har større mulighet til å oppnå nytte av rehabilitering enn

pasienter med alvorlige sykdommer som begrenser mulighetene for trening. Slike pasienter har som oftest begrenset nytte av rehabilitering.

**Tåle høy intensitet av trening**

Mye trening med høy intensitet bedrer muligheten for effekt av trening. Pasienter som tåler høy intensitet har som oftest større effekt av rehabilitering enn pasienter som ikke tåler slik trening.

**Konkrete og realistiske mål:**

Konkrete og realistiske mål, som oppfattes som viktige for pasienten og som er utarbeidet i samarbeid mellom pasient og behandlere, bedrer mulighetene til å oppnå nytte av rehabiliteringen. Det bør derfor helst foreligge, eller iallefall kunne forventes å bli utarbeidet mål som er konkrete, målbare og realistiske.

**Rask bedring av utfall/funksjon:**

Pasienter som første uke etter debut av hjerneslaget oppnår tydelig bedring i utfall/funksjon, har større muligheter til å oppnå nytte av rehabilitering sammenlignet med pasienter uten framgang første uke. Bedringen bør være målt med anbefalte vurderingsverktøy som f eks National Institutes of Health Stroke Scale, Barthel ADL index, modified Rankin Scale,

**Andre forhold av betydning:**

Hos enkelte pasienter kan det være andre faktorer enn de som er anført i dette skjemaet som kan benyttes som kriterier for et godt rehabiliteringspotensial. Hvis slike faktorer benyttes, bør de spesifikt angis ved henvendelse til samarbeidende rehabiliteringsaktør.

**Oppsummering:**

Den skjematiske fremstilling når det gjelder kriterier for vurdering av forventet nytte av rehabilitering (rehabiliteringspotensial), er ment som et hjelpemiddel og konkretisering av de faktorer som slagenheten vektlegger i sin tverrfaglige vurdering. Hvilke faktorer som er vektlagt for den enkelte pasient, bør følge ved henvisning til de aktører som har ansvar for det videre forløp. Ved slik konkretisering, vil kvaliteten på henvisningen og samarbeidet med de ulike aktører bedres.

## 2.4 Skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskrivning fra slagenheten

Tabellen nedenfor gir en oversikt over nivåene for Barthel ADL Index (BI 0-100) og modified Rankin Scale (mRS 0-5) opp mot rehabiliteringsnivåene. Tabellen er veiledende, og er ment å representere forløpene for et flertall av slagpasienter. For detaljert beskrivelse av nivåene, henvises til eget kapittel. Tabellen presenterer forløpene på gruppenivå og valg av rehabiliteringsnivå for den enkelte pasient forutsetter alltid en individuell tverrfaglig vurdering.

[Hvis oversikten under er lite lesbar, kan den også lastes ned \(PDF\)](#)

## Skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskrivning fra slagenheten

Spesialisert rehabilitering			Tidlig støttet utskrivning	Kommunal rehabilitering			Initialt vurdert til ikke å ha effekt av rehabilitering				
Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3		Dag	Hjemme	Døgn	Til hjem	Til sykehjem			
			Barthel ADL Index								
			30 - 80	20 - 60	0 - 20	60 - 80	70 - 90	60 - 80	30 - 60	70 - 100	0 - 20
Modified Rankin Scale	0										
	1										
	2	Ved spesiell målsetting, f.eks. arbeid	Ved spesiell målsetting, som ikke kan dekkes på Nivå 1					Ofte kombinasjon Dag og Hjemme			Avhengig av alder og målsetting
	3				Dersom pasienten kan bo hjemme			Eventuelt i kombinasjon med kortere rehabilitering Plan	Rehabilitering/ omsorgsmulighet i hjemmet ikke er tilstrekkelig		
	4										
	5										
Faggrupper (antall)	≥ 4	≥ 6	≥ 6	3 - 4	2 - 3	2 - 4	3 - 4				

Hovedkriterie for valg av rehabiliteringsnivå  
 Spesielle kriterier for valg av rehabiliteringsnivå

## Lenker til:

- **Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, nivå 1, nivå 2 og nivå 3.**
- **Rehabilitering i kommune, (dag, hjemme, døgn)**
- **Tidlig støttet utskrivning**
- **NIHSS**
- **Modified Rankin Scale**
- **Barthel ADL index**

Valg av rehabiliteringsnivå for den enkelte pasient forutsetter alltid en individuell tverrfaglig vurdering. Bl.a. følgende faktorer kan spille inn i valg av rehabiliteringsnivå:

- type og omfang av funksjonsnedsettelse (kognisjon, kommunikasjon, motorikk, syn, svelg mm.)
- behov for hjelp i primære ADL
- behov for hjelp i grunnleggende kognisjon (forvirring, atferdsutfordringer)
- behov for medisinsk oppfølging (observasjon, håndtering av komplikasjoner)
- behov for kompetanse: legespesialist(er), faggrupper, særfaglig spesialkompetanse, spesialtester og utredninger, håndtering av sjeldne tilstander og komorbiditet
- behov for hjelpemidler/utstyr
- nødvendig intensitet / varighet av rehabiliteringstiltak
- tilbakeføring til sosial deltakelse (arbeid, utdanning)
- alder
- familiesituasjon
- nærhet til pasientens livsarena
- sosiale utfordringer

Kombinasjonen av skårene ved Barthel ADL Index og modified Rankin Scale gir en indikasjon på riktig rehabiliteringsnivå eller omsorgsnivå.

## 2.5 10) Klar for overføring fra slagenhet – pakkeforløp hjerneslag (Målepunkt i fase 1)

**Målepunkt (MP)10**

Tidspunkt for når pasienten defineres som klar for overføring fra slagenhet

**Tidspunkt**

Registreres som dato

**Forløpstid**

Målepunkt 10 benyttes for å beregne:

- tid fra varslings om behov for rehabilitering (MP 9b) til pasienten kan defineres som klar for overføring fra slagenhet til aktuelt rehabiliteringstiltak (MP 10). (MP 10 - MP 9b).
- tid fra pasienten er definert klar for overføring fra slagenhet til mottak i aktuell rehabiliteringstiltak (MP 11 - MP 10)

**Informasjon**

Pasienten er klar for overføring når den medisinske tilstand er slik at det ikke er behov for videre opphold i slagenheten. Pasienten skal før han defineres som overføringsklar få informasjon både muntlig og skriftlig om at han er inkludert i pakkeforløp hjerneslag, og hvilket forløp som er planlagt fram til 3 mnd. kontroll i spesialisthelsetjenesten. Det skal informeres om at pasienten vil bli innkalt til en 3 mnd. kontroll i spesialisthelsetjenesten og dersom 3 mnd. kontrollen vurderes som ikke aktuell, skal dette begrunnes.

Aktuell rehabiliteringsinstans skal motta pasienten innen 7 kalenderdager fra pasienten er utskrivningsklar. I denne perioden bør pasienten være i videre behandling og rehabilitering i slagenheten. Målepunktet gjelder både rehabiliteringssykehus, rehabiliteringsavdeling i sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner med RHF avtale og kommunal oppfølgingsinstans.

Ved "Tidlig støttet utskrivning" må tiltaket være etablert senest ved utskrivning.

**Referanser**

Se nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling:

- Slagenheter
- Informasjon og koordinering ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag

## 3 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

### 3.1 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten nivå 1 - anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet

### Spesialisert, døgnbasert rehabilitering

Definisjon	Fra slagenhet til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten
Andel	20% av alle pasienter med akutt hjerneslag

Spesialisert hjerneslagrehabilitering – nivå 1	
Gis ved	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner</li> </ul>
Kriterier for henvisning	<ul style="list-style-type: none"> <li>modified Rankin Scale (mRS): 3 og 4</li> <li>mRS: 2 (ved spesiell målsetting for rehabilitering, for eksempel yrkesrettet rehabilitering)</li> <li>Barthel ADL index &gt; 30-40</li> </ul>
Gir tilbud	<p>Til pasienter som er vurdert til å ha et godt rehabiliteringspotensial og som har:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Moderate til alvorlige fysiske funksjonsnedsettelse og lette til moderate kognitive og/eller kommunikasjonsvansker</li> <li>Lette til moderat omfang av fysisk avhengighet</li> <li>Lite til moderat behov for oppfølging ved sykepleier og lege</li> <li>Behov for tverrfaglig rehabilitering med spesialkompetanse på hjerneslagrehabilitering, i relevante omgivelser</li> </ul>
Rehabiliteringsstilbudet vil vanligvis innebære	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intensive, koordinerte, tverrfaglige intervensjoner fra 2 til 4 faggrupper i tillegg til legespesialist og sykepleie</li> <li>Et rehabiliteringsmiljø tilpasset målgruppens behov</li> <li>Spesialutstyr som mobilitets- og treningshjelpemidler, assisterende og treningsteknologi</li> <li>Spesialiserte intervensjoner for forbedring av funksjoner i dagliglivet (både pADL og iADL)</li> </ul>
Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabiliteringstilbudet ledes faglig av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering (eller annen relevant spesialist med særskilt dokumentert kompetanse i rehabilitering (som f.eks. nevrolog eller geriater med rehabiliteringskompetanse)</li> <li>Tilbudet inkluderer fysioterapi og ergoterapi, samt der det er behov logopedi og sosionomtjeneste.</li> </ul>

For pasienter der det er vurdert forventet nytte av rehabilitering, må det velges rett rehabiliteringsnivå (se skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskrivning fra slagenheten). Overordnede føringer for dette er gitt i "Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator" (lenke), og her beskrives nærmere detaljer for hjerneslagrehabilitering. Rehabilitering kan skje i spesialisthelsetjenesten (nivå 1, nivå 2 eller nivå 3), ved tidlig støttet utskrivning, eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (hjemme-, dag- og /eller døgnrehabilitering). Valg av rehabiliteringsnivå for den enkelte pasient forutsetter alltid en individuell tverrfaglig vurdering.

Alle pasienter med yrkesfremtid og tegn på kognitive funksjonsnedsettelse bør bli vurdert tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten (inkludert nevropsykologisk vurdering). Med «tegn på kognitive funksjonsnedsettelse» forstås her funn ved kognitiv screening, kliniske observasjoner og/eller selv-/komparentrapporterte vansker. ([lenke nasjonal retningslinje: anbefaling om kartlegging/screening av kognitive vansker etter hjerneslaget](#))

Målgruppen for dette nivået er pasienter med moderate til alvorlige fysiske funksjonsnedsettelse og lette til moderate kognitive og/eller kommunikasjonsvansker, der det er lite til moderat behov for oppfølging ved sykepleier og lege.

I tillegg til lege og sykepleier inkluderer tilbudet fysioterapi og ergoterapi, samt der det er behov logopedi og sosionomtjeneste. Etter individuell vurdering og dersom det er praktisk mulig, kan hele eller deler av tilbudet gis som dagrehabilitering der pasienten bor hjemme.

Kombinasjonen av skårene ved Barthel ADL Index og modified Rankin Scale gir en indikasjon på riktig rehabiliteringsnivå.

## 3.2 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten nivå 2 - anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet



<b>Spesialisert hjerneslagrehabilitering – nivå 2</b>	
Gis ved	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner</li> </ul>
Kriterier for henvisning	<ul style="list-style-type: none"> <li>mRS: 3-4</li> <li>mRS: 2 ved ved spesiell målsetting for rehabilitering, for eksempel yrkesrettet rehabilitering som ikke kan dekkes på nivå 1</li> <li>Barthel ADL index 20-60</li> </ul>
Gir tilbud	<p>Til pasienter med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>moderate til alvorlige fysiske funksjonsnedsettelse og moderate til alvorlige kognitive og/eller kommunikasjonsvansker, inkluderer pasienter med orienteringsvansker og adferds utfordringer</li> <li>moderat til betydelig omfang av fysisk avhengighet</li> <li>moderate til betydelige behov for oppfølging ved sykepleier og lege</li> <li>behov for spesialisert slagrehabilitering på nivå 1 eller 2 og samtidig <ul style="list-style-type: none"> <li>respirasjonsvansker med behov for spesialiserte tiltak (lungefysioterapi, hostemaskin o.l.) (<i>eller dette kun på nivå 3?</i>)</li> <li>smittsomme tilstander som krever isolering (ESBL, MRSA mm.)</li> </ul> </li> </ul> <p>Ved spesielt komplekse rehabiliteringsbehov, f.eks. pga. vesentlig <b>komorbiditet</b> (f.eks. neurologisk sykdom med funksjonssvikt fra tidligere, amputasjon, angina pectoris, hjertesvikt, psykiatri/rus).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Til yngre pasienter &lt; 50 år.</li> </ul>
Rehabiliteringstilbudet vil vanligvis innebære	<ul style="list-style-type: none"> <li>Høyintensive, koordinerte, tverrfaglige intervensjoner fra 4 eller flere faggrupper i tillegg til legespesialist og sykepleie</li> <li>Et rehabiliteringsmiljø tilpasset målgruppens behov</li> <li>Spesialutstyr som mobilitets- og treningshjelpemidler (f.eks. <b>ståseng</b>, <b>ståbord</b>), assisterende og treningsteknologi</li> <li>Spesialiserte intervensjoner for forbedring av funksjoner i dagliglivet (både pADL og iADL), spesielt for de kognitive aspektene ved funksjonsutfall på dette området</li> </ul> <p>Spesialiserte vurderinger og intervensjoner på ett eller flere av områdene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sammensatte / omfattende kognitive vansker</li> <li>atferdsvansker</li> <li>kommunikasjonsvansker</li> <li>dysfagi (f.eks. avansert utredning med <b>videofluoroskopi</b> eller fiberendoskopi) og håndtering av <b>naso-gastrisk sonde</b> og PEG</li> <li>tonusforstyrrelse (f.eks. injeksjoner med <b>botulinumtoksin</b>)</li> <li>kompleks arbeids- eller utdanningsrettet rehabilitering som krever innsats fra flere faggrupper og samarbeid med flere aktører</li> <li>betydelige problemstillinger i forhold til familie-, <b>boligsituasjon</b>, psykososiale og/eller juridiske aspekter (inkl. samtykkespørsmål mm.)</li> </ul>
Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabiliteringstilbudet ledes faglig av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering</li> <li>Tilbudet inkluderer fysioterapi, ergoterapi, logopedi, sosionomtjeneste, nevropsykolog, samt der det er behov ortopediingeniør.</li> <li>Det er etablert samarbeid med, og tilgang til, relevante medisinske spesialiteter.</li> </ul>

For pasienter der det er vurdert forventet nytte av rehabilitering, må det velges rett rehabiliteringsnivå (se skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskrivning fra slagenheten). Overordnede føringer for dette er gitt i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (lenke), og her beskrives nærmere detaljer for hjerneslagrehabilitering. Rehabilitering kan skje i spesialisthelsetjenesten (nivå 1, nivå 2 eller nivå 3), ved tidlig støttet utskrivning, eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (hjemme-, dag- og /eller døgnrehabilitering). Valg av rehabiliteringsnivå for den enkelte pasient forutsetter alltid en individuell tverrfaglig vurdering.

