

Liste Post-AVC
Allons-nous manquer une occasion ?
Gestion des patients à long terme après
un AVC

Theodore Wein MD FRCPC, FAHA
Professeur Agréé en Neurologie et Neurochirurgie
Clinique de Prévention D'AVC
Hôpital Général de Montréal
514-934-8058

Déclaration des conflits d'intérêt réels ou potentiels

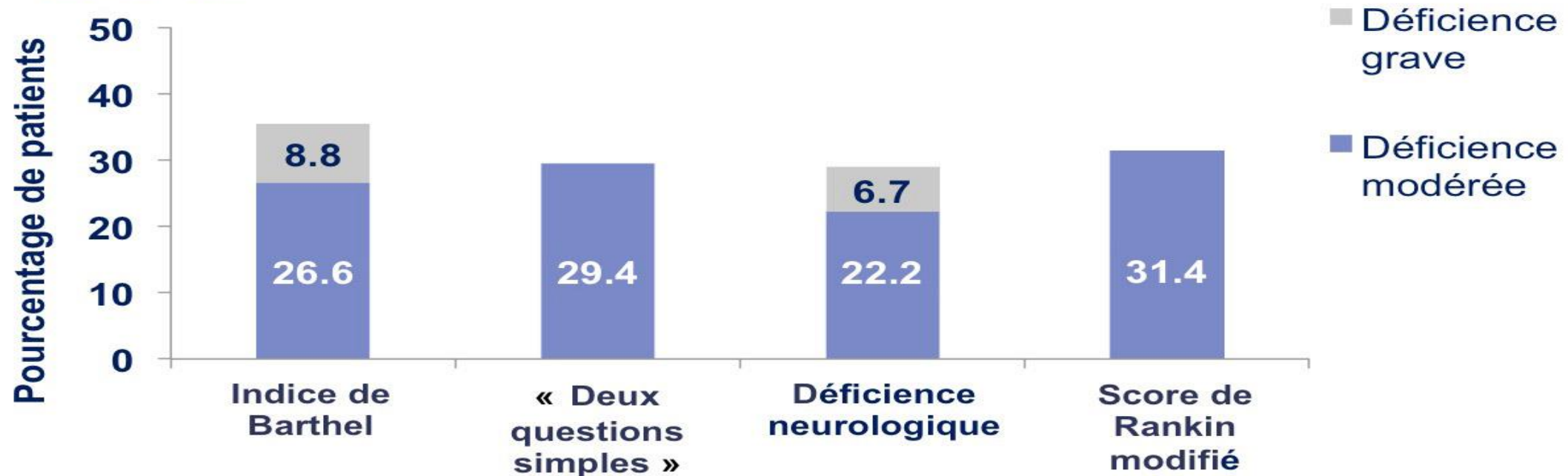
Grants/Research Support:	NIH, Allergan Inc., Alder Pharmaceuticals, Bayer, Boehringer Ingelheim, Accordia Therapeutics Inc., Edith Strauss Foundation
Honoraria:	Boehringer Ingelheim, Bayer, Allergan, Merz, Servier.
Steering Committees:	REFLEX, MOBILITY, Allergan 116
Consulting Fees:	Allergan Inc., Bayer, Servier, Ipsen. Amgen
Investments:	None ☹️
Guideline Committees:	• Global Stroke Community Advisory Panel • Canadian Cardiovascular Society • Canadian Hypertension Education Program Guidelines (CHEP) • Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care – ◦ Co Chair Prevention Guidelines 2014-2018 ◦ Committee Member Rehabilitation Guidelines 2012 -2014 ◦ Steering Committee 2018 to present

