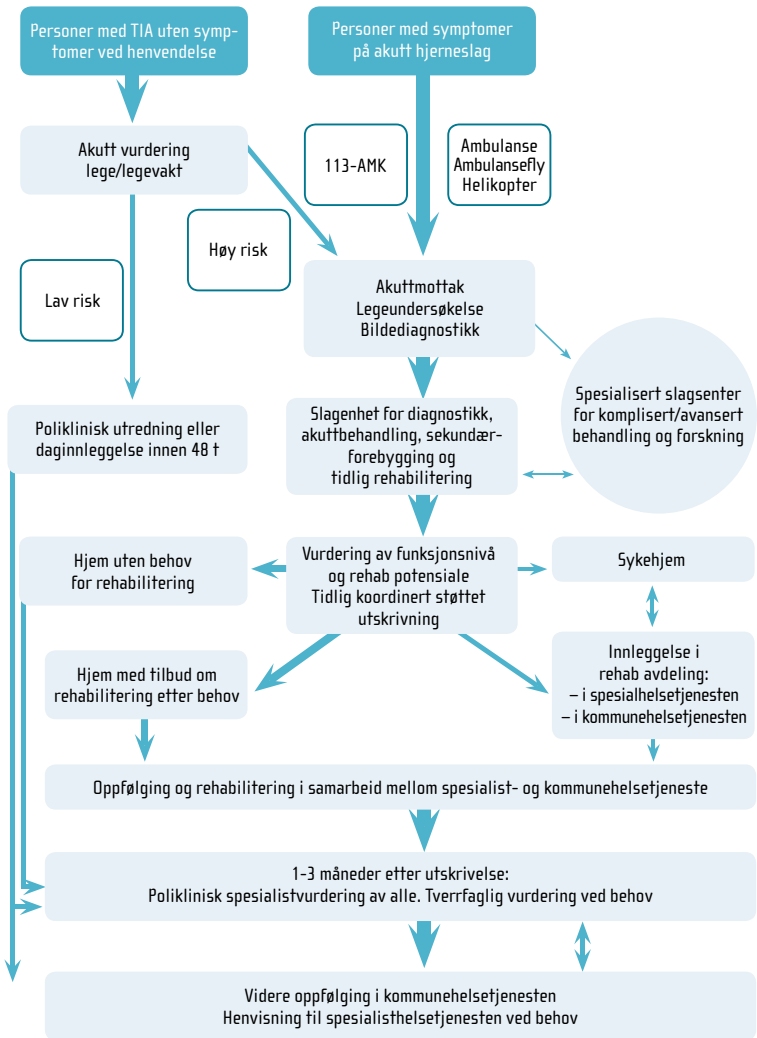


Behandling og rehabilitering ved hjerneslag Kortversjon



Figur 1. Framstilling av behandlingsskjeden ved hjerneslag/TIA. "Bredden" på pilene antyder noe om andelen pasienter som er aktuelle for de ulike ledd i kjeden (bred pil: en stor andel av pasientene, smalere pil: en mindre andel av pasientene).



1 AKUTT DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING

Alle pasienter med symptomer på akutt hjerneslag bør øyeblikkelig innlegges i sykehus med slagenhet.

Symptomer på akutt hjerneslag

Plutselig oppstått halvsidig lammelse i ansikt og/eller arm og/eller tap av spåk/tale. En standardisert og validert test som FAST (Face, Arm, Speech-Test) anbefales som et hjelpemiddel for å identifisere pasienter med sannsynlig akutt hjerneslag (se vedlegg 1).

Varsling ved akutt hjerneslag

Henvendelse/varsling av pasienter med akutte slagsymptomer bør gå direkte til AMK, medisinsk nødtelefon 113.

Dersom pasient med mistenkt akutt hjerneslag kontakter fastlege eller legevakt, bør disse medvirke til rask innleggelse, ev. uten forutgående undersøkelse.

