

Klínískar leiðbeiningar

Hjúkrun sjúklinga í endurhæfingu eftir heilablóðfall/slag

Hreyfi- og sjálfsbjargargeta

Einkenni þunglyndis

Fræðsla

KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR Á LSH

„Klínískar leiðbeiningar eru leiðbeiningar um verklag, unnar á kerfisbundin hátt, til stuðnings starfsfólki í heilbrigðisþjónustu og almenningi við ákvarðanatöku við tilteknar aðstæður. Þær eru gagnreyndar og taka mið af bestu þekkingu á hverjum tíma“ [1]. Markmiðið með klínískum leiðbeiningum er m.a. að veita bestu fánlegu meðferð þar sem tillit er tekið til viðhorfa sjúklings. Einnig að stuðla að því að rannsóknarniðurstöður nýtist í starfi og að draga úr breytileika í meðferð.

Klínískar leiðbeiningar eru ýmist unnar af einstökum faghópum eða þverfaglegum vinnuhópum. Mikilvægt er að fulltrúar faghópa, sem munu nýta einstakar klínískar leiðbeiningar í starfi, eigi þátt í gerð þeirra, en komið hefur í ljós að með þeim hætti er líklegra að um þær ríki sátt og þær séu notaðar.

Nefnd um klínískar leiðbeiningar í hjúkrun

KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR UM HJÚKRUN SJÚKLINGA Í ENDURHÆFINGU EFTIR HEILABLÓÐFALL

Leiðbeiningarnar eru þýðing á völdum köflum úr hjúkrunarleiðbeiningunum: „*Verpleegkundige revalidatierichtlijn beroerte*“ (Klínískar leiðbeiningar um hjúkrun sjúklinga í endurhæfingu eftir heilablóðfall) [2]. Gerð leiðbeininganna var samvinnuverkefni íslenskra og hollenskra hjúkrunarfræðinga frá endurhæfingar- og taugalækningadeild LSH, taugalækningasviði háskólasjúkrahúsins í Utrecht og háskólanum í Utrecht í Hollandi. Um er að ræða þýðingu þriggja kafla sem tengjast endurhæfingu og eru þetta kaflar um hreyfi- og sjálfsbjargargetu, einkenni þunglyndis og fræðslu til sjúklinga og aðstandenda þeirra.

Leiðbeiningarnar eru ætlaðar hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum sem starfa að endurhæfingu sjúklinga eftir heilablóðfall.

Vinnuhópur:

Eftirfarandi hjúkrunarfræðingar á Landspítala og Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands unnu að þýðingu og staðfæringu klínísku leiðbeininganna:

- Ingibjörg Bjartmarz, RN, MSc, hjúkrunarfræðingur á endurhæfingardeild LSH, verkefnastjóri hópsins
- Dóróthea Bergs, RN, MSc, sérfræðingur í hjúkrun langveikra í endurhæfingu, endurhæfingadeild LSH
- Ellen Þórarinsdóttir, RN, hjúkrunarfræðingur á endurhæfingardeild, LSH
- Helga Jónsdóttir, RN, PhD, prófessor við Hjúkrunarfræðideild, HÍ
- Jónína Thorarensen, RN, MSc, hjúkrunarfræðingur á endurhæfingardeild, LSH
- Judith Penrod, RN, hjúkrunarfræðingur á taugalækningadeild, LSH
- Marianne Klinke, RN, MSc, hjúkrunarfræðingur á taugalækningadeild, LSH, og doktorsnemi við Hjúkrunarfræðideild, HÍ
- Þóra B. Hafsteinsdóttir, RN, PhD, dósent við University Medical Center Utrecht í Hollandi.

* Orðið heilablóðfall og slag er notað sem samheiti yfir blóðtappa og heilavefsblæðingar. Í þessum leiðbeiningum verður orðið heilablóðfall notað.

Auk þess hafa ýmsir aðrir fagaðilar gefið ráðleggingar við gerð þessara klínísku leiðbeininga og eru þeim færðar bestu þakkir.

Útgefið í ágúst 2013.

Endurskoðun í apríl 2015.

Fyrirspurnir og ábendingar

Ingibjörg Bjartmarz hjúkrunarfræðingur, verkefnisstjóri: ingibjar@landspitali.is

EFNISYFIRLIT

INNGANGUR	5
EINKENNI EFTIR HEILABLÓÐFALL	6
VINNUFERLI 1 - INNLÖGN OG MAT	8
VINNUFERLI 2 - MARKMIÐ OG MEÐFERÐ	9
VINNUFERLI 3 - ÚTSKRIFT	10
KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR UM HJÚKRUN SJÚKLINGA Í ENDURHÆFINGU EFTIR HEILABLÓÐFALL	11
VIÐAUKAR	18
VIÐAUKI A - MAT Á VÍSBENDINGUM OG SÖNNUNUM	18
VIÐAUKI B - BARTHEL MATSTÆKI	19
VIÐAUKI C - FIM MATSTÆKI	23
VIÐAUKI E - PHQ-9 MATSTÆKI TIL AÐ META EINKENNI ÞUNGLYNDIS	26
VIÐAUKI F - RÉTT TÆKNI VIÐ HAGRÆÐINGU, ÆFINGAR OG FLUTNING	27
HEIMILDASKRÁ	30

INNGANGUR

Heilablóðfall er algengasta ástæða varanlegrar fötlunar fullorðinna í vestrænum ríkjum. Jafnframt er það þriðja algengasta dánarorsök á Vesturlöndum og þar með talið á Íslandi. Búast má við að um 600-700 Íslendingar fái heilablóðfall á hverju ári og eru 2/3 þeirra yfir 65 ára [3]. Með bættri heilbrigðisþjónustu, auknum forvörnum og nýjum meðferðarmöguleikum, fjölgar þeim sem lifa af heilablóðfallið. Heilablóðfall er flókinn sjúkdómur sem getur haft margvíslegar afleiðingar fyrir sjúkling og fjölskyldu hans. Afleiðingar eru t.d. lamanir og/eða máttminnkun, verkstol, tjáskiptaerfiðleikar, einbeitingarskortur, skert innsæi, þunglyndi, kyngingarerfiðleikar og yfirþyrmandi þreyta. Á síðustu áratugum hefur þverfagleg, sérhæfð endurhæfingarmeðferð sem byrjar fljótt eftir heilablóðfall dregið úr varanlegri fötlun og lækkað dánartíðni [4-7]. Hjúkrunarfræðingar gegna lykilhlutverki við að veita heildræna meðferð, samþætta umönnun og auka skilvirkni í endurhæfingu [7]. Þar af leiðandi er mikilvægt að til séu klínískar leiðbeiningar byggðar á gagnreyndri þekkingu sem nýtast við daglega hjúkrun. Niðurstöður rannsókna hafa leitt í ljós að skilvirk og markviss endurhæfing eftir heilablóðfall leiðir til aukinnar færni, styttr legutíma, eykur sjálfstæði og bætir lífsgæði sjúklings og fjölskyldu hans. Einnig getur styttri legutími dregið úr kostnaði heilbrigðisþjónustu [6, 7].

Markmið leiðbeininganna er að auka skilvirkni og ná sem bestum árangri í endurhæfingu eftir heilablóðfall út frá eftirfarandi lykilþáttum:

1. Hreyfi- og sjálfsbjargargetu
2. Einkenum þunglyndis
3. Fræðslu

Einnig er markmiðið að auka þekkingu, árvekni og skýra ábyrgð hjúkrunar í endurhæfingu sjúklunga eftir heilablóðfall.

HEIMILDIR

Heimildir voru byggðar á „*Verpleegkundige revalidatierichtlijn beroerte*“ (Klínískar leiðbeiningar um hjúkrun sjúklunga í endurhæfingu eftir heilablóðfall) [2] gefnar út á hollensku og eftirfarandi kerfisbundnum yfirlitum sem voru gefin út í tengslum við leiðbeiningarnar:

- Task-oriented training in rehabilitation after poststroke: Systematic review (Kerfisbundin fræðileg samantekt á verkefnismiðaðri endurhæfingu eftir heilablóðfall [8].
- A systematic review of therapeutic interventions for stroke depression and the role of nurses (Kerfisbundin fræðileg samantekt á meðferðum/ihlutunum við þunglyndi fyrir sjúklunga eftir heilablóðfall og hlutverk hjúkrunarfræðinga) [9].
- Educational needs of patients with a poststroke and their caregivers: A systematic review of the literature (Fræðsluþarfir sjúklunga eftir heilablóðfall og aðstandenda þeirra: Kerfisbundin fræðileg samantekt) [10].

STIGUN RÁÐLEGGINGA

Leiðbeiningarnar voru unnar eftir ákveðnum þrepum sem byggjast á aðferð Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) og Central Begeleidings Organ (CBO) [2]. Styrkur ráðlegginga var metinn eftir SIGN flokkunarkerfinu [11].

SKILGREINING HUGTAKA

Heilablóðfall

Heilablóðfall er hér skilgreint samkvæmt viðmiðum Alþjóðlegu heilbrigðisstofnunarinnar, WHO. Orsökina er talin vera í æðakerfinu og lýsir sér með hratt vaxandi einkennum um staðbundna eða víðtæka röskun á heilastarfsemi sem varir lengur en 24 klst. [12, 13].

ENDURHÆFINGARHJÚKRUN

Markmið endurhæfingarhjúkrunar er að aðstoða einstaklinga með fötlun og/eða langvarandi sjúkdóma við að öðlast mestu mögulegu sjálfsbjargargetu og viðhalda hámarks heilbrigði (14). Áhersla er lögð á að fagaðilar í þverfaglegu teymi aðstoði sjúkling við að aðlagast breytingum á heilsufari (15). Við komu á deild setur sjúklingur og meðferðarteymi hans upp endurhæfingaráætlun sem endurskoðuð er eftir þörfum.

Hjúkrunarfræðingur fylgir eftir einstaklingsbundinni hjúkrunarméðferð og hvetur sjúkling til að vera virkur í endurhæfingaráætlun sinni og æfingum henni tengdum, innan sem utan hefðbundins æfingartíma.