Objectifs de la présentation

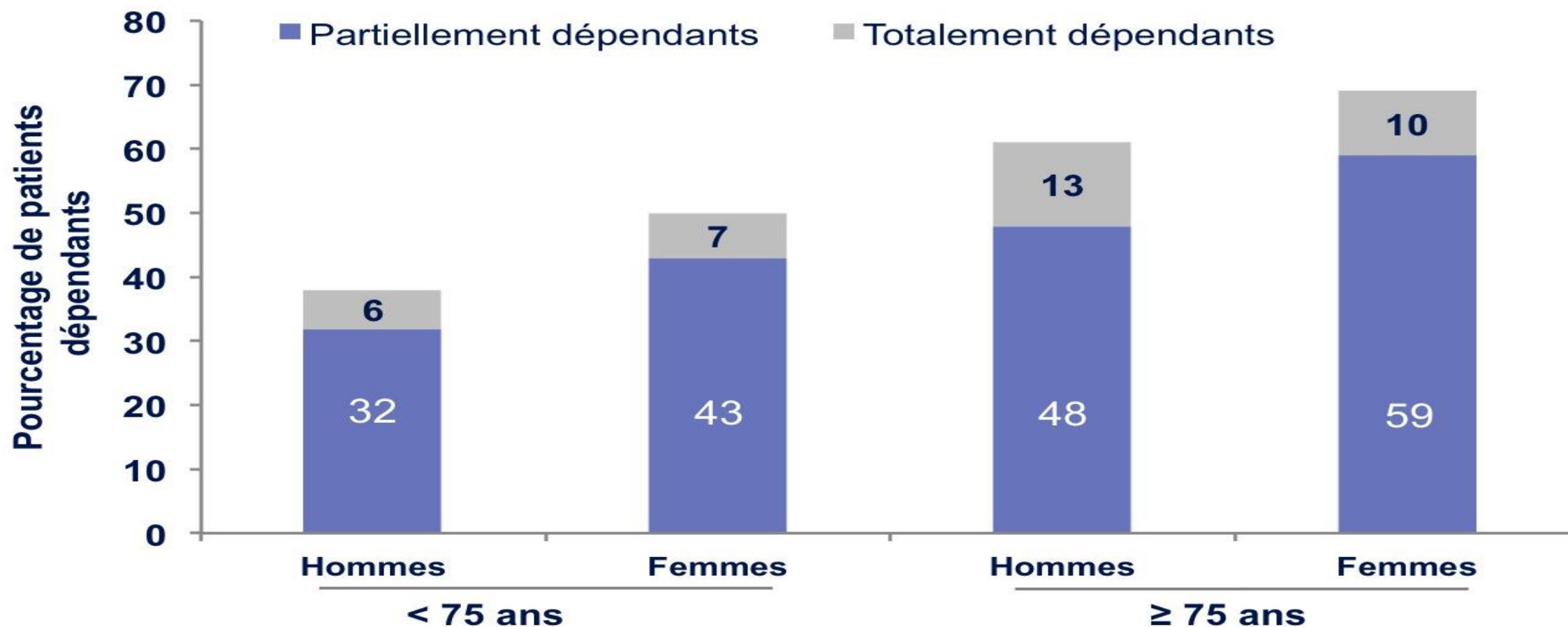
- Objectif 1 : Être au courant des lignes directrices mondiales en matière d'AVC pour le suivi à long terme des patients victimes d'AVC.
- Objectif 2 : Comprendre quels sont les domaines communs de difficulté pour les patients souffrant d'AVC à long terme.
- Objectif 3 : Recevoir une liste de contrôle pour suivre vos patients souffrant d'AVC à long terme.

Le tiers des patients ayant survécu à un AVC présentent une déficience résiduelle importante après 5 ans

- Dans une étude, on a évalué les degrés d'incapacité et de handicap 5 ans après un AVC (n = 418) en utilisant plusieurs outils de mesure différents.
- Près du tiers des patients ayant survécu à un AVC présentaient une déficience modérée à grave 5 ans après l'AVC, peu importe l'outil de mesure utilisé pour évaluer la déficience.



