

Stuegangsanbefalinger på Apopleksiafsnit 6ø på Aalborg Universitets Hospital & Neurorehabiliteringsenhederne, Brønderslev, Frederikshavn og Thisted.

Nedenstående emner er nødvendige at forholde sig til som stuegangsgående læge på Apopleksiafsnit 6ø og Neurorehabiliteringsenhederne. Den enkelte patient har naturligvis individuelle forhold, der skal tages hensyn til, men de nævnte punkter er vigtige overordnede emner.

Anbefalingerne er kun vejledende og skal altid individualiseres, og må således IKKE betragtes som instruks.

Ved behov for uddybende anbefalinger, retningslinje eller instruks indenfor emnerne anbefales blandt andet:

- Neurologisk Nationale Behandlingsvejledning under punktet "Cerebrovaskulære sygdomme" <http://neuro.dk/wordpress/nnbv/>
- Dansk Selskab for Apopleksi <http://www.dsfa.dk/>
- "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati" Sundhedsstyrelsen 2020 <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-voksne-med-erhvervet-hjerneskade>
- Dansk Cardiologisk selskab – Nationale behandlings vejledning <http://nbv.cardio.dk/>

Oversigt:

1. [Anamnese](#)
2. ["Vanligt funktionsniveau"](#)
3. [Vanlig medicin](#)
4. [Sociale forhold](#)
5. [Hypertension](#)
6. [Blodfortyndende behandling](#)
7. [Kolesterolsænkende behandling](#)
8. [Forebyggelse af apopleksi ved carotisstenose](#)
9. [Dissektion af cervicale cerebrale arterier](#)
10. [Depression og patologisk gråd](#)
11. [Sekundær profylakse](#)
12. [Temperaturforhøjelse](#)
13. [Forebyggelse af tromboemboli](#)
14. [Kardiologisk udredning](#)
15. [Særlig udredning på speciel indikation](#)
16. [Metaboliske forstyrrelser](#)
17. [Kørekort og apopleksi](#)
18. [Genoptræningsplan \(GOP\)](#)
19. [Mobilisering efter ICH](#)
20. [Tværfaglig konference](#)
21. [Henvisning til neurorehabilitering](#)
22. [Henvisning til øjenlægeundersøgelse](#)
23. [Henvisning til dysfagiundersøgelse](#)
24. [Udskrivelse \(sygemelding, fysisk aktivitet o.lign.\)](#)
25. [Diagnosekoder ved udskrivelsen](#)
26. [Dansk Apopleksiregister skema \(DAP-skema\)](#)

Systematisk gennemgang af punkter:

1. **Anamnesen** er vigtig at få uddybet senest ved gennemgang af patienten på rehabiliteringsafdelingen. Der er evidens for, at patientens comorbiditet har stor indflydelse på "outcome" efter erhvervet hjerneskade. Optimering af patientens comorbiditet er essentiel i planlægning af et optimalt rehabiliteringsforløb. Derfor er det vigtigt kronologisk at gennemgå hele anamnesen for patienten med den eventuelle ledsagende medicinliste, for om muligt at optimere behandlingsforløbet.
2. **Vanligt funktionsniveau** er nødvendigt at beskrive i journalen, idet et eventuelt rehabiliteringstilbud vil være afhængig af dette. Herunder også behovet for hjælpemidler i hverdagen.
 1. Patienten scores efter Modified Rankin Scale (mRS)
3. **Vanlig medicin** – en kritisk gennemgang i forhold til bivirkninger, kontraindikationer, manglende indikation, behandlingsvarighed (evt. slutdato), dosis o.lign. – sammenholdt med eventuelle compliance problemer. Ligeledes vurdering af om medicinen kan gives i sonde om nødvendigt.
4. **Sociale faktorer**, der kan få betydning for indlæggelsesforløbet (boligforhold - trapper o.lign. - samlivsforhold, forhold til arbejdsmarkedet, kørekort, netværk o.a.)
5. **Hypertension** - Se Cerebrovaskulære Sygdomme – Forebyggende behandling...
<https://neuro.dk/wordpress/nnbv/forebyggende-behandling-efter-iskaemisk-apopleksi-og-tci/>
 1. **OBS i den akutte fase**
 - i. Ved intracerebral blødning (ICH) tilstræbes et blodtryk hurtigst muligt på 140/85. (se Cerebrovaskulære Sygdomme – ICH – Akut udredning og behandling <https://neuro.dk/wordpress/nnbv/ich-akut-udredning-og-behandling/>) Lokal PRI-instruks: <https://pri.rn.dk/Sider/32020.aspx>
 - ii. Ved iskæmisk apopleksi må blodtrykket kun gradvist normaliseres. Det er fortsat uklart, hvornår efter det cerebrale insult den blodtryks-sænkende behandling bør iværksættes, men vanligt efter 3-7 dage – med mindre det er massivt forhøjet (systolisk >200)
 2. Genoptag om muligt vanlig antihypertensiv terapi (evt. i reduceret dosis).
 3. Medikamentel blodtryks-sænkende behandling er indiceret hvis patienten vedvarende har systolisk blodtryk større end 130 mmHg og/eller diastolisk blodtryk større end 80 mmHg. Behandlingen bør ikke opstartes akut.
 4. Behandlingsmål: Konsultationsblodtryk mindre end 130/80 mm Hg hos personer yngre end 80 år. Hos personer på 80 år eller derover er behandlingsmålet for systolisk blodtryk mindre end 145 mmHg (eventuelt lavere hvis det tåles.)
 5. De antihypertensive stoffer er ligeværdige, dog er betablokkere ikke førstevalg, med mindre der er anden (kardiel) indikation (fx atrieflimmer, iskæmisk hjertesygdom eller hjerteinsufficiens.) Det er blodtryks-sænkningen, der er afgørende for effekten og ikke præparatvalg, der gøres ud fra comorbiditet.
 6. Ved TCI/let apopleksi er det sandsynliggjort, at en fuld behandlingspakke med fordel kan iværksættes indenfor det første døgn.
6. **Blodfortyndende behandling** – obs. for at der skelnes mellem antiaggregatorisk, antitrombotisk (se punkt nr 13) og antikoagulationsbehandling.
 1. Pausér vanlig blodfortyndende terapi til cerebral scanning har afkræftet blødning.
 2. Antiaggregatorisk behandling genoptages/påbegyndes umiddelbart efter cerebral scanning når blødning er udelukket og iskæmisk apopleksi er sandsynlig. Hos

trombolysebehandlede patienter afventes kontrol cerebral scanning 24 timer efter trombolysebehandlingen inden antiaggregatorisk behandling genoptages eller påbegyndes.

- i. Hos diagnostisk uafklarede pt. benyttes alene Magnyl, (75 mg x 1) idet f.eks. lumbalpunktur er kontraindiceret ved pågående Clopidopgrel behandling.
3. Standard antiaggregatorisk behandling - se "Cerebrovasculære sygdomme – Forebyggende behandling efter iskæmisk apopleksi og TCI"
<https://neuro.dk/wordpress/nbv/forebyggende-behandling-efter-iskaemisk-apopleksi-og-tci/>
 - i. Der skelnes mellem:
 1. TCI/minor stroke
 2. Patienter med iskæmisk apopleksi/TCI med storkarssygdom (præcerebrale eller intrakranielle stenoser)
 3. Småkarssygdom
4. Antikoagulations behandling (AK-beh) – Se pkt.14 og 15 i <http://nbv.cardio.dk/> og "Cerebrovasculære sygdomme – Forebyggende behandling efter iskæmisk apopleksi og TCI" i <https://neuro.dk/wordpress/nbv/forebyggende-behandling-efter-iskaemisk-apopleksi-og-tci/>
 - i. AK-behandling pauseres ved indlæggelsen – både ved blødning og iskæmisk apopleksi. Indikationen for AK-behandling skal revurderes og behandlingskvalitet og compliance bør udfordres sammen med absolutte og relative kontraindikationer.
 - ii. Patienter med atrieflimren/flagren eller venøs tromboemboli (VTE) kan behandles med enten VKA eller NOAK. Her skal således vælges hvilken behandling, som vil være mest hensigtsmæssig for den enkelte patient.
 - iii. Patienter med cancer behandles primært med vægtbaseret lavmolekylært Heparin (LMH).