Rød respons bør utløses for pasienter med slagsymptomer som kan nå fram til sykehuset innen 6 t fra symptomdebut. Hos pasienter som ikke har mulighet til å nå sykehuset innen 6 t er gul respons tilstrekkelig.

Varsling ved TIA

Pasienter med TIA (uten symptomer ved henvendelse) bør tilses akutt av fastlege/legevakt og innlegges som ø-hjelp (høy risiko) eller henvises til spesialistutredning innen 48 t (lavere risiko) (se vedlegg 2).

Acetylsalisylsyre (ASA) 160-300 mg bør gis så raskt som mulig etter TIA og kan gis av fastlege/legevakt før CT er utført.

For videre utredning og behandling ved TIA, se sekundærforebygging ved hjerneinfarkt og TIA side 7.

Undersøkelse og behandling av hjerneslag i akutfasen

For tiltak under transport til sykehuset, se vedlegg 3.

Det bør etableres klare prosedyrer for varsling og håndtering i akuttmottak for å sikre rask diagnostikk. God kommunikasjon med vakthavende lege og avtaler mellom akuttmottak, røntgenavdeling, klinisk kjemisk avdeling og slagenhet er nødvendig.

Hvilke undersøkelser bør gjøres ved ankomst sykehus?

Legeundersøkelse: Rask vurdering av vitale funksjoner og nevrologiske utfall ved bruk av en validert slagskala (f. eks. NIHSS og Glasgow Coma Scale).

EKG

Blodprøver: Hb, leukocytter, trombocytter, INR, CRP, glukose, Na, K, kreatinin, hjerteinfarktmarkører.

Bildeundersøkelse: CT eller MR. CT bør kombineres med CT-angio, men kan unnlates der undersøkelsen vurderes til ikke å ha behandlingsmessige konsekvenser. Kontraindikasjon mot CT-angio er nyresvikt og kontrastallergi.

Rask vurdering om pasienten er aktuell for trombolyse.

Hvilke behandlingstiltak og observasjoner bør gjøres første døgn?

Trombolyse: I.v. trombolyse bør tilbys alle pasienter med akutt hjerneinfarkt som oppfyller kriteriene for slik behandling. Behandlingen bør starte så raskt som mulig.

Antitrombotisk behandling: ASA 160-300 mg bør gis til alle pasienter med akutt hjerneinfarkt som ikke er aktuelle for trombolyse. ASA bør først gis etter 24 t hos pasienter som har fått trombolyse.

Pasienter med akutt hjerneinfarkt og atrieflimmer bør også behandles med ASA initialt med overgang til anti-koagulasjon etter 3 til 7 dager avhengig av størrelsen på hjerneinfarkt.

Pasienter med stor risiko for dyp venetrombose/lungeemboli bør i tillegg til ASA behandles med profylakse-dose av lavmolekylært heparin.

Kontroll av fysiologisk homeostase:

Oksygentilførsel ved oksygenmetning <95 %

Paracetamol ved temp >37,5 grader

Insulin ved glukosenivå >8-10 mmol/l

I.v. saltvannsløsning 1000 -2000 ml i løpet av de første 24 t hvis ikke pasienten har ukompensert hjertesvikt.

Monitorering: Hjerterytme, blodtrykk, oksygenmetning, temperatur, respirasjon og blodsukker bør monitoreres de første 12-24 t etter innleggelse og lengre hos ustabile pasienter.

Svelgevansker: En standardisert screening u.s for svelgevansker bør skje tidlig etter innleggelse og før peroral ernæring blir gitt. Ved svelgevansker som vedvarer over 24 t bør pasienten få nasogastrisk sonde.

Tidlig mobilisering: Alle slagpasienter bør mobiliseres tidlig ut av seng, helst innen 24 t etter innleggelse. Alle i det tverrfaglige teamet bør bidra til mobilisering så tidlig og så ofte som mulig.



Komplikasjoner: Alle pasienter bør systematisk observeres med henblikk på komplikasjoner slik at disse kan behandles så tidlig og så effektivt som mulig.