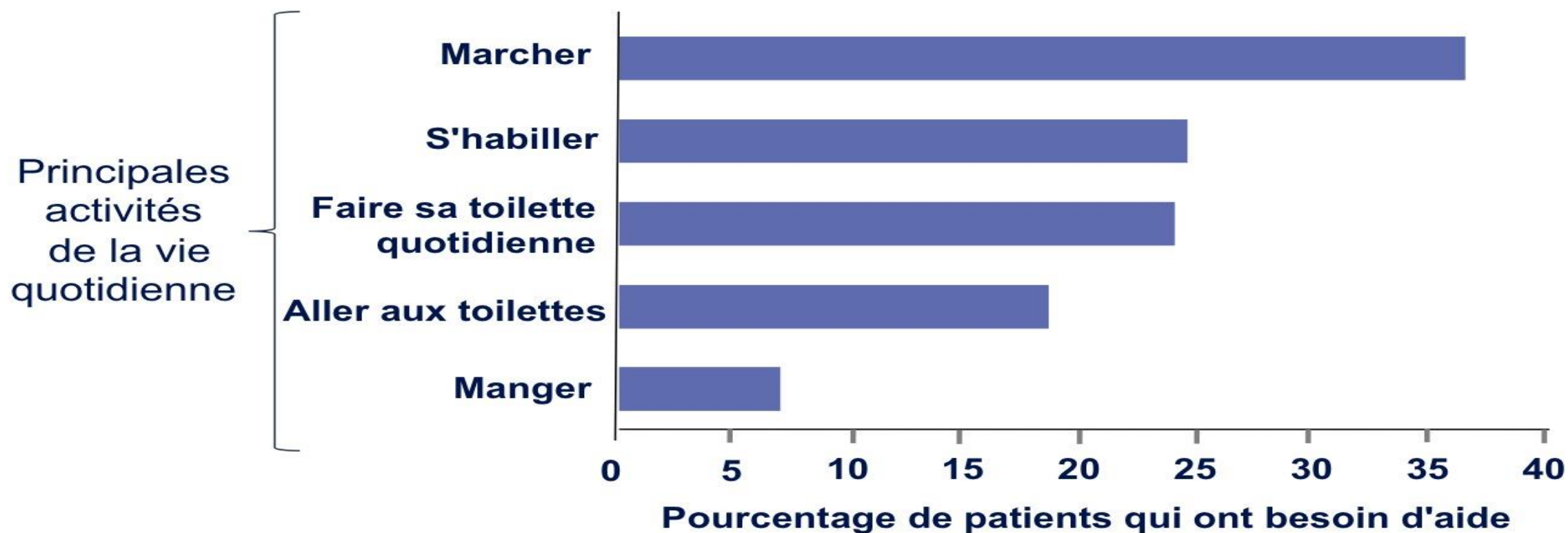
Proportion de patients partiellement ou totalement dépendants 3 mois après l'AVC



^a Proportion de patients qui, trois mois après avoir subi un AVC, ont déclaré dépendre de l'aide et du soutien d'aidants.