Alle pasienter med yrkesfremtid og tegn på kognitive funksjonsnedsettelse bør bli vurdert tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten (inkludert nevropsykologisk vurdering). Med «tegn på kognitive funksjonsnedsettelse» forstås her funn ved kognitiv screening, kliniske observasjoner og/eller selv-/komparentrapporterte vansker. ([lenke nasjonal retningslinje: anbefaling om kartlegging/ screening av kognitive vansker etter hjerneslaget](#))

Kombinasjonen av skårene ved Barthel ADL Index og modified Rankin Scale gir en indikasjon på riktig rehabiliteringsnivå.

Målgruppen for dette nivået er pasienter med moderate til alvorlige fysiske funksjonsnedsettelse og moderate til alvorlige kognitive og/eller kommunikasjonsvansker, der det er moderat til betydelig behov for oppfølging ved sykepleier og lege.

I tillegg til lege og sykepleier inkluderer tilbudet fysioterapi, ergoterapi, logopedi, sosionomtjeneste, nevropsykolog, samt der det er behov ortopediingeniør.

Tilbudet inkluderer spesialiserte vurderinger og intervensjoner på ett eller flere av områdene:

- sammensatte / omfattende kognitive vansker
- atferdsvansker
- kommunikasjonsvansker
- avansert utredning av dysfagi, håndtering av naso-gastrisk sonde og PEG
- tonusforstyrrelse (f.eks. injeksjoner med botulinumtoksin)

- kompleks arbeids- eller utdanningsrettet rehabilitering som krever innsats fra flere faggrupper og samarbeid med flere aktører
- betydelige problemstillinger i forhold til familie-, boligsituasjon, psykososiale og/eller juridiske aspekter

Etter individuell vurdering og dersom det er praktisk mulig, kan hele eller deler av tilbudet gis som dagrehabilitering der pasienten bor hjemme.

### 3.3 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten nivå 3 - anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet

<b>Høyspesialisert hjerneslagrehabilitering - nivå 3</b>	
Gis ved	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonale tjenester og høyspesialiserte rehabiliteringsavdelinger (Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag: «Pasienter med sjeldne og spesielt kompliserte funksjonsutfall bør få høyspesialisert rehabilitering, f.eks. ved regional rehabiliteringsavdeling med særskilt kompetanse»)</li> </ul>
Kriterier for henvisning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mRs: 4-5</li> <li>• Barthel: 0-20</li> </ul>
Gir tilbud	<p>Til pasienter med <u>locked-in</u> lignende tilstand:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende tetraparese</li> <li>• Behov for hjelp i kommunikasjon</li> <li>• Forstyrrelser i blære-, tarm- og/eller seksualfunksjon</li> <li>• Autonom dysfunksjon</li> </ul> <p>Ved pasienter med behov for spesialisert slagrehabilitering på nivå 1 eller 2 og samtidig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medisinske komplikasjoner som krever døgntilbud vedr. lege og sykepleie</li> <li>• Respirasjonsproblematikk med krav til diagnostikk og behandling (blodgassanalyse, utvidet spirometri, <u>cough</u> assist, BIPAP/CPAP o.l.)</li> <li>• Behov for spesialutstyr</li> </ul>
Rehabiliteringstilbudet vil vanligvis innebære	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Høyintensive, koordinerte, tverrfaglige intervensjoner fra 4 eller flere faggrupper med høy ekspertise i tillegg til legespesialist og sykepleie, samt ytterligere nødvendig spesialkompetanse</li> <li>• Et rehabiliteringsmiljø tilpasset målgruppens behov med høyspesialisert utstyr og fasiliteter</li> </ul> <p>Ett eller flere av følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trening i basseng og med avanserte gangtreningshjelpemidler (oppheng, eksoskjelett o.l.)</li> <li>• Avansert utredning og behandling av blære-, tarm- og seksualfunksjon</li> <li>• Utprøving og bruk av avansert teknologi, f.eks. kommunikasjonshjelpemidler og omgivelseskontroll</li> <li>• Bruk av automatiserte treningsapparater, robotteknologi</li> <li>• Observasjonsmuligheter ved 1-1- tilsyn og overvåkningsutstyr (f.eks. puls, BT, surstoffmetning).</li> </ul>
Kompetanse	Tilbudet inkluderer fysioterapi, ergoterapi, logopedi, sosionomtjeneste, nevropsykolog, samt der det er behov ortopedingeniør, klinisk ernæringsfysiologi og spesialkompetanse innen avansert kommunikasjonsteknologi og omgivelseskontroll.
Annet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nettverksfunksjon som inkluderer støtte til primær- og annen spesialisthelsetjeneste i håndtering av komplekse tilfeller</li> <li>• Ressurssenter for utdanning, forskning og utvikling</li> </ul>

For pasienter der det er vurdert forventet nytte av rehabilitering, må det velges rett rehabiliteringsnivå (se skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskrivning fra slagenheten). Overordnede føringer for dette er gitt i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (lenke), og her beskrives nærmere detaljer for hjerneslagrehabilitering. Rehabilitering kan skje i spesialisthelsetjenesten (nivå 1, nivå 2 eller nivå 3), ved tidlig støttet utskrivning, eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (hjemme-, dag- og /eller døgntilbud). Valg av rehabiliteringsnivå for den enkelte pasient forutsetter alltid en individuell tverrfaglig vurdering.

Alle pasienter med yrkesfremtid og tegn på kognitive funksjonsnedsettelse bør bli vurdert tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten (inkludert nevropsykologisk vurdering). Med «tegn på kognitive funksjonsnedsettelse» forstås her funn ved kognitiv screening, kliniske observasjoner og/eller selv-/komparentrapporterte vansker. ([lenke nasjonal retningslinje: "Anbefaling om kartlegging/ screening av kognitive vansker etter hjerneslaget"](#)).

Kombinasjonen av skårene ved Barthel ADL Index og modified Rankin Scale gir en indikasjon på riktig rehabiliteringsnivå.

Målgruppen for dette nivået er pasienter med alvorlig hjernestammeinfarkt, eller med behov for døgntilbud vedr. lege og sykepleie.

I tillegg til lege og sykepleier inkluderer tilbudet fysioterapi, ergoterapi, logopedi, sosionomtjeneste, nevropsykolog, samt der det er behov ortopediingeniør, klinisk ernæringsfysiologi og spesialkompetanse innen avansert kommunikasjonsteknologi og omgivelseskontroll.

Tilbudet inkluderer spesialiserte vurderinger og intervensjoner på ett eller flere av områdene:

- Trening i basseng og med avanserte gangtreningshjelpemidler (oppheng, eksoskjelett o.l.)
- Avansert utredning og behandling av blære-, tarm- og seksualfunksjon
- Utprøving og bruk av avansert teknologi, f.eks. kommunikasjonshjelpemidler og omgivelseskontroll
- Bruk av automatiserte treningsapparater, robotteknologi
- Observasjonsmuligheter ved 1-1- tilsyn og overvåkningsutstyr

### **3.4 11 a) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonell som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess**

#### **Målepunkt**

Tidspunkt for overføring av relevant og nødvendig informasjon, ifølge sjekkliste, til helsepersonellet som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

#### **Tidspunkt**

Registreres som dato for overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

#### **Forløpstid**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskrivning fra slagenhet til overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonellet som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

#### **Mål**

For 100% av pasientene som henvises til videre rehabilitering, er relevant og nødvendig informasjon til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess overført senest ved overføring/utskrivning.

#### **Informasjon**

**Sjekkliste for informasjon som skal overføres til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess:**

1. Skåringsskjema
  - a. Kroppsfunksjoner (NIHSS)
  - b. Aktivitet (Barthel ADL Index)
  - c. Global funksjon (modified Rankin Scale)
2. Hvilke kriterier for valg av videre pasientforløp er oppfylt for pasienten
3. Personlige faktorer
4. Nettverk

5. Omgivelser
6. Nøkkelinformasjon om medisinsk status

Det forutsettes at denne informasjonen er skriftlig.

[Lenke til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling "Informasjon og koordinering ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag"](#)

### 3.5 11 b) Epikrise til fastlege

#### Målepunkt

Tidspunkt for utsending av epikrise til fastlegen

#### Tidspunkt

Registreres som dato epikrise til fastlegen utsendt

#### Forløpstid

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskrivning fra slagenhet til epikrise til fastlegen utsendt

#### Mål

Epikrise til fastlegen er utsendt innen 7 dager etter utskrivning for 100% av pasientene, men fortrinnsvis være klar ved utskrivning og alltid følge pasienten der hvor det er behov for snarlig oppfølging av den kommunale helse, og omsorgstjeneste.

#### Informasjon

Epikrisen skal inneholde informasjon om valg av videre pasientforløp/kontrollopplegg og om pasienten vil bli innkalt til 3 mnd kontroll i spesialisthelsetjenesten. Hvis slik kontroll ikke er planlagt, skal epikrisen inneholde informasjon om annen kontroll hos fastlege/sykehjemslege eller annet helsepersonell.

I epikrisen skal det også stå at pasienten har fått informasjon om å bestille time selv hos fastlegen.

#### Referanse

[Norsk Pasient Register \(NPR\), nasjonal kvalitetsindikator](#)

### 3.6 11c) Mottak rehabilitering

#### Målepunkt

Tidspunkt for når pasienten tas imot på aktuell rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten

#### Tidspunkt

Registreres som dato mottak den aktuelle rehabiliteringsinstans

### **Forsløpstid**

Målepunktet benyttes for å beregne tid fra pasienten er definert som utskrivningsklar i slagenheten til mottak i aktuell rehabiliteringsinstans

### **Mål**

80% av pasienter med hjerneslag er motatt på aktuell instans innen 7 dager

### **Informasjon**

Målepunktet er det tidspunktet pasienten er tatt imot i den aktuelle spesialiserte rehabiliteringsinstansen.

## **3.7 11 d) Utført tverrfaglig funksjonsvurdering**

### **Målepunkt**

Tidspunkt for utført den tverrfaglige funksjonsvurderingen ifølge sjekklister

### **Tidspunkt**

Registreres som dato for utført tverrfaglig funksjonsvurdering ifølge sjekklister

### **Forløpstid**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra mottak rehabilitering til utført tverrfaglig funksjonsvurdering ifølge sjekklister

### **Mål**

Tverrfaglig funksjonsvurdering ifølge sjekklister er utført innen 5 dager for 80% av pasientene

### **Informasjon**

Funksjonsvurderingene må inkludere valide verktøy. Modified Rankin Scale(mRS) og Barthel ADL Index(BI) anbefales for alle. For øvrig selekterte verktøy tilpasset aktuelle pasienter

### **Sjekklister for tverrfaglig vurdering**

- a. ADL funksjon (BI)
- b. Global funksjon (mRS)
- c. Kognitiv funksjon
- d. Personlige faktorer
- e. Nettverk
- f. Omgivelser
- i. Bolig

ii. Øvrige relevante omgivelser

*Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 10 utdyper spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering. (Lenke til veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator)*

### 3.8 11 e) Etablering av rehabiliteringsplan

**Målepunkt:**

Tidspunkt for etablering av rehabiliteringsplan ifølge sjekklister

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for når rehabiliteringsplan etablert ifølge sjekklister

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra mottak rehabilitering til rehabiliteringsplan etablert ifølge sjekklister

**Mål:**

Rehabiliteringsplan ifølge sjekklister er etablert innen 5 dager fra mottak rehabilitering for 80% av pasientene

**Informasjon:**

Sjekklister for etablering av rehabiliteringsplanen

- a. Skriftlig
- b. Lett tilgjengelig (for helsepersonellet, pasienten, pårørende)
- c. Pasienten har medvirket/skal medvirke i å

- i. sette realistiske mål for rehabiliteringen
- ii. planlegge rehabiliteringen
- iii. evaluere rehabiliteringen underveis
- iv. planlegge videre forløp etter rehabiliteringsetappen

d. Beskrivelse av

- i. Mål og delmål
- Aktiviteter/tiltak for å nå delmål/mål

ii. Vurdering av behov for hjelpemidler

e. Informasjon til pasient (og pårørende, om pasienten ønsker det)

- i. Generell informasjon om hjerneslag, risikofaktorer, sekundærforebygging
- ii. Spesifikk informasjon om det aktuelle hjerneslaget, type, omfang, konsekvenser, rehabiliteringsmuligheter

- f. Navngitt ansvarlige fagperson(er) for gjennomføring av tiltak
- g. Tidspunkt for forventet delmål-/måloppnåelse/gjennomføring av tiltak
- h. Tidspunkt for evaluering(er) av planen
- i. Vurdering av behov for individuell plan

### 3.9 11 f) Rehabiliteringsplan evaluert

**Målepunkt:**

Tidspunkt for rehabiliteringsplan evaluert ifølge sjekkliste

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for rehabiliteringsplan evaluert ifølge sjekkliste

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(uker) fra mottak rehabilitering til rehabiliteringsplan evaluert ifølge sjekkliste

**Mål:**

Rehabiliteringsplanen er evaluert ifølge sjekkliste innen 4 uker fra mottak rehabilitering for 80% av pasientene

**Informasjon:****Sjekkliste for evaluering av rehabiliteringsplanen**

- a. Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet eller en eller flere fagpersoner, som representerer teamet, deltar i evalueringen
- b. Pasienten inviteres til å delta og medvirker i beslutningen om pårørende og eksterne aktører skal inviteres til å delta
- c. Tema
  - i. Status
    1. Somatisk
    2. Psykisk
    3. Kognitivt
  - ii. Status informasjon gitt ifølge rehabiliteringsplan
    1. Om hjerneslag generelt
    2. Om aktuelle hjerneslag
  - iii. Status delmål/mål
    1. Bør rehabiliteringsplanen endres mht
      - a. mål/delmål?
      - b. tidspunkt for forventet oppnåelse av mål/delmål?
  - iv. Status hjelpemidler
    1. Behov
    2. Utprøving

3. Rekvirering, forventet levering
- v. Status bolig etter rehabiliteringen
  1. Forventet utskrivning til hjemmet?
    - a. Evt behov for bygningsmessige endringer iverksatt?
  2. Forventet utskrivning til ny bolig, eksempel omsorgsbolig eller sykehjem?
    - a. Nødvendige søknader sendt?