ENDURHÆFINGARTEYMI

Í þverfaglegu teymi starfa ýmsir fagaðilar saman að endurhæfingu og hver starfstétt beitir sinni sérþekkingu til þess að bæta árangur sjúklings [16]. Helstu fagaðilar í endurhæfingarteymi eru: Félagráðgjafar, hjúkrunarfræðingar, iðjubjálfar, læknar (taugalæknar og endurhæfingarlæknar), næringarráðgjafar, sálfræðingar, sjúkraliðar, sjúkrapjálfarar, talmeinafræðingar og taugasálfræðingar [6]. Náin samvinna og upplýsingagjöf er á milli fagaðila [17, 18]. Haft er samráð og samstarf við meðferðarteymi sjúklings við notkun ákveðinna ráðlegginga í leiðbeiningunum.

VERKEFNISSTÝRÐ ÞJÁLFUN

Hugmyndafræði verkefnisstýrðrar þjálfunar beinist að því að bæta hreyfingetu og þjálfu sjúkling í lausn verkefna sem eru mikilvæg í daglegu lífi. Sjúklingur tekur sjálfur þátt í raunhæfri markmiðsetningu í samvinnu við meðferðaraðila [8].

EINKENNI EFTIR HEILABLÓÐFALL

Einkenni eftir heilablóðfall geta verið margvísleg og mismikil eftir stærð og staðsetningu í heilanum. Mikilvægt er að þekkja helstu einkenni sem koma fram og áhrif þeirra á getu sjúklings til að endurhæfast.

Stóri heili

Við skemmd í stóra heila koma einkenni fram í gagnstæðum líkamshelmingi. Við lýsingu á eftirfarandi einkennum er gert ráð fyrir að sjúklingur sé með ríkjandi vinstra heilahveli (oftast rétthentur). Hafa þarf í huga að einkenni á milli hægri/vinstri heilahvels geta víxlast ef sjúklingur er örventur.

Möguleg einkenni samfara skemmd í stóra heila	
Frá vinstra heilahveli	Frá hægra heilahveli
<ul style="list-style-type: none">• Mismikil lömum í hægri líkamshelmingi• Skyntruflanir í hægri líkamshelmingi• Sjónsviðsskerðing (hemianopsia)• Verkstol (apraxia)• Aukin tilfinninganæmni (grátmildi)• Erfiðleikar með einbeitingu• Minnistrufnanir• Þvoglumælggi (dysarthria)• Málstol (afasia)• Eðlileg skynjun á líkama og rúmi• Hæg viðbrögð• Áhyggjur af líkamlegri vanhæfni• Athyglisgáfa eðlileg	<ul style="list-style-type: none">• Mismikil lömum í vinstri líkamshelmingi• Skyntruflanir í vinstri líkamshelmingi• Sjónsviðsskerðing (hemianopsia)• Verkstol (apraxia)• Aukin tilfinninganæmni (grátmildi)• Erfiðleikar með einbeitingu• Minnistrufnanir• Þvoglumælggi (dysarthria)• Tal og skilningur yfirleitt í lagi• Gaumstol (neglect) til vinstri• Erfiðleikar við rýmdarskynjun• Óraunsæi varðandi eigin líkamlega getu• Skert athyglisgáfa – fljótfærni

Litli heili

Einkenni frá litla heila koma fram í sama líkamshelmingi og staðsetning heilablóðfalls.

Möguleg einkenni:

- Jafnvægistruflun
- Slingur (ataxia)
- Sjóntruflanir
- Kyngingarörðugleikar
- Ógleði og uppköst

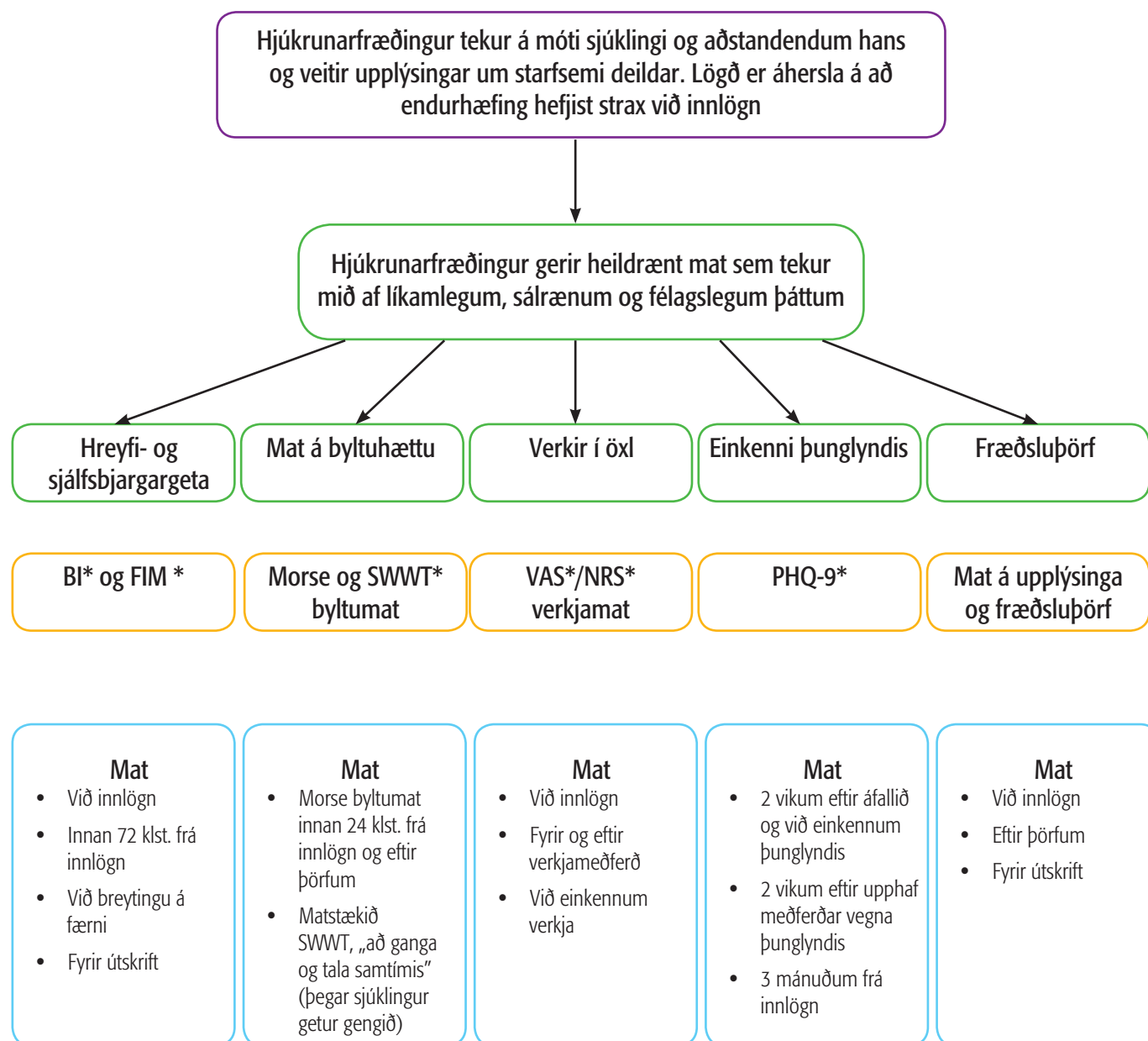
Heilastofn

Einkenni frá heilastofni eru oft mikil og alvarleg. Í heilastofni eru svæði sem stjórna öndun, meðvitundarstigi, blóðþrýstingi og hjartslætti. Þar eru einnig stöðvar sem stjórna augnhreyfingum, heyrn, tali og kyngingu. Brautir frá heila til útlíma liggja einnig í gegnum heilastofninn, en truflun á þeim getur valdið lömum, jafnvægisleysi og skyntapi í annarri eða báðum hliðum líkamans. Einnig geta orðið svokölluð víxl einkenni, t.d. lömum hægra megin í andliti og lömum í útlímum vinstra megin í líkamanum.

Möguleg einkenni:

- Jafnvægistruflun
- Slingur (ataxia)
- Sjóntruflanir
- Kyngingarörðugleikar
- Ógleði og uppköst
- Mismikil lömum