Informasjon: Pasient og pårørende bør få informasjon om diagnostikk, behandling og videre tiltak.

Andre tiltak: Pasienter <60 år med sannsynlig utvikling av malignt hjerneødem og pasienter med lillehjerneblødning med klinisk forverring bør overføres til senter med nevrokirurgisk ekspertise for vurdering av nevrokirurgisk intervensjon.

Hva anbefales ikke i akutfasen?

Antikoagulasjonsbehandling anbefales ikke initialt ved akutt hjerneinfarkt bortsett fra ved forebygging av dyp venetrombose. Hos hjerneinfarktpasienter med mekanisk hjerteventil eller akutt hjerteinfarkt er antikoagulasjon aktuelt (se sekundærforebygging).

Blodtrykkssenkende behandling bør vanligvis ikke gis i akutfasen. Ved meget høyt BT (hjerneinfarkt BT >220/120 mmHg og hjerneblødning BT >180/100 mmHg) og ved andre tilstander f. eks. hjertesvikt, kan BT-reduksjon være indisert. Labetalol i.v. med mål 10-20 % reduksjon i BT anbefales. Nitroglyserin i.v. er et godt alternativ ved bradykardi eller hjertesvikt.

Operasjon ved blødning i storhjernen: Pasienter med blødning i storhjernen bør som hovedregel ikke opereres.

2 SEKUNDÆRFOREBYGGING

Identifikasjon av risikofaktorer og sekundærforebygging bør starte i løpet av første døgn og senere følges opp av fastlegen, ev. i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Videreutredning av hjerneinfarkt og utredning av TIA

Utredningen må sees i sammenheng med de undersøkelser som allerede er utført ved ankomst til sykehuset.

Bilddiagnostikk

CT eller MR av hjernen bør gjøres på alle pasienter med mistenkt hjerneinfarkt eller TIA.

Undersøkelse av karsystemet

Ultralydundersøkelse av halskar bør utføres tidlig hos alle pasienter med hjerneinfarkt eller TIA, men kan unnlates hos pasienter der undersøkelsen vurderes til ikke å få behandlingmessige konsekvenser.

MR-angio med kontrast eller CT-angio bør utføres hos pasienter som vurderes for karotiskirurgi.

Undersøkelse av hjertet

EKG bør tas av alle slagpasienter. 24-timers EKG (Holter-monitorering) bør gjøres ved mistanke om paroksyttisk atrieflimmer/flutter.

Ekkokardiografi bør utføres i de tilfeller hvor det foreligger mistanke om kardial emboli og hvor funn ved ekkokardiografi vil kunne ha betydning for valg av sekundærforebyggende behandling.

Pasienter med hjerneinfarkt eller TIA i flere kargebeter, tidligere hjerteinfarkt eller EKG med sekvele etter hjerteinfarkt, akutt hjerteinfarkt, klinisk hjertesvikt eller hjerteventil samt

pasienter (særlig yngre <60 år) uten kjent årsak til hjerneinfarkt eller TIA, bør prioriteres for ekkokardiografi.

Utredning av risikofaktorer

Alle pasienter bør utredes med tanke på tradisjonelle risikofaktorer (hypertensjon, hyperlipidemi, diabetes mellitus og levevaner).

Blodprøver som bør tas

Hb, CRP, trombocytter, total-kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, triglyserider, INR, fastende blodsukker, HbA1c, kreatinin og elektrolytter. Rutinemessig screening med henblikk på trombofili er ikke indisert.

Utredning ved hjerneblødning

CT bør kombineres med CT-angio for å avklare om det foreligger aneurysmer eller karmalformasjoner. En kontroll- MR eller CT bør utføres etter 1-3 md for å forsøke å avklare blødningsårsaken dersom denne ikke er avklart i akutfasen.

Det bør gjennomføres en vurdering av risikofaktorer, spesielt med fokus på hypertoni, alkoholanamnese, medikament-anamnese og blødningstendens.