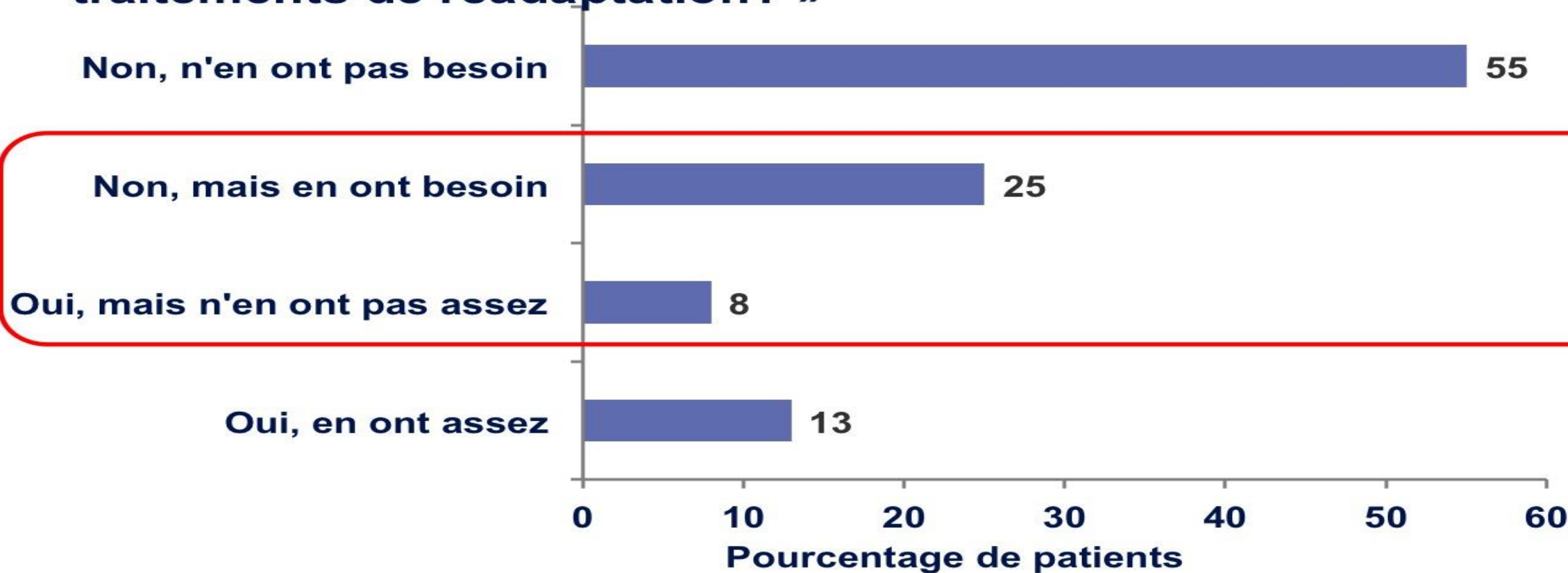
Adapté du rapport sur le registre Riks-Stroke de 2012. Disponible à l'adresse <http://www.riks-stroke.org/index.php?content=analyser>.