VINNUFERLI 1 - INNLÖGN OG MAT



Matstæki – sjá í fylgiskjöllum

* BI - Barthel Index

*FIM - Functional Independence Measure

*SWWT - „Stop Walking When Talking“

*NRS - Numerical Rating Scale

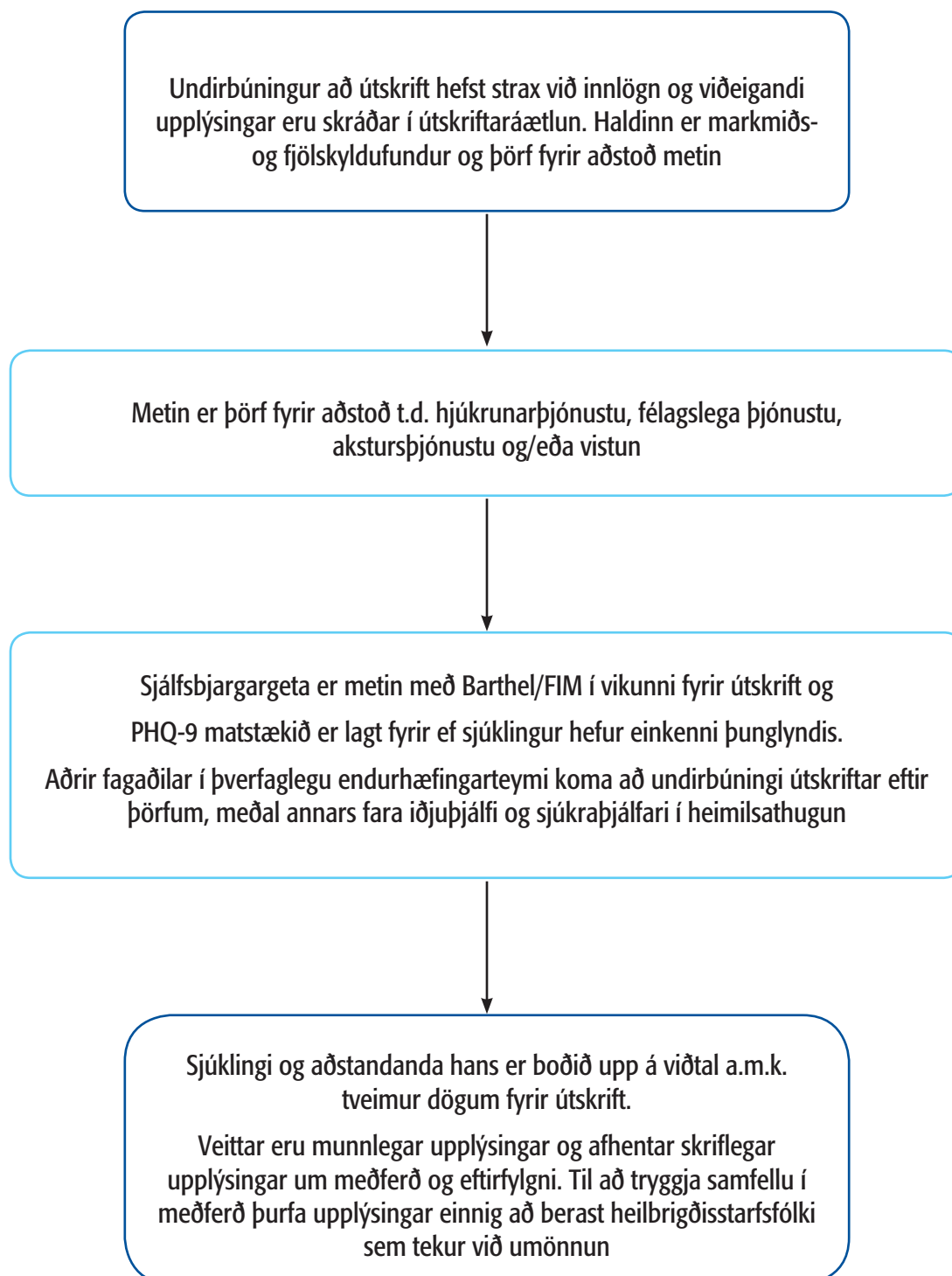
*VAS - Visual Analogue Scale

*PHQ-9 - The Patient Health Questionnaire

VINNUFERLI 2 - MARKMIÐ OG MEÐFERÐ

Svið	Markmið	Meðferð
Hreyfi- og sjálfsbjargargeta	<ul style="list-style-type: none"> Fyrirbyggja fylgikvilla hreyfikerðingar Auka hreyfi- og sjálfsbjargargetu Auka þrek og úthald Auka trú á eigin getu 	<ul style="list-style-type: none"> Hreyfa og hvetja sjúkling til hreyfingar eins fljótt og mögulegt er Virkar og passivar æfingar í rúmi s.s. snúa, hreyfa og hagræða Aðstoða fram úr rúmi, (sjá myndir í viðauka F) Veita stól sem hentar, t.d. hjólastól eða hægingdastól Hagræða lörmuðum útlím og hvetja sjúkling til að nota lörmuðu hlíðina ADL þjálfun og æfingar í tengslum við daglega umönnun og utan hefðbundins æfingartíma Æfa sjúkling í að: Standa upp út stól, gera standandi/sitjandi jafnvægisæfingar og gönguæfingar Setja markmið í samráði við sjúkling, aðstandendur og aðra fagaðila
Verkir í öxl	<ul style="list-style-type: none"> Fyrirbyggja verki í öxl og liðhaup Auka hreyfifærni og virkni handlegs/handar Draga úr stíðleika 	<ul style="list-style-type: none"> Verkjamat samkvæmt VAS, NRS, lyfjagjöf, ef við á Beita réttri vinnutækni (sjá myndir í viðauka F) Leiðbeina sjúklingi og aðstandendum um rétta hreyfingu/tækni Hagræðing (sjá myndir í viðauka F) Notkun hjálpartækja, t.d. stuðningsspelka (til þess að hlifa öxl) Samráð við aðra fagaðila
Einkenni þunglyndis	<ul style="list-style-type: none"> Auka virkni og getu sjúklings til að framfylgja endurhæfingaráætlun Auka lífsgæði 	<ul style="list-style-type: none"> Andlegur stuðningur Sjálfsæfing og virk þátttaka Siökun, hvíld Afla upplýsinga um áhugasvið Bjóða upp á viðtal við hjúkrunarfræðing Tengja jákvæðan árangur í þjálfun við þætti sem sjúklingur getur sjálfur haft áhrif á Glæðing vonar Hvetja til viðveru og þátttöku aðstandenda Vísa til annarra fagaðila/samráð við aðra fagaðila
Fræðsla	<ul style="list-style-type: none"> Skapa önyggi Auka velliðan Draga úr kvíða Bæta aðlögunarhæfni Auka ánægju 	<p>Fræðsla í bráðafasa</p> <ul style="list-style-type: none"> Tryggja að sjúklingur og aðstandendur fái fræðslu og upplýsingar. Afhenda einstaklingsmiðað fræðsluefni. Veita upplýsingar um starfsemi deildar og fagaðila í endurhæfingarteymi Nota tækifæri til þess að veita fræðslu samhliða daglegri umönnun <p>Fræðsla í endurhæfingarfasa</p> <ul style="list-style-type: none"> Afhenda einstaklingsmiðað fræðsluefni og kynna fræðslu sem er í boði á deildinni Meta þörf sjúklings og aðstandenda á fræðslu og hvetja til umræðna Fræðsla um meðferð, batahorfur, hvernig má mögulega fyrirbyggja annað heilablóðfall, heilsuefingu, kynlíf, aðlögunarleiðir og (sjálfs)umönnun Nota tækifæri til þess að veita fræðslu samhliða daglegri umönnun

VINNUFERLI 3 - ÚTSKRIFT



KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR UM HJÚKRUN SJÚKLINGA Í ENDURHÆFINGU EFTIR HEILABLÓÐFALL

Ráðleggingar byggjast á mati á vísbendingum, sjá nánar í viðauka A.

Hafa samráð við aðra fagaðila í meðferðarteymi við notkun ráðlegginga, eftir því sem við á.

Mat á ástandi sjúklings	
B	<p>Meta hreyfi- og sjálfbjargargetu með Barthel Index (BI) innan 72 klst. frá innlögn.</p> <ul style="list-style-type: none">• Matið er endurtekið ef breyting verður á færni og innan viku fyrir útskrift.• Áherslur í endurhæfingu fara eftir niðurstöðu mats. <p>Barthel matstækið metur hreyfigetu og færni sjúklings við að framkvæma athafnir daglegs lífs (ADL) [19]. Það var þróað sem matstæki til notkunar fyrir og eftir endurhæfingarmeðferð og til þess að greina hjúkrunarþarfir [20]. Við mat á ástandi sjúklings eru gefin stig frá 0-100. Því fleiri stig, því líklegra er að sjúklingur útskrifist heim [21- 24]. Sjá BI matstæki og stigagjöf í viðauka B.</p>
B	<p>Meta hreyfi- og sjálfsbjargargetu sjúklings á endurhæfingardeild með Functional Independence Measure (FIM) innan 72 klst. frá innlögn.</p> <ul style="list-style-type: none">• Matið er endurtekið ef breyting verður á færni og innan þriggja daga fyrir útskrift. Ef sjúklingur er lengi í endurhæfingu er stundum gert miðjumat, þ.e. á miðju tímabilinu til að greina framfarir. <p>Til viðbótar BI matstækinu er mælt með því að hjúkrunarfræðingur á endurhæfingardeildum R2 og R3, LSH noti FIM matstækið. Að matinu kemur meðferðarteymi sjúklings, hjúkrunarfræðingur, sjúkraþjálfari og iðjuþjálfari og í einstaka tilvikum aðrir fagaðilar, svo sem talmeinafræðingur og sálfræðingur. Skipta má matstækinu í mat á líkamlegri getu og hugrænni getu. FIM matstækið metur sjálfsbjargargetu, umönnunarpörf og alvarleika fötlunar. Matið byggist á 126 stigum, með 18 undirkvarða, þar sem stigagjöfin er frá einum til sjö. Til þess að geta metið sjúkling með FIM þarf þjálfun og próf. Sjá FIM matstæki og stigagjöf í viðauka C.</p> <p>Bæði BI og FIM matstækin hafa reynst réttmæt og áreiðanleg [5, 22].</p>
B	<p>Meta byltuhættu með MORSE byltumatstækinu innan 24 klst. frá innlögn. Til viðbótar skal meta byltuhættu með matstækinu „Stop Walking When Talking“ (SWWT) um leið og sjúklingur getur gengið.</p> <ul style="list-style-type: none">• Matstækið „Að hætta að ganga á meðan talað er“ (SWWT) er notað til að greina byltuhættu. Spurt er t.d. um fæðingardag. Ef sjúklingur þarf að stoppa á meðan að hann segir frá því er hann í byltuhættu [25]. <p>Aðaláhættuþættir byltna eru <i>skert jafnvægi, skert skynjun, gaumstol, skortur á innsæi, skert sjónsvið, skert sjálfsbjargargeta og hræðsla við að detta</i> [26]. Tíðni byltna eftir heilablóðfall er um 50% [27]. Mikilvægt er að þjálfja jafnvægi, efla sjálfsbjargargetu og trú á eigin getu (self efficacy) í endurhæfingu til að koma í veg fyrir byltur [8, 28].</p>