### 3.10 11 g) Utskrivning fra spesialisert rehabilitering

**Målepunkt:**

Tidspunkt for utskrivning til annet rehabiliteringstiltak.

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for utskrivning.

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra mottak til utskrivning.

**Mål:**

50% av pasientene er skrevet ut til hjemmet eller kommunalt rehabiliteringstiltak innen 4 uker.

**Informasjon:**

Før utskrivning skal det registreres måloppnåelse, funksjon og livskvalitet, med validerte verktøy. Alle pasienter bør skåres med Modified Rankin Scale (mRS), Barthel ADL Index (BI) og EQ5D-5l. Den avsluttende rehabiliteringen for den slagrammede, bør som regel foregå i kommunal regi i rehabiliteringsinstitusjon eller i hjemmet og 50% av pasientene er skrevet ut til hjemmet eller kommunalt rehabiliteringstiltak innen 4 uker.

I tillegg kan andre verktøy brukes ut fra individuell vurdering inkludert verktøy for vurdering av kognitiv funksjon.

### 3.11 11 h) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (feks fastlege, hjemmesykepleie mv)

**Målepunkt:**

Tidspunkt for overføring av relevant og nødvendig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv)

**Tidspunkt:**



Registreres som dato for utskrivningssamtale og overføring av relevant og nødvendig skriftlig informasjon (Både utskrivningssamtale og overføring av skriftlig informasjon må være gjort for å kunne registrere dato) til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv)

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskrivningssamtale og overføring av relevant og nødvendig skriftlig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv), til utskrivnings-/overføringsdagen

**Mål:**

Utskrivingssamtale og overføring av relevant og nødvendig skriftlig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv) bør være utført senest på utskrivningsdagen for 100% av pasientene

**Informasjon:**

**Sjekkliste for utskrivningssamtale og skriftlig informasjon som skal overføres til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv):**

- 1) Utskrivingssamtale mellom pasient og lege gjennomført.
  - a) Nøkkelpersonell som skal ha ansvar for videre forløp er tilstede/varslet om utskrivningen
  - b) Pårørende tilstede, om pasienten og teamet finner det ønskelig
- 2) Den skriftlige informasjonen inneholder
  - a) Plan for det videre forløpet, inkludert
    - i) hva pasienten selv skal trene på
    - ii) sikkerhetsrisikoer
  - b) Skåringsskjema
    - i) Aktivitet (Barthel ADL Index)
    - ii) Global funksjon (modified Rankin Scale)
    - iii) EQ5D-5L
    - iv) Evt andre relevante funksjonsskår
  - c) Opplysninger om
    - i) Personlige faktorer
    - ii) Nettverk
    - iii) Omgivelser
  - d) Nøkkelinformasjon om medisinsk status
  - e) Oppdatert medikamentliste

### 3.12 11 i) Oppfølging hos fastlege

**Målepunkt:**

Tidspunkt for kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for gjennomført kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(måneder) fra innlagt slagenhet til gjennomført kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Mål:**

Kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste er utført innen 4-8 uker fra innlagt slagenhet for 80% av pasientene

**Informasjon:**

Sjekkliste for kontroll hos fastlegen

1. Sekundærprofylakse
  - a. BT
  - b. Antikoagulasjon (ved kardioembolisk infarkt)
  - c. Platehemmende behandling
  - d. Lipider
  - e. Levevaner (røyk, alkohol, kosthold/vekt, fysisk aktivitet)
2. Status førerkort
3. Evt status arbeidssituasjon
4. Vurdering av funksjonsnivå og eventuelle komplikasjoner og følgetilstaner etter hjerneslaget
5. Er det tilkommet et rehabiliteringsbehov?
6. Oppfølging ivaretatt ifølge epikrise fra slagenheten

### 3.13 11 k) Fornyet henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten om rehabiliteringsvurdering

**Målepunkt:**

Tidspunkt for mottatt henvisning om ny rehabiliteringsvurdering fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten.

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for når henvisning om ny rehabiliteringsvurdering er mottatt i spesialisthelsetjenesten.

**Informasjon:**

Ved nyoppståtte problemer, komplikasjoner, forverring i funksjon eller varig funksjonsnedsettelse der videre tiltak kan være aktuelle, vil det være rimelig å henvise til spesialisthelsetjenesten for vurdering, rådgivning og ev. tiltak utover det som tilbys i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dette kan gjelde pasienter der man:

- initialt har vurdert at det ikke er rehabiliteringsbehov fordi det ikke var funksjonsnedsettelse med behov for rehabilitering, men der slik behov oppdages etter hvert
- initialt har vurdert at det ikke er en forventet effekt av rehabilitering på grunn av omfattende funksjonsnedsettelse, men der pasientens tilstand har bedret seg

I disse tilfellene bør pasienten henvises til en fornyet tverrfaglig vurdering i spesialisthelsetjenesten.

- der det er oppstått mistanke om eller avdekket tidligere ikke beskrevne funksjonsfall (ofte kognitive) med behov for vurdering fra spesialisthelsetjenesten for å iverksette videre adekvate rehabiliteringstiltak

#### Referanse:

Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag

Anbefaling: Tilbud om funksjonsvurdering og rådgivning fra spesialisthelsetjenesten til slagrammede, pårørende og kommune i senfasen

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerne...>

### 3.14 11 I) Fornytt rehabiliteringsvurdering i spesialisthelsetjenesten

#### Målepunkt:

Tidspunkt for når pasienten vurderes for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

#### Tidspunkt:

Registreres som dato for når fornytt rehabiliteringsvurdering gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, enten ved poliklinisk konsultasjon, ambulant vurdering eller innleggelse (første kontakt knyttet til henvisningen).

#### Forløpstid:

Målepunktet benyttes for å beregne tid (dager) fra mottatt henvisning til fornytt rehabiliteringsvurdering.

#### Mål:

Fornytt rehabiliteringsvurdering i spesialisthelsetjenesten etter mottatt henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør være utført innen 4 uker for 80 % av pasientene.

#### Informasjon

For kartlegging, vurdering og rådgivning er det mest aktuelt med poliklinisk tilbud, ev. ambulant, og i spesielle tilfeller innleggelse. Det kan være aktuelt med flere kontakter, og resultat av en poliklinisk eller ambulant vurdering kan være påfølgende innleggelse i spesialisthelsetjenesten til rehabilitering.

Målsettingen er valgt med utgangspunkt i prioriteringsveilederen for fysikalsk medisin og rehabilitering. Her er det oppført flere tilstander som «Følger av hjerneskade» med ulike veiledende

frister (den første rehabiliteringen etter hjerneslag er ikke en tilstand beskrevet i prioriteringsveilederen fordi pasienter da er i et behandlingsforløp – da skal det ikke gjøres en ny rettighetsvurdering fordi retten til helsehjelp gjelder hele forløpet).

Den aktuelle pasientgruppen er pasienter som har funksjonsnedsettelse og behov for rehabilitering etter nylig oppstått hjerneslag, men der behovet ikke har blitt oppdaget eller pasienten ikke har vært «klar» for rehabilitering. Det tas derfor utgangspunkt i veiledende frist for «Følger av hjerneskaade - raskt progredierende funksjonssvikt» som er 4 uker.

Det er spesialisthelsetjenestens ansvar å registrere målepunktet med forløpstider ved revurdering etter henvisning fra fastlege eller sykehjemslege.

**Referanse:**

Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag Anbefaling: Tilbud om funksjonsvurdering og rådgivning fra spesialisthelsetjenesten til slagrammede, pårørende og kommune i senfasen

### 3.15 16) Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

**Målepunkt:**

Tidspunkt for poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekklister

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for gjennomført poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(måneder) fra innlagt slagenhet til gjennomført poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekklister

**Mål:**

Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekklister er utført innen 3 måneder for 80% av pasientene

**Informasjon**

Se nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling om kontroll etter gjennomgått hjerneslag:

Kontrollen bør omfatte:

1. Årsaker til og alvorlighetsgraden av hjerneslaget
2. Forebyggende behandling
  - a. Vurdering av indikasjon for platehemmere/antikoagulasjon
  - b. Legemidler og behandlingsmål vedrørende blodtrykk, lipidprofil og diabetes
  - c. Eventuelle bivirkninger og kontroll av Hb, kreatinin, leverprøver, CK, INR og elektrolytter
  - d. Sunne levevaner med regelmessig fysisk aktivitet, røykekutt, vektkontroll, alkoholmoderasjon og sunn kost

- e. Etterlevelse av forebyggende behandling og plan for videre oppfølging av denne
- 3. Rehabilitering – er det behov for tiltak vedrørende:
  - a. ADL-funksjon
  - b. Mobilitet/gangfunksjon
  - c. Spastisitet
  - d. Smerter
  - e. Inkontinens
  - f. Seksualitet og samliv
  - g. Kommunikasjon/språk
  - h. Synsfunksjon
  - i. Angst/depresjon
  - j. Kognisjon
  - k. Fatigue
  - l. Aktiviteter og deltakelse: arbeid, bilkjøring, fritid/hobby
  - m. Sosiale og familierelasjoner, mestringsstrategier
- 4. Plan videre
  - a. Plan for videre evaluering og oppfølging av sekundærprofylakse
  - b. Plan for videre rehabilitering, inkl. behov for individuell plan

Ettersom kontrollen i spesialisthelsetjenesten, omfatter mange forhold vedrørende pasientens situasjon inkludert sekundærprofylakse og rehabilitering, bør dette for de fleste pasienter være en tverrfaglig vurdering .

## 4 Tidlig støttet utskrivning

### 4.1 Anbefalte kriterier for henvisning til tidlig støttet utskrivning

#### Tidlig støttet utskrivning

Definisjon	Definert som utskrevet fra slagenhet og får oppfølging av et tverrfaglig ambulerende team med spesialkompetanse på hjerneslag, nær samhandling mellom sykehus og helse- og omsorgstjenestene i kommunene, og rehabiliteringstilbud i hjemmet eventuelt kombinert med rehabilitering i dagavdeling.
Andel	20% av alle pasienter med akutt hjerneslag

	Tidlig støttet utskrivning
Gis ved	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabiliteringstilbudet foregår som regel i hjemmet, men kan være supplert med rehabilitering i dagavdeling e.l.</li> </ul>
Kriterier for henvisning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>mRS</u>: 2</li> <li>• <u>mRS</u>: 3, dersom pasienten kan bo hjemme. (ved <u>mRS</u>: 3 med Barthel &lt; 50-60 er det ofte vanskelig med direkte utskrivning til hjemmet</li> <li>• Barthel &gt; 60-70</li> </ul>
Gir tilbud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Til pasienter med mild til moderat funksjonssvikt som kan utskrives tidlig direkte til hjemmet</li> </ul>
Rehabiliteringstilbudet vil vanligvis innebære	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et tverrfaglig slagteam følger opp pasientens rehabilitering i hjemmet istedenfor at pasienten er innlagt for rehabilitering i enter slagenhet eller rehabiliteringsavdeling.</li> <li>• Det vanligste er at teamet er basert i sykehus/spesialisthelsetjenesten, men andre organisatoriske løsninger kan være aktuelt. Dette gjelder særlig der det er store avstander til sykehuset, men i slike tilfeller må etableres nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. (se kompetanse)</li> </ul> <p>Tiltaket må inkludere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlegging av utfordringer i pasientens hjemmemiljø</li> <li>• Utforming av en individuelt tilpasset rehabiliteringsplan basert på kartleggingen'</li> <li>• Koordinering av rehabiliteringstilbudet</li> <li>• Bruk av hjemmemiljøet aktivt i rehabiliteringen</li> <li>• Spesialkompetanse: helsepersonell med spesialkompetanse på hjerneslag, tverrfaglig sammensatt for å imøtekomme pasienten individuelle behov som fortløpende evaluerer utviklingen og tilpasser tiltak</li> </ul>
Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Med «tverrfaglig ambulerende slagteam» menes tre til fire faggrupper med spesialkompetanse på hjerneslag, vanligvis ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier, samt tilgang på logoped, lege og sosiale tjenester. Et slikt team vil ofte ha en fast sammensetning av faggrupper, der andre må dras inn i rehabiliteringen ved behov. Det bør være nær samhandling mellom sykehus og helse- og omsorgstjenestene i kommunen, inkludert fastlege</li> </ul>

For pasienter der det er vurdert forventet nytte av rehabilitering, må det velges rett rehabiliteringsnivå. Overordnede føringer for dette er gitt i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (lenke), og her beskrives nærmere detaljer for hjerneslagrehabilitering. Rehabilitering kan skje i spesialisthelsetjenesten (nivå 1, nivå 2 eller nivå 3), ved tidlig støttet utskriving, eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (hjemme-, dag- og /eller døgnrehabilitering). Valg av rehabiliteringsnivå for den enkelte pasient forutsetter alltid en individuell tverrfaglig vurdering.

Alle pasienter med yrkesfremtid og tegn på kognitive funksjonsnedsettelse bør bli vurdert tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten (inkludert nevropsykologisk vurdering). Med «tegn på kognitive funksjonsnedsettelse» forstås her funn ved kognitiv screening, kliniske observasjoner og/eller selv-/komparentrapporterte vansker.

Målgruppen for dette nivået er pasienter med mild til moderat funksjonssvikt som kan utskrives tidlig direkte til hjemmet med tett oppfølging av et tverrfaglig ambulerende team.

Tidlig støttet utskriving forutsetter at tilbudet gis av et team med spesialkompetanse på hjerneslag, nær samhandling mellom sykehus og helse- og omsorgstjenestene i kommunene, og et rehabiliteringstilbud i hjemmet eventuelt kombinert med rehabilitering i dagavdeling.

Teamet består av tre til fire faggrupper, vanligvis ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier, samt tilgang på logoped, lege og sosiale tjenester. Teamet skal ha en koordinerende funksjon og ved behov i samarbeid med kommunen, kan teamet også gi konkret rehabilitering.

Ved lange avstander fra sykehus til pasientens hjem, vil spesielle tilpasninger og eventuelt telemedisinske løsninger være aktuelle.

Etter individuell vurdering og dersom det er praktisk mulig, kan hele eller deler av tilbudet gis som dagrehabilitering der pasienten bor hjemme.

