

Hotus



**Innehåll i egenvårdshandledning för patienter som
haft en cerebrovaskulär sjukdom
Hotus-vårdrekommendation®**

ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING OCH BINDNINGAR

Ordförande

SUNNA RANNIKO, sjukskötare/hälsovårdare, HVD, forskningstjänstkoordinator, Egentliga Finlands välfärdsområde, Forskningstjänster/Åbo CRC

Vice ordförande

RIITTA DANIELSSON-OJALA, specialistsjukskötare, HVM, sakkunnig i kliniskt vårdarbete, ÅUCS Neurocentrum, Egentliga Finlands välfärdsområde

Medlemmar

EEVI KARSIKAS, sjukskötare, HVD, yrkeslärare, projektchef, Norra Österbottens välfärdsområde, post doc-forskare, Forskningsenheten för medicinteknik och hälsovetenskaper, Medicinska fakulteten, Uleåborgs universitet

JAANA RANTAMA-HILTUNEN, sjukskötare, HVM, yrkeslärare, avdelningsskötare, KYS Neurocentrum, Norra Savolax välfärdsområde

MERJA RYDENFELT, sjukskötare, HVM, kvalitetschef, HUS Neurocentrum

SUSANNA SUVIMAA, sjukskötare (YH), HVM, lektor, Sydöstra Finlands yrkeshögskola

Experter

TUIJA HALKO-LIUKKONEN, neurologisk expertvårdare (högre YH, sjukskötare med förskrivningsrätt), Södra Karelen centralsjukhus, Södra Karelen välfärdsområde

INKERI HUTRI, sjukskötare, HVM, yrkeslärare, sakkunnig inom kliniskt vårdarbete, Neurocentrum, HUS

KATI PELTOMÄKI, fysioterapeut, Egentliga Finlands välfärdsområde

REMI ROUELLE, talterapeut, HUS

MIIA SEPPONEN, sjukskötare, högre YH, avdelningsskötare, Åucs Neurocentrum, Egentliga Finlands välfärdsområde (medlem i arbetsgruppen fram till oktober 2025, därefter medlem i expertgruppen)

KATI STENBÄCK, ergoterapeut, Norra Savolax välfärdsområde

SALLA-MARI TÖRRÖNEN, sjukskötare, Norra Savolax välfärdsområde

PAULI YLIKOTILA, neurolog, biträdande överläkare, MSc (Master in Stroke Medicine) Åucs Neurocentrum, Egentliga Finlands välfärdsområde

ERFARENHETSEXPERTER: Två personer som har personlig erfarenhet av att ha en cerebrovaskulär sjukdom eller är närstående till en person som haft en cerebrovaskulär sjukdom.

BINDNINGAR: Medlemmarna i rekommendationsarbetsgruppen och expertgruppen har inga bindningar till det aktuella ämnet som kan ge dem ekonomiska fördelar eller påverka rekommendationens tillförlitlighet.

ISSN 2489-5024

Innehåll

ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING OCH BINDNINGAR _____	2
Inledning _____	5
Rekommendationens syfte, mål, och centrala begrepp _____	6
Rekommendationens syfte och mål _____	6
Målgrupper _____	6
Centrala begrepp _____	6
Rekommendationsfraser _____	8
1. Informationsbehov och handledning för patienter som haft CVA _____	8
2. Fysisk funktionsförmåga hos patienter som har drabbats av CVA _____	9
3. Rehabilitering av patienter som haft CVA _____	10
4. Psykisk funktionsförmåga och välbefinnande hos patienter som haft CVA _____	11
5. Utmattning hos patienter som haft CVA _____	12
6. Aktivt och socialt liv för patienter som haft CVA _____	13
7. Följsamhet till läkemedelsbehandling hos patienter som haft CVA _____	14
8. Näring och munvård för patienter som haft CVA _____	15
Källor _____	16

Inledning

Med cerebrovaskulära sjukdomar (CVA) avses sjukdomar i hjärncirkulationen eller hjärnkär-len. Dessa inkluderar hjärninfarkt, hjärnblödning (ICH), subaraknoidalblödning (SAB) och transitorisk ischemisk attack (TIA)¹. Den vanligaste cerebrovaskulära sjukdomen är hjärninfarkt¹ som drabbar 17 000 personer varje år i Finland.²

Cerebrovaskulära sjukdomar orsakar ofta långvariga konsekvenser: cirka hälften av de patienter som drabbas får någon form av men och hos en fjärdedel är menen svåra. Å andra sidan rehabiliterar sig 50-70 procent av patienterna så att de klarar sig hemma^{1,3}. Kostnaderna till följd av cerebrovaskulära sjukdomar är betydande, eftersom vården för resten av livet av en patient med en cerebrovaskulär sjukdom kostar i genomsnitt cirka 80 000 euro⁴.

De flesta nya och återkommande cerebrovaskulära sjukdomarna kan förebyggas genom effektiv behandling av riskfaktorer^{1,5}, varav de största är förhöjt blodtryck, högt kolesterol, rökning, alkoholöverkonsumtion, för lite motion och övervikt^{1,6}. Hanteringen av dessa riskfaktorer utgör också en central del av den långvariga vården och rehabiliteringen av patienter som haft cerebrovaskulära sjukdomar.