Til vurdering af indikation for AK-behandling anbefales risikostratificering for tromboemboli med CHA2DS2-VASc-score, hvor jo specielt indikationen for AK-behandling hos pt. med AFLI og iskæmisk apopleksi fremgår.

Ved AFLI bør NOAK foretrækkes fremfor VKA, såfremt der ikke er kontraindikationer mod NOAK. Beslutning om lægemiddelvalg bør ske efter en samlet individuel vurdering og træffes af læge og patient i fællesskab.

- i. Tidspunktet for genoptagelse/opstart af AK-behandling gøres ud fra en individuel vurdering, men følgende er vejledende:
 1. Efter TCI: startes umiddelbart
 2. Efter minor stroke: start efter 5-7 dage
 3. Efter major stroke: start efter 10-12 dage (senest på 14.dagen)
 4. Genoptagelse af AK-beh efter intracerebral blødning (ICH) skal gøres efter individuel vurdering – *hvis overhovedet* !!! Dette efter mindst 2-4 uger, efter kontrol cerebral scanning, afhængig af størrelse af blødningen, karakter, ledsagende hypertension, multiple microbleeds og øvrig comorbiditet.

Henvielse til aurikellukning hos kardiologerne kan overvejes. Bør diskuteres med seniorlæge.

VIGTIGT: Der skal ved udskrivelsen fra Apopleksiafsnit 6Ø i medicinmodulet være en planlagt start på en eventuel AK-behandling. I medicinmodulet og i udskrivelsesnotatet skal fremgå hvornår og med hvilket præparat, patienten skal opstarte AK-behandling samt hvor og hvornår, patienten skal have opfølgende kontrol heraf.

7. **Kolesterolsænkende behandling** - Se "Cerebrovasculære sygdomme – Forebyggende behandling efter iskæmisk apopleksi og TCI"
<https://neuro.dk/wordpress/nnbv/forebyggende-behandling-efter-iskaemisk-apopleksi-og-tci/>
- i. Vigtigt at skelne mellem primær og sekundær profylakse for lipidsænkende behandling. Der er to forskellige niveauer af grænseværdier.
 - ii. OBS – Simvastatin doseres til aften /nat, hvor Atorvastatin og Crestor også kan doseres om morgenen.
 - iii. Ved problematisk hyperlipidæmi kan der gøres henvendelse til "Lipidklinikken" under Kardiologisk Afsnit, Aalborg.
8. **Forebyggelse af apopleksi ved carotisstenose** - Se "Cerebrovasculære sygdomme – Forebyggende behandling efter iskæmisk apopleksi og TCI"
<https://neuro.dk/wordpress/nnbv/forebyggende-behandling-efter-iskaemisk-apopleksi-og-tci/>
1. Ved TCI eller iskæmisk apopleksi bør ultralydsundersøgelse og/eller CT af halskar foretages indenfor 4 dage og helst inden for 24 timer, således at eventuel operation for carotisstenose kan gennemføres så hurtigt som muligt.
 2. Operativ behandling af symptomatisk carotisstenose > 50 % kan anbefales, med mindre patienten har svære sequelae efter apopleksi eller lider af intraktabel sygdom. Derfor individuel afvejning af om undersøgelsen overhovedet skal udføres, hvis ikke der alligevel er operationsindikation.
 3. Det er således typisk pt. med TCI og minor stroke, der har god effekt af udredning og behandling for carotisstenose.
9. **Behandling af dissektion af cervikale cerebrale arterier** – Se "sjældnere årsager til apopleksi"
<https://neuro.dk/wordpress/nnbv/sjaeldnere-arsager-til-apopleksi/>
1. Ved dissektion af arteria carotis eller vertebralis er der ikke fundet forskel på resultaterne af trombocythæmmende behandling og antikoagulansbehandling.
 2. Der er på Apopleksiafsnit 6ø, Aalborg-tradition for brug af "dobbelt-pladehæmmer behandling".
10. **Depression og patologisk gråd** - Se "Senkomplikationer efter apopleksi"
<https://neuro.dk/wordpress/nnbv/senkomplikationer-efter-apopleksi/>
1. Poststroke depression er hyppig med prævalens observeret i op til 40%
 - i. Antidepressiv behandling af deprimerede apopleksipatienter medfører en signifikant reduktion af depressionssymptomer overfor placebo. SSRI-behandling anbefales som førstevalg.
 2. Patologisk gråd (eller grådlabilitet) forekommer blandt ca. 15% af apopleksipatienterne og er en vigtig differentialdiagnose til depression.
 - i. Ved patologisk gråd efter apopleksi bør der tilbydes SSRI-behandling, som er effektiv selv i en beskeden dosis, inden for få dage.
11. **Sekundær profylakse – livsstilsfaktorer** - Se "Forebyggende behandling efter apopleksi"
<https://neuro.dk/wordpress/nnbv/forebyggende-behandling-efter-iskaemisk-apopleksi-og-tci/>
1. VIGTIGT altid at diskutere livsstilsfaktorer med pt.:
 - i. Ved apopleksi anbefales rygeophør.
 - ii. Der anbefales regelmæssig fysisk aktivitet efter apopleksi i det omfang, det er muligt.
 - iii. Patienter med apopleksi og et højt alkoholindtag (>7/14 genstande pr. uge for henholdsvis kvinder og mænd) bør reducere indtaget eller evt. helt ophøre.