Meðferð vegna hreyfingarleysis

A	Fyrirbyggja fylgikvilla rúmlegu og auka hreyfigetu [5, 29-31]. <ul style="list-style-type: none">• Virkar og passívar hreyfingar í rúmi svo sem snúa, hreyfa og hagræða.• Hreyfa og hvetja sjúkling til hreyfingar eins fljótt og mögulegt er.• Aðstoða fram úr rúmi eins fljótt og mögulegt er.• Velja stól sem hentar, hægindastól og/eða hjólastól.• Draga úr líkum á spasma með því að hagræða lömuðum útlím. <p>Með virkum og passívum æfingum og hagræðingu er leitast við að fyrirbyggja fylgikvilla og auka hreyfigetu. Aukin hreyfigeta dregur úr líkum á spasma sem getur valdið verkjum, styttingu á vöðvum og dregið úr árangri endurhæfingar [29].</p>
B	Hagræðing í rúmi. <ul style="list-style-type: none">• Gæta að stöðu á lömuðum handlegg og fótlegg. Stuðla að vellíðan með því að velja líkamsstöðu sem sjúklingi líður vel í [32]. Sjá myndir í viðauka F.• Legustelling á að tryggja eðlilega öndun, og draga úr hættu á lungnabólgu af völdum ásvelgingar [32].• Gera einstaklingsbundna áætlun í samráði við sjúkling um hversu oft á að hagræða/kanna líkamsstöðu og breyta um legustellingar meðal annars m.t.t þrýstingssáravarna [33].
B	Hagræðing í (hjóla)stól. <ul style="list-style-type: none">• Hagráða á a.m.k. klukkustundar fresti til að tryggja að sjúklingur sitji uppréttur og sé með stuðning undir lamaða handlegginn sem tryggir rétta stöðu á öxl [34, 35].• Fara gætilega með öxl (á lamaðri hlið), forðast tog og óeðlilega stellingu þegar sjúklingur er aðstoðaður í hjólastól. <p>Leiðbeina um aðferðir við hagræðingu í stól og hvernig hægt er að aflétta þrýstingi til að koma í veg fyrir sár. Við gaumstol eða minnkaðan mátt í hendi þarf að minna sjúkling á að hagræða handlegg [34, 35]. Rétt staða handar er einnig mikilvæg til þess að koma í veg fyrir bjúgsöfnun.</p>
D	Hagræða, hreyfa og snúa sér í rúmi. <ul style="list-style-type: none">• Leiðbeina sjúklingi um stöðubreytingar í rúmi, t.d. að snúa sér á hlið.
D	Æfa sjúkling í að flytja sig úr rúmi í stól. <ul style="list-style-type: none">• Sjá leiðbeiningar og myndir í viðauka F. <p>Mikilvægi réttar tækni við umönnun er lykilatriði í því að auka sjálfsbjargargetu, tryggja öryggi og vellíðan sjúklings.</p>

Efling hreyfi- og sjálfsbjargargetu

C **Gera áætlun um einfaldar æfingar í samvinnu við sjúkling til þess að auka sjálfsbjargargetu.**

- Setja markmið um hvenær og hversu oft á að þjálfna athafnir.
- Þjálfna athafnir daglegs lífs við aðhlyningu, t.d. að fara á salerni, burstu tennur, þvo sér, klæðast, háttta, fletta blaði, smyrja brauð, matast og sækja sér föt.
- Leiðbeina og hvetja sjúkling til þess að þjálfna lamaðan handlegg, t.d. lyfta lömuðum handlegg og rétta úr fingrum (sjá mynd í viðauka F).

Þegar sjúklingur lærir nýja hæfni virkjust aðlögunarleiðir heilans [36]. Einstaklingsmiðuð verkefnisstýrð endurhæfing (task oriented training) sem hefur ákveðinn tilgang (í umhverfi sem líkustu heimilsumhverfi) skilar betri árangri heldur en hefðbundin endurhæfing [8]. Meginmarkmið í þjálfun er að sjúklingur geti bjargað sér við athafnir daglegs lífs og sé virkur [36-39].

A **Hvetja sjúkling til að framfylgja endurhæfingaráætlun. Nota tækifæri sem gefast til þjálfunar við daglega umönnun og utan hefðbundins æfingartíma [8, 39].**

Dæmi um æfingar:

Að standa upp úr stól eða færa sig milli stóla þannig að fyllsta öryggis sé gætt.

Leiðbeina sjúklingi um aðferðir við að standa upp úr stól eða færa sig milli stóla með eftirfarandi þætti í huga:

- Hafa báða fætur jafnt á gólfi, vel undir stólnum, með bil á milli fóta og að halla sér vel fram.
- Ekki má toga í lamaðan handlegg og ekki láta sjúkling toga sig upp (heldur skal nota armana á stólnum). Mikilvægt er að nota hjálparbelti.
- Gera æfinguna stöðugt erfiðari, nota mismunandi djúpa og háa stóla, t.d. 1) úr hjólastól í borðstofustóll, 2) úr hjólastól yfir í hægindastól [40, 41].

Endurteknar æfingar auka getu sjúklings til þess að standa upp, bæta jafnvægi og draga úr hættu á byltum [40, 41].

Standandi jafnvægi

- Þjálfna sjúkling í að standa upp og rétta úr sér (sjá myndir í viðauka F).
- Þjálfna sjúkling í að ganga upp og niður stiga og fjölga þrepunum eftir því sem betur gengur [42, 43].

Sitjandi jafnvægi

- Hvetja sjúkling til þess að teygja sig eftir hlut (viðkomandi hlutur er settur aðeins fjær en lengd handleggs) beint fram og/eða yfir að hinni hliðinni [44-47].

Gönguæfingar

- Aðstoða sjúkling við gönguæfingar á deild skv. æfingaráætlun [48-50]. Sjá nánari leiðbeiningar og mynd um gönguæfingar í viðauka F.

Tími sjúklunga í endurhæfingu er oft og á tíðum vannýttur og þeir eyða stórum hluta dagsins í rúminu eða sitja óvirkir í stól [30, 51-54]. Mikilvægt er að gæta að jafnvægi milli þjálfunar og hvíldar. Sjúklingur þarf að fá hvíld eftir hádegismat og fyrir kvöldmat.

C **Huglæg þjálfun**

Hvetja sjúkling til að hugsa um (sjá fyrir sér) framkvæmd verkefna eða athafnir sem verið er að þjálfna. Huglæg þjálfun getur leitt til aukinnar sjálfsbjargargetu [55-57].

Verkjastjórnun	
A	<p>Fyrirbyggja verki í lamaðri öxl.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tryggja stuðning við lamaðan handlegg (24 tíma/dag) til að fyrirbyggja verki í öxl [58]. Sjá viðauka F. • Gæta að stöðu handleggs og hafa aðgát við umönnun. • Fræða sjúkling og aðstandendur um aðferðir til að fyrirbyggja verki. <p>Sjúklingur sem hefur verki í öxl í kjölfar helftarlömunar á erfiðara með að hreyfa sig auk þess sem verkir geta tafið endurhæfingu og lengt sjúkrahúsvist [58, 59]. Tíðni verkja í öxl eftir heilablóðfall er talin vera frá 5-84% [59].</p>
B	<p>Beita rétttri vinnutækni við umönnun til að fyrirbyggja verki í öxl sjúklings.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rétt vinnutækni felur m.a. í sér að hreyfa lamaðan handlegg varlega, forðast tog og álag [58]. • Leiðbeina aðstandendum um rétta vinnutækni [59]. Sjá nánar í viðauka F.
D	<p>Meta verki í öxl bæði við hreyfingu og í hvíld og veita viðeigandi meðferð.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta reglulega verki í öxl með matstækjunum Numerical Rating Scale (NRS) eða Visual Analogue Scale (VAS). • Verkjum má stjórna með hagræðingu, verkjalyfjagöf, slökun, athyglisdreifingu, líkamspjálfun, hjálpartækjum s.s. spelku o.fl. • Hafa samráð og samstarf við aðra fagaðila varðandi verkjameðferð [60].

Einkenni þunglyndis eftir heilablóðfall

C **Meta einkenni þunglyndis með The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) matstækinu eigi síðar en tveimur vikum eftir áfall.**

Matstækið samanstendur af níu spurningum. Svári sjúklingur fyrstu tveimur spurningum neitandi gefur það til kynna að einkenni þunglyndis sé ekki til staðar. Ef sjúklingur skorar ≥ 5 stig þá er haldið áfram með spurningarnar í matstækinu [61].

- Matið er endurtekið tveimur vikum eftir upphaf meðferðar við einkennum þunglyndis.
- Matið er endurtekið þremur mánuðum frá áfalli og ef sjúklingur sýnir einkenni þunglyndis.
- Skrá niðurstöðu mats í rafræna sjúkraskrá (undir geðkvarðar).
- Ef sjúklingur skorar 10 stig eða meira á PHQ-9 þunglyndiskvarðanum skal vísa honum til sálfræðings eða hjúkrunarfræðings sem hefur framhaldsmenntun í geðhjúkrun.

Allt að 60% sjúklinga finna fyrir þunglyndi eftir heilablóðfall [62, 63]. Aukin vitneskja er um gagnsemi meðferða við einkennum þunglyndis og því er mikilvægt að áhættuþættir og einkenni séu greind snemma í endurhæfingarferlinu [62]. Kerfisbundin skimun og notkun matstækja auðveldar mat á einkennum þunglyndis [64] og gefur vísbendingar um alvarleika þess [65].

Meðferð vegna einkenna þunglyndis

- ### C **Sjálfsþing.**
- Auka trú sjúklings á eigin getu með því að hrósa (sérstaklega fyrir það sem sjúklingur getur haft áhrif á) og benda á framfarir og styrkleika [66, 67].
 - Setja markmið og tengja jákvæðan árangur í þjálfun við þætti sem sjúklingur getur sjálfur haft áhrif á [66, 67].

- ### C **Andlegur stuðningur.**
- Aðstoða sjúkling við að tjá tilfinningar sínar og leiðbeina með þætti sem stuðla að jákvæðu hugarfari.
 - Beita virkri hlustun og hvetja sjúkling til að greina bjargráð og hindranir [68].
 - Hvetja til virkrar þátttöku í æfingum, þjálfun (sjúkra- og iðjuþjálfun) [69, 70].
 - Hvetja aðstandendur til að vera til staðar, ef við á [71].
 - Leiðbeina um aðferðir við slökun m.a. með því að hlusta á tónlist og/eða þátttöku í skipulögðum slökunartímum [66].
 - Afla upplýsinga um áhugasvið og tengja þau við endurhæfinguna, t.d. spil og skák [66].
 - Bjóða sjúklingi og aðstandenda hans upp á viðtal við hjúkrunarfræðing.
 - Vísa til annarra fagaðila svo sem sálfræðing, prest, og félagsráðgjafa.
- Mikilvægt er að veita sjúklingum og aðstandendum þeirra tilfinningalegan stuðning til þess að viðhalda von og fyrirbyggja þunglyndi [72]. Sjúklingum sem hafa trú á eigin getu farnast betur, ná meiri hreyfifærni, virkni og lífsgæðum og fá síður einkenni þunglyndis [67].