Besoin d'une aide à long terme deux ans après l'AVC



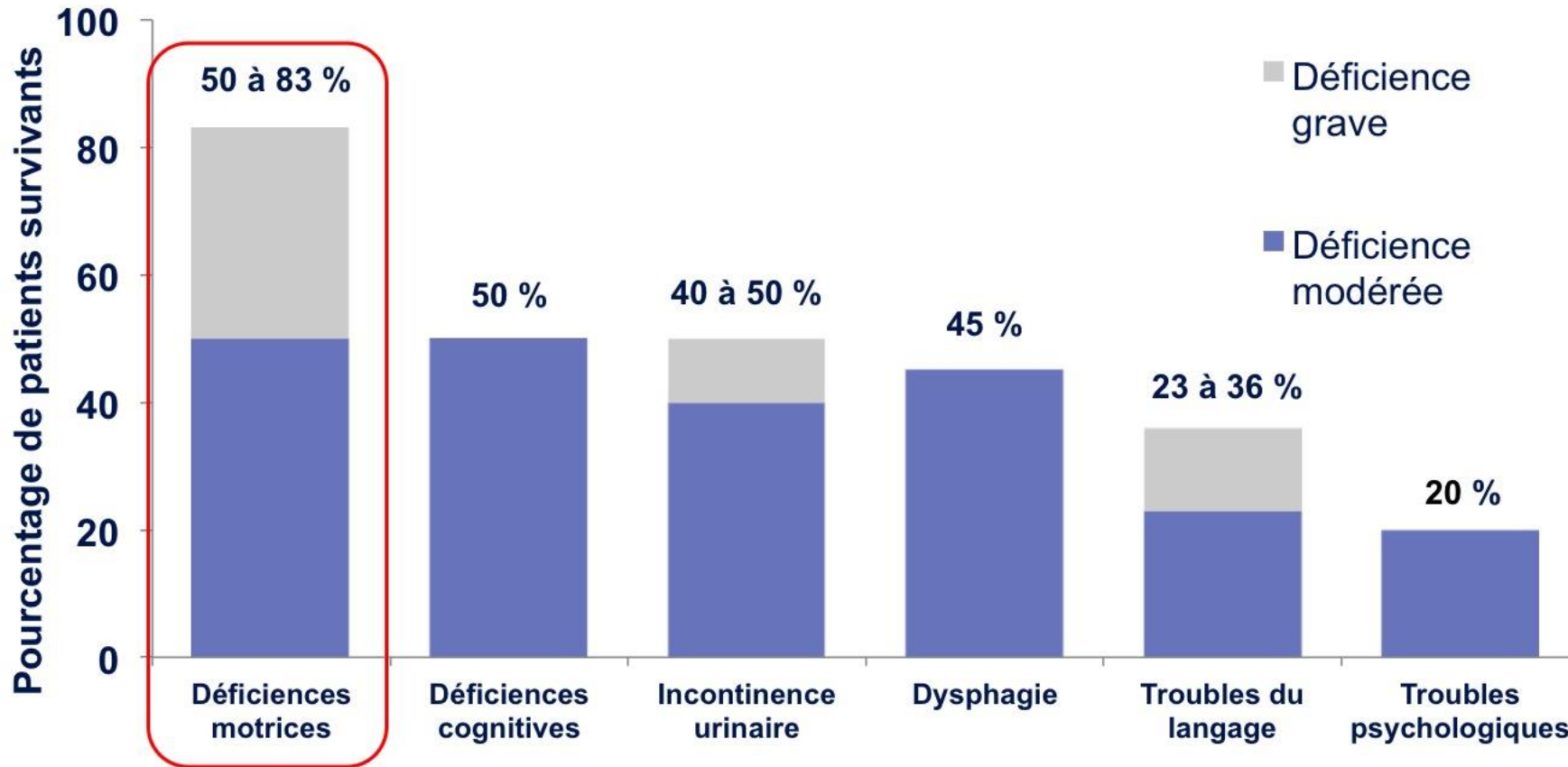
Sondage mené auprès de patients deux ans après un AVC

Question du sondage : « **Recevez-vous actuellement des traitements de réadaptation ?** »