Individuell handledning i egenvård utgör en väsentlig del av rehabiliteringsprocessen, eftersom den kan stödja återhämtningen och minska risken för återfall^{1,4,6}. En väl genomförd handledning i egenvård förbättrar patientens förståelse för sin sjukdom, stärker engagemang till egenvård och stöder genomförandet av nödvändiga livsstilsförändringar. Dessutom främjar den patientens funktionsförmåga i vardagen, förbättrar humöret och stärker känslan av livskompetens.⁷⁻¹²

Denna Hotus-vårdrekommendation[®] avser innehållet i egenvårdshandledning för patienter efter cerebrovaskulär sjukdom. Handledningsmetoder behandlas inte i rekommendationen.

Rekommendationens syfte, mål, och centrala begrepp

Rekommendationens syfte och mål

Syftet med denna vårdrekommendation är att beskriva evidens som baserar sig på systematiskt sammanställda och kritiskt utvärderade studier om innehållet i handledningen i egenvård för patienter över 18 år med en cerebrovaskulär sjukdom. Samt att presentera tillhörande rekommendationer för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som deltar i handledningen. Handledning i egenvård enligt denna vårdrekommendation kan stärka patienters förmåga att hantera sin sjukdom, förbättra funktionsförmåga och livskvalitet samt minska risken för sjukdomsrelaterade komplikationer hos patienter med cerebrovaskulär sjukdom. Målet med vårdrekommendationen är att tillhandahålla yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården evidensbaserad information som stöd för handledning i egenvård och därmed främja harmoniseringen av innehåll i handledningen i egenvård för patienter med cerebrovaskulära sjukdomar.

Målgrupper

Vårdrekommendationen är avsedd att användas av alla yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som i sitt arbete möter över 18-åriga patienter med en cerebrovaskulär sjukdom och stöder dem i genomförandet av egenvård. Vårdrekommendationen kan tillämpas inom den specialiserade sjukvården, primärvården och hemvården. Dessutom kan rekommendationen användas för att säkerställa vårdpersonalens kompetens och för utbildning av vårdpersonalen. Rekommendationen lämpar sig även väl som läromaterial och för utveckling av läroplanerna inom den yrkesorienterade grundutbildningen och fortbildningen.

Centrala begrepp

Cerebrovaskulär sjukdom

Med cerebrovaskulär sjukdom (CVA) avses sjukdomar i hjärncirkulationen eller hjärnkärlen, som inkluderar hjärninfarkt, hjärnblödning, subaraknoidalblödning och transitorisk ischemisk attack¹. Vid en hjärninfarkt orsakar en kärlocklusion bristfälligt eller avsaknat blodflöde, vilket leder till en permanent skada i hjärnan till följd av syrebrist. Vid en hjärnblödning (ICH, intracerebral haemorrhage) brister ett hjärnkärl utan en skada eller strukturell orsak. En subaraknoidal blödning (SAB) orsakas oftast av ett brutet aneurysm.¹³ En transitorisk ischemisk attack (TIA; transient ischemic attack) manifesteras som en rad kortvariga symtom som är övergående och varar i mindre än en timme, och som orsakas av en cirkulationsstörning i hjärnan eller näthinnan. Vid en TIA löses blodproppen som blockerar hjärnkäret upp eller försvinner, vilket innebär att hjärnan inte skadas permanent. Patienten löper emellertid stor risk att drabbas av en hjärninfarkt efter en TIA.¹

Symtom i den första fasen av en cerebrovaskulär sjukdom är bland annat hängande mungipa, förlamningssymtom i en eller flera extremiteter, talsvårigheter, huvudvärk och illamående¹⁴. Ungefär hälften av patienterna som haft sjukdomen får något symtom som påverkar vardagslivet^{1,3}, såsom rörelsesvårigheter, stela extremiteter, språkliga eller talmotoriska störningar, sväljningsvårigheter, svårigheter att bearbeta information, trötthet eller humörförändringar¹⁵.

Kund och patient

Inom social- och hälsovården används begreppen kund och patient parallellt och synonymt. Användningen av begreppet kund inom social- och hälsovården varierar beroende på situation och användare.¹⁶ I slutrapporten om verksamhetsmodellen för kunddeltagande (2018) har kunden definierats som en person som använder social- och hälsovårdstjänster och som har rätt att bli hörd och avtala om vård eller service i samförstånd med en yrkesutbildad person inom social- och hälsovården¹⁷. I lagen om patientens ställning och rättigheter (§ 2) definieras patienten som en person som anlitar eller är föremål för hälso- och sjukvårdstjänster¹⁸. I denna rekommendation avses med patient en myndig person med vårdrelation till ett sjukhus eller till öppenvården.

Egenvård och handledning

Egenvård är en central del av patientens vård¹⁹. Egenvård omfattar främjande och upprätthållande av hälsan, förebyggande av sjukdomar och behandling av en eventuell sjukdom och dess symtom²⁰. Vid egenvård beaktas förutom den fysiska hälsan även den psykiska hälsan och det mentala välbefinnandet¹⁹.

Planering och genomförande av evidensbaserad egenvård²¹⁻²⁶ sker i samverkan mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal²⁴⁻²⁶. I planeringen och genomförandet beaktas patientens uppfattning om sin hälsa^{24,27}, patientens resurser^{24,26-29}, problemlösnings- och beslutsfärdigheter^{24,26,28,29}, motivation^{26,27} och livssituation²¹⁻²⁶. I egenvård ses patienten som en aktiv aktör som bär ansvaret för sina egna beslut²¹⁻²⁹. Hälso- och sjukvårdspersonalens roll i egenvården är att vara en handledare som coachar patienten i egenvård och stöder hens livskompetens^{24,26,29}.