Fræðsla til sjúklinga og aðstandenda.

C Veita sjúklingi og aðstandanda fræðslu og upplýsingar á mismunandi stigum í endurhæfingarferlinu, í samræmi við þarfir og óskir.

Fræðsla í bráðafasa

- Tryggja fræðslu um heilablóðfallið, áhrif þess og fyrirhugaðar rannsóknir og meðferð [73, 74].
- Veita upplýsingar um starfsemi deildar og endurhæfingarteymi sem mun koma að meðferð sjúklings.
- Afhenda einstaklingsmiðað fræðsluefni við innlögn og fræða sjúkling og aðstandanda um innihald þess [10, 75].
- Nota tækifæri til þess að veita fræðslu samhliða daglegri umönnun.

Fræðsla í endurhæfingarfasa

- Tryggja fræðslu um orsakir heilablóðfalls samkvæmt rannsóknarniðurstöðum, áhrif þess og hvernig á að forðast annað áfall. Einnig þarf að fræða um fyrirhugaða meðferð og batahorfur [9, 74].
- Veita munnlegar og/eða skriflegar upplýsingar um starfsemi deildar, endurhæfingarteymi, meðferðaráætlun, meðferðarfundi eins og markmiðs- og fjölskyldufundi, áætlaðan meðferðartíma og útskrift.
- Afhenda einstaklingsmiðað fræðsluefni við innlögn og fræða sjúkling og aðstandanda um innihald þess [10, 75].
- Veita einstaklingsbundna fræðslu til sjúklings og aðstandenda um heilsueflingu, kynlíf, aðlögunarleiðir og sjálfsömönnun [10, 74].
- Endurtaka fræðslu eftir þörfum. Athuga hvort fræðslan hafi verið meðtekin. Hvetja til umræðna [10, 76].
- Nota tækifæri til þess að veita fræðslu samhliða daglegri umönnun.
- Kynna fræðslu og hvetja sjúkling og aðstandendur til að sækja hópfræðslu sem er í boði. Í hópfræðslu er m.a. fjallað um heilablóðfall, áhrifaþætti, horfur og meðferð. Einnig er frætt um heilsueflingu, jafnvægi í daglegu lífi, hreyfingu, mataræði, svefn, hvíld og reykleysi [77].
- Ef sjúklingur er með málstol þarf sérhæft fræðsluefni með eftirfarandi þætti í huga: Einfaldar og stuttar setningar, stóra og skýra leturgerð, ritað mál ekki of þétt á blaðinu, myndir/teikningar sem tengjast efninu [78].

Fræðsla til sjúklinga og aðstandenda getur dregið úr kvíða, bætt aðlögunarhæfni og aukið ánægju með umönnun [79, 80]. Þannig skapast heildræn umönnun frá bráðadeild út í samfélagið [81]. Hafa þarf samráð í þverfaglegu teymi um hver veitir hvaða fræðslu með tilliti til sérhæfðar þekkingar hvers fagaðila [74].

B Veita aðstandenda sjúklings þjálfun og fræðslu um gildi þess að taka þátt í umönnun.

- Leiðbeina og hvetja aðstandendur til þátttöku í umönnun sjúklings, ef við á.
- Kenna aðstandendum aðferðir við að aðstoða sjúkling t.d. við flutning úr stól í rúm, gönguæfingar o.fl.

Rannsóknir sýna að virk þátttaka aðstandenda í þjálfun og umönnun minnkar kvíða og þunglyndi bæði hjá sjúklingi og aðstandenda [82, 83].

Útskriftaráætlun

D

Útskrift.

Undirbúningur við útskrift heim eða á aðra sjúkrastofnun:

Hjúkrunarfræðingur:

- Skráir upplýsingar um fyrirhugaða útskrift í útskriftaráætlun.
- Kannar þörf fyrir félagslega aðstoð, eins og t.d. hjúkrunarþjónustu, félagslega þjónustu, lyfjatiltekt, akstursþjónustu og/eða vistunarúrræði.
- Metur sjálfsbjargar- og hreyfigetu með Barthel/FIM vikunni fyrir útskrift og leggur PHQ-9 matstækið fyrir sjúkling ef hann hefur einkenni um depurð.
- Býður sjúklingi og umönnunaraðila upp á viðtal eigi síðar en tveimur dögum fyrir útskrift.
- Fræðir og afhendir skriflegar upplýsingar (bréf til sjúklings í rafrænni sjúkraskráningu) um ráðlagða eftirfylgni (þjálfun, göngudeild, blóðþynningarmeðferð) og hvert á að leita ef eitthvað kemur upp á.
- Sendir upplýsingar til heilbrigðisstarfsfólks sem tekur við umönnun til þess að tryggja samfellu í meðferð.
- Fræðir um sjúklingasamtök samanber Heilaheill (www.Heilaheill.is).

Félagslegur stuðningur er talinn vera góð aðferð til að bæta sálræna líðan og draga úr einkennum þunglyndis [84]. Fyrir ungt fólk getur verið viðeigandi að kynna starfsendurhæfingu og sértækan stuðning. Jafningjastuðningur er talinn mikilvægur. Á vefsíðu Heilaheilla má finna upplýsingar og fræðslu fyrir einstaklinga sem hafa fengið heilablóðfall.

VIÐAUKAR

VIÐAUKI A - MAT Á VÍSBENDINGUM OG SÖNNUNUM

Vísbendingar voru metnar samkvæmt NICE/SIGN-kerfinu (sjá landlaeknir.is).

Í því fá rannsóknir eftirfarandi einkunnir:

- 1++ Afar vel gerðar safnrannsóknir (meta-analýsur), kerfisbundin yfirlit slembirannsókna, slembirannsóknir með mjög lítilli skekkjuhættu.
- 1+ Vel gerðar safnrannsóknir, kerfisbundin yfirlit slembirannsókna, slembirannsóknir með lítilli skekkjuhættu.
- 1- Safnrannsóknir, kerfisbundin yfirlit slembirannsókna, slembirannsóknir með mikilli skekkjuhættu.
- 2++ Afar vel gerð kerfisbundin yfirlit viðmiðunarrannsókna á sjúkratilfellum (case-control studies) eða ferilrannsókna (cohort studies), afar vel gerðar viðmiðunarrannsóknir á sjúkratilfellum eða ferilrannsóknir (cohort studies) með mjög lítilli hættu á skekkju (bias) eða tilviljun (chance) og miklum líkindum á orsakatengingu.
- 2+ Vel gerðar viðmiðunarrannsóknir á sjúkratilfellum eða ferilrannsóknir með lítilli hættu á röskun, skekkju eða tilviljun og verulegum líkindum á orsakatengingu.
- 2- Viðmiðunarrannsóknir á sjúkratilfellum eða fylgnirannsóknir með mikilli hættu á röskun, skekkju eða tilviljun og töluverðri hættu á að orsakatengsl séu til staðar.
- 3 Sjúkratilfellskýrslur (case reports, case studies) og aðrar rannsóknir þar sem greining fer ekki fram.
- 4 Sérfræðiálit.

Síðan er lagt mat á gagnsemi vísbendinga:

- A A.m.k. ein safnrannsókn, kerfisbundið yfirlit eða slembirannsókn með einkunnina 1++, sem unnt er að yfirfæra beint á markhópinn, eða kerfisbundið yfirlit slembirannsókna eða safn sannana sem aðallega er sett saman úr rannsóknum með einkunnina 1+ sem er unnt að yfirfæra beint á markhópinn og sýna niðurstöður sem eru samkvæmar sjálfum sér.
- B Safn sannana, sem inniheldur rannsóknir með einkunnina 2++, sem unnt er að yfirfæra beint á markhópinn og sýnir samkvæmar niðurstöður eða framreiknaðar/áætlaðar sannanir frá rannsóknum með einkunnina 1++ eða 1+.
- C Safn sannana, sem inniheldur rannsóknir með einkunnina 2+, sem unnt er að yfirfæra beint á markhópinn og sýnir samkvæmar niðurstöður eða framreiknaðar/áætlaðar sannanir frá rannsóknum með einkunnina 2++.
- D Sannanir úr flokki 3 eða 4 eða framreiknaðar/áætlaðar sannanir frá rannsóknum með einkunnina 2+.

Sjá einnig vefslóð Landlæknisembættisins, <http://landlaeknir.is/Pages/186>, varðandi ofangreindar skilgreiningar.

VIÐAUKI B - BARTHEL MATSTÆKI

Nafn sjúklings:

Dags:.....

Sjálfsmönnun sjálfsbjörg

	Sjálfur	Með aðstoð	Getur ekki	Stig
1.	Drekkur úr bolla	4	0	0
2.	Borðar	6	3	0
3.	Klæðist að ofanverðu	5	3	0
4.	Klæðist að neðanverðu	7	4	0
5.	Setur á sig spelku	0	-2	0
6.	Snyrtir sig	5	0	0
7.	Þvær sér	6	0	0
8.	Stjórn á þvaglátum	10	5	0
9.	Stjórn á hægðum	10	5	0
Hreyfigeta				
10.	Flutningur í stól	10	7	0
11.	Flutningur á salerni	6	3	0
12.	Bað eða sturta	1	0	0
13.	Gengur 50 metra	15	10	0
14.	Stigar	10	5	0
15.	Í hjólastól, ef gengur ekki	5	0	0
Samtals		100	40	0

Heildarstigagjöf

100 Sjálfbjarga við sjálfsmönnun og hreyfingu

91- 99 Lítillega háður einhverjum

61- 90 Lítillega til þó nokkuð háður einhverjum um sjálfsmönnun og hreyfingu

21- 60 Þó nokkuð til verulega háður einhverjum um sjálfsmönnun og hreyfingu

0 -20 Algerlega háður einhverjum um sjálfsmönnun og hreyfingu.