Les déficiences consécutives à un AVC sont fréquentes et variées

- 50 % des patients présentent cinq ou six types de déficiences

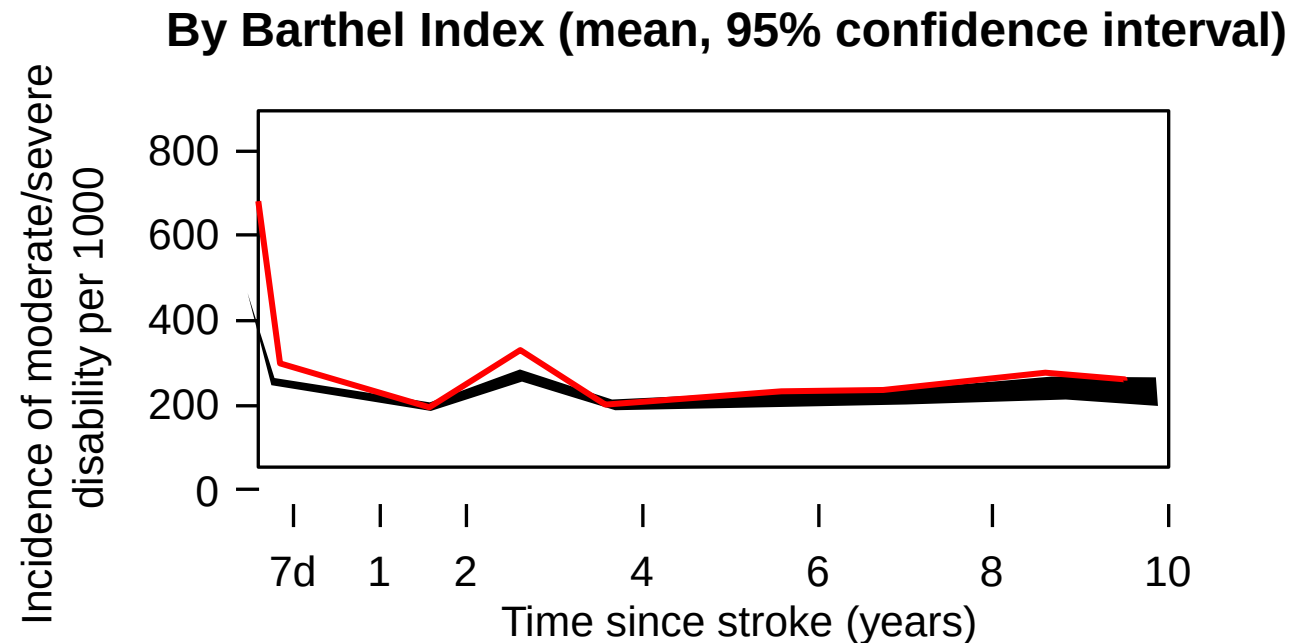


UK Stroke Survivor Unmet Needs Survey: Souligne la nécessité à 5 ans après un AVC

- Cross-sectional survey 1 a 5 ans post AVC
- 2 échantillons : National/Local Register (South London)
- 1251/1799 questionnaires retournés
- 49% ont déclaré des besoins non satisfaits
- Le nombre médian de besoins non satisfaits = **3** (1-13)
 - 59% douleur
 - 54% information sur les AVC
 - 42% ont déclaré changement négatif dans leur relation avec le conjoint
 - 39% besoin affectif non comblé

South London Stroke Register: Invalidité et besoin de réadaptation de 10 ans

- 10% - 20% des patients avaient une incapacité modérée à sévère à 10 ans
- 20% - 30% des patients à n'importe quel moment pendant 10 ans, nécessitent une évaluation et l'intervention de réadaptation



Statistiques Inquiétantes

- I. 33% des survivants d'un AVC ne se sentent pas prêts à gérer leurs problèmes lors de la décharge de l'hôpital
- II. 18-46% éprouvent des problèmes sociaux
- III. 19%-62% éprouvent des problèmes émotionnels

Murray J et al. Br J Gen Pract 2003;53:137-142

McKevitt C et al. UK stroke survivors needs survey. London: The Stroke Association 2010

Sondages menés auprès d'aidants deux ans après l'AVC

Riks-Stroke

- Indiquent un besoin d'obtenir de plus amples renseignements et un meilleur soutien.



Understanding long-term unmet needs in Australian survivors of stroke

Nadine E. Andrew¹, Monique Kilkenny^{1,2}, Rebecca Naylor³, Tara Purvis¹, Erin Lalor³, Natasha Moloczij², Dominique A. Cadilhac^{1,2}, on behalf of the National Stroke Foundation

Background Limited data exist on the long-term needs of community-dwelling stroke survivors. We aimed to describe factors associated with the extent to which needs were met in Australian survivors of stroke.

Method Multifaceted strategies were used to obtain a national sample. Adults 12+ months poststroke and living in the community participated. Needs were assessed over the domains of health, everyday living, work, leisure, social support, and finances. Multivariable negative-binomial and logistic regression were used.