- iv. Ved apopleksi bør der motiveres til en kost med et højt indhold af frugt, grøntsager, fuldkornsprodukter og fisk samt begrænset indhold af salt og mættet fedt.
- v. Sikre udredning for evt diabetes mellitus.

12. Temperaturforhøjelse

1. Temperatur over 37,5 grader synes de første dage direkte korreleret med prognosen efter apopleksi. Vigtigt aggressivt at opspore mulige infektions foci. Paracetamol kan eventuelt anvendes som febernedsættende.
 - i. Pneumoni er den hyppigste årsag til feber indenfor de første 48 timer af apopleksi.
 - ii. Aspiration er skyld i ca. 60% af poststroke pneumonierne - oftest pga dysfagi eller påvirket bevidsthedsniveau.
 - iii. Hyppig urin incontinens / urin retentions problem !

13. Forebyggelse af dyb venetrombose (se pkt. 5.3.4. i <http://www.dsfa.dk/wp-content/uploads/REFERENCEPROGRAMFINAL20131.pdf>)

1. Venøs tromboemboli dækker over dyb venetrombose (DVT) og lungeemboli, som er alvorlig komplikation til apopleksi.
2. I den akutte fase af apopleksi er forekomsten af DVT uden profylaktisk behandling 50% inden for de første to uger
3. Ved høj risiko for dyb venetrombose, fx immobilisering, svær paresse, paralyse eller andre medicinske komplikationer anbefales profylaktisk behandling med lavmolekylært heparin (Typisk 2500ie eller 5000ie Fragmin® x 1 sc alternativt 3500ie eller 4500ie Innohep®).
4. Tromboseprofylakse med lavmolekylært heparin er også indiceret hos immobile patienter med ICH når blodtryk er stabiliseret – typisk 48 timer efter ictus
5. Brug af støttestrømper til forebyggelse af DVT kan ikke anbefales.
6. Anvendelse af intermitterende pneumatiske kompressionsstrømper med henblik på DVT- profylakse anbefales hos immobiliserede patienter efter akut apopleksi (aktuelt ikke tilgængelige i afdelingerne).