Sekundærforebygging ved hjerneinfarkt og TIA

Levevaner

Alle pasienter med hjerneinfarkt eller TIA bør få råd og veiledning om endringer i levevaner som kan gi gunstig effekt på tromboserisiko, blodtrykk og/eller lipidprofil slik som røykeslutt, økt mosjon, kostendringer og vektreduksjon ved overvekt.

Antitrombotisk behandling

Pasienter uten kardial embolikilde

Pasienter med hjerneinfarkt eller TIA uten kardial årsak bør få platehemmende behandling. Kombinasjonen ASA og dipyridamol alternativt klopidogrel monoterapi anbefales. ASA som monoterapi anbefales ved intoleranse eller bivirkninger av både klopidogrel og dipyridamol.

Pasienter med kardial embolikilde

Pasienter med hjerneinfarkt eller TIA og atrieflimmer bør få antikoagulasjonsbehandling hvis det ikke foreligger klare kontraindikasjoner. Pasienter med kontraindikasjoner bør få ASA + dipyridamol alternativt monoterapi med klopidogrel.

Pasienter med hjerneinfarkt eller TIA og akutt hjerteinfarkt bør initialt behandles med lavmolekylært heparin ev. kombinert med ASA og klopidogrel, og deretter med antikoagulasjon kombinert med ASA i minimum 3 md. Behandlingen bør skje i samarbeid med kardiolog.

Pasienter med hjerneinfarkt eller TIA og som har mekanisk hjerteventil bør få en kombinasjon av warfarin og ASA hvis hjerneinfarkt/TIA har oppstått på adekvat INR.

Pasienter med hjerneinfarkt eller TIA og hjertesvikt, aortaklaffefeil, mitralprolaps eller patent foramen ovale, bør behandles med en kombinasjon av ASA og dipyridamol alternativt klopidogrel framfor antikoagulasjon. Ved uttalt hjertesvikt, påvist trombe i hjertet eller residiv av hjerneinfarkt på platehemmende behandling bør antikoagulasjon vurderes.

Karotisendarterektomi

Karotisendarterektomi anbefales hos pasienter med hjerneinfarkt eller TIA med mild til moderat sekvele lokalisert til fremre kretsløp med stenosegrad ≥ 70 % i symptomgivende karotisarterie. Ved stenosegrad 50-69 % kan operasjon vurderes hos selekterte pasienter. Operasjonen bør skje innen 2 uker.

Operasjon ved asymptomatisk karotisstenose anbefales som hovedregel ikke.

Blodtrykssenkende behandling

Det finnes ingen klare behandlingsgrenser, men alle slagpasienter med BT >140/90 mmHg bør få medikamentell behandling hvis det ikke gir plagsomme bivirkninger.

Behandlingsmål bør være BT <140/90 mmHg, og for yngre pasienter og pasienter med spesielt stor vaskulær risiko BT <130/80mmHg hvis dette kan oppnås uten bivirkninger.

Eksisterende dokumentasjon gir ikke grunnlag for å gi sterke anbefalinger om valg av medikamenter. Som regel er kombinasjonen av flere medikament-typer nødvendig for å nå behandlingsmålet.

Lipidsenkende behandling

Det finnes ingen klare behandlingsgrenser, men alle pasienter med hjerneinfarkt og TIA med LDL >2.0 mmol/l bør tilbys statinbehandling.

Behandlingsmål bør være LDL <2.0mmol/l hvis ikke plagsomme bivirkninger.

Hos pasienter med spesielt stor vaskulær risiko kan lavere behandlingsmål vurderes.

Hos eldre pasienter >80 år er dokumentasjonen vedrørende statinbehandling relativt svak, og individuell vurdering bør foretas.

Sekundærforebygging ved hjerneblødning

Kunnskapsgrunnlaget for medikamentell sekundærforebygging etter primær hjerneblødning er begrenset.

Pasienter med gjennomgått hjerneblødning bør tilbys blodtrykssenkende behandling med de samme behandlingsgrenser og mål som ved hjerneinfarkt. Videre rådgivning om levevaner bl.a. om diett rik på grønnsaker og frukt, og begrenset alkoholkonsum.