Med handledning avses aktiv och målinriktad yrkesverksamhet där handledningsrelationen mellan patienten och vårdpersonalen är interaktiv och kontextuell. Handledningen stödjer patienten och vårdpersonalen i att utveckla egenmakt, öka självstyrning och främja patientens hälsa.⁹ Behovet av handledning för en patient som haft CVA är individuellt och kopplat till sjukdomssymtomen.¹¹ Behovet av handledning varierar efter insjuknande i cerebrovaskulär sjukdom.³⁰

Med handledning i egenvård avses ett systematiskt, målinriktat³¹ och interaktivt möte mellan patienten och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som baserar sig på patientens individuella informationsbehov³². Målet med handledningen i egenvård är att anamma livsstilsförändringar och nya beteendemodeller^{27,31,32} samt att uppnå bästa möjliga livskvalitet²⁵. Det viktigaste i handledningen i egenvård är att öka kunskap^{27,31}, stärka patientens motivation^{27,31,33} och stödja tillgängliga resurser^{27,33}.

Rekommendationsfraser

1. Informationsbehov och handledning för patienter som haft CVA

Berätta om sjukdomen och dess förebyggande för en patient som haft CVA, eftersom

➤ **patienter som drabbats av cerebrovaskulär sjukdom har betydande kunskapsbrister och behov av information om sjukdomen samt förebyggande insatser^{30,34-39}. (A)**

- Patienter som drabbats av CVA behöver information om symtom, riskfaktorer och orsaker till CVA, behandling och återhämtning samt förebyggande av sjukdomen^{30,34}.
- I en engelsk tvärsnittsstudie var de viktigaste informationsbehoven hos patienter som drabbats av CVA under sjukhusvården riskfaktorerna för CVA och hanteringen av dem, återhämtningsprognosen samt symtomen och reaktionen på akut CVA. Efter utskrivningen var informationsbehovet störst i anknytning till medicinering, livsstilsförändringar och riskfaktorer.³⁵
- Patienter som haft CVA behöver information om orsakerna till och prognosen för sjukdomen, symtom, vårdbeslut och om den fortsatta behandlingen. Informationen hjälper dem att förstå vad de ska förbereda sig för i de olika stadierna av återhämtningen samt att utveckla överlevnadsstrategier.^{38,39}
- Patienter som drabbats av CVA drar nytta av interventioner som stöder egenvården, särskilt när de innehåller information om riskfaktorer som är förknippade med livsstilen, såsom fysisk aktivitet, kost och näring, rökning, alkoholkonsumtion och följsamhet till läkemedelsbehandlingen⁴⁰.

Berätta om tillgängliga tjänster för patienter som har haft CVA, eftersom

➤ **patienter som drabbats av CVA kan ha behov av information om tillgängliga hälsovårdstjänster och andra stödtjänster^{30,34}. (C)**

- Patienter som drabbats av CVA och/eller deras närstående som deltagit i deras vård önskar information om tillgängligt ekonomiskt stöd⁴¹.

Använd aktiva handledningsmetoder och säkerställ att patienten som drabbats av CVA har förstått innehållet i handledningen, eftersom

- **aktiv handledning uppenbarligen har samband med kunskapen om sjukdomen, upplevelsen av ångest och depression samt livskvaliteten hos patienter som drabbats av CVA⁴². (B)**
 - I den systematiska översikten klassificerades interventionerna som aktiv eller passiv informationsförmedling. Interventionen klassificerades som aktiv om informationen åtföljdes av ett avsiktligt försök att ge deltagaren möjlighet att ta till sig informationen samt av en överenskommen plan för att förtydliga och bekräfta informationen. Interventionen klassificerades som passiv om informationen endast gavs en gång och inte åtföljdes av någon systematisk uppföljning eller bekräftelse.⁴² Teach-back-metoden är ett exempel på en aktiv handledningsmetod. Med hjälp av den kan man säkerställa förståelse om patienten till exempel har dålig läskunnighet, nedsatt kognitiv förmåga eller åldersrelaterad glömska.⁴³
 - Enligt patienterna försvåras god handledning av korta mottagningstider, professionell medicinsk terminologi (jargong) samt kognitiva begränsningar efter cerebrovaskulär sjukdom.⁴⁴

2. Fysisk funktionsförmåga hos patienter som har drabbats av CVA

Handled och motivera patienter som haft CVA att klara av dagliga aktiviteter och egenvård, eftersom

- **patienter som haft CVA kan vara oförberedda på att bo hemma efter sjukhusvården⁴⁵. (C)**
- **hänvisning av patienter som haft CVA till egen träning under sjukhusvården kan främja deras fysiska funktionsförmåga⁴⁶. (C)**

Diskutera frågor som främjar den fysiska återhämtningen med en patient som haft CVA och hans närstående, eftersom

- **patienter som haft CVA uppenbarligen upplever att de har svårt att klara av sin vardag om deras fysiska återhämtningsbehov inte tillgodoses³⁴. (B)**
 - Patienter som haft CVA är till exempel rädda för att förlora balansen och för att gå i trappor³⁴.