LEIÐBEININGAR MEÐ STIGAGJÖF Á BARTHEL MATSTÆKINU

SJÁLFSUMÖNNUN – SJÁLFSBJÖRG		Stig
1. Drekkur úr bolla		
Sjálfur	Drekkur úr bolla; hellir sér sjálfur og opnar t.d. mjólkurfernu.	4
Með aðstoð	Drekkur og kyngir, en þarf nærveru eða hjálp einhvers til að leiðbeina sér, gefa vísbendingar, tala sig til eða aðstoða meðan á því stendur.	0
Getur ekki	Getur ekki drukkið, verður að innbyrða vökva eftir öðrum leiðum, a.m.k. að hluta til, s.s. í æð eða með sondu.	0
2. Borðar		
Sjálfur	Borðar af diskum á bakka eða borði; sker kjöt sjálfur og smyr sér brauð. Notar e.t.v. hjálpartæki.	6
Með aðstoð	Nærast um munn (þ.e. tyggir og kyngir), en þarf nærveru eða hjálp einhvers til að leiðbeina sér, gefa vísbendingar, tala sig til eða aðstoða meðan á því stendur. Þarf ekki að treysta á næringu eftir öðrum leiðum, s.s. í æð eða með sondu.	3
Getur ekki	Getur ekki nærst að fullu um munn og verður að hluta til að treysta á næringu eftir öðrum leiðum, s.s. í æð eða með sondu.	0
3. Klæðist að ofanverðu		
Sjálfur	Klæðist og afklæðist að ofan; ræður við brjóstahaldara, heila peysu og skyrtu (opin að framan); ræður við rennilás, tölur og smellur. Lýkur verkinu innan „skynsamlegra“ tímamarka.	5
Með aðstoð	Framkvæmir a.m.k. helminginn af verkinu sjálfur, en þarf aðstoð við að komast í, fara úr eða hneppa.	3
Getur ekki	Aðstoðar ekkert (þarf alla aðstoð); eða klæðist ekki.	0
4. Klæðist að neðanverðu		
Sjálfur	Klæðist og afklæðist að neðan, ræður við nærbuxur, buxur, skyrtu, belti, teygjusokka og sokka; ræður við rennilás, tölur, smellur. Notar e.t.v. sérstakar festingar (t.d. riflás).	7
Með aðstoð	Framkvæmir a.m.k. helminginn af verkinu sjálfur, en þarf aðstoð við að komast í, fara úr eða hneppa.	4
Getur ekki	Aðstoðar ekkert (þarf alla aðstoð); eða klæðist ekki.	0
5. Setur á sig spelku		
Sjálfur	Setur sjálfur á sig fatla, spelku, belti eins og uppálagt er nokkuð auðveldlega.	0
Með aðstoð	Þarf aðstoð eða alla aðstoð við að setja á sig spelku.	-2
Getur ekki	Notar ekki fatla, spelku eða belti.	0
6. Snyrtir sig		
Sjálfur	Burstar tennur, greiðir sér, rakar sig, setur á sig farða; þ.m.t. allan undirbúning.	5
Með aðstoð	Þarf aðstoð, eftirlit, vísbendingu til að ljúka verkinu.	0
Getur ekki	Snyrtir sig ekki; þarf alla aðstoð.	0

7. Þvær sér		
Sjálfur	Þvær sér og þurrkar andlit og líkamann allan (nema þvær sér ekki um hárið). Notar e.t.v. sérhannaðar aðstoður eða hjálpartæki.	5
Með aðstoð	Þarf aðstoð, eftirlit, visbendingu, eða tital meðan á þvotti stendur.	0
Getur ekki	Þvær sér ekki eða þarf alla aðstoð.	0
8. Stjórn á þvaglátum		
Sjálfur	Stjórnar alveg þvaglátum (engin slys).	10
Með aðstoð	Þarf aðstoð t.d. við bleyju, uridom eða einstaka óhöpp henda; eða getur ekki beðið eftir bekju eða að komast á salerni; annar aðili þarf að hjálpa til við að halda þurum (halda mynstri) því annars gerast stöku óhöpp, en ekki daglega.	5
Getur ekki	Bleytir sig oft vegna þvagleka þrátt fyrir hjálpartæki eða aðstoð. Þrátt fyrir hjálpartæki og aðstoð annars aðila bleytir sjúklingur sig oft eða nær daglega. Bleyja oftast nauðsynleg. Á ekki við um þvaglegg eða stómiu, sem virka vel.	0
9. Stjórn á hægðum		
Sjálfur	Hefur fulla stjórn á hægðum (engin óhöpp).	10
Með aðstoð	Þarf aðstoð við stíla eða að einstaka óhöpp gerast; annar aðili þarf að hjálpa til við að halda þurum (halda mynstri) því annars gerast stöku óhöpp, en ekki daglega.	5
Getur ekki	Missir oft hægðir vegna hægðaleka þrátt fyrir hjálpartæki eða aðstoð. Þrátt fyrir hjálpartæki og aðstoð annars aðila missir sjúklingur oft hægðir eða nær daglega. Bleyja oftast nauðsynleg. Á ekki við um stómiu, sem virkar vel.	0
HREYFIGETA		
10. Flutningur í stól		
Sjálfur	Sest niður, stendur upp úr venjulegum stól á öruggan hátt; ef í hjólastól, fer hann að rúmi eða stól, læsir stólnum, lyftir fótaskemli, stendur upp og flytur sig á milli eða rennir sér á milli; kemur sér til baka í hjólastólinn á öruggan hátt, breytir stöðu á hjólastólnum ef nauðsyn krefur; hugar líka að hendi eftir því sem við á.	15
Með aðstoð	Þarf minni háttar aðstoð og/eða eftirlit, visbendingu, tital.	7
Getur ekki	Krefst þungra lyftinga; þarf alla aðstoð.	0
11. Flutningur á salerni		
Sjálfur	Fer á salerni á sama hátt og úr og í stól á öruggan hátt. Notar e.t.v. hjálpartæki.	6
Með aðstoð	Þarf aðstoð til að halda jafnvægi, s.s. við að laga fötin, þarf minni háttar aðstoð.	3
Getur ekki	Krefst þungra lyftinga; þarf alla aðstoð.	0

12. Bað eða sturta		
Sjálfur	Fer sjálfur í og úr baði eða sturtu á öruggan hátt. Notar e.t.v. hjálpartæki.	1
Með aðstoð	Þarf aðstoð, eftirlit, vísbendingar; lyfta undir lítils háttar.	0
Getur ekki	Krefst þungra lyftinga; þarf alla aðstoð.	0
13. Gengur 50 metra		
Sjálfur	Gengur a.m.k. 50 metra; notar e.t.v. spelku, staf, hækjur, litla göngugrind eða sérstaka skó.	15
Með aðstoð	Gengur a.m.k. 50 metra með aðstoð eða eftirliti vegna öryggis.	10
Getur ekki	Gengur ekki 50 metra.	0
14. Stigar		
Sjálfur	Fer upp og niður a.m.k. einn stiga án þess að nota stuðning og á öruggan hátt. Notar e.t.v. spelku.	10
Með aðstoð	Fer upp og niður a.m.k. einn stiga, en þarf aðstoð eða eftirlit til öryggis.	5
Getur ekki	Fer ekki upp og niður einn stiga; eða er borinn.	0
15. Í hjólastól, ef gengur ekki		
Sjálfur	Ýtir sjálfur stólnum áfram a.m.k. 50 metra; verður að geta farið fyrir horn, snúið sér við, komist að borði, inn á bað eða salerni, t.d. kemst klakklaust um upp að 3% halla, á mottu, yfir þröskuld.	5
Með aðstoð	Þarf aðstoð við að ýta sér eða stjórna stólnum.	0
Getur ekki	Hjólastóll venjulega ekki notaður til að komast á milli staða.	0

VIÐAUKI C - FIM MATSTÆKI

1. Nafn sjúklings _____ 2. Kennitala _____
3. Komudagur _____ 4. Útskriftardagur _____
5. Sjúkdómsgreining _____ 6. ICD-númer _____
7. ASIA-flokkun _____ 8. Dags. áfalls/slyss _____
9. Aðrir sjúkd. ICD _____ 10. Fylgikvillar ICD _____

	Við komu	Við útskrift	Markmið	Ath.
ADL				
Borðhald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snyrting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böðun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klæðast, efri hluti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klæðast, neðri hluti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salernisnotkun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blöðrustjórnun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjórnun hægða	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flutningur				
Flutn., rúm, stóll, hjólastóll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flutningur salerni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flutningur bað, sturta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fara um				
Ganga/hjólastóll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stigar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjáskipti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skilningur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjáning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Félagsleg hæfni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Félagsleg samskipti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úrlausn vandamála	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stigagjöf

7 = Alveg sjálfbjarga

6 = Sjálfbjarga með aðlögun

5 = Eftirlit undirbúningur, hvatning, vísbendingar

4 = Lámarsaðstoð með snertingu

3= Miðlungsaðstoð

2= Mikil aðstoð

1= Algjör aðstoð

Viðauki D - Einkenni þunglyndis eftir heilablóðfall

Mikilvægt er að fylgjast með einkennum um depurð/þunglyndi hjá sjúklingum eftir heilablóðfall (í bráðafasa og til langtíma). Árið 2000 var sett fram skilgreining af American Psychiatric Association (APA, 2000) um viðmið á greiningu þunglyndis samkvæmt DSM, sem oftast er notað við greiningu á þunglyndi eftir heilablóðfall. Þar eru eftirfarandi einkenni notuð sem viðmið um þunglyndi: *Döpur lund megnið af deginum, flesta daga, greinilegt áhugaleysi eða skortur á ánægju megnið af deginum eða flesta daga, greinileg þyngdarbreyting eða breyting á lyst, mikill eða lítill svefn, vera í uppnámi eða til baka, séð af öðrum, þreyta eða úthaldsleysi, tilfinning að vera einskis nýtur eða hafa sektarkennd, minnkuð geta til að einbeita sér eða taka ákvarðanir, endurteknar dauðahugsanir eða sjálfsvígshugsanir.* Þetta eru samtals níu atriði en síðan eru nefnd viðmið um lítið eða mikið þunglyndi. Til þess að hægt sé að greina þunglyndi þurfa einkenni sjúklings að hafa verið til staðar í tvær vikur [62].