3 REHABILITERING

Rehabilitering bør starte i løpet av første døgnet etter et hjerneslag, bygge på tverrfaglighet og være tilgjengelig i alle faser av sykdomsforløpet.

Organisering av slagrehabilitering

Alle akutte slagpasienter bør behandles i en slagenhet som kombinerer akutt behandling og rehabilitering med sterkt fokus på tidlig mobilisering.

Alle slagpasienter bør vurderes av et tverrfaglig team som tidlig starter utredning, definerer mål i samarbeid med pasient og pårørende, og som utarbeider og gjennomfører en plan for rehabiliteringen.

Pasienter med hjerneslag som har behov for videre rehabilitering i sykehus etter akutfasen bør få tilbud om innleggelse i en rehabiliteringsavdeling.

Pasienter med mild og moderat funksjonssvikt bør bli utskrevet direkte til hjemmet med oppfølging av ambulerende team og ev. gis et rehabiliteringstilbud i hjemmet og/eller i dagavdeling der dette er mulig. God samhandling og informasjonsutveksling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er en viktig forutsetning.

Rehabilitering i kommunene bør skje i nært samarbeid med foregående ledd i behandlingsskjeden (slagenhet eller rehabiliteringsavdeling) slik at en koordinert oppfølging og rehabilitering kan tilbys.

Hver kommune, ev. samarbeidende kommuner bør ha et eget rehabiliteringsteam som har ansvaret for hjemmebasert rehabilitering.

Ved slagrehabilitering bør internasjonalt anerkjente og vanlig brukte tester både for kartlegging og evaluering av tiltak benyttes.

Alle pasienter som har hatt hjerneslag og som vil ha behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester skal informeres om retten til individuell plan. Arbeidet med individuell plan bør påbegynnes så tidlig som mulig.

Spesifikke rehabiliteringstiltak

Dokumentasjon om hvilke rehabiliteringstiltak som er mest effektive er begrenset. Best dokumentert er tidlig mobilisering i akutfasen samt oppgaverelatert trening der pasienten trener på de funksjoner og oppgaver som han eller hun ønsker å mestre.

Motoriske vansker

Personer med gangproblemer bør tilbys oppgaverelatert trening, dvs. repeterende forflytning og gangtrening ifm. daglige gjøremål gjennom hele døgnet.

Pasienter med lammelser bør trene muskelstyrke kombinert med oppgaverelatert trening for å bedre motorisk funksjon.

Pasienter som har tilstrekkelig styrke i store muskelgrupper bør få trening som kan øke kondisjon og utholdenhet.

Ved spastisitet som begrenser funksjonsevne eller gir smerte bør behandling med botulinumtoksin A vurderes.

Kognitive vansker

Ved kognitive vansker anbefales generell stimulering og oppgaverelatert trening fra alt personell involvert i pasientens behandling og rehabilitering.

For pasienter med oppmerksomhetsvansker anbefales generell stimulering med hyppige pauser.

Pasienter med neglekt eller apraksi bør tilbys generell stimulering med fokus på oppgaverelatert trening.

Språkvansker

Pasienter med afasi bør få logopediske tiltak raskt og i tiltrekkelig mengde og hyppighet.

Den afasirammede og de pårørende bør få opplæring, hjelp og støtte rettet mot det å mestre en tilværelse med språk- og kommunikasjonsvansker.

Svelgevansker

Pasienter med vedvarende svelgevansker bør henvises til logoped eller annen kompetent fagperson for videre utredning og trening.

Pasienter med svelgevansker som vedvarer utover 3-4 uker bør tilbys PEG-sonde.

Synsvansker

Alle slagpasienter bør få vurdert synsfunksjonen og henvises til øyelege, ev. optiker og/eller synspedagog for oppfølging hvis behov.