➤ **patienter som haft CVA och deras närstående har uppenbarligen ett behov av handledning i den fysiska funktionsförmågan³⁰. (B)**

- Patienter som haft CVA och som har svårigheter med synen och den visuella uppfattningen behöver handledning i användning av hjälpmedel för att kunna utnyttja hjälpmedlet fullt ut⁴⁷.
- Handledning i att använda hjälpmedel hemma ökar patienters användning av hjälpmedel efter cerebrovaskulär sjukdom⁴⁷.

Uppmuntra patienter som haft CVA att vara fysiskt aktiva, eftersom

- **för lite motion och försummelse av att följa motionsanvisningarna kan öka risken för fetma hos patienter som haft CVA⁴⁸. (C)**
- **patienter som haft CVA kan vara osäkra på fördelarna med och metoderna för att undvika överdrivet stillasittande⁴⁹. (C)**
- **patienter som haft CVA och deras närstående upplever att fysisk aktivitet kan främja återhämtningen från sjukdomen och förebygga återfall⁵⁰. (C)**

3. Rehabilitering av patienter som haft CVA

Gör det möjligt för en patient som haft CVA och dennes närstående att delta i utarbetandet av en rehabiliteringsplan och uppföljningen av dess genomförande, eftersom

- **patienter som haft CVA och deras närstående uppenbarligen har behov av information om metoder som främjar rehabiliteringen och funktionsförmågan³⁰. (B)**
- **patienter som haft CVA uppenbarligen upplever att planering och uppföljning av rehabiliteringen är viktigt³⁴. (B)**

Hjälpa patienter som haft CVA att hitta lämpliga metoder som främjar rehabiliteringen, eftersom

- **tydliga rehabiliteringsmål kan främja upplevelsen av egenvårdsförmågan hos patienter som haft CVA⁵¹. (C)**
- Individuella rehabiliteringsmål kan ha positiv eller negativ inverkan på patientens rehabilitering. Rehabiliteringsklienterna upplever att det är viktigt att hålla upp hoppet

och känslan av utveckling. Vårdpersonalen bör förstå patientens livssituation och sociala sammanhang, eftersom dessa faktorer bör beaktas när rehabiliteringsmål formuleras.⁵²

- **tidigare fungerande överlevnadsmetoder kan öka känslan av rehabiliteringsförmåga hos personer i arbetsför ålder som har haft CVA³⁸. (C)**

4. Psykisk funktionsförmåga och välbefinnande hos patienter som haft CVA

Diskutera känslor, humör och psykisk ork med patienter som haft CVA, eftersom

- **patienter som haft CVA uppenbarligen upplever att de behöver stöd för att klara av de psykiska välbefinnandeutmaningarna som orsakas av sjukdomen^{30,34,39}. (B)**
 - Patienter som haft CVA upplever att deras behov av psyko-emotionellt stöd inte tillgodoses tillräckligt. De beskriver att de fysiska funktionshindren som orsakas av sjukdomen förhindrar sociala interaktioner och orsakar social isolering. Patienterna har många utmaningar med den psykiska hälsan, såsom oro, depression, ångest samt känslor av tomhet, övergivenhet och förvirring.³⁴
 - Patienter som haft CVA upplever att de behöver psykiskt stöd och handledning efter utskrivningen. Patienterna önskar diskussioner med vårdpersonalen om sjukdomens psykiska och sociala konsekvenser. De upplever exempelvis ångest, brist på självförtroende, ilska och frustration.³⁹

Diskutera eventuella livsförändringar som orsakas av sjukdomen med en patient som haft CVA, eftersom

- **sjukdomen uppenbarligen orsakar många förändringar i livet hos en patient som haft CVA^{38,53,54}. (B)**
 - Förutom flera negativa effekter och förändringar kan CVA också medföra positiva konsekvenser. Många som haft CVA omvärderar sina människorelationer och livsprioriteringar och vissa bestämmer sig för att göra livsförändringar som de upplever som positiva.³⁸
 - Enligt patienter som haft CVA och som har som mål att återta kontrollen över sitt liv medför sjukdomen ofta många förluster. Dessa förluster gäller till exempel kommunikationsförmågan, identiteten och självbilden, vänskapsrelationer och aktiviteter som tidigare varit betydelsefulla. Förlusterna är kopplade till emotionell belastning och väcker sorg och nedstämdhet.⁵³

5. Utmattning hos patienter som haft CVA

Diskutera med en patient som haft CVA risken för utmattning i samband med sjukdomen, eftersom

- **informationen om utmattning kan hjälpa patienter som haft CVA och deras närstående att förbereda sig på utmattning och dess effekter^{55,56}. (C)**
 - Utmattning är en överraskande upplevelse för patienter som haft CVA och deras närstående. Patienter som haft CVA önskar att de varnats för risken för utmattning som sjukdomen medför. Många känner sig isolerade eftersom de inte har känt till risken. Om närstående och vänner inte förstår att man är utmattad påverkar det familjens roller och människorelationer negativt. Patienter som haft CVA och deras närstående upplever att de har fått bristfälliga råd om konkreta metoder för att hantera utmattning.⁵⁶
- **utmattning kan påverka funktionsförmåga och vardagligt självständigt handlande hos patienter efter CVA⁵⁵. (C)**
 - Patienter som haft CVA upplevde att utmattningen påverkade funktionsförmågan, såsom socialt deltagande, förmågan att klara av de dagliga sysslorna och andra betydelsefulla aktiviteter i vardagen. Patienternas försämring av funktionsförmågan varierade.^{55,56}

Vägled patienter som haft CVA att identifiera faktorer som belastar och orsakar utmattning, eftersom