#### **4.2 12 a) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonell som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess**

##### **Målepunkt:**

Tidspunkt for overføring av relevant og nødvendig informasjon, ifølge sjekklister, til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

##### **Tidspunkt:**

Registreres som dato for overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

##### **Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskriving fra slagenhet til overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

##### **Mål:**

Relevant og nødvendig informasjon til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess, bør være overført senest ved overføring/utskriving for 100% av pasientene

**Informasjon:**

Sjekkliste for informasjon som skal overføres til det helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

## 1. Skåringsskjema

- a. Kroppsfunksjoner (NIHSS)
- b. Aktivitet (Barthel ADL Index)
- c. Global funksjon (modified Rankin Scale)

2. Hvilke kriterier for valg av videre pasientforløp er oppfylt for pasienten (**lenke**)

## 3. Personlige faktorer

## 4. Nettverk

## 5. Omgivelser

## 6. Nøkkelinformasjon om medisinsk status

**Referanser:**

[Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag:](#)

[Anbefaling: Informasjon og koordinering ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag](#)

- Fearon P., Langhorne P. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients  
The Cochrane database of systematic reviews 2012 9 Cd000443

### 4.3 12 b) Epikrise til fastlege

**Målepunkt:**

Tidspunkt for utsending av epikrise til fastlegen

**Tidspunkt:**

Registreres som dato epikrise til fastlegen når denne er utsendt

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskrivning fra slagenhet til epikrise til fastlegen er utsendt

**Mål:**

Epikrise til fastlegen bør være utsendt innen 7 dager etter utskrivning for 100% av pasientene, eller ved utskrivning hvis samtidige behov for kommunale helse, og omsorgstjenester.

**Informasjon:**

Epikrisen skal inneholde informasjon om valg av videre pasientforløp/kontrollopplegg og om pasienten vil bli innkalt til 3 mnd kontroll i spesialisthelsetjenesten. Hvis slik kontroll ikke er planlagt, skal epikrien inneholde informasjon om annen kontroll hos fastlege/sykehjemslege eller annet helsepersonell.

I epikrisen skal det også stå at pasienten har fått informasjon om å bestille time selv hos fastlegen

**Referanse:**

[Norsk Pasient Register \(NPR\), nasjonal kvalitetsindikator](#)

#### 4.4 12 c) Mottak rehabilitering

**Målepunkt:**

Tidspunkt for mottak til rehabilitering i tiltaket tidlig støttet utskrivning

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for mottak til rehabilitering i tiltaket tidlig støttet utskrivning

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskrivningsklar fra slagenhet til mottak rehabilitering i tiltaket tidlig støttet utskrivning

**Mål:**

80% av pasientene som henvises til tidlig støttet utskrivning bør være mottatt/etablert kontakt med tidlig støttet utskrivningsteam innen utskrivningstidspunkt.

**Informasjon**

Målepunktet er det tidspunktet pasienten har møtt tidlig støttet utskrivningsteam og kommunalt rehabiliteringsteam i hjemmet etter utskrivning. Støtten som gis ved utskrivning må vektlegges da disse pasientene blir utskrevet tidligere enn uten tiltaket.

Til forskjell fra andre rehabiliterende tiltak, må pasienter som henvises til tidlig støttet utskrivning, være mottatt/ha etablert kontakt med det tidlig støttede utskrivningsteam senest ved utskrivning.

**Referanse:**

[Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering etter hjerneslag:](#)

Anbefaling: Tidlig støttet utskrivning hos pasienter med mild til moderat nedsatt funksjonsevne etter hjerneslag

#### 4.5 12 d) Utført tverrfaglig funksjonsvurdering

**Målepunkt:**

Tidspunkt for utført tverrfaglig funksjonsvurdering ifølge sjekkliste



**Tidspunkt:**

Registreres som dato for utført tverrfaglig funksjonsvurdering ifølge sjekkliste

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid (dager) fra mottak rehabilitering til utført tverrfaglig funksjonsvurdering ifølge sjekkliste

**Mål:**

Tverrfaglig funksjonsvurdering ifølge sjekkliste bør være utført ved utskrivning eller senest innen 5 dager etter utskrivning for 80% av pasientene.

**Informasjon:**

Funksjonsvurderingene må inkludere valide verktøy. Modified Rankin Scale (mRS) og Barthel ADL Index(BI) anbefales for alle. For øvrig selekterte verktøy tilpasset aktuelle pasienter.

**Sjekkliste for tverrfaglig vurdering**

- a. ADL (BI)
- b. Global funksjon (mRS)
- c. Personlige faktorer
- d. Kognitiv funksjon
- e. Nettverk
- f. Omgivelser
- g. Bolig
- ii. Øvrige relevante omgivelser

**Referanser:**

[Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved akutt hjerneslag: prosesser i slagrehabilitering](#)

*Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 10 utdyper spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering. (Lenke til veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator)*

#### 4.6 12 e) Etablering av rehabiliteringsplan

**Målepunkt:**

Tidspunkt for etablering av rehabiliteringsplan ifølge sjekkliste

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for rehabiliterings plan etablert ifølge sjekkliste

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra mottak rehabilitering til rehabiliteringsplan etablert ifølge sjekklister

**Mål:**

Rehabiliteringsplan ifølge sjekklister bør være etablert innen 5 dager fra mottak rehabilitering for 80% av pasientene

**Informasjon:**

Sjekklister for Rehabiliteringsplanen

- a. Skriftlig
- b. Lett tilgjengelig (for helsepersonellet, pasienten, pårørende)
- c. Pasienten har medvirket/skal medvirke i å
  - i. sette realistiske mål for rehabiliteringen
  - ii. planlegge rehabiliteringen
  - iii. evaluere rehabiliteringen underveis
  - iv. planlegge videre forløp etter rehabiliteringsetappen
- d. Beskrivelse av
  - i. Mål og delmål
    1. Aktiviteter/tiltak for å nå delmål/mål
    - ii. Vurdering av behov for hjelpemidler
- e. Informasjon til pasient (og pårørende, om pasienten ønsker det)
  - i. Generell informasjon om hjerneslag, risikofaktorer, sekundærforebygging
  - ii. Spesifikk informasjon om det aktuelle hjerneslaget, type, omfang, konsekvenser, rehabiliteringsmuligheter
- f. Navngitt ansvarlige fagperson(er) for gjennomføring av tiltak
- g. Tidspunkt for forventet delmål-/måloppnåelse/gjennomføring av tiltak
- h. Tidspunkt for evaluering(er) av planen
- i. Vurdering av behov for individuell plan

#### 4.7 12 f) Rehabiliteringsplan evaluert

**Målepunkt:**

Tidspunkt for rehabiliteringsplan evaluert ifølge sjekklister

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for rehabiliteringsplan evaluert ifølge sjekklister

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(uker) fra mottak rehabilitering til rehabiliteringsplan evaluert

ifølge sjekklister

**Mål:**

Rehabiliteringsplanen bør være evaluert ifølge sjekklister innen 4 uker fra mottak rehabilitering for 80% av pasientene

**Informasjon:**

Sjekklister for evaluering av rehabiliteringsplanen

- a. Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet eller en eller flere fagpersoner, som representerer teamet, deltar i evalueringen
- b. Pasienten inviteres til å delta og medvirker i beslutningen om pårørende og eksterne aktører skal inviteres til å delta
- c. Tema

- i. Status
  1. Somatisk
  2. Psykisk
  3. Kognitivt
- ii. Status informasjon gitt ifølge rehabiliteringsplan
  1. Om hjerneslag generelt
  2. Om aktuelle hjerneslag
- iii. Status delmål/mål
  1. Bør rehabiliteringsplanen endres mht
    - a. mål/delmål?
    - b. tidspunkt for forventet oppnåelse av mål/delmål?
- iv. Status hjelpemidler
  1. Behov
  2. Utprøving
  3. Rekvirering, forventet levering
- v. Status bolig etter rehabiliteringen
  1. Forventet utskrivning til hjemmet?
    - a. Evt behov for bygningsmessige endringer iverksatt?
    2. Forventet utskrivning til ny bolig, eksempel omsorgsbolig eller sykehjem?
      - a. Nødvendige søknader sendt?

Referanser:

[Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag: Prosesser i slagrehabilitering](#)

#### 4.8 12 g) Overføring til annet rehabiliteringstiltak

**Målepunkt:**

Tidspunkt for overføring til annet rehabiliteringstiltak, eller avslutning av rehabilitering i regi av tidlig støttet utskrivningsteam.

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for utført registrering av måloppnåelse, funksjon og livskvalitet, med validerte verktøy, ved utskriving/overføring til annet rehabiliteringstiltak

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra mottak til utskriving.

**Mål:**

50% av pasientene er skrevet ut til hjemmet eller annet rehabiliteringstiltak innen 4 uker.

**Informasjon:**

Før utskriving skal det registreres måloppnåelse, funksjon og livskvalitet, med validerte verktøy. Alle pasienter bør skåres med Modified Rankin Scale (mRS), Barthel ADL Index (BI) og EQ5D-5L.

I tillegg kan andre verktøy brukes ut fra individuell vurdering inkludert verktøy for vurdering av kognitiv funksjon.

Tidlig støttede utskrivingsteam avslutter som regel sin oppfølging senest ved 3 mnd kontroll i spesialisthelsetjenesten.

#### **4.9 12 h) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv).**

**Målepunkt:**

Tidspunkt for overføring av relevant og nødvendig informasjon (Både utskrivingssamtale og overføring av skriftlig informasjon må være gjort for å kunne registrere dato) til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv)

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for overføring av relevant og nødvendig skriftlig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv)

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra overføring av relevant og nødvendig skriftlig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv), til utskrivings-/overføringsdagen

**Mål:**

Utskrivingssamtale og overføring av relevant og nødvendig skriftlig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv) bør være utført senest på utskrivingsdagen for 100% av pasientene

**Informasjon:**

**Sjekkliste for utskrivningssamtale og skriftlig informasjon som skal overføres til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv)**

- 1) Utskrivningssamtale mellom pasient og lege gjennomført ( iden kommunale helse- og omsorgstjenesten kan legen erstattes av representant(er) for det tverrfaglige teamet (helst terapeut og sykepleier)
  - a) Nøkkelpersonell som skal ha ansvar for videre forløp er tilstede/varslet om utskrivningen
  - b) Pårørende tilstede, om pasienten og teamet finner det ønskelig
- 2) Den skriftlige informasjonen inneholder
  - a) Plan for det videre forløpet, inkludert
    - i) hva pasienten selv skal trene på
    - ii) sikkerhetsrisikoer
  - b) Skåringsskjema
    - i) Aktivitet (Barthel ADL Index)
    - ii) Global funksjon (modified Rankin Scale)
    - iii) EQ5D-5L
    - iv) Evt andre relevante funksjonsskår
  - c) Opplysninger om
    - i) Personlige faktorer
    - ii) Nettverk
    - iii) Omgivelser
  - d) Nøkkelinformasjon om medisinsk status
- e) Oppdatert medikamentliste

**Referanser:**

[Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag: Informasjon og koordinering ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag](#)

#### 4.10 12 i) Oppfølging hos fastlegen

**Målepunkt:**

Tidspunkt for kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for gjennomført kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(måneder) fra innlagt slagenhet til gjennomført kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Mål:**

Kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste bør være utført innen 4 -8 uker fra innlagt slagenhet for 80% av

pasientene

**Informasjon:**

Sjekkliste for kontroll hos fastlegen

1. Sekundærprofylakse
  - a. BT
  - b. Antikoagulasjon (ved kardioembolisk infarkt)
  - c. Platehemmende behandling
  - d. Lipider
  - e. Levevaner (røyk, alkohol, kosthold/vekt, fysisk aktivitet)
2. Status førerkort
3. Evt status arbeidssituasjon
4. Vurdering av funksjonsnivå og eventuelle komplikasjoner og følgetilstander etter hjerneslaget
5. Er det tilkommet et rehabiliteringsbehov?
6. Oppfølging ivaretatt ifølge epikrise fra slagenheten

#### 4.11 16) Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

**Målepunkt:**

Tidspunkt for poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekkliste

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for gjennomført poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(måneder) fra innlagt slagenhet til gjennomført poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekkliste

**Mål:**

Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekkliste bør være utført innen 3 måneder for 80% av pasientene

**Informasjon:**

Se [Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#):

[Anbefaling: Kontroll etter gjennomgått hjerneslag](#)

Kontrollen bør omfatte:

1. Årsaker til og alvorlighetsgraden av hjerneslaget
2. Forebyggende behandling
  - a. Vurdering av indikasjon for platehemmere/antikoagulasjon

- b. Legemidler og behandlingsmål vedrørende blodtrykk, lipidprofil og diabetes
  - c. Eventuelle bivirkninger og kontroll av Hb, kreatinin, leverprøver, CK, INR og elektrolytter
  - d. Sunne levevaner med regelmessig fysisk aktivitet, røykekutt, vektkontroll, alkoholmoderasjon og sunn kost
  - e. Etterlevelse av forebyggende behandling og plan for videre oppfølging av denne
3. Rehabilitering – er det behov for tiltak vedrørende:
- a. ADL-funksjon
  - b. Mobilitet/gangfunksjon
  - c. Spastisitet
  - d. Smerter
  - e. Inkontinens
  - f. Seksualitet og samliv
  - g. Kommunikasjon/språk
  - h. Synsfunksjon
  - i. Angst/depresjon
  - j. Kognisjon
  - k. Fatigue
  - l. Aktiviteter og deltakelse: arbeid, bilkjøring, fritid/hobby
  - m. Sosiale og familierelasjoner, mestringsstrategier
4. Plan videre
- a. Plan for videre evaluering og oppfølging av sekundærprofylakse
  - b. Plan for videre rehabilitering, inkl. behov for individuell plan

Ettersom kontrollen i spesialisthelsetjenesten, omfatter mange forhold vedrørende pasientens situasjon inkludert sekundærprofylakse og rehabilitering, bør dette for de fleste pasienter være en tverrfaglig vurdering .