Å leve livet etter slaget

Alle pasienter med begrenset evne til å utføre personlige daglige gjøremål bør få hjelp fra et tverrfaglig team til trening med tilstrekkelig intensitet og mengde og med fokus på oppgaverelatert trening.

Vurdering av behovet for hjelpemidler og boligtilrettelegging bør skje i tidlig fase etter hjerneslaget.

Arbeid

Personer med hjerneslag som har et arbeidsforhold bør kartlegges i forhold til arbeidsmuligheter, og alle som har mulighet for å komme tilbake til arbeid bør tilbys arbeidsrehabilitering. Arbeidsgiver bør involveres tidlig.

Bilkjøring

Alle som har hatt hjerneslag skal informeres muntlig og skriftlig om at de ikke bør kjøre bil i minimum 4 uker etter slaget.

Gjenopptagelse av kjøring er avhengig av at optimal sekundærforebygging er instituert og av tilfredsstillende bedring av ev. funksjonssvikt. Bilkjøring bør ikke gjenopptas før kontroll hos lege, ev. ved spesialistpoliklinikk.

For TIA-pasienter bør kjørekares være 2-4 uker eller til optimal sekundærforebygging er instituert.

Helsepersonell som gir råd om bilkjøring må kjenne regelverket, inkludert helsekravene til høyere førekortklasser (C1 og høyere). Meldeplikten i forskrift til helsepersonelloven må oppfylles.

Fritid

Personer som opplever begrensinger i sosiale aktiviteter etter hjerneslag, bør få et tilbud i hjemmemiljøet med fokus på å fremme sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter.

Informasjon

Pårørende til personer som har hatt hjerneslag bør få tilbud om informasjon og oppfølging.

Personer som rammes av slag og deres pårørende bør få informasjon om aktuelle brukerorganisasjoner og deres likemannsarbeid.

Alle helseforetak bør ha relevante lærings- og mestringstilbud til slagrammede og deres pårørende som kan bidra med informasjon og støttetiltak.

4 BEHANDLINGSKJEDEN

Behandlingstilbudet til pasienter som rammes av hjerne- slag bør organiseres som en behandlingsskjede der pasienten får diagnostikk, utredning og veldokumentert effektiv koordinert behandling til riktig tid i alle faser av sykdomsforløpet (se side 2).

Ved mistanke om akutt hjerneslag bør pasienten umiddelbart innlegges i sykehus med slagenhet som kombinerer akutt behandling og tidlig rehabilitering. Sjekkliste for tiltak under transport, se vedlegg 3.

Tilbudet til TIA-pasienter bør organiseres enten ved ø-hjelp innleggelse (høy risiko) eller rask poliklinisk utredning (lav risiko) (se vedlegg 2).

I sykehuset bør slagpasienten få diagnostikk og behandling i slagenhet som kombinerer akutt behandling og tidlig rehabilitering og som har en standard på nivå med slagenhetene i de vitenskapelige forsøkene.

Ved utskrivning fra slagenheten bør pasienten tilbys en støttet og koordinert oppfølging hvor slagenhet, ambulerende team ev. rehabiliteringsavdeling og kommunehelsetjenesten samarbeider nært. Sjekkliste for utskrivning fra slagenhet (se vedlegg 4).

Alle slagpasienter bør som hovedregel tilbys en poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten 1-3 md etter utskrivning.

Videre oppfølging bør organiseres i kommunehelsetjenesten, men med mulighet for raskt henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov.

Vedlegg 1: FAST-TEST (Facialisparese, Armparese, Språkvansker, Talevansker)

Facialisparese	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Usikkert <input type="checkbox"/>
Affisert side	V <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
<hr/>			
Armparese	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Usikkert <input type="checkbox"/>
Affisert side	V <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
<hr/>			
Språkvansker	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Usikkert <input type="checkbox"/>
<hr/>			
Talevansker	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Usikkert <input type="checkbox"/>

Facialisparese: Be pasienten smile eller vise tenner. Se etter nyoppstått asymmetri og anfør side.