- **individuella metoder kan hjälpa patienter som haft CVA att hantera och anpassa sig till utmattning^{55,56}. (C)**
 - Patienter som haft CVA försöker på olika sätt anpassa sig till och klara av utmattningen i vardagen. Till exempel tog de en tupplur på dagen, även om de kanske kände skuld för det. Å andra sidan försökte de lära sig att vila mindre och med tiden försöka delta allt mer i olika aktiviteter. Fysiska aktiviteter, såsom promenader, vattengymnastik eller andra betydelsefulla aktiviteter, beskrevs som användbara för att hantera tröttheten.⁵⁵
 - Patienter som haft CVA ansåg att det var viktigt att utveckla individuella metoder för att hantera utmattning. Till exempel prioriteringar hjälpte till att förstå vart och hur den begränsade energin skulle riktas. Motion, vila samt en rytm mellan vila och aktiviteter ansågs vara användbara metoder för att hantera utmattning.⁵⁶
 - Patienter som haft SAB uppger att de har sömnstörningar, till exempel svårigheter att somna, dagtrötthet och upprepade nattliga uppvaknanden. De metoder för sömnkontroll som patienter efter SAB nämnde var motion, aktivitet, dagvila, avslappning

och användning av receptfria läkemedel. En del av de som haft SAB lyfte inte fram sömnstörningar med vårdpersonalen, eftersom de inte upplevde sömnstörningen som ett allvarligt hälsoproblem.⁵⁷

6. Aktivt och socialt liv för patienter som haft CVA

Uppmuntra en patient som haft CVA till ett aktivt liv enligt sina egna möjligheter, eftersom

- **patienter som haft CVA uppenbarligen upplever att det är viktigt att fortsätta med samma aktiviteter som före sjukdomen³⁴. (B)**
- **patienter som haft CVA uppenbarligen upplever att deltagande i aktiviteter stöder bevarandet av en betydelsefull roll i vardagen^{53,58}. (B)**

Stöd patienter som haft CVA i att upprätthålla sina sociala nätverk, eftersom

- **patienter som haft CVA uppenbarligen behöver stöd för att kartlägga och upprätthålla sitt eget sociala nätverk och vid behov hitta nya sociala kontakter⁵³. (B)**

Uppmuntra patienter som haft CVA till sociala aktiviteter, eftersom

- **användningen av återstående interaktionsmetoder uppenbarligen är kopplad till ökad social aktivitet hos patienter efter CVA⁵³. (B)**
- **sociala aktiviteter kan öka livstillfredsställelse och förbättra livskvaliteten⁵⁹ (C)**

Hänvisa en patient som haft CVA till kamratstöd, eftersom

- **kamratstöd kan bidra till att klara av de dagliga aktiviteterna efter CVA⁶⁰. (C)**
- **kamratstöd kan lindra depression hos patienter efter CVA⁶⁰. (C)**

Diskutera parförhållande och sexualitet med en patient som haft CVA, eftersom

- **patienter som haft CVA uppenbarligen vill få handledning i parförhållandet och det fortsatta sexuallivet efter sjukdomen^{30,61}. (B)**
 - CVA kan påverka den sexuella funktionsförmågan, till exempel genom minskad lust, svårigheter att uppnå orgasm och impotens. Hälso- och sjukvårdspersonal tar inte nödvändigtvis upp sexualiteten, även om patienter som haft CVA anser att det är viktigt att prata om det.^{62,63}
 - Yngre patienter som haft CVA (under 60 år) anser att det är viktigare att få information om sexuallivet efter CVA än äldre patienter⁶³.

7. Följsamhet till läkemedelsbehandling hos patienter som haft CVA

Erbjud individuell handledning i läkemedelsbehandling till patienten efter CVA, eftersom

- **handledning i egenvård uppenbarligen kan stärka läkemedelsföljsamheten hos patienter som drabbats av CVA⁴⁰. (B)**

Diskutera betydelsen av läkemedelsbehandling av sjukdomen med en patient som haft CVA, eftersom

- **läkemedelsföljsamheten hos patienter som haft CVA kan försvagas av nedsatt egenvårdsförmåga och en underskattning av sjukdomens svårighetsgrad^{44,64}. (C)**
 - Hos patienter som haft CVA kan en underskattning av sjukdomens svårighetsgrad förknippas med övergående symtom och bristande kunskap om sjukdomen⁶⁴.
- **bristfällig information om sjukdomen och dess läkemedelsbehandling kan försvaga läkemedelsföljsamheten hos patienter som haft CVA^{56,64}. (C)**
 - En del av patienterna som haft CVA och deras närstående upplever att de inte fått någon information alls om sjukdomen och dess läkemedelsbehandling. Dessa brister i kunskaperna försvagar läkemedelsföljsamheten.⁶⁴
 - Patienter som haft CVA upplever att bristen på hälsorelaterad information begränsar läkemedelsföljsamheten⁴⁴.