14. Kardiologisk udredning

1. Da kardiell årsag til iskæmisk apopleksi findes i op til 25% af tilfældene har særlig fokus på at afsløre specielt atrieflimmer stort fokus. Paroxystisk som kronisk atrieflimmer anses for lige store risikofaktorer.
2. Blodfortyndende behandling ved atrieflimmer eller anden kardiell sygdom se venligst Pkt 6. <https://neuro.dk/wordpress/nbv/forebyggende-behandling-efter-iskaemisk-apopleksi-og-tci/>
3. Kardiologisk anamnese, hjertestetoskopi, standard 12-afledningers EKG er god klinisk praksis ved enhver indlæggelse for patienter med apopleksi.
4. Kardiell monitorering under og efter indlæggelse efter akut apopleksi øger sandsynligheden for at detektere paroxystisk atrieflimmer. Derfor bør pt med iskæmisk apopleksi og sinusrytme på EKG opstarte Holter monitorering, med mindre der er fundet tegn på kronisk eller paroxystisk atrieflimmer (afli) under indlæggelsen eller i anamnesen.
 - i. Kardiell telemetri:
 1. Under indlæggelse på Apopleksiafsnit 6ø kan pt have en trådløs telemetri påsat (typisk trombolyspatienter og dårlige, kredsløbsmæssigt påvirkede patienter).
 2. Aflæsning kan ses på skærm i Sygeplejekontoret og monitoreres på Kardiologisk afsnit, Hjørring, der løbende holder øje med disse

- telemetrier. Ved patologiske arritmier vil vagthavende på Kardiologisk afsnit, Hjørring kontakte Apopleksiafsnittet.
3. Beskrivelse af telemetrien kan ses for det forudgående døgn i Clinical Suite under: *Kliniske oversigter – Svar på undersøgelser – Telemetri*
 - ii. *Holtermonitorering:*
 1. Apopleksiafsnit 6Ø har egne Holtere (ca. 50 stk) og hvis det findes indiceret ordinerer lægen i journalen, at pt. i forbindelse med udskrivelsen skal udstyres med en Holter.
 2. Holter-monitorering på Apopleksiafsnit 6Ø kan ske i op til 5 døgn.
 3. Aflæsning af de udleverede Holtere foregår på Kardiologisk Afsnit, Hjørring. Svar tilgår én af seniorlægerne på Apopleksiafsnit 6Ø, der varetager evt. opstart af AK-behandling.
 5. Kardiologisk udredningsalgoritme ved iskæmisk apopleksi:
 - i. Ved obs. for kardiell embolikilde se <https://nbv.cardio.dk/kardiel-tromboemboli>
 - ii. TTE (transthoracal ekkocardiografi)
 1. ▪ ved nydiagnosticeret atrieflimren
 2. ▪ ved nydiagnosticeret mislyd eller proteseclap, hastende ved feber eller positiv bloddyrkning
 3. ▪ ved nydiagnosticeret hjerteinsufficiens
 4. ▪ ved alder < 65 år og uden anden etableret prædisposition til cerebrovaskulær sygdom (hypertension, diabetes, hyperlipidæmi, carotisplaques, trombofili)
 - iii. TEE (transesophageal ekkocardiografi)
 1. ▪ ved proteseclap, endocarditis eller ASD mistanke, eller, hvis TTE ikke afklarar tilstand og behandlingsstrategi tilfredsstillende.
 6. Henvisning til EKKO-kardiografi sker ved intern henvisning til Kardiologisk Afsnit enten på Aalborg Universitets Hospital eller Regionshospital Nordjylland (Hjørring) afhængig af hvor pt bor.

15. **Særlig udredning på speciel indikation**

1. Hos yngre patienter, hvor årsagen til apopleksi er uafklaret foretages transøsofagal ekkokardiografi – bl.a. med obs. for PFO.
2. Der undersøges eventuelt for hyperkoagulabel tilstand (trombofiliudredning – afdeling 6Ø har særlig ”pakke” hertil).
3. Der undersøges eventuelt for bindevævslidelse ved mistanke om vaskulitis eller underliggende malign sygdom.
4. Se afsnit for *”Sjældnere årsager til apopleksi”*
<https://neuro.dk/wordpress/nbv/sjaeldnere-arsager-til-apopleksi/>
5. Ved fund af betydende patologiske forhold ved trombofiliprøver kan pt. henvises til Hæmatologisk Afd. (F.eks. ved betydende hyperhomocysteinæmi) eller Tromboseklinikken under Kardiologisk Afdeling, Aalborg.