## 5 Rehabilitering kommune

### 5.1 Dagrehabilitering i kommune - anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet

#### 4 Rehabilitering i kommune

<b>Definisjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasienter som blir utskrevet fra slagenhet eller via spesialisert rehabilitering til hjemmehabilitering, gjerne kombinert med dagrehabilitering i frisklivssentral eller rehabiliteringssenter i kommunen</li> <li>Pasienter som blir utskrevet fra slagenhet eller via spesialisert rehabilitering til døgnbasert rehabilitering i kommunen</li> </ul>
<b>Andel</b>	15% av alle pasienter med akutt hjerneslag (direkte til kommune)
<b>Dagrehabilitering</b>	
Gis ved	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kommunal frisklivssentral eller rehabiliteringssenter (ved mRS 1-2)</li> <li>Kombinasjon hjemme- og dagrehabilitering (ved mRS 2)</li> </ul>
Kriterier for henvisning	<ul style="list-style-type: none"> <li>mRS: 1-2</li> <li>mRS: 2</li> <li>Barthel ADL Index: vanligvis &gt; 70-80</li> </ul>
Gir tilbud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Til pasienter som har et tilstrekkelig funksjonsnivå til vesentlig ambulant rehabilitering (dagrehabilitering og egentrening)</li> <li>Til pasienter med lett funksjonssvikt: Vesentlig hjemmebasert rehabilitering, ev. i kombinasjon med dagrehabilitering.</li> </ul>
Rehabiliteringstilbudet vil vanligvis innebære	<ul style="list-style-type: none"> <li>Et tverrfaglig rehabiliteringsteam følger opp pasienten ved hjemmebasert rehabilitering, ev. kombinert med dagrehabilitering i rehabiliteringssenter eller frisklivssentral</li> </ul> <p>Tiltaket må inkludere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Å kartlegge utfordringer i pasientens hjemmemiljø</li> <li>Å utforme en individuelt tilpasset rehabiliteringsplan basert på kartleggingen</li> <li>Å bruke hjemmemiljøet aktivt i rehabiliteringen</li> <li>At det tverrfaglige teamet, i samarbeid med pasient og ev. pårørende, fortløpende evaluerer utviklingen og tilpasser tiltaker</li> </ul>
Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hver kommune, eventuelle samarbeidende kommuner, bør ha ett eller flere rehabiliteringsteam med ansvar for hjemmebasert- og dagrehabilitering. Dette teamet bør bestå av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt tilgang til logoped og sosionom ved behov. Det kan være hensiktsmessig med tett samarbeid med sykehusets rehabiliteringsteam om enkeltpersoner, både den første tiden etter utskrivning fra sykehus/rehabiliteringsinstitusjon og ved behov for veiledning senere i rehabiliteringsforløpet.</li> </ul>

For pasienter der det er vurdert forventet nytte av rehabilitering, må det velges rett rehabiliteringsnivå. Overordnede føringer for dette er gitt i Veledr om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (lenke), og her beskrives nærmere detaljer for hjerneslagrehabilitering. Rehabilitering kan skje i spesialisthelsetjenesten (nivå 1, nivå 2 eller nivå 3), ved tidlig støttet utskrivning, eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (hjemme-, dag- og /eller døgnrehabilitering). Valg av rehabiliteringsnivå for den enkelte pasient forutsetter alltid en individuell tverrfaglig vurdering.

Alle pasienter med yrkesfremtid og tegn på kognitive funksjonsnedsettelse bør bli vurdert tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten (inkludert nevropsykologisk vurdering). Med «tegn på kognitive funksjonsnedsettelse» forstås her funn ved kognitiv screening, kliniske observasjoner og/eller selv-/komparentrapporterte vansker.

Kombinasjonen av skårene ved Barthel ADL Index og modified Rankin Scale gir en indikasjon på riktig rehabiliteringsnivå.

Målgruppen for dette nivået er pasienter som har et tilstrekkelig funksjonsnivå til vesentlig ambulant rehabilitering (dagrehabilitering og egentrening).

Tilbudet bør gis av et rehabiliteringsteam med ansvar for hjemmebasert- og dagrehabilitering som bør bestå av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt ha tilgang til logoped og sosionom ved behov. Tilbudet kan kombineres med hjemmehabilitering.

Dagrehabilitering er som regel gruppebasert og inneholder en kombinasjon av ulike former for trening, veiledning, informasjon og sosiale tiltak. Varigheten er 1-3 timer og foregår 1-3 ganger i uka.

Dersom det tverrfaglige teamet konkluderer med at det kun er behov for oppfølging hos fysioterapeut, ergoterapeut eller logoped, så kan det kommunale rehabiliteringstilbudet begrense seg til en eller flere av disse.

## 5.2 Hjemme- og/eller dagrehabilitering i kommune - anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet<sup>2)</sup>



	<b>Hjemme- og/eller dagrehabilitering</b>
Gis ved	<ul style="list-style-type: none"> <li>I hjemmet, evt. kombinert med dagrehabilitering i frisklivssentral eller rehabiliteringssenter i kommunen</li> </ul>
Kriterier for henvisning	<ul style="list-style-type: none"> <li>mRS: 2 - 3</li> <li>Barthel:</li> </ul>
Gir tilbud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Til pasienter med lett til moderat funksjonssvikt, som har noe behov for bistand i hjemmet fra rehabiliteringspersonell (veiledning, motivasjon, støtte) for å oppnå fremgang/nå sine mål</li> <li>Ved behov for høyere intensitet i treningen enn det er mulig å få til i hjemmet kan kortvarig døgnbasert rehabilitering vurderes (eks. ved mRS 3, ved bygningsmessige utfordringer, personlige faktorer og/eller pårørendesituasjonen)</li> </ul>
Rehabiliteringstilbudet vil vanligvis innebære	<ul style="list-style-type: none"> <li>Et tverrfaglig rehabiliteringsteam følger opp pasientens rehabilitering i hjemmet, evt. kombinert med dagrehabilitering i rehabiliteringssenter eller frisklivssentral</li> </ul> <p>Tiltaket må inkludere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>å kartlegge utfordringer i pasientens hjemmemiljø</li> <li>å utforme en individuelt tilpasset rehabiliteringsplan basert på kartleggingen</li> <li>å bruke hjemmemiljøet aktivt i rehabiliteringen</li> <li>at det tverrfaglige teamet, i samarbeid med pasient og evt. pårørende, fortløpende evaluerer utviklingen og tilpasser tiltaket</li> </ul>
Kompetanse	Hver kommune, eventuelle samarbeidende kommuner, bør ha ett eller flere rehabiliteringsteam med ansvar for hjemmebasert- og dagrehabilitering. Dette teamet bør bestå av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt tilgang til logoped og sosionom ved behov. Det kan være hensiktsmessig med tett samarbeid med sykehusets rehabiliteringsteam om enkeltpersoner, både den første tiden etter utskrivning fra sykehus/rehabiliteringsinstitusjon og ved behov for veiledning senere i rehabiliteringsforløpet.

For pasienter der det er vurdert forventet nytte av rehabilitering, må det velges rett rehabiliteringsnivå. Overordnede føringer for dette er gitt i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (lenke), og her beskrives nærmere detaljer for hjerneslagrehabilitering. Rehabilitering kan skje i spesialisthelsetjenesten (nivå 1, nivå 2 eller nivå 3), ved tidlig støttet utskrivning, eller i kommunehelsetjenesten (hjemme-, dag- og /eller døgnrehabilitering). Valg av rehabiliteringsnivå for den enkelte pasient forutsetter alltid en individuell tverrfaglig vurdering.

Alle pasienter med yrkesfremtid og tegn på kognitive funksjonsnedsettelse bør bli vurdert tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten (inkludert nevropsykologisk vurdering). Med «tegn på kognitive funksjonsnedsettelse» forstås her funn ved kognitiv screening, kliniske observasjoner og/eller selv-/komparentrapporterte vansker.

Kombinasjonen av skårene ved Barthel ADL Index og modified Rankin Scale gir en indikasjon på riktig rehabiliteringsnivå.

Målgruppen for dette nivået er pasienter med lett til moderat funksjonssvikt, som har noe behov for bistand i hjemmet fra rehabiliteringspersonell (veiledning, motivasjon, støtte) for å oppnå sine mål.

Tilbudet bør gis av et rehabiliteringsteam med ansvar for hjemmebasert- og dagrehabilitering som bør bestå av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt ha tilgang til logoped og sosionom ved behov. Tilbudet kan kombineres med dagrehabilitering.

Dagrehabilitering er som regel gruppebasert, inneholder en kombinasjon av ulike former for trening, veiledning, informasjon og sosiale tiltak. Varigheten er 1-3 timer og foregår 1-3 ganger i uka.

Dersom det tverrfaglige teamet konkluderer med at det kun er behov for oppfølging hos fysioterapeut, ergoterapeut eller logoped, så kan det kommunale rehabiliteringstilbudet begrense seg til en eller flere av disse.

### 5.3 Døgnbasert rehabilitering i kommune - anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet

	<b>Døgnbasert rehabilitering</b>
Gis ved	<ul style="list-style-type: none"> <li>Institusjonsbasert rehabilitering bør skje i egne kommunale rehabiliteringsavdelinger/-sentre</li> </ul>
Kriterier for henvisning	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>mRS:</b> 3 - 4</li> <li><b>mRS:</b> 3</li> </ul> <p>Ved behov for høyere intensitet i treningen for å oppnå ønsket fremgang kan kortvarig døgnbasert rehabilitering vurderes om <u>hjemmerehabilitering</u> ikke er tilstrekkelig (f. eks. ved bygningsmessige utfordringer, personlige faktorer og/eller pårørendesituasjonen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>mRS:</b> 4</li> </ul> <p>For personer med alvorlige utfall/funksjonssvikt, stort omsorgsbehov og/eller når hjemmet av andre grunner er uegnet som rehabiliteringsarena, kan institusjonsbasert rehabilitering i en egen avdeling/senter være nødvendig for å kunne heve funksjonsnivået</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Barthel:</li> </ul>
Gir tilbud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Til pasienter med moderat til alvorlig funksjonssvikt</li> <li>Ved moderat funksjonssvikt kan rehabiliteringen i utgangspunktet være hjemmebasert, men ved behov kombineres med kortvarig(e), intensiv(e) døgnrehabilitering. Kun døgnrehabilitering kan være å foretrekke hos pasienter med moderat funksjonssvikt ved f. eks. bygningsmessige utfordringer i hjemmet, personlige faktorer, multimorbiditet og pårørende situasjon</li> <li>Ved alvorlig funksjonssvikt bør rehabiliteringen være døgnbasert da pasientene som regel trenger bistand fra rehabiliteringspersonellet flere ganger daglig for å oppnå fremgang.</li> </ul>
Rehabiliteringstilbudet vil vanligvis innebære	<ul style="list-style-type: none"> <li>Et tverrfaglig rehabiliteringsteam følger opp pasientens rehabilitering i døgnet, gjerne kombinert med dag- <u>evt</u> døgnbesøk i hjemmet i løpet av rehabiliteringen</li> </ul> <p>Tiltaket må inkludere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>å kartlegge utfordringene med selvhjelpenhet (basalt: forflytning, av- og påklledning, spising, toalett)</li> <li>å utforme en individuelt tilpasset rehabiliteringsplan basert på kartleggingen og oppnåelige mål</li> <li>å ha et kontinuerlig fokus på målsettingen om å komme tilbake til hjemmet med størst mulig grad av selvhjelpenhet</li> <li>at det tverrfaglige teamet, i samarbeid med pasient og evt. pårørende, fortløpende evaluerer utviklingen og tilpasser tiltakene</li> </ul>
Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det bør samarbeides med andre aktuelle kommunale aktører etter behov (fastlege, faggrupper utenfor kommunal rehabiliteringsavdeling/-senter, koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, søknadskontor/<u>forvalterkontor</u>, ambuleringende rehabiliteringsteam, opplæringsset, pleie- og omsorgstjenesten, NAV, senter for attføring m.fl.).</li> </ul>

For pasienter der det er vurdert forventet nytte av rehabilitering, må det velges rett rehabiliteringsnivå. Overordnede føringer for dette er gitt i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (lenke), og her beskrives nærmere detaljer for hjerneslagrehabilitering. Rehabilitering kan skje i spesialisthelsetjenesten (nivå 1, nivå 2 eller nivå 3), ved tidlig støttet utskrivning, eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (hjemme-, dag- og /eller døgnrehabilitering). Valg av rehabiliteringsnivå for den enkelte pasient forutsetter alltid en individuell tverrfaglig vurdering.

Alle pasienter med yrkesfremtid og tegn på kognitive funksjonsnedsettelse bør bli vurdert tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten (inkludert nevropsykologisk vurdering). Med «tegn på kognitive funksjonsnedsettelse» forstås her funn ved kognitiv screening, kliniske observasjoner og/eller selv-/komparentrapporterte vansker.

Kombinasjonen av skårene ved Barthel ADL Index og modified Rankin Scale gir en indikasjon på riktig rehabiliteringsnivå.

Målgruppen for dette nivået er pasienter med moderat til alvorlig funksjonssvikt som har behov for rehabilitering, men ikke i spesialist - helsetjenesten.

Tilbudet for denne målgruppen bør gis i egne kommunale rehabiliteringsavdelinger/-sentre. Et tverrfaglig rehabiliteringsteam følger opp pasientens rehabilitering i døgnet, gjerne kombinert med dag-/døgnbesøk i hjemmet i løpet av rehabiliteringen.

## 5.4 13 a) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonell som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

### Målepunkt

Tidspunkt for overføring av relevant og nødvendig informasjon, ifølge sjekklister, til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess. Inkluderer også informasjon til sykehjem.

**Tidspunkt**

Registreres som dato for overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess. Inkluderer også informasjon til sykehjem.

**Forløpstid**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskrivning fra slagenhet til ankommet relevant og nødvendig informasjon til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess. Inkluderer også informasjon til sykehjem.

**Mål**

Relevant og nødvendig informasjon til helsepersonellet, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess, bør være ankommet senest samme dag som overføring/utskrivning for 100% av pasientene. Inkluderer også informasjon til sykehjem.

**Informasjon:**

1. **Sjekkliste for minimum av informasjon som skal overføres til helsepersonellet**, som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

1. Skåringsskjema

- a. Kroppsfunksjoner (NIHSS)
- b. Aktivitet (Barthel ADL Index)
- c. Global funksjon (modified Rankin Scale)

2. Hvilke kriterier for valg av videre pasientforløp er oppfylt for pasienten

3. Personlige faktorer

4. Nettverk

5. Omgivelser

6. Nøkkelinformasjon om medisinsk status

Det forutsettes at denne informasjonen er skriftlig

[Lenke til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling "Informasjon og koordinering ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag"](#)

## 5.5 13 b) Epikrise til fastlege

**Målepunkt**

Tidspunkt for utsending av epikrise til fastlegen

**Tidspunkt**

Registreres som dato epikrise til fastlegen utsendt

**Forløpstid**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskrivning fra slagenhet til epikrise til fastlegen utsendt

#### Mål

Epikrise til fastlegen bør være utsendt innen 7 dager etter utskrivning for 100% av pasientene, men fortrinnsvis følge pasienten ved overføring, og alltid følge hvis pasienten skal ha tjenester fra den kommunale helse, og omsorgstjenesten.