➤ **läkemedelsföljsamheten hos patienter efter CVA kan försämrats av föreställningar om behandlingen och av utmaningar i samband med genomförande^{44,64}. (C)**

- Läkemedelsrelaterade föreställningar (t.ex. nödvändighet), försummelse av förebyggande medicinering, bristande medicineringsrutiner, byte av läkemedel (t.ex. biverkningar av ett nytt läkemedel) samt läkemedelsbehandlingens komplexitet samt vårdbelastningen försvagar läkemedelsföljsamheten hos patienter som haft CVA.⁶⁴
- Biverkningar som orsakas av läkemedel som ordinerats för behandling av sjukdomen, föreställningar om läkemedelsbehandlingens och samtidig användning av flera läkemedel (kostnader och svårighet att kontrollera medicineringen) försvagar läkemedelsföljsamheten hos patienter som haft CVA.⁴⁴

8. Näring och munvård för patienter som haft CVA

Diskutera en hälsosam kost med en patient som haft CVA, eftersom

- **patienter som haft CVA och deras närstående uppenbarligen upplever att näringsrelaterad handledning är viktig³⁰. (B)**
- **patienter som haft CVA och deras närstående uppenbarligen upplever att den näringsrelaterade handledningen är bristfällig³⁰. (B)**

Berätta för patienter som haft CVA om betydelsen av god munvård, eftersom

- **patienter som haft CVA kan ha bristfälliga kunskaper i munvård och om sambandet mellan munhälsa och allmänhälsa⁶⁵. (C)**
 - Patienter som haft CVA upplever att rutiner är viktiga för munvården, men sjukhusvård och andra förändringar i vardagen kan störa rutinerna under en lång tid⁶⁵.

Diskutera olika munvårdsalternativ med en patient som haft CVA, eftersom

- **patienter som haft CVA kan ha fysiska begränsningar som orsakas av sjukdomen och som försvårar munvården⁶⁵. (C)**

Källor

1. Aivoinfarkti ja TIA. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024. Saatavilla: www.kaypahoito.fi.
2. Atula, S. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00001/aivohalvaus-aivoinfarkti-ja-aivoverenvuoto?q=aivoinfarkti>. 2023.
3. Terveyskylä. Mikä on aivoverenkiertohäiriö? Aivotalo. Aivoverenkiertohäiriöt. Saatavilla: <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/aivoverenkiertohairiot/mika-on-aivoverenkiertohairio>. 2023.
4. Meretoja A. Aivohalvaus - kallis kansansairautemme. Duodecim 2012; 128: 139-146.
5. Feigin VL, Cao J, Duprey J, Gall S, Hankey GJ, Johnson W, Kim J, Martins S, Murray C, Olalusi OV, Platz T, Ranta A, Suwanwela NC, Thapa R, Yaria J, Owolabi MO, Dempsey RJ, Piradov M, Abanto C, Adilbekova B, Adoukonou TA, Aguiar de Sousa D, Akpalu A, Andonova S, Awoniyi FE, Bakhiet M, Basri H, Bath PM, Bereczki D, Berkowitz AL, ym. Pragmatic solutions to reduce the global burden of stroke: a World Stroke Organization–Lancet Neurology Commission. Lancet Neurology 2023; 22: 1160-1206. DOI: 10.1016/S1474-4422(23)00277-6.
6. Meretoja A. PERFECT Stroke. Performance, Effectiveness, and Costs of treatment episodes in Stroke. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, 2011.
7. Forster A, Brown L, Smith J, House A, Knapp P, Wright JJ, Young J, Forster A. Information provision for stroke patients and their caregivers. Cochrane database of systematic reviews 2012; 2012: CD001919. DOI: 10.1002/14651858.CD001919.pub3.
8. Kesänen, J. Empowering education in surgical care of patients with spinal stenosis. Väitöskirja. Turun yliopisto, 2018.
9. Kääriäinen, M. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto, 2007.
10. Lipponen, K. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto, 2014.
11. Oikarinen, A. Effects of risk factor targeted lifestyle counselling intervention on quality of lifestyle counselling and on adherence to lifestyle change in stroke patients. Väitöskirja. Oulun yliopisto, 2016.
12. Virtanen, P. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, 2014.
13. Roine S KH. Kallonsisäiset verenvuodot. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla (vaatii sisään kirjautumisen): <https://www.oppiporssi.fi/oppikirjat/pat00696>. 2024.
14. Aivosäätiö. Aivoverenkiertohäiriö. (n/d). Saatavilla: <https://www.aivosaatio.fi/diagnoosi/aivoverenkiertohairio/>.
15. Terveyskylä. Oireita aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Aivotalo. Aivoverenkiertohäiriöt. Saatavilla:

<https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/aivoverenkiertohairiot/oireita-aivoverenkiertohairion-jalkeen>. 2025.