16. **Metaboliske forstyrrelser** (Anbefalinger fra Dansk Endokrinologisk selskab

<https://endocrinology.dk/>)

1. Behandlingsmålet ved indlagte patienter med diabetes er at undgå hypoglykæmi, svær hyperglykæmi og ketoacidose. Generelt stiles der mod et blodglukose (BG) på 6-12 mmol/L.
2. Flere faktorer kan påvirke BG under indlæggelse. Fysisk stress og feber vil øge BG, hvorimod manglende/reduceret fødeindtag vil mindske behovet for diabetesbehandling.

3. Patienten skal om muligt fortsætte med den vanlige diabetesbehandling. De fleste patienter med type 1 diabetes vil selv være i stand til at regulere udsving i BG.
 4. Ved behov for ekstra insulin kan nedenstående skema benyttes i tillæg til patientens vanlige insulin, hvis patienten ikke selv kan varetage insulindoseringen. BG måles efter behov, typisk 4-7 gange per døgn:
 - i. BG over 12 mmol/L: 2-4 IE hurtigtvirkende insulin i tillæg til vanlig dosis præprandial insulin.
 - ii. BG over 16 mmol/L: 4-6 IE hurtigtvirkende insulin i tillæg til vanlig dosis præprandial insulin.
 - iii. BG over 20 mmol/L: 6-8 IE hurtigtvirkende insulin i tillæg til vanlig dosis præprandial insulin.
 5. Patienter med lille eller stor døgndosis insulin kan have behov for modifikation af skemaet.
 6. Der skal gå 2-4 timer mellem supplerende hurtigtvirkende insulin.
 7. Forsigtighed tilstræbes ved aftendosering af ekstra insulin.
 8. Overvej behov for måling af blod- eller urinketoner, syre-base status og kontakt til diabetes-specialist.
17. **Kørekort og apopleksi** (<https://neuro.dk/wordpress/nbv/korekort-og-apopleksi/>)
1. Vigtig altid at kommentere dette ved udskrivelsen med angivelse af accept fra pt.
 2. Vejledning til vurdering af kørselsforbud i forbindelse med sygdom (apopleksi, epilepsi, hjertestop o.lign.) findes på følgende hjemmeside: <https://stps.dk/da/udgivelser/2017/vejledning-om-helbredskrav-til-koekort/>
18. **Genoptræningsplan (GOP)** skal udarbejdes ved udskrivelse direkte til hjemmet eller plejehjem, hvis: "*der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivelsen*". Denne vurdering skal gøres i et tværfagligt regi. Det er i praksis alene terapeuterne (ergo- og fysioterapeuterne), der udarbejder denne. Det **skal** dog journalføres: "*Der udarbejdes GOP, med henblik på videre genoptræning i Kommunalt regi*"
19. **Mobilisering efter ICH** er kontroversielt, og ikke væsentligt evidensbaseret. Reglen er dog at patienterne den første tid ikke skal udsættes for større fysiske anstrengelser og specielt ikke løfte tunge genstande og lignende, med øget brug af "bugpressen", med potentielt øget tryk i de cerebrale kar. Diskuteres individuelt i forhold til den enkelte patient. Særlig fokus er altid rettet mod patienter med cerebellare blødninger, med potentiel risiko for afklemning af 4 ventrikel, hvorfor disse patienter typisk forlænges i observationsregi.
20. **Tværfaglig konference** er omdrejningspunkt for beslutning om det videre patientforløb. Afholdes på Apopleksiafsnit 6Ø på hverdage kl. 11. På rehabiliteringsenhederne på udvalgte dage. Vigtigt at stuegangsgående læge for den patient, der diskuteres på konferencen er til stede, idet de pleje- og terapeutmæssige erfaringer og undersøgelsesresultater bliver drøftet, med henblik på patientens videre behandlingsplan. Beslutningsreferat herfra skal journalføres, således at det tydeligt fremgår, hvad der er den tværfaglige plan for patientens fortsatte forløb.
21. **Henvisning til neurorehabilitering** vil blive diskuteret på den tværfaglige konference på Apopleksiafsnit 6Ø. I forhold til yderligere information vedrørende forhold i relation til neurorehabilitering refereres til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade", Sundhedsstyrelsen 2020 <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-voksne-med-erhvervet-hjerneskade>