Results Seven hundred sixty-five survivors completed surveys. Most (84%) reported having needs that were not being fully met (median 4 of 20, Q1, Q3: 1, 9). Variations occurred based on age, residential location, time since stroke, and disability level. Multivariable results showed that having fatigue, cognition or emotional problems, decreasing age, and increased disability were associated with increasing numbers of needs not being fully met ($P < 0.001$). Factors associated with needs not being fully met were as follows: (1) greater disability (adjusted odds ratio: 3.4, 95% confidence interval: 1.9, 6.0) and fatigue problems (adjusted odds ratio: 2.0, 95% confidence interval: 1.1, 3.4) (health domain); (2) greater disability (adjusted odds ratio: 7.0, 95% confidence interval: 3.0, 17.0) and being one to two-years poststroke (adjusted odds ratio: 3.4, 95% confidence interval: 1.5, 7.8) (work domain); and (3) increased disability (adjusted odds ratio: 3.8, 95% confidence interval: 2.2, 6.5) and memory problems (adjusted odds ratio: 2.1, 95% confidence interval: 1.0, 4.2) (leisure domain).

Conclusion The extent to which long-term needs were met was influenced by a variety of factors, particularly age, disability levels, and residential location. Changes need to be made to the way and extent to which survivors are supported following stroke.

Key words: community care, outcomes, stroke care, stroke, treatment, unmet needs

Introduction

Stroke is a leading cause of long-term adult disability (1). In Australia, 90% of stroke survivors live at home (2), and approximately 65% are dependent on others to help them with everyday activities (1). Quality of life two and five-years after stroke has been reported by many stroke survivors as poor (3,4), and many experience activity limitation, restricted social participation, and psychological issues such as anxiety and depression many years after their stroke (5,6).

Long-term problems are often a consequence of survivors struggling to come to terms with their new condition and integrating back into the community (7). In particular, mood changes have been frequently reported and found to be associated with loss of independence, inability to resume previously enjoyed activities, and an inability to fulfill previous roles (8–11). Stroke survivors have also reported that health systems are not responsive to their changing needs and that there is a lack of long-term re-assessment of their needs (12).

Despite the growing numbers of stroke survivors and the recognized need to support survivors and their carers living in the community, there is little research in this area. The authors of recent literature reviews have concluded that research in this area lacks a systematic approach to problem identification, has a poor evidence base, and is not underpinned by sound theoretical concepts (13–15). In 2010, the United Kingdom Stroke Association released a report which was used to identify the extent to which the long-term needs of 799 community-dwelling stroke survivors were being met (16). The UK survey highlighted that the long-term health needs of stroke survivors were not being met and that the consequences of stroke were impacting many facets of survivors' lives. However, the extent to which these results reflect the needs of stroke survivors in other countries and impact on domains other than health is unknown.

Commissioned by the National Stroke Foundation (NSF), we aimed to describe, from the perspectives of Australian community-based stroke survivors: (1) levels of long-term needs not being fully met (minimum one-year poststroke); (2) the greatest areas where needs were not fully met; (3) factors associ-

Correspondence: Nadine E. Andrew*, Translational Public Health Unit, Stroke & Ageing Research Centre, Southern Clinical School, Monash University, Clayton, Melbourne, Vic. 3168, Australia.