16. Valkama K. Asiakkuuden dilemma: Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja. Vaasan yliopisto, 2012.
17. Sosiaali- ja terveysministeriö. Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli: Loppuraportti. Sihvo S, Isola A-M, Kivipelto M, Linnanmäki E, Lyytikäinen M, Sainio S. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16/2018. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160828>. 2018.
18. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1992/785>.
19. Audulv Å, Sampaio F, Sousa C. Nursing approaches to self-care, self-management, and adaptation to illness. BMC Nursing 2025; 24: 81-83. DOI: 10.1186/s12912-025-02737-2.
20. World Health Organization (WHO). 2024. Self-care for health and well-being. Saatavilla: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions#:~:text=Self-care%20is%20the%20ability%20of%20individuals%2C%20families%20and,can%20include%20medicines%2C%20devices%2C%20diagnostics%20and%20digital%20tools>.
21. Lawless MT, Tieu M, Chan RJ, Hendriks JM, Kitson A. Instruments measuring self-care and self-management of chronic conditions by community-dwelling older adults: A scoping review. Journal of Applied Gerontology 2023; 42: 1687-1709. DOI: 10.1177/07334648231161929.
22. Lawless MT, Tieu M, Feo R, Kitson AL. Theories of self-care and self-management of long-term conditions by community-dwelling older adults: A systematic review and meta-ethnography. Social Science & Medicine 2021; 287: 114393. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114393.
23. Durosier Mertilus D, Lengacher C, Rodriguez C. A review and conceptual analysis of cancer pain self-management. Pain Management Nursing 2022; 23: 168-173. DOI: 10.1016/j.pmn.2021.04.005.
24. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, De Vriendt P. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. BMJ Open 2019; 9: e027775. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027775.
25. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL), 2023. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen kansallinen kokonaisarkkitehtuuri : versio 3.0. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/146498>.
26. Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, Pitkälä K. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2009; 125: 2351-2359.
27. Mikkonen, U. Self-care preparedness, health-related quality of life and depressive symptoms among primary health care patients with chronic diseases. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, 2025.
28. Town R, Hayes D, March A, Fonagy P, Stapley E. Self-management, self-care, and self-help in adolescents with emotional problems: a scoping review. European Child & Adolescent Psychiatry 2024; 33: 2929-2956. DOI: 10.1007/s00787-022-02134-z.
29. Yamanaka M. A concept analysis of self-management of cancer pain. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing 2018; 5: 254-261. DOI: 10.4103/apjon.apjon_17_18.

30. Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling* 2011; 85: 14-25. DOI: 10.1016/j.pec.2010.07.046.
31. Palveluvalikoimaneuvosto. Recommendation: Factors supporting lifestyle changes when using methods for providing lifestyle counselling and supporting selfmanagement of health to reduce the risk of smoking-related diseases. 2020. Saatavilla: <https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/25261984/Summary+of+supporting+lifestyle+changes+smoking+.pdf/745c003a-92cd-1690-498a-99f9e36b4f39/Summary+of+supporting+lifestyle+changes+smoking+.pdf?t=1593513004044>.
32. Siltanen, H. Keuhkohtaumatautia sairastavan tiedontarpeisiin kohdentuva omahoidon ohjaus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, 2021.
33. Seppälä A, Nykänen P. Suomalaisten omahoito- ja terveystaltioratkaisujen tarkastelua kansallisen kehityksen näkökulmasta. Informaatiotieteiden yksikön raportteja 32/2014. Tampereen yliopisto. Saatavilla: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/96250/suomalaisten_omahoito_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 2014.
34. Guo Y, Zhang Z, Lin B, Mei Y, Liu Q, Zhang L, Wang W, Li Y, Fu Z. The unmet needs of community-dwelling stroke survivors: a systematic review of qualitative studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18: 2140-2218. DOI: 10.3390/ijerph18042140.
35. Harfoush A, Chatterjee K, Deery E, Hamdallah H. Exploring different stroke populations' information needs: a cross-sectional study in England. *Archives of Public Health* 2024; 82: 63-66. DOI: 10.1186/s13690-024-01289-2.
36. Sloma A, Backlund LG, Strender L-E, Skånér Y. Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA: a questionnaire study. *BMC Family Practice* 2010; 11: 47. DOI: 10.1186/1471-2296-11-47.
37. Faiz KW, Sundseth A, Thommessen B, Rønning OM. Patient knowledge on stroke risk factors, symptoms and treatment options. *Vascular Health and Risk Management* 2018; 14: 37-40. DOI: 10.2147/VHRM.S152173.
38. Šaňáková Š, Gurková E, Štureková L, Bartoníčková D, Macháľková L, Mazalová L. How to return? experiences of patients in working age after first Ischaemic stroke: an interpretative phenomenological analysis of patientacute accents perspective at 12-24 months post-stroke. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2024; 19: 2398249. DOI: 10.1080/17482631.2024.2398249.
39. Bally E, Cheng D, van Grieken A, van Dam-Nolen D, Macchione S, Sanz MF, Carroll Á, Roozenbeek B, Dippel D, Raat H. A qualitative study of the values, needs, and preferences of patients regarding stroke care: the ValueCare study. *International Journal of Integrated Care* 2023; 23: 2. DOI: 10.5334/ijic.6997.
40. Sakakibara BM, Kim AJ, Eng JJ. A systematic review and meta-analysis on self-management for improving risk factor control in stroke patients. *International Journal of Behavioral Medicine* 2017; 24: 42-53. DOI: 10.1007/s12529-016-9582-7.
41. Sauv e-Schenk K, Duong P, Savard J, Durand F. A systematic review of social service and community resource interventions following stroke. *Disability and Rehabilitation* 2022; 44: 2948-2957. DOI: 10.1080/09638288.2020.1851780.