#### Informasjon

Epikrisen skal inneholde informasjon om valg av videre pasientforløp/kontrollopplegg og om pasienten vil bli innkalt til 3 mnd kontroll i spesialisthelsetjenesten. Hvis slik kontroll ikke er planlagt, skal epikrisen inneholde informasjon om annen kontroll hos fastlege/sykehjemslege eller annet helsepersonell. I epikrisen skal det også stå at pasienten har fått informasjon om å bestille time selv hos fastlegen.

#### Referanser

[Norsk Pasient Register \(NPS\), nasjonal kvalitetsindikator](#)

## 5.6 13 c) Mottak kommunal rehabilitering

#### Målepunkt

Tidspunkt for mottak til rehabilitering i aktuelt kommunalt rehabiliteringstiltak

#### Tidspunkt

Registreres som dato for mottak rehabilitering i aktuelt kommunalt rehabiliteringstiltak

#### Forløpstid

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskrivningsklar fra slagenhet til mottatt rehabilitering i aktuelt kommunalt rehabiliteringstiltak

#### Mål

80% av pasientene som henvises til kommunal rehabilitering bør være mottatt til rehabilitering i tiltaket innen 7 dager

#### Informasjon

Målepunktet er det tidspunktet pasienten er tatt imot i det aktuelle kommunale rehabiliteringstiltaket.

Tiltaket kan være dag-, hjemme- eller døgnrehabilitering og kombinasjoner av disse.

Dagrehabilitering egner seg fortrinnsvis for pasienter med skår 1-2 på Modified Rankin Scale(mRS) og >70-80 på Barthel ADL Index(BI), hjemmerehabilitering ved skår 2-3 på mRS og >60-70 på BI og døgnrehabilitering ved skår 3-4 på mRS og 20-60 på BI.

Lange avstander, bygningsmessige forhold i hjemmet, personlige preferanser, forhold hos pårørende og annet kan medføre at foretrukket rehabiliteringsarena blir en annen enn anbefalt ut ifra skårene på

mRS og BI

#### Referanser

Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.

Anbefaling; Tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten om døgn-, dag- og hjemmerehabilitering

### 5.7 13 d) Utført tverrfaglig funksjonsvurdering

#### Målepunkt:

Tidspunkt for utført tverrfaglig vurderingen ifølge sjekklister

#### Tidspunkt:

Registreres som dato for utført tverrfaglig funksjonsvurdering ifølge sjekklister

#### Forløpstid:

Målepunktet benyttes for å beregne tid (dager) fra mottak rehabilitering til utført tverrfaglig funksjonsvurdering ifølge sjekklister

#### Mål:

Tverrfaglig funksjonsvurdering ifølge sjekklister bør være utført innen 5 dager for 80% av pasientene

#### Informasjon:

Funksjonsvurderingene må inkludere valide verktøy. Modified Rankin Scale (mRS) og Barthel ADL Index (BI) anbefales for alle. For øvrig selekterte verktøy tilpasset aktuelle pasienter

#### Sjekklister for tverrfaglig vurdering

- a. ADL (BI)
- b. Global funksjon (mRS)
- c. Personlige faktorer
- d. Kognitiv funksjon
- e. Nettverk
- f. Omgivelser
- g. Bolig
- ii. Øvrige relevante omgivelser

#### Referanser:

[Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering ved akutt hjerneslag: prosesser i slagrehabilitering](#)

*Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 10 utdyper spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering. (Lenke til veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator)*

## 5.8 13 e) Etablering av rehabiliteringsplan

### Målepunkt:

Tidspunkt for etablering av rehabiliteringsplan ifølge sjekklister

### Tidspunkt:

Registreres som dato for rehabiliteringsplan etablert ifølge sjekklister

### Forløpstid:

Målepunktet benyttes for å beregne tid (dager) fra mottak rehabilitering til rehabiliteringsplan etablert ifølge sjekklister

### Mål:

Rehabiliteringsplan ifølge sjekklister bør være etablert innen 5 dager fra mottak rehabilitering for 80% av pasientene

### Informasjon:

#### Sjekklister for etablering av Rehabiliteringsplanen

- a. Være skriftlig
- b. Være lett tilgjengelig (for helsepersonellet, pasienten og , pårørende)
- c. Pasienten har medvirket/skal medvirke i å
  - i. sette realistiske mål for rehabiliteringen
  - ii. planlegge rehabiliteringen
  - iii. evaluere rehabiliteringen underveis
  - iv. planlegge videre forløp etter rehabiliteringsetappen
- d. Inneholde en beskrivelse av
  - i. Mål og delmål
    - 1. Aktiviteter/tiltak for å nå delmål/mål
    - 2. Navngitt ansvarlige fagperson(er) for gjennomføring av tiltak
    - 3. Tidspunkt for forventet delmål-/måloppnåelse/gjennomføring av tiltak
- e. Vurdering av behov for hjelpemidler
- f. Inneholde hvordan det gis informasjon til pasient (og pårørende, om pasienten ønsker det)
  - i. Generell informasjon om hjerneslag, risikofaktorer, sekundærforebygging
  - ii. Spesifikk informasjon om det aktuelle hjerneslaget, type, omfang, konsekvenser, rehabiliteringsmuligheter
- f. Tidspunkt for evaluering(er) av planen
- g. Vurdere behov for individuell plan

## 5.9 13 f) Rehabiliteringsplan evaluert

### Målepunkt:

Tidspunkt for rehabiliteringsplan evaluert ifølge sjekkliste

### Tidspunkt:

Registreres som dato for rehabiliteringsplan evaluert ifølge sjekkliste

### Forløpstid:

Målepunktet benyttes for å beregne tid (uker) fra mottak rehabilitering til rehabiliteringsplan evaluert ifølge sjekkliste

### Mål:

Rehabiliteringsplanen bør være evaluert ifølge sjekkliste innen 4 uker fra mottak rehabilitering for 80% av pasientene

### Informasjon:

#### Sjekkliste for evaluering av rehabiliteringsplanen

- a. Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet eller en eller flere fagpersoner, som representerer teamet, deltar i evalueringen
- b. Pasienten inviteres til å delta og medvirker i beslutningen om pårørende og eksterne aktører skal inviteres til å delta
- c. Tema
  - i. Status
    1. Kroppsstrukturer
    2. Kroppsfunksjoner
    3. Aktiviteter
    4. Deltakelse (kfr mål)
    5. ADL-funksjon
    6. Omsorgsbehov
  - ii. Status medisinsk
  - iii. Status informasjon gitt ifølge rehabiliteringsplan
    1. Om hjerneslag generelt
    2. Om aktuelle hjerneslag
  - iv. Status delmål/mål
    1. Er målene oppnådd?
    2. Bør rehabiliteringsplanen endres mht
      - a. mål/delmål?
      - b. tiltak?
      - c. tidspunkt for forventet oppnåelse av mål/delmål?
  - v. Status hjelpemidler
    1. Behov
    2. Utprøving
    3. Rekvirering, forventet levering
  - vi. Status bolig etter rehabiliteringen
    1. Forventet utskrivning til hjemmet?

- a. Evt behov for bygningsmessige endringer iverksatt?
2. Forventet utskrivning til ny bolig, eksempel omsorgsbolig eller sykehjem?
  - a. Nødvendige søknader sendt?

### 5.10 13 g) Avslutning av kommunal rehabilitering

**Målepunkt:**

Tidspunkt for utskrivning eller avslutning av rehabilitering til annet rehabiliteringstiltak.

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for utskrivning eller avslutning.

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra mottak til utskrivning/avslutning av rehabilitering.

**Mål:**

Pakkeforløpet legger opp til en kartlegging før det settes opp en målsetting med dette målepunktet.

**Informasjon:**

Før utskrivning/avslutning av rehabilitering skal det registreres måloppnåelse, funksjon og livskvalitet, med validerte verktøy. Alle pasienter bør skåres med Modified Rankin Scale (mRS), Barthel ADL Index (BI) og EQ5D-5L.

I tillegg kan andre verktøy brukes ut fra individuell vurdering inkludert verktøy for vurdering av kognitiv funksjon.

### 5.11 13 h) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv).

**Målepunkt:**

Tidspunkt for overføring av relevant og nødvendig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv)

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for utskrivningssamtale med pasient og ev. pårørende og overføring av relevant og nødvendig skriftlig informasjon (Både utskrivningssamtale og overføring av skriftlig informasjon må være gjort for å kunne registrere dato) til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv)



**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid (dager) fra utskrivningssamtale og overføring av relevant og nødvendig skriftlig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv), til utskrivings-/overføringsdagen

**Mål:**

Utskrivningssamtale og overføring av relevant og nødvendig skriftlig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv) bør være utført senest på utskrivingsdagen for 100% av pasientene

**Informasjon:****Sjekkliste for utskrivningssamtale og skriftlig informasjon som skal overføres til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden (for eksempel fastlege, hjemmesykepleie mv)**

- 1) Utskrivningssamtale mellom pasient og lege gjennomført (i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan legen erstattes av representant(er) for det tverrfaglige teamet (helst terapeut og sykepleier)
  - a) Nøkkelpersonell som skal ha ansvar for videre forløp er tilstede/varslet om utskrivningen
  - b) Pårørende tilstede, om pasienten og teamet finner det ønskelig
- 2) Den skriftlige informasjonen ved utskrivning/overføring inneholder
  - a) Et sammendrag av det aktuelle sykdomsforløpet
  - b) Plan for det videre forløpet, inkludert
    - i) Mål og delmål
    - ii) Planlagte tiltak videre
    - iii) Områder med behov for oppfølging inkl. ansvarlig for oppfølging
    - iv) hva pasienten selv skal trene på
    - v) sikkerhetsrisikoer
  - c) Registreringer med sSkåringsskjema
    - i) Aktivitet (Barthel ADL Index)
    - ii) Global funksjon (modified Rankin Scale)
    - iii) EQ5D-5L
    - iv) Evt andre relevante funksjonsskår
  - d) Opplysninger om
    1. Personlige faktorer
    2. Nettverk
    3. Omgivelser
  - e) Nøkkelinformasjon om medisinsk status
  - f) Oppdatert medikamentliste

**5 12 13 il Oppfølging hos fastlegen**

**5.12 13 i) Oppfølging hos fastlegen****Målepunkt:**

Tidspunkt for kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for gjennomført kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(måneder) fra innlagt slagenhet til gjennomført kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Mål:**

Kontroll hos fastlegen ifølge sjekkliste bør være utført innen 4 - 8 uker fra innlagt slagenhet for 80% av pasientene

**Informasjon:****Sjekkliste for kontroll hos fastlegen**

1. Sekundærprofylakse
  - a. BT
  - b. Antikoagulasjon (ved kardioembolisk infarkt)
  - c. Platehemmende behandling
  - d. Lipider
  - e. Levevaner (røyk, alkohol, kosthold/vekt, fysisk aktivitet)
2. Status førerkort
3. Evt status arbeidssituasjon
4. Vurdering av funksjonsnivå og eventuelle komplikasjoner og følgetilstander etter hjerneslaget
5. Er det tilkommet et rehabiliteringsbehov, og bør pasienten henvises til ny vurdering av rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten?
6. Oppfølging ivaretatt ifølge epikrise fra slagenheten

**5.13 13 j) Oppfølging hos fastlegen for pasienter som er utskrevet fra slagenheten direkte til kommunal rehabilitering****Målepunkt:**

Tidspunkt for oppfølging hos fastlegen, ifølge sjekkliste, for pasienter som er utskrevet fra slagenheten

direkte til kommunal rehabilitering

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for gjennomført oppfølging hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(uker) fra innlagt slagenhet til gjennomført oppfølging hos fastlegen ifølge sjekkliste

**Mål:**

Oppfølging hos fastlegen ifølge sjekkliste bør være utført innen 4-8 uker fra innlagt slagenhet for 80% av pasientene som er utskrevet fra slagenheten direkte til kommunal rehabilitering

**Informasjon:****Sjekkliste for kontroll hos fastlegen**

## 1. Sekundærprofylakse

- a. BT
- b. Antikoagulasjon (ved kardioembolisk infarkt)
- c. Platehemmende behandling
- d. Lipider
- e. Levevaner (røyk, alkohol, kosthold/vekt, fysisk aktivitet)

## 2. Status førerkort

## 3. Evt status arbeidssituasjon

4. Er det tilkommet et rehabiliteringsbehov, og bør det henvises til ny vurdering av rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetnesten?

## 5.14 16) Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

**Målepunkt:**

Tidspunkt for poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekkliste

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for gjennomført poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(måneder) fra innlagt slagenhet til gjennomført poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekkliste

**Mål:**

Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekkliste bør være utført innen 3 måneder for 80% av pasientene

### Informasjon

Se nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling om kontroll etter gjennomgått hjerneslag:

Kontrollen bør omfatte:

1. Årsaker til og alvorlighetsgraden av hjerneslaget
2. Forebyggende behandling
  - a. Vurdering av indikasjon for platehemmere/antikoagulasjon
  - b. Legemidler og behandlingsmål vedrørende blodtrykk, lipidprofil og diabetes
  - c. Eventuelle bivirkninger og kontroll av Hb, kreatinin, leverprøver, CK, INR og elektrolytter
  - d. Sunne levevaner med regelmessig fysisk aktivitet, røykekutt, vektkontroll, alkoholmoderasjon og sunn kost
  - e. Etterlevelse av forebyggende behandling og plan for videre oppfølging av denne
3. Rehabilitering – er det behov for tiltak vedrørende:
  - a. ADL-funksjon
  - b. Mobilitet/gangfunksjon
  - c. Spastisitet
  - d. Smerter
  - e. Inkontinens
  - f. Seksualitet og samliv
  - g. Kommunikasjon/språk
  - h. Synsfunksjon
  - i. Angst/depresjon
  - j. Kognisjon
  - k. Fatigue
  - l. Aktiviteter og deltakelse: arbeid, bilkjøring, fritid/hobby
  - m. Sosiale og familierelasjoner, mestringsstrategier
4. Plan videre
  - a. Plan for videre evaluering og oppfølging av sekundærprofylakse
  - b. Plan for videre rehabilitering, inkl. behov for individuell plan

Ettersom kontrollen i spesialisthelsetjenesten, omfatter mange forhold vedrørende pasientens situasjon inkludert sekundærprofylakse og rehabilitering, bør dette for de fleste pasienter være en tverrfaglig vurdering .