Der er i princippet 6 muligheder for udskrivelse fra Apopleksiafsnit 6Ø, hvor udskrivelse til Hovedfunktions-, Regionsfunktions- eller Højtspecialiseret neurorehabilitering vil blive visiteret via den ”Centrale Visitation til Neurorehabilitering”, som er en integreret del af Apopleksiafsnittet (Tlf.: 21138663):

1. Udskrivelse til hjemmet med eller uden GOP.
2. Udskrivelse til hjemmet med opfølgning af det **Udgående Apopleksi Team (UAT)**, der vil kunne følge op og færdiggøre GOP og sikre opsamling af undersøgelses resultater fra indlæggelsen.
 - i. Teamet består af sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut, med ugentlig tværfaglig konference med læge og neuropsykolog. De har egen bil og kører i hele Region Nordjylland.
 - ii. Den koordinerende sygeplejerske på Apopleksiafsnit 6Ø sikrer kontakten til UAT.
3. Udskrivelse til rehabilitering på **Hovedfunktions niveau (Frederikshavn og Thisted)**:
 - i. Hjerneskade af begrænset (let til moderat) kompleksitet, ofte med geriatriske problemstillinger.
 - ii. Behov for en moderat og ofte standardiseret rehabiliteringsindsats rettet mod primært fysisk og kommunikativ funktionsnedsættelse.
 - iii. Der er læger døgnet rundt på disse enheder.
4. Udskrivelse til rehabilitering på **Regionsfunktionsniveau (Brønderslev)**:
 - i. Hjerneskade af betydelig (middelsvær/svær) kompleksitet.
 - ii. Behov for en individuel tilrettelagt rehabiliteringsindsats rettet mod primært bevægelsesmæssige, mentale, sansemæssige og sproglige funktionsnedsættelser.
 - iii. Behov for en rehabiliteringsindsats med højere intensitet.
 - iv. Tilstedeværelse af neuropsykolog.
 - v. Tilstedeværelse af læge i dagtiden på hverdage.
5. Udskrivelse til rehabilitering på **Højt specialiseret niveau (Hammel neurocenter)**:
 - i. Hjerneskade af meget betydelig (meget svær) kompleksitet. Højt specialiseret niveau varetager både rehabilitering og omfattende udredning af rehabiliteringspotentiale for personer med meget svær erhvervet hjerneskade.
 - ii. Behov for en individualiseret og meget betydelig rehabiliteringsindsats rettet mod bevægelsesmæssige, mentale, sansemæssige og sproglige funktionsnedsættelser.
 - iii. Behov for en rehabiliteringsindsats med meget høj intensitet (døgnet rundt syv dage om ugen)
 - iv. Henvisningspapirer hertil findes på Hammel Neurocenters hjemmeside (<http://www.hospitalsenhedmidt.dk/regionshospitalet-hammel/>). Der skal udarbejdes lægefaglig henvisning, der fremsendes elektronisk – adresse kan ses på hjemmesiden. Der kan med fordel gøres telefonisk kontakt til den centrale visitator på Hammel Neurocenter (Tlf.: 24207158)
6. Udskrivelse til **Intern Medicinsk Afd.** (kirurgisk afdeling hvis behovet er hertil) for patienter som ikke har apopleksi eller neurologisk sygdom, som berettiger indlæggelse i dette regi – og som ikke kan udskrives til eget hjem pga. den pågående akutte tilstand. Her må der vurderes hvor patienten kommer fra og herefter rette henvendelse telefonisk til den lokale medicinske afdelings bagvagt, hvor overflytning kan aftales. Det gælder også for patienter med meget svær apopleksi, hvor der ikke vurderes at være neurorehabiliteringspotentiale, der evt. afventer kommunal pladsanbringelse.