42. Crocker TF, Brown L, Lam N, Wray F, Knapp P, Forster A. Information provision for stroke survivors and their carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021; 2023: CD001919. DOI: 10.1002/14651858.CD001919.pub4.
43. Hotus. 2024. Näyttövinkki®: Millaiseen ohjaukseen teach-backmenetelmä soveltuu terveydenhuollossa ja mitä toteutuksessa on tärkeää huomioida? Näyttövinkki 6/2024. Laatiijat: Virtanen H, Palonen M, Eskolin, S-E . Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: www.hotus.fi/nayttovinkit.
44. Ruksakulpiwat S, Benjasirisan C, Ding K, Phianhasin L, Thorngthip S, Ajibade A, Thampakkul J, Zhang A, Voss JG. Utilizing social determinants of health model to understand barriers to medication adherence in patients with ischemic stroke: A systematic review. *Patient Preference and Adherence* 2023; 17: 2161-2174. DOI: 10.2147/PPA.S420059.
45. Klockar E, Kylén M, Gustavsson C, Finch T, Jones F, Elf M. Self-management from the perspective of people with stroke – An interview study. *Patient Education and Counseling* 2023; 112: 107740. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107740.
46. Van de Port IGL, Valkenet K, Schuurmans M, Visser-Meily JMA. How to increase activity level in the acute phase after stroke. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21: 3574-3578. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04249.x.
47. Boland P, Levack W, Perry M, Graham F. Equipment provision after stroke: A scoping review of the use of personal care and mobility aids in rehabilitation. *The British Journal of Occupational Therapy* 2017; 80: 73-88. DOI: 10.1177/0308022616664910.
48. Yoo J-H, Kim T, Lee J. Association between lifestyle behaviors and obesity among stroke survivors. *Western Journal of Nursing Research* 2024; 46: 552-560. DOI: 10.1177/01939459241254777.
49. Fitzsimons CF, Nicholson SL, Morris J, Mead GE, Chastin S, Niven A. Stroke survivors' perceptions of their sedentary behaviours three months after stroke. *Disability and Rehabilitation* 2022; 44: 382-394. DOI: 10.1080/09638288.2020.1768304.
50. Simpson DB, Jose K, English C, Gall SL, Breslin M, Callisaya ML. Factors influencing sedentary time and physical activity early after stroke: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation* 2022; 44: 3501-3509. DOI: 10.1080/09638288.2020.1867656.
51. Sugavanam T, Mead G, Bulley C, Donaghy M, van Wijck F. The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation - a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 2013; 35: 177-190. DOI: 10.3109/09638288.2012.690501.
52. Lloyd A, Bannigan K, Sugavanam T, Freeman J. Experiences of stroke survivors, their families and unpaid carers in goal setting within stroke rehabilitation: a systematic review of qualitative evidence. *JBISIRIR-2017-003499*. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2018; 16: 1418-1453. DOI: 10.11124/JBISIRIR-2017-003499.
53. Wray F, Clarke D. Longer-term needs of stroke survivors with communication difficulties living in the community: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open* 2017; 7: e017944. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017944.
54. Osborne CL, Neville M. Understanding the experience of early supported discharge from the perspective of patients with stroke and their carers and health care providers: A qualitative review. *The Nursing Clinics of North America* 2019; 54: 367-384. DOI: 10.1016/j.cnur.2019.04.006.

55. Flinn N, Stube J. Post-stroke fatigue: qualitative study of three focus groups. *Occupational Therapy International* 2010; 17: 81-91. DOI: 10.1002/oti.286.
56. Delbridge A, Davey J, Galloway M, Drummond A, Lanyon L, Olley N, Mason G, English C, Simpson DB. Exploring post-stroke fatigue from the perspective of stroke survivors: what strategies help? A qualitative study. *Disability and Rehabilitation* 2024; 46: 4187-4193. DOI: 10.1080/09638288.2023.2266363.
57. Byun E, McCurry SM, Kim B, Kwon S, Thompson HJ. Sleep disturbance and self-management in adults with subarachnoid hemorrhage: A qualitative study. *Clinical Nursing Research* 2022; 31: 632-638. DOI: 10.1177/10547738211064036.
58. Woodman P, Riazi A, Pereira C, Jones F. Social participation post stroke: a meta-ethnographic review of the experiences and views of community-dwelling stroke survivors. *Disability and Rehabilitation* 2014; 36: 2031-2043. DOI: 10.3109/09638288.2014.887796.
59. Boosman H, Schepers VPM, Post MWM, Visser-Meily JMA. Social activity contributes independently to life satisfaction three years post stroke. *Clinical Rehabilitation* 2011; 25: 460-467. DOI: 10.1177/0269215510388314.
60. Wan X, Chau JPC, Mou H, Liu X. Effects of peer support interventions on physical and psychosocial outcomes among stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2021; 121: 104001. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104001.
61. Fox S, Antony RM, Foley MJ, O'Sullivan D, Timmons S. Healthcare professionals' and patients' views of discussing sexual well-being poststroke. *Rehabilitation Nursing* 2020; 45: 16-22. DOI: 10.1097/rnj.000000000000144.
62. Seymour LM, Wolf TJ. Participation changes in sexual functioning after mild stroke. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research* 2014; 34: 72-80. DOI: 10.3928/15394492-20131217-01.
63. Choi-Kwon S, Lee SK, Park HA, Kwon SU, Ahn JS, Kim JS. What stroke patients want to know and what medical professionals think they should know about stroke: Korean perspectives. *Patient Education and Counseling* 2005; 56: 85-92. DOI: 10.1016/j.pec.2003.12.011.
64. Jamison J, Graffy J, Mullis R, Mant J, Sutton S. Barriers to medication adherence for the secondary prevention of stroke: a qualitative interview study in primary care. *British Journal of General Practice* 2016; 66: e568-e576. DOI: 10.3399/bjgp16X685609.
65. O'Malley L, Powell R, Hulme S, Lievesley M, Westoby W, Zadik J, Bowen A, Brocklehurst P, Smith CJ. A qualitative exploration of oral health care among stroke survivors living in the community. *Health Expectations* 2020; 23: 1086-1095. DOI: 10.1111/hex.13074.