PHQ-9 matstækið byggist á skilgreiningu APA og þykir henta vel til að greina einkenni þunglyndis hjá sjúklingum sem hafa fengið heilablóðfall [7, 61, 85, 86]. Matstækið inniheldur 9 spurningar þar sem gefin eru 0-27 stig, 0 er engin vísbending um þunglyndi og 27 stig gefur vísbendingar um alvarlegt þunglyndi (svar við hverri spurningu inniheldur 0-3 stig). Stigun, greiningarskilmerki: 0-5 stig ekki einkenni þunglyndis, 5-9 væg einkenni þunglyndis, 10-14 miðlungs einkenni þunglyndis, 15-19 miðlungs til alvarleg einkenni þunglyndis, 20-27 alvarleg einkenni þunglyndis [85].

VIÐAUKI E - PHQ-9 MATSTÆKI TIL AÐ META EINKENNI ÞUNGLYNDIS

PHQ-9

Nafn _____ Aldur _____ Kyn: Kona Karl
 Dagsetning _____

Hversu oft hefur eftirfarandi vandamál truflað þig
 síðastliðnar tvær vikur?

	Alls ekki	Nokkra daga	Meira en helming tímans	Nánast alla daga
1. Lítil áhugi eða gleði við að gera hluti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verið niðurdregin/n dapur/döpur eða vonlaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Átt erfitt með að sofna eða sofa alla nóttina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Þreyta og orkuleysi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lystarleysi eða ofát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Liðið illa með sjálfan þig eða fundist að þér hafi mistekist eða ekki staðið þig í stykkinu gagnvart sjálfum þér eða fjölskyldu þinni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Erfiðleikar með einbeitingu t.d. við að lesa blöðin eða horfa á sjónvarp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hreyft þig eða talað svo hægt að aðrir hafa tekið eftir því? Eða hið gagnstæða – verið svo eirðarlaus eða óróleg(ur) að þú hreyfðir þig miklu meira en venjulega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hugsað um að það væri betra að þú værir dáin(n) eða hugsað um að skaða þig á einhvern hátt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Íslensk þýðing með leyfi höfundar: Agnes Agnarsdóttir, Hafrún Kristjánsdóttir, Jakob Smári, Jón Friðrik Sigurðson og Pétur Tyrfingsson

VIÐAUKI F - RÉTT TÆKNI VIÐ HAGRÆÐINGU, ÆFINGAR OG FLUTNING



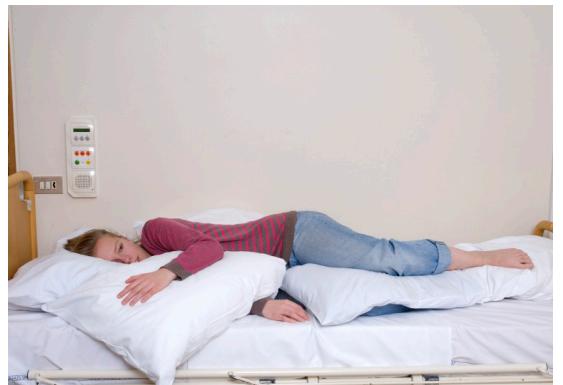
1. mynd. Hagræðing, stuðningur við öxl.



2. mynd. Tekið undir herðablað og öxl dregin fram



3. mynd. Hliðarlega á lamaðri hlið.



4. mynd. Hliðarlega á betri hliðinni.



5. mynd. Baklega, stuðningur undir lamaðan handlegg.



6. mynd. Baklega m.t.t. sondugjafar.

Sjúklingur með hægri lömum aðstoðaður úr rúmi



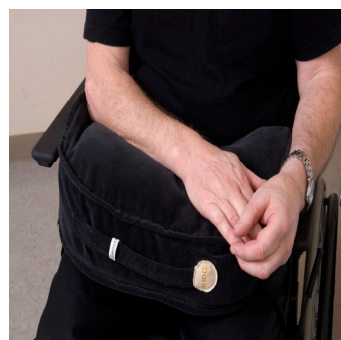
7.-8 mynd. Gæta að réttri stöðu á lömuðum handlegg, beygja hné og velta sjúklingi yfir á vinstri hlið.



9.-11. mynd. Sjúklingur hallar sér fram og ýtir sér upp á vinstri olnboga. Stól komið fyrir eins nálægt og hægt er við betri hliðina. Fætur vel undir sjúklingi, iljar á gólf og jafnt bil á milli fóta. Sjúklingur hallar sér fram um leið og hann stendur upp og réttir vel úr sér.



12.-14. mynd. Styðja við hné eftir þörfum á meðan sjúklingur snýr sér. Sjúklingur þarf að halla sér vel fram áður en hann sest til þess að komast sem aftast í stólinn.



15. mynd. Notar heilbrigða hönd til að beygja og rétta úr fingrum.

16. mynd. Gönguæfingar með hjálparbelti. Hvetja sjúkling til að taka jafnlöng skref.

Ljósmyndir: Inger H. Bóasson

HEIMILDASKRÁ

1. Landlæknisembættið (2007). *Um klínískar leiðbeiningar*. <http://www.landlaeknir.is/Pages/182>.
2. Hafsteinsdóttir, T.B. og Schuurmans, M. (2009). *Verpleegkundige revalidatierichtlijn beroerte*. Elsevier gezondheidszorg, Maarsswn, 1-254.
3. Albert Páll Sigurðsson. *Hvað er slag?* sótt 20. október 2012 á <http://www.heilaheill.is/?pageid=104>.
4. Musicco, M., Emberti, L., Nappi, G. og Caltagirone, C. (2003). Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: The role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(4), 551-558.
5. Salter, K., Jutai, J., Hartley, M., Foley, N., Bhogal, S., Bayona, N. o.fl. (2006). Impact of early vs delayed admission to rehabilitation on functional outcomes in persons with stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(2), 113-117
6. Trialists, S.U., *Collaboration*, (2007). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(4).
7. Miller, E. L., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R. D., Bakas, T., Clark, P. o.fl. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 41(10), 2402-2448.
8. Rensink, M., Schuurmans, M., Lindeman, E. og Hafsteinsdóttir, T. (2009). Task oriented training in rehabilitation after stroke: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 737-754.
9. De Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E. og Hafsteinsdóttir, T. B. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for post stroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23 24), 3274-3290.
10. Hafsteinsdóttir, T. B., Vergunst, M., Lindeman, E. og Schuurmans, M. (2010). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*.
11. Landlæknisembættið. (2011). *Landlæknisembættið - Stigun leiðbeininga*. Sótt 22.04.2011 á <http://www.landlaeknir.is/Pages/186>.
12. Goldstein, M., Barnett, H. J. M., Orgogozo, J. M., Sartorius, N., Symon, L. og Vereshchagin, N. V. (1989). Recommendations on stroke prevention, diagnosis and therapy: Report of the WHO task force on stroke and other cerebrovascular disorders. *Stroke*, 20(10), 1407-1431.
13. Sacco, R. L., Adams, R., Albers, G., Alberts, M. J., Benavente, O., Furie, K. o.fl., (2006). Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*, 37(2), 577-617.
14. Barker, E.M. (2002). *Neuroscience nursing : A spectrum of care*. (2 útgáfa). St. Louis: Mosby.
15. WHO | *Rehabilitation*. (2011). Sótt 7. mars 2011 á <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>.
16. Teasell, R., Foley, N., Bhogal, S., Bagg, S. og Jutai, J. (2006). Evidence-based practice and setting basic standards for stroke rehabilitation in Canada. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(3), 59-65.
17. Strasser, D. C., Falconer, J. A., Herrin, J. S., Bowen, S. E., Stevens, A. B. og Uomoto, J. (2005). Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(3), 403-409.
18. Strasser, D. C., Falconer, J. A., Stevens, A. B., Uomoto, J. M., Herrin, J., Bowen, S. E. o.fl. (2008). Team training and stroke rehabilitation outcomes: A cluster randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(1), 10-15.
19. Mahoney, F.I. og Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
20. Van Hartingsveld, F., Lucas, C., Kwakkel, G. og Lindeboom, R. (2006). Improved interpretation of stroke trial results using empirical Barthel item weights. *Stroke*, 37(1), 162.
21. Hartigan, I. og O'Mahony, D. (2010). The Barthel Index: comparing inter-rater reliability between nurses and doctors in an older adult rehabilitation unit. *Applied Nursing Research*, 24(1), E1-E7.
22. Hinkle, J. L., Davies, J. Ng D og Mclaran, J. (2008). Examining assessment tools for discharge planning. *Nursing Times*, 104(43), 32-35.
23. Post, M.W.M., Visser-Meily, J. og Gispén, L.S.F. (2002). Measuring nursing needs of stroke patients in clinical rehabilitation: a comparison of validity and sensitivity to change between the Northwick Park Dependency Score