22. **Henvisning til øjenlægeundersøgelse** En del patienter vil opleve synsproblemer i forbindelse med den akutte apopleksi. "Cortikal blindhed" og hemianopsi er typiske problemer. Øjenafdelingen på Aalborg Universitetshospital kan udføre nærmere udredning af disse synsproblemer. Se venligst PRI instruks: <https://pri.rn.dk/Sider/28844.aspx>
23. **Henvisning til dysfagiundersøgelse**. En del patienter med akut apopleksi vil opleve dysfagi-problemer. Der vil ved indlæggelsen ved sygeplejerskerne blive gjort screening for dysfagi. Hvis disse screeningsundersøgelser peger på problemer vil ergoterapeuten gøre en grundigere undersøgelse. Er der usikkerhed om dysfagiens karakter og omfang kan patienten henvises ved "intern henvisning" til Øre-næse-hals-afdelingen, Aalborg Universitets Hospital. Undersøgelsen foretages indtil videre én gang om ugen. Der skal ved henvisning i den ønskede undersøgelse stå: "FEES-undersøgelse" (Fiberoptisk Endoskopisk Evaluering af Synkefunktionen). I teksten skal stå om der ønskes hurtig undersøgelse, mens patienten er indlagt på Apopleksiafsnit 6Ø eller på en af rehabiliteringsafdelingerne. Disse patienter vil på ØNH-afdelingen blive prioriteret højt.
1. Se venligst PRI instruks: <https://pri.rn.dk/Sider/29480.aspx>
24. **Udskrivelse (sygemelding, fysisk aktivitet o.lign.)** er en vigtig fase for patienten med megen information, der altid bør organiseres med den stuegangsgående sygeplejerske, således, at patienten ikke får modsatrettede informationer. Diskussion med patienten omkring sekundær sundhedsfremmende foranstaltninger, der skal journalføres – Tobak, alkohol, motion, kost, screening for DMII og lign. Der anbefales typisk 2-4 ugers sygemelding – ofte med behov for mere. Lægeerklæringer heromkring gøres ved egen læge.
25. **Diagnosekoder ved udskrivelsen:**
1. Vigtigt at diktere hvad der er aktions diagnose og hvad der er bi-diagnoser og eventuel tillægsdiagnose.
 2. De to hoveddiagnoser for apopleksi er: DI639 (blodprop i hjernen) eller DI619 (hjerneblødning). Koden for "apopleksi", DI649 må **IKKE** benyttes, medmindre patienten ikke har fået foretaget cerebral scanning, således at årsagen til apopleksien ikke er klarlagt. TCI (DG45.9) benyttes hvor apopleksisymptomer er svundet indenfor 24 timer (også selvom der måtte være evt. positiv fund ved cerebral scanning).
 3. Vigtigt er det også at få bidiagnoser med (f.eks. hypertension DI10.9,
 4. hyperlipidæmi DE78.9, Type II DM uden komplikationer DE11.9 o.lign)
 5. Ved udskrivelse fra rehabiliteringsafdelingerne vil aktionsdiagnosen oftest være: DZ50.8 (Anden form for genoptræning), med ledsagende tillægsdiagnose afhængig af årsagen til indlæggelsen (det kan f.eks. være infarctus cerebri DI63.9 eller subaracnoidal blødning DI60.9). Herudover kan der være behov for eventuelle bi-diagnoser (f.eks. for hypertension, diabetes mellitus eller andre sygdomme, der også har fyldt og været aktivt behandlet under den aktuelle indlæggelse).
26. **Dansk Apopleksiregister skema (DAP-skema)** skal udfyldes af den indlæggende læge, svarende til de informationer, der er tilgængelige ved indlæggelsen. Herefter skal DAP-skemaet løbende udfyldes og **senest ved den udskrivende læge på Apopleksiafsnit 6Ø** færdiggøres for de lægelige parametre. Sygeplejersker og terapeuter udfylder deres del af skemaet. Tilsvarende skal "**Trombolysse/Trombektomi-skema**" udfyldes og færdiggøres af læge senest ved udskrivelsen.
1. Modtages patienter, som har symptomdebut over 7 dage før indlæggelse, skal der ikke udfyldes et DAP skema. Disse patienter registreres af "DAP-sygeplejersken" jf. instruks fra RKKP.

Hvis patienten har flere episoder med f.eks. TIA, regner vi fra den sidste episode.