## 6 Uten initialt behov for rehabilitering

### 6.1 Vurderinger i slagenheten for pasienter uten initialt behov for rehabilitering

Pasienter utskrevet direkte til hjemmet uten initialt behov for rehabilitering

	<b>Pasienten har ikke behov for rehabilitering pga små utfall etter hjerneslaget</b>
Andel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% av alle akutte hjerneslag</li> </ul>
Kriterier for henvisning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>mRS</u>: 0-1 <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <u>mRS</u> 0: Ikke behov for initial rehabilitering</li> <li>◦ <u>mRS</u> 1: Kan ha behov for ambulant trening/rehabilitering, fysisk eller kognitiv, kombinert med egentrening</li> </ul> </li> <li>• <u>mRS</u>: 2 Rehabilitering eller ikke avhenger av alder, målsettingen med rehabilitering og rehabiliteringspotensiale til den enkelte</li> <li>• Barthel: 70 - 90</li> </ul>
Gir tilbud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilbud kan være aktuelle både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten avhengig av målsettingen med rehabiliteringen (gjelder oftest <u>mRS</u>: 2)</li> </ul>

Pasienter med ingen eller minimale utfall etter hjerneslaget og samme funksjonsnivå som før slaget (mRS 0-1), bedømmes til ikke å ha behov for initial rehabilitering. Disse pasientene henvises ikke til rehabilitering, men følges opp ved fastlege og den polikliniske kontrollen i spesialisthelsetjenesten.

Det viktig å presisere at pasienter som initialt vurderes til ikke å ha rehabiliteringsbehov, likevel etter hvert kan vise seg å ha behov for rehabilitering. Dette gjelder spesielt pasienter med «usynlige skader» som kognitive og psykiske vansker eller atferdsendringer. Indikasjoner på slike «usynlige skader» kan være undersøkelsesfunn, vansker som rapporteres av pasienten eller pårørende, problemer med å vende tilbake til sosiale aktiviteter som arbeidslivet, eller problemer i familielivet.

Rehabiliteringsbehovet bør derfor revurderes av fastlege i forløpet. Ved indikasjoner på rehabiliteringsbehov bør pasienten henvises til kommunal rehabilitering eller til en fornyet rehabiliteringsvurdering i spesialisthelsetjenesten.

## 6.2 14 b) Epikrise til fastlegen

### Målepunkt:

Tidspunkt for utsending av epikrise til fastlegen/sykehjemslegen.

### Tidspunkt:

Registreres som dato epikrise til fastlegen/sykehjemslegen utsendt

### Forløpstid:

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskrivning fra slagenhet til epikrise til fastlegen /sykehjemslegen.

### Mål:

Epikrise til fastlegen/sykehjemslegen bør være utsendt innen 7 dager etter utskrivning for 100% av pasientene, men for pasienter som overføres til sykehjem, skal epikrisen følge pasienten.

### Informasjon:

Epikrisen skal inneholde informasjon om valg av videre pasientforløp/kontrollopplegg og om pasienten vil bli innkalt til 3 mnd kontroll i spesialisthelsetjenesten. Hvis slik kontroll ikke er planlagt, skal epikrisen inneholde informasjon om annen kontroll hos fastlege/sykehjemslege eller annet helsepersonell.

Epikrisen skal også inneholde informasjon om at pasienten bestiller time hos fastlege ihht anbefalte kontroller.

### Referanser:

[Norsk Pasient Register \(NPS\), nasjonal kvalitetsindikator](#)

### 6.3 14 i) Oppfølging hos fastlegen for pasienter utskrevet direkte til hjemmet uten initialt behov for rehabilitering

#### Målepunkt:

Tidspunkt for oppfølging hos fastlegen ifølge sjekkliste for pasienter utskrevet direkte til hjemmet uten behov for initial rehabilitering

#### Tidspunkt:

Registreres som dato for gjennomført oppfølging hos fastlegen ifølge sjekkliste

#### Forløpstid:

Målepunktet benyttes for å beregne tid(uker) fra innlagt slagenhet til gjennomført oppfølging hos fastlegen ifølge sjekkliste

#### Mål:

Oppfølging hos fastlegen ifølge sjekkliste bør være utført innen 4 - 8 uker fra innlagt slagenhet for 80% av pasientene som er utskrevet direkte til hjemmet uten behov for initial rehabilitering

#### Informasjon:

Hvis pasienten blir varig eller langvarig innlagt i sykehjem, bør den anførte kontroll hos fastlege skje på sykehjemmet av sykehjemslegen.

#### Sjekkliste for kontroll hos fastlegen

1. Sekundærprofylakse
  - a. BT
  - b. Antikoagulasjon (ved kardioembolisk infarkt)
  - c. Platehemmende behandling
  - d. Lipider
  - e. Levevaner (røyk, alkohol, kosthold/vekt, fysisk aktivitet)
2. Status førerkort
3. Evt status arbeidssituasjon
4. Vurdering av funksjonsnivå og eventuelle komplikasjoner og følgetilstander etter hjerneslaget
5. Er det tilkommet et rehabiliteringsbehov?
6. Oppfølging ivaretatt ifølge epikrise fra slagenheten

### 6.4 Fornytt henvisning til spesialisthelsetjenesten om rehabiliteringsvurdering

**Målepunkt:**

Tidspunkt for mottatt henvisning om ny rehabiliteringsvurdering fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten.

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for når henvisning om ny rehabiliteringsvurdering er mottatt i spesialisthelsetjenesten.

**Informasjon:**

Ved nyoppståtte problemer, komplikasjoner, forverring i funksjon eller varig funksjonsnedsettelse der videre tiltak kan være aktuelle, vil det være rimelig å henvise til spesialisthelsetjenesten for vurdering, rådgivning og ev. tiltak utover det som tilbys i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dette kan gjelde pasienter der man:

- initialt har vurdert at det ikke er rehabiliteringsbehov fordi det ikke var funksjonsnedsettelse med behov for rehabilitering, men der slik behov oppdages etter hvert
- initialt har vurdert at det ikke er en forventet effekt av rehabilitering på grunn av omfattende funksjonsnedsettelse, men der pasientens tilstand har bedret seg

I disse tilfellene bør pasienten henvises til en fornyet tverrfaglig vurdering i spesialisthelsetjenesten:

- der det er oppstått mistanke om eller avdekket tidligere ikke beskrevne funksjonsfall (ofte kognitive) med behov for vurdering fra spesialisthelsetjenesten for å iverksette videre adekvate rehabiliteringstiltak

**Referanse:**

Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag

Anbefaling: Tilbud om funksjonsvurdering og rådgivning fra spesialisthelsetjenesten til slagrammede, pårørende og kommune i senfasen

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerne...>

## 6.5 11 k) Fornytt rehabiliteringsvurdering i spesialisthelsetjenesten

**Målepunkt:**

Tidspunkt for når pasienten vurderes for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for når fornytt rehabiliteringsvurdering gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, enten ved poliklinisk konsultasjon, ambulant vurdering eller innleggelse (første kontakt knyttet til henvisningen).

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid (dager) fra mottatt henvisning til fornytt rehabiliteringsvurdering.

**Mål:**

Fornyet rehabiliteringsvurdering i spesialisthelsetjenesten etter mottatt henvisning fra den kommunal helse- og omsorgstjenesten bør være utført innen 4 uker for 80 % av pasientene.

**Informasjon**

For kartlegging, vurdering og rådgiving er det mest aktuelt med poliklinisk tilbud, ev. ambulant, og i spesielle tilfeller innleggelse. Det kan være aktuelt med flere kontakter, og resultat av en poliklinisk eller ambulant vurdering kan være påfølgende innleggelse i spesialisthelsetjenesten til rehabilitering.

Målsettingen er valgt med utgangspunkt i prioriteringsveilederen for fysikalsk medisin og rehabilitering. Her er det oppført flere tilstander som «Følger av hjerneslag» med ulike veiledende frister (den første rehabiliteringen etter hjerneslag er ikke en tilstand beskrevet i prioriteringsveilederen fordi pasienter da er i et behandlingsforløp – da skal det ikke gjøres en ny rettighetsvurdering fordi retten til helsehjelp gjelder hele forløpet).

Den aktuelle pasientgruppen er pasienter som har funksjonsnedsettelse og behov for rehabilitering etter nylig oppstått hjerneslag, men der behovet ikke har blitt oppdaget eller pasienten ikke har vært «klar» for rehabilitering. Det tas derfor utgangspunkt i veiledende frist for «Følger av hjerneslag - raskt progredierende funksjonssvikt» som er 4 uker.

Det er spesialisthelsetjenestens ansvar å registrere målepunktet med forløpstider ved revurdering etter henvisning fra fastlege eller sykehjemslege.

**Referanse:**

Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag  
Anbefaling: Tilbud om funksjonsvurdering og rådgiving fra spesialisthelsetjenesten til slagrammede, pårørende og kommune i senfasen

Veiledningsplikten:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabi...>

Prioriteringsveileder fysikalsk medisin og rehabilitering:

## 6.6 16) Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten for pasienter utskrevet direkte til hjemmet uten behov for initial rehabilitering

**Målepunkt:**

Tidspunkt for poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekklister for pasienter utskrevet direkte til hjemmet uten behov for initial rehabilitering

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for gjennomført poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

**Forløpstid:**



Målepunktet benyttes for å beregne tid(måneder) fra innlagt slagenhet til gjennomført poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekklister

**Mål:**

Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekklister for pasienter utskrevet direkte til hjemmet uten behov for initial rehabilitering bør være utført innen 3 måneder for 80% av pasientene

**Informasjon:**

Se nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling om kontroll etter gjennomgått hjerneslag:

Kontrollen bør omfatte:

1. Årsaker til og alvorlighetsgraden av hjerneslaget
2. Forebyggende behandling
  - a. Vurdering av indikasjon for platehemmere/antikoagulasjon
  - b. Legemidler og behandlingsmål vedrørende blodtrykk, lipidprofil og diabetes
  - c. Eventuelle bivirkninger og kontroll av Hb, kreatinin, leverprøver, CK, INR og elektrolytter
  - d. Sunne levevaner med regelmessig fysisk aktivitet, røykekutt, vektkontroll, alkoholmoderasjon og sunn kost
  - e. Etterlevelse av forebyggende behandling og plan for videre oppfølging av denne
3. Rehabilitering – er det behov for tiltak vedrørende:
  - a. ADL-funksjon
  - b. Mobilitet/gangfunksjon
  - c. Spastisitet
  - d. Smerter
  - e. Inkontinens
  - f. Seksualitet og samliv
  - g. Kommunikasjon/språk
  - h. Synsfunksjon
  - i. Angst/depresjon
  - j. Kognisjon
  - k. Fatigue
  - l. Aktiviteter og deltakelse: arbeid, bilkjøring, fritid/hobby
  - m. Sosiale og familierelasjoner, mestringsstrategier
4. Plan videre
  - a. Plan for videre evaluering og oppfølging av sekundærprofylakse
  - b. Plan for videre rehabilitering, inkl. behov for individuell plan

## 7 Uten forventet effekt av rehabilitering

### 7.1 Vurderinger i slagenheten for pasienter uten forventet effekt av rehabilitering

Pasienter utskrevet direkte til sykehjem uten initialt forventet effekt av rehabilitering

	Rehabilitering er ikke det beste alternativet for pasienten (pasientens tilstand er slik at han/hun i liten eller ingen grad har nytte av rehabilitering)
Andel	<ul style="list-style-type: none"> <li>15% av alle akutte hjerneslag</li> </ul>
Gis ved	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lite eller intet rehabiliteringspotensial ved vurdering i slagenheten. Personen er vurdert til i liten eller ingen grad å kunne nyttiggjøre seg kommunal eller spesialisert rehabilitering.</li> <li>Funksjonssvikten er så stor at utskrivning til hjemmet ikke lar seg gjennomføre, og heldøgnsomsorg i sykehjem er som oftest det beste tilbudet.</li> </ul>
Kriterier for henvisning	<ul style="list-style-type: none"> <li>mRS: 5 Alvorlige utfall uten initialt rehabiliteringspotensial</li> <li>Barthel:0-20</li> <li>Vurderingen av hvilke personer som skal tilbys opphold i sykehjem, må primært baseres på en faglig vurdering, men i tillegg bør tas med i vurderingen personens og pårørendes ønsker. Vedvarende store utfall med komplette lammelser, store kognitive utfall manglende evne til å motta instruksjon og uttalt blære-/og eller tarminkontinens er faktorer som ofte medfører at en person ikke kan nyttiggjøre seg intensiv eller spesialisert rehabilitering og hos slike pasienter er ikke et <u>rehabilitering</u> det rette tilbudet. I slike tilfeller er som oftest sykehjem det beste og eneste aktuelle tilbudet, men av og til kan et hjemmebasert omsorgstilbud etableres.</li> </ul>
Gir tilbud	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - 3 mnd kontroll i spesialisthelsetjenesten. For pasienter på sykehjem, kan kontrollen utføres på sykehjem. Ved denne kontroll vil det være en viktig oppgave å kartlegge om pasientens tilstand har endret seg slik at han/hun eventuelt har et rehabiliteringspotensial og kan ha nytte av rehabilitering. I så fall bør det henvises til rehabilitering</li> </ul>
Kontrollen vil vanligvis innebære	<p>Lenke til nasjonal anbefaling om kontroll i spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag:  <a href="https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/seksjon?Tittel=behandlingskjeden-ved-hjerneslag-20014418#kontroll-etter-gjennomgatt-hjerneslaganbefaling">https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/seksjon?Tittel=behandlingskjeden-ved-hjerneslag-20014418#kontroll-etter-gjennomgatt-hjerneslaganbefaling</a></p> <p>Kontrollen bør omfatte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Årsaker til og alvorlighetsgraden av hjerneslaget</li> <li>Forebyggende behandling <ol style="list-style-type: none"> <li>Vurdering av indikasjon for platehemmere/antikoagulasjon</li> <li>Legemidler og behandlingsmål vedrørende blodtrykk, lipidprofil og diabetes</li> <li>Eventuelle medikament bivirkninger og kontroll av Hb, kreatinin, leverprøver, CK, INR og elektrolytter</li> <li>Sunne levevaner med regelmessig fysisk aktivitet, røykekutt, vektkontroll, alkoholmoderasjon og sunn kost</li> </ol> </li> <li>Etterlevelse av forebyggende behandling og plan for videre oppfølging av denne</li> <li>Rehabilitering – er det behov for tiltak vedrørende: <ol style="list-style-type: none"> <li>ADL-funksjon</li> <li>Mobilitet/gangfunksjon</li> <li>Spastisitet</li> <li>Smerter</li> <li>Inkontinens</li> <li>Seksualitet og samliv</li> <li>Kommunikasjon/språk</li> <li>Synsfunksjon</li> <li>Angst/depresjon</li> <li>Kognisjon</li> <li>Fatigue</li> <li>Aktiviteter og deltakelse: arbeid, bilkjøring, fritid/hobby</li> <li>Sosiale og familierelasjoner, mestringsstrategier</li> </ol> </li> <li>Plan videre <ol style="list-style-type: none"> <li>Plan for videre evaluering og oppfølging av sekundærprofylakse</li> <li>Plan for videre rehabilitering, inkl. behov for individuell plan</li> </ol> </li> </ol>

Pasienter som bedømt ut fra kriteriene for rehabiliteringspotensial til ikke å ha en forventet effekt av rehabilitering ved tidspunkt for utskrivning fra slagenhet, henvises ikke til rehabilitering. Hos denne pasientgruppen vil ett eller flere «må kriterier» ikke være tilstede (mulighet til å «ta» instruksjon, innlæringsevne og motivasjon). Dokumentasjonen for forventet effekt av rehabilitering for slike pasienter er meget svak ut fra eksisterende dokumentasjon og klinisk erfaringskunnskap.