Armparese: Løft pasientens arm opp til 90 grader i sittende stilling eller 45 grader i liggende stilling. Be pasienten holde posisjonen i 5 sek. Drifter armen nedover eller faller den ned til underlaget?

Språkvansker: Undersøk om det finnes ordlettingsproblemer og/eller om pasienten forstår verbal instruksjon. Sjekk med pårørende om ev. språkvansker er nyoppstått.

Talevansker: Undersøk om pasienten har utydelig tale og om dette er nyoppstått.

Vedlegg 2: Risiko for hjerneslag ved TIA - ABCD2 skår

Risikofaktor	Kategori	Poeng
(A) Age	Alder \geq 60 år	1
	Alder <60 år	0
(B) Blood pressure	Systolisk BT >140 mmHg eller diastolisk BT >90 mmHg	1
	Lavere BT	0
(C) Clinical features	Halvsidig lammelse	2
	Språk/taleforstyrrelse uten lammelser	1
	Ingen lammelser/språkforstyrrelser	0
(D) Duration of symptoms	>60 min	2
	10-59 min	1
	<10 min	0
(D) Diabetes	Diabetes tilstede	1
	Ingen diabetes	0
	Total skår	/7

Pasienter med ABCD2-skår 0-3 har liten risiko for hjerneslag i de første dager/første uke og kan utredes poliklinisk.

Pasienter med skår 4-7 har høy risiko for hjerneslag i de første dager/første uke og bør innlegges som øyeblikkelig hjelp.

Vedlegg 3: Tiltak under transport til sykehuset

- Sikre ABC (Airway, Breathing, Circulation)
- Gi oksygen ved oksygen-metning <95 %
- Heve hodeleie 15-20 grader
- Ved nedsatt bevissthet legges pasienten i sideleie med frisk side ned
- Monitorere blodtrykk (BT), puls, hjerterytme, og oksygen-metning
- Sende ev. data til mottakende sykehus
- Ved BT <120 mmHg, konferere med vakthavende lege ved slagenheten eller AMK-lege for tiltak
- Måle blodsukker under transport (etablere minst en venevei)
- Etablere infusjon med Ringer Acetat/NaCl 9 mg/ml.
- Behandle kvalme ved behov
- Behandle kramper ved behov
- Gi paracetamol 1g ved temperatur >37,5 grader
- Notere mobiltelefonnummer til nærmeste pårørende
- Innhente informasjon om debuttidspunkt og nødvendige komparentopplysninger

NB: En del tiltak kan vurderes utsatt hvis det medfører tidstap i forhold til å bringe pasienten raskt til sykehus.

Vedlegg 4: Sjekkliste ved utskrivning

Er følgende gjennomført?

Diagnostikk og klassifisering av hjerneslaget	<input type="checkbox"/>
Utredning av risikofaktorer	<input type="checkbox"/>
Instituering av sekundær profylakse: - Antitrombotisk behandling, blodtrykksbehandling, lipidbehandling, behandling av ev diabetes, levevaner	<input type="checkbox"/>
Vurdering av komplikasjoner under oppholdet og framtidig komplikasjonsrisiko	<input type="checkbox"/>
Kartlegging av funksjonsnivå	<input type="checkbox"/>
Vurdering av rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensial	<input type="checkbox"/>
Kartlegging av hjemmesituasjon	<input type="checkbox"/>
Vurdering av behov for hjelpemidler	<input type="checkbox"/>
Etablert klare avtaler for oppfølging: - Ambulerende team, egen lege, hjemmesykepleie, andre - Poliklinisk kontroll - Rehabiliteringstiltak og hvordan disse skal organiseres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rådgivning/informasjon til pasienten og ev. pårørende om: -Medikasjon, levevaner, trening, muligheter for bedring av funksjonsnivå -Bilkjøring, kjørekarens -Ev. sykemelding -Ev. informasjon om pasientforeninger og likemannsarbeid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hovedpunktene i sjekklisten er inkludert i epikrisen	<input type="checkbox"/>

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no