- and the Barthel Index. *Clinical Rehabilitation*, 16(2), 182-189.
24. Wade, D.T. og Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability? *Disability & Rehabilitation*, 10(2), 64-67.
 25. Hyndman, D. og Ashburn, A. (2004). "Stops walking when talking" as a predictor of falls in people with stroke living in the community. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 75(7), 994-997.
 26. Campbell, G.B. og Matthews, J.T. (2010). An integrative review of factors associated with falls during post-stroke rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(4), 395-404.
 27. Ashburn, A. o.fl. (2008). Predicting people with stroke at risk of falls. *Age and Ageing*, 37(3), 270-276.
 28. Rensink, M., Schuurmans, M., Lindeman, E. og Hafsteinsdóttir, T. B. (2009). [Falls: incidence and risk factors after stroke. A systematic literature review]. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 40(4), 156-67.
 29. Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D. o.fl. (2005). Management of adult stroke rehabilitation care: A clinical practice guideline. *Stroke*, 36(9), E100-E143.
 30. Askim, T., Bernhardt, J., L øge AD., Indredavik, B. (2012). Stroke patients do not need to be inactive in the first two-weeks after stroke: Results from a stroke unit focused on early rehabilitation. *International Journal of Stroke*, 7(1), 25-31.
 31. Arias, M. og Smith, L.N. (2007). Early mobilization of acute stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 282-288.
 32. Bhalla, A., Tallis, R.C. og Pomeroy, V.M. (2005). The effects of positioning after stroke on physiological homeostasis: A review. *Age and Ageing*, 34(4), 401-406.
 33. *Þrýstingssár. (2008). Klínískar leiðbeiningar um áhættumat og varnir. Landspítali: Skrifstofa hjúkrunarfrankvæmdastjóra.*
 34. Dowswell, G., Dowswell, T. og Young, J. (2000). Adjusting stroke patients' poor position: An observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 286-291.
 35. Chatterton, H.J., Pomeroy, V.M. og Gratton, J. (2001). Positioning for stroke patients: A survey of physiotherapists' aims and practices. *Disability and Rehabilitation*, 23(10), 413-421.
 36. The Academy of Medical Sciences. (2004). *Restoring neurological function: Putting the Neurosciences to work in Neurorehabilitation. A report from the Academy of Medical Sciences 1-67.*
 37. Gordon, N. F., Gulanick, M., Costa, F., Fletcher, G., Franklin, B. A., Roth, E. J. o.fl. (2004). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: An American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology, Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; the Council on Cardiovascular Nursing; the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the Stroke Council. *Stroke*, 35(5), 1230-1240.
 38. Royal College of Nursing (2000). *Rehabilitating older people: The role of the nurse.*
 39. Royal College of Physicians. (2008). *National Clinical Guideline for Stroke. Incorporating the recommendations from Stroke: National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA) by the National Institute for Health and Clinical Excellence.*
 40. Cheng, P. T., Wu, S. H., Liaw, M. Y., Wong, A. M. og Tang, F. T. (2001). Symmetrical body-weight distribution training in stroke patients and its effect on fall prevention. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(12), 1650-1654.
 41. Dean, C.M., Richards, C.L. og Malouin, F. (2000). Task-related circuit training improves performance of locomotor tasks in chronic stroke: A randomized, controlled pilot trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(4), 409-417.
 42. Laufer, Y., Sivan, D., Schwarzmann, R. og Sprecher, E. (2003). Standing balance and functional recovery of patients with right and left hemiparesis in the early stages of rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 17(4), 207-213.
 43. Monger, C., Carr, J.H. og Fowler, V. (2002). Evaluation of a home-based exercise and training programme to improve sit-to-stand in patients with chronic stroke. *Clinical Rehabilitation*, 16(4), 361-367.
 44. De Seze, M., Wiart, L., Bon-Saint-Come, A., Debelleix, X., de Seze, M., Joseph, P. A. o.fl. (2001). Rehabilitation of postural disturbances of hemiplegic patients by using trunk control retraining during exploratory exercises. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(6), 793-800.
 45. Dean, C.M. og Shepherd, R.B. (1997). *Task-related training improves performance of seated reaching tasks after*

- stroke: A randomized controlled trial. *Stroke*, 28(4), 722-728.
46. Mudie, M. H., Winzeler-Mercay, U., Radwan, S. og Lee, L. (2002). Training symmetry of weight distribution after stroke: A randomized controlled pilot study comparing task-related reach, Bobath and feedback training approaches. *Clinical Rehabilitation*, 16(6), 582-592.
 47. Winstein, C. J., Rose, D. K., Tan, S. M., Lewthwaite, R., Chui, H. C. og Azen, S. P. (2004). A randomized controlled comparison of upper-extremity rehabilitation strategies in acute stroke: A pilot study of immediate and long-term outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(4), 620-628.
 48. Nilsson, L., Carlsson, J., Danielsson, A., Fugl-Meyer, A., Hellström, K., Kristensen, L. o.fl. (2001). Walking training of patients with hemiparesis at an early stage after stroke: A comparison of walking training on a treadmill with body weight support and walking training on the ground. *Clinical Rehabilitation*, 15(5), 515-527.
 49. Peurala, S. H., Tarkka, I. M., Pitkänen, K. og Sivenius, J. (2005). The effectiveness of body weight-supported gait training and floor walking in patients with chronic stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(8), 1557-1564.
 50. Richards, C. L., Malouin, F., Bravo, G., Dumas, F. og Wood-Dauphinee, S. (2004). The role of technology in task-oriented training in persons with subacute stroke: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 18(4), 199-211.
 51. Bernhardt, J., Chan, J., Nicola, I. og Collier, J. M. (2007). Little therapy, little physical activity: Rehabilitation within the first 14 days of organized stroke unit care. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 43-48.
 52. Bernhardt, J., Dewey, H., Thrift, A. og Donnan, G. (2004). Inactive and alone: Physical activity within the first 14 days of acute stroke unit care. *Stroke*, 35(4), 1005-1009.
 53. De Wit, L., Putman, K., Dejaeger, E., Baert, I., Berman, P., Bogaerts, K. o.fl. (2005). Use of time by stroke patients: a comparison of four European rehabilitation centers. *Stroke*, 36(9), 1977.
 54. Huijben-Schoenmakers, M., Gamel, C. og Hafsteinsdóttir, T.B. (2009). Filling up the hours: How do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day? *Clinical Rehabilitation*, 23(12), 1145-1150.
 55. Liu, K. P., Chan, C. C., Lee, T. M. og Hui-Chan, C. W. (2004). Mental imagery for promoting relearning for people after stroke: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(9) 1403-1408.
 56. Page, S.J., Levine, P. og Leonard, A.C. (2005). Effects of mental practice on affected limb use and function in chronic stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(3), 399-402.
 57. Page, S.J., Levine, P. og Leonard, A. (2007). Mental practice in chronic stroke: Results of a randomized, placebo-controlled trial. *Stroke*, 38(4), 1293-1297.
 58. Teasell, R., Foley, N., Salter, K., Bhogal, S., Jutai, J. og Speechley, M. (2009). Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation: Executive Summary, 12th Edition. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(6), 463-488.
 59. Turner-Stokes, L. og Jackson, D. (2002). Shoulder pain after stroke: A review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. *Clinical Rehabilitation*, 16(3), 276-298.
 60. Turner-Stokes, L. og Jackson, D. (2006). Assessment of shoulder pain in hemiplegia: Sensitivity of the ShoulderQ. *Disability and Rehabilitation*, 28(6), 389-395.
 61. Ginkel, J.d.M.-v. (2012). *Early Detection of Post-Stroke Depression*. Utrecht: University Utrecht, Faculty of medicine.
 62. Turner-Stokes, L. og Hassan, N. (2002). Depression after stroke: A review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clinical Rehabilitation*, 16(3), 231-247.
 63. Whyte, E.M. og Mulsant, B.H. (2002). Post stroke depression: Epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biological Psychiatry*, 52(3), 253-264.
 64. Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M. og Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 36(12), 613-620.
 65. Lightbody, C. E., Baldwin, R., Connolly, M., Gibbon, B., Jawaid, N., Leathley, M. o.fl. (2007). Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 505-512.
 66. Robinson-Smith, G., Johnston, M.V. og Allen, J. (2000). Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(4), 460-464.
 67. Korpershoek, C., van der Bijl, J. og Hafsteinsdóttir, T.B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876-1894.

68. Watkins, C. L., Auton, M. F., Deans, C. F., Dickinson, H. A., Jack, C. I. A., Lightbody, C. E. o.fl. (2007). Motivational interviewing early after acute stroke: A randomized, controlled trial. *Stroke*, 38(3), 1004-1009.
69. Lai, S. M., Duncan, P. W., Keighley, J. og Johnson, D. (2002). Depressive symptoms and independence in BADL and IADL. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 39(5), 589-596.
70. Lai, S. M., Studenski, S., Richards, L., Perera, S., Reker, D., Rigler, S. o.fl. (2006). Therapeutic exercise and depressive symptoms after stroke. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 240-247.
71. Robinson, R.G., Murata, Y. og Shimoda, K. (1999). Dimensions of social impairment and their effect on depression and recovery following stroke. *International Psychogeriatrics*, 11(4), 375-384.
72. Kirkevold, M. (1997). The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 55-64.
73. Wiles, R., Pain, H., Buckland, S. og McLellan, L. (1998). Providing appropriate information to patients and carers following a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 794-801.
74. Garrett, D. og Cowdell, F. (2005). Information needs of patients and carers following stroke. *Nursing Older People*, 17(6), 14-16.
75. Choi-Kwon, S., Lee, S. K., Park, H. A., Kwon, S. U., Ahn, J. S. og Kim, J. S. (2005). What stroke patients want to know and what medical professionals think they should know about stroke: Korean perspectives. *Patient Education and Counseling*, 56(1), 85-92.
76. Van der Smagt Duijnste, M. E., Hamers, J. P. H., Abu Saad, H. H. og Zuidhof, A. (2001). Relatives of hospitalized stroke patients: Their needs for information, counselling and accessibility. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 307-315.
77. Forster, A., Smith, J., Young, J., Knapp, P., House, A. og Wright, J. (2001). Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD001919.
78. Rose, T., Worrall, L. og McKenna, K. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 17(10), 947-963.
79. Eames, S., McKenna, K., Worrall, L. og Read, S. (2003). *The suitability of written education materials for stroke survivors and their carers. Topics in Stroke Rehabilitation*, 10(3), 70-83.
80. Rodgers, H., Bond, S. og Curless, R. (2001). Inadequacies in the provision of information to stroke patients and their families. *Age and ageing*, 30(2), 129-133.
81. O'Connell, B., Baker, L. og Prosser, A. (2003). The educational needs of caregivers of stroke survivors in acute and community settings. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(1), 21-28.
82. Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M. o.fl. (2004). Training carers of stroke patients: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328, 1-5.
83. Smith, J., Forster, A., House, A. Knapp, P., Wright, J., Young, J. o.fl. (2008). Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
84. Salter, K., Foley, N. og Teasell, R. (2010). Social support interventions and mood status post stroke: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(5), 616-625.
85. Kroenke, K., Spitzer, R.L. og Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
86. Williams, L. S., Brizendine, E. J., Plue, L., Bakas, T., Tu, W., Hendrie, H. o.fl. (2005). Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. *Stroke*, 36(3), 635-638.