Disse pasientene vil ofte ha store behov for omsorg og pleie (vanlige skår vil være Barthel 0 – 20, mRS 5), og skrives derfor som oftest ut til sykehjem og følges opp ved sykehjemslege og ev. poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten.

Det viktig å presisere at pasienter som initialt vurderes til ikke å ha en forventet effekt av rehabilitering, likevel etter hvert kan vise seg å ha utviklet slik potensial. Dette gjelder spesielt pasienter som er veldig trettbare initialt, men har langsom bedring og etter hvert vil oppfylle kriteriene og da vurderes til å ha forventet nytte av rehabilitering.

Rehabiliteringsbehovet bør derfor revurderes av sykehjemslege i forløpet. Ved indikasjoner på rehabiliteringspotensial bør pasienten henvises til kommunal rehabilitering eller til en fornyet rehabiliteringsvurdering i spesialisthelsetjenesten

## 7.2 15 b) Epikrise til fastlegen/sykehjemslegen.

### Målepunkt:

Tidspunkt for utsending av epikrise til fastlegen/sykehjemslegen.

**Tidspunkt:**

Registreres som dato epikrise til fastlegen/sykehjemslegen utsendt

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(dager) fra utskrivning fra slagenhet til epikrise til fastlegen /sykehjemslegen.

**Mål:**

Epikrise til fastlegen/sykehjemslegen bør være utsendt innen 7 dager etter utskrivning for 100% av pasientene, men for pasienter som overføres til sykehjem, skal epikrisen følge pasienten.

**Informasjon:**

Epikrisen skal inneholde informasjon om at pasienten vil bli innkalt til 3 mnd kontroll i spesialisthelsetjenesten eller om en slik kontroll bør gjøres av sykehjemslegen.

**Referanser:**

[Norsk Pasient Register \(NPS\), nasjonal kvalitetsindikator](#)

### 7.3 15 j) Oppfølging hos sykehjemslegen for pasienter utskrevet direkte til sykehjem uten forventet effekt av rehabilitering.

**Målepunkt:**

Tidspunkt for oppfølging hos sykehjemslegen ifølge sjekklister for pasienter utskrevet direkte til sykehjem uten en forventet effekt av initial rehabilitering

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for gjennomført oppfølging hos sykehjemslegen ifølge sjekklister

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(uker) fra innlagt slagenhet til gjennomført oppfølging hos sykehjemslegen ifølge sjekklister

**Mål:**

Oppfølging hos sykehjemslegen ifølge sjekklister er utført innen 4-8 uker fra innlagt slagenhet for 100% av pasientene som er utskrevet direkte til sykehjem uten forventet effekt av initial rehabilitering

**Informasjon:**

[Sjekklister for kontroll hos sykehjemslegen](#)

1. Primære behov ivare tatt ut ifra aktuelle slagsequeler

- a. Adekvat forebygging/behandling av trykksår
  - b. Adekvat behandling av evt blære-/tarminkontinens
  - c. Adekvat mobilisering iverksatt
  - d. Pasienten deltar i ADL, der det er mulig
  - e. Adekvate kompenserende tiltak iverksatt
  - f. Adekvat ernæring ivaretatt
  - i. Status svelgefunksjon?
2. Sekundærprofylakse
- a. BT
  - b. Antikoagulasjon (ved kardioembolisk infarkt)
  - c. Platehemmende behandling
  - d. Lipider
3. Behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten?
4. Vurdering av funksjonsnivå og eventuelle komplikasjoner og følgetilstander etter hjerneslaget
5. Er det tilkommet en endring som tilsier forventet effekt av rehabilitering, bør pasienten henvises til ny vurdering av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.
6. Oppfølging ivaretatt ifølge epikrise fra slagenheten

## 7.4 Fornyet henvisning til spesialisthelsetjenesten om rehabiliteringsvurdering

### Målepunkt:

Tidspunkt for mottatt henvisning om ny rehabiliteringsvurdering fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten.

### Tidspunkt:

Registreres som dato for når henvisning om ny rehabiliteringsvurdering er mottatt i spesialisthelsetjenesten.

### Informasjon:

Ved nyoppståtte problemer, komplikasjoner, forverring i funksjon eller varig funksjonsnedsettelse der videre tiltak kan være aktuelle, vil det være rimelig å henvise til spesialisthelsetjenesten for vurdering, rådgivning og ev. tiltak utover det som tilbys i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dette kan gjelde pasienter der man:

- initialt har vurdert at det ikke er rehabiliteringsbehov fordi det ikke var funksjonsnedsettelse med behov for rehabilitering, men der slik behov oppdages etter hvert
- initialt har vurdert at det ikke er en forventet effekt av rehabilitering på grunn av omfattende funksjonsnedsettelse, men der pasientens tilstand har bedret seg

I disse tilfellene bør pasienten henvises til en fornyet tverrfaglig vurdering i spesialisthelsetjenesten:

- der det er oppstått mistanke om eller avdekket tidligere ikke beskrevne funksjonsfall (ofte

kognitive) med behov for vurdering fra spesialisthelsetjenesten for å iverksette videre adekvate rehabiliteringstiltak

**Referanse:**

Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag

Anbefaling: Tilbud om funksjonsvurdering og rådgivning fra spesialisthelsetjenesten til slagrammede, pårørende og kommune i senfasen

[Lenke](#)

## 7.5 11 k) Fornytt rehabiliteringsvurdering i spesialisthelsetjenesten

**Målepunkt:**

Tidspunkt for når pasienten vurderes for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for når fornytt rehabiliteringsvurdering gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, enten ved poliklinisk konsultasjon, ambulant vurdering eller innleggelse (første kontakt knyttet til henvisningen).

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid (dager) fra mottatt henvisning til fornytt rehabiliteringsvurdering.

**Mål:**

Fornytt rehabiliteringsvurdering i spesialisthelsetjenesten etter mottatt henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør være utført innen 30 dager for 80 % av pasientene.

**Informasjon**

For kartlegging, vurdering og rådgivning er det mest aktuelt med poliklinisk tilbud, ev. ambulant, og i spesielle tilfeller innleggelse. Det kan være aktuelt med flere kontakter, og resultat av en poliklinisk eller ambulant vurdering kan være påfølgende innleggelse i spesialisthelsetjenesten til rehabilitering.

Målsettingen er valgt med utgangspunkt i prioriteringsveilederen for fysikalsk medisin og rehabilitering. Her er det oppført flere tilstander som «Følger av hjerneskade» med ulike veiledende frister (den første rehabiliteringen etter hjerneslag er ikke en tilstand beskrevet i prioriteringsveilederen fordi pasienter da er i et behandlingsforløp – da skal det ikke gjøres en ny rettighetsvurdering fordi retten til helsehjelp gjelder hele forløpet).

Den aktuelle pasientgruppen er pasienter som har funksjonsnedsettelse og behov for rehabilitering etter nylig oppstått hjerneslag, men der behovet ikke har blitt oppdaget eller pasienten ikke har vært «klar» for rehabilitering. Det tas derfor utgangspunkt i veiledende frist for «Følger av hjerneskade - raskt progredierende funksjonssvikt» som er 4 uker.

Det er spesialisthelsetjenestens ansvar å registrere målepunktet med forløpstider ved revurdering etter henvisning fra fastlege eller sykehjemslege.

**Referanse:**

Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag Anbefaling: Tilbud om funksjonsvurdering og rådgivning fra spesialisthelsetjenesten til slagrammede, pårørende og kommune i senfasen

Veiledningsplikten:

[Lenke](#)

Prioriteringsveileder fysikalsk medisin og rehabilitering:

## 7.6 16) Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

**Målepunkt:**

Tidspunkt for poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekklister

**Tidspunkt:**

Registreres som dato for gjennomført poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

**Forløpstid:**

Målepunktet benyttes for å beregne tid(måneder) fra innlagt slagenhet til gjennomført poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekklister

**Mål:**

Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten ifølge sjekklister er utført innen 3 måneder for 80% av pasientene

**Informasjon**

Se nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling om kontroll etter gjennomgått hjerneslag:

Kontrollen bør omfatte:

1. Årsaker til og alvorlighetsgraden av hjerneslaget
2. Forebyggende behandling
  - a. Vurdering av indikasjon for platehemmere/antikoagulasjon
  - b. Legemidler og behandlingsmål vedrørende blodtrykk, lipidprofil og diabetes
  - c. Eventuelle bivirkninger og kontroll av Hb, kreatinin, leverprøver, CK, INR og elektrolytter
  - d. Sunne levevaner med regelmessig fysisk aktivitet, røykekutt, vektkontroll, alkoholmoderasjon og sunn kost
  - e. Etterlevelse av forebyggende behandling og plan for videre oppfølging av denne
3. Rehabilitering – er det behov for tiltak vedrørende:
  - a. ADL-funksjon
  - b. Mobilitet/gangfunksjon
  - c. Spastisitet
  - d. Smerter
  - e. Inkontinens
  - f. Seksualitet og samliv
  - g. Kommunikasjon/språk

- h. Synsfunksjon
- i. Angst/depresjon
- j. Kognisjon
- k. Fatigue
- l. Aktiviteter og deltakelse: arbeid, bilkjøring, fritid/hobby
- m. Sosiale og familierelasjoner, mestringsstrategier
- 4. Plan videre
  - a. Plan for videre evaluering og oppfølging av sekundærprofylakse
  - b. Plan for videre rehabilitering, inkl. behov for individuell plan

## 8 Oversikt over målepunkt og forløpstider - pakkeforløp hjerneslag (fase 2)

[Samlet oversikt over målepunkter og forløpstider kan lastes ned her \(PDF\).](#)

## 9 Funksjonsvurderingsverktøy

### 9.1 MODIFIED RANKIN SCALE (mRS)

#### MODIFIED RANKIN SCALE

##### **0 - Ingen symptomer i det hele tatt.**

Pasienten skal ikke ha noen begrensninger eller symptomer.

##### **1 - Ingen betydningsfull funksjonssvikt til tross for symptomer; klarer å utføre alle oppgaver og aktiviteter som før.**

Pas har noen symptomer, enten fysiske eller kognitive, f. eks affeksjon av språk/tale, evne til å lese/skrive, fysisk mobilitet, sensibilitet, syn, svelg, humør, men kan fortsette å ta del i alt tidligere arbeid, sosial- eller fritidsaktiviteter. Det avgjørende spørsmålet for å skille mellom 1 og 2 kan være:

Klarer pasienten alle aktiviteter som han før gjorde mer enn månedlig?

##### **2 - Lett funksjonssvikt; klarer ikke å utføre alle aktiviteter som før, men klarer sine daglige gjøremål.**

Pasienten kan ikke lenger gjøre en del av de aktivitetene som han/hun tidligere vanligvis har gjort. (F. eks kjøre bil, danse, lese, arbeide), men klarer fortsatt å ta vare på seg selv uten hjelp fra andre fra dag til dag. Pasienten kan klare påkledning, forflytning, matlaging/spisesituasjon, toalettbesøk, lage enkle måltider, handle og reise i lokalmiljøet uten å måtte motta hjelp eller tilsyn fra andre. Pasienten skal kunne være overlatt til seg selv alene hjemme i en uke eller mer uten bekymring.

##### **3 - Moderat funksjonssvikt; trenger noe hjelp, men går uten hjelp.**

Pas trenger ikke hjelp til forflytning/gange (selvstendig forflytning med og uten hjelpemiddel som stokk, rullator). Klarer påkledning, toalettbesøk og å spise etc, men trenger hjelp til mer komplekse aktiviteter. Noen andre må handle, lage mat, vaske – og må besøke pasienten oftere enn ukentlig for å sørge for at disse aktivitetene er gjennomført. Assistanse kan være fysisk eller rådgivende, f. eks pasienten trenger tilsyn eller motivering for å klare finansielle gjøremål.

**4 - Alvorlig funksjonssvikt; klarer ikke å gå uten hjelp og klarer ikke å ivareta sine grunnleggende behov uten hjelp.**

Pasienten må ha hjelp fra andre til noen daglige aktiviteter, f. eks gange, påkledning, toalett, spise. Pasienten blir besøkt minst en og vanligvis to eller flere ganger daglig, eller må bo i nærheten av en hjelper. For å skille 4 fra grad 5 – ta stilling til om pasienten kan bli latt alene for moderate perioder i løpet av dagen.

**5 - Svært alvorlig funksjonssvikt; sengeliggende og trenger konstant tilsyn og hjelp.**

Noen andre må alltid være tilgjengelig på dagtid og noen ganger i løpet av natten – denne trenger ikke være en sykepleier.

**6 - Død**

- *Referanse: Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age 60. 2. Prognosis. Scottish Medical Journal 1957;2:200-215*

## 9.2 NHI Stroke Scale (NHSS)

[Last ned brukermanual NIH Stroke Scale \(NIHSS\) kan lastes ned her \(PDF\).](#)

## 9.3 Barthel Index (0-20)

[Last ned Barthel ADL-indeks \(PDF\)](#)

Internasjonalt er det anbefalt å bruke Barthel Index 0-100 ved vurdering av ADL funksjon hos slagrammede, og de tabeller og anbefalinger som det henvises til i pakkeforløp hjerneslag, bygger på denne inndelingen. Det betyr at en Barthel Index fra 0-20 multipliseres med en faktor på 5.