E-mail: nadine.andrew@monash.edu

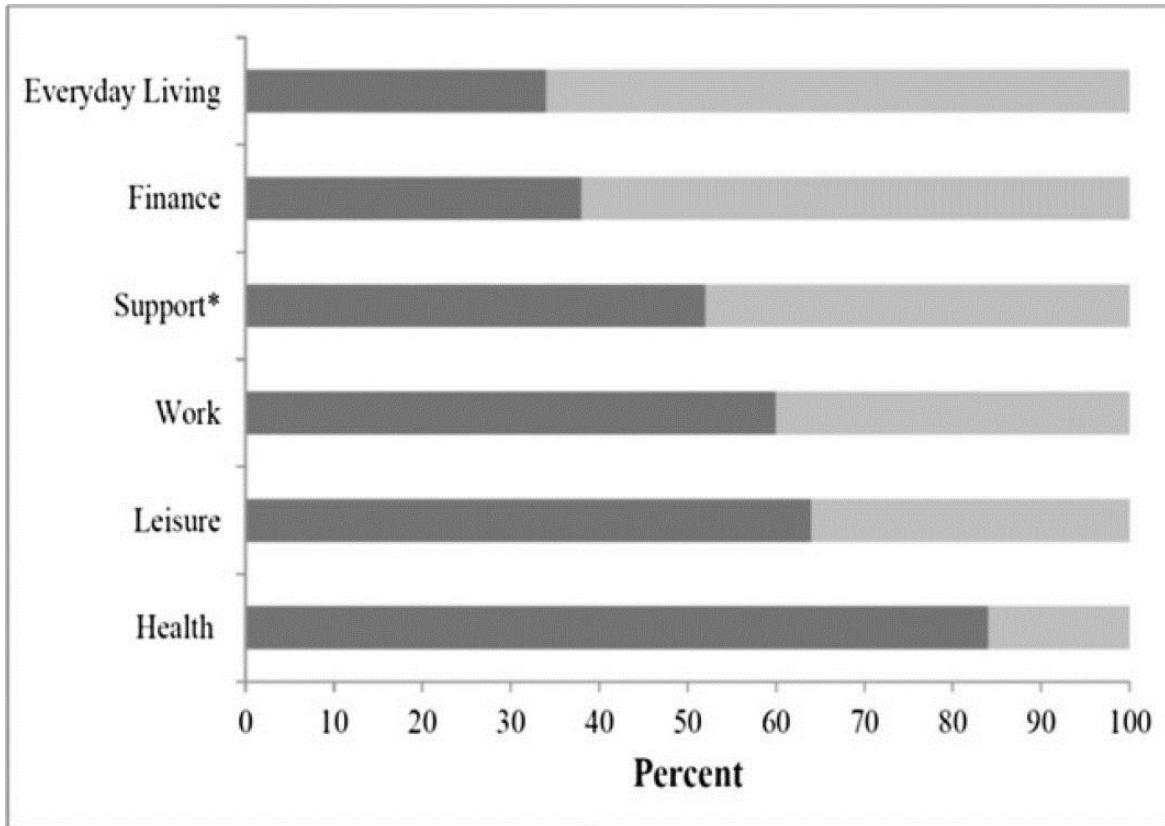
¹Translational Public Health and Evaluation Unit, Stroke & Ageing Research, Southern Clinical School, Monash University, Melbourne, Victoria, Australia

²Stroke: Public Health, Florey Institute of Neurosciences and Mental Health, Heidelberg, Victoria, Australia

Table 2 Participants with fully met and not fully met health needs as a proportion of those with needs in that area

Needs category	Categories within domains	Total with needs (N)	Need was fully met <i>n</i> (%)	Need was not fully met <i>n</i> (%)
Health domain (total)		708	115 (16)	593 (84)
Physical problems	Swallowing	302	170 (56)	132 (44)
	Mobility	555	300 (54)	255 (46)
	Falls	491	265 (54)	226 (46)
	Incontinence	378	182 (48)	196 (52)
	Pain	408	187 (46)	221 (54)
	Speech	382	159 (42)	223 (58)
	Vision	335	119 (36)	216 (64)
Cognitive/Emotional problems	Reading	284	87 (31)	197 (69)
	Emotions	435	118 (27)	317 (73)
	Fatigue	499	124 (25)	375 (75)
	Cognition	410	104 (25)	306 (75)
	Memory	433	101 (23)	332 (77)
Living domain (total)	Concentration	431	93 (22)	338 (78)
		521	346 (66)	175 (34)
	Personal care	340	281 (83)	59 (17)
	Home help	339	206 (61)	133 (39)
	Home adaptations	397	321 (80)	76 (19)
	Transport	366	172 (47)	194 (53)
Work domain		171	69 (40)	102 (60)
Leisure domain		368	131 (36)	237 (64)
Support domain		420	202 (48)	218 (52)
Financial domain		301	188 (62)	113 (38)
All domains		730	119 (16)	611 (84)

Besoins Non Satisfaits



*Support refers to needing external emotional support e.g counseling

Fig. 2 Proportion of participants whose needs were not being fully met across each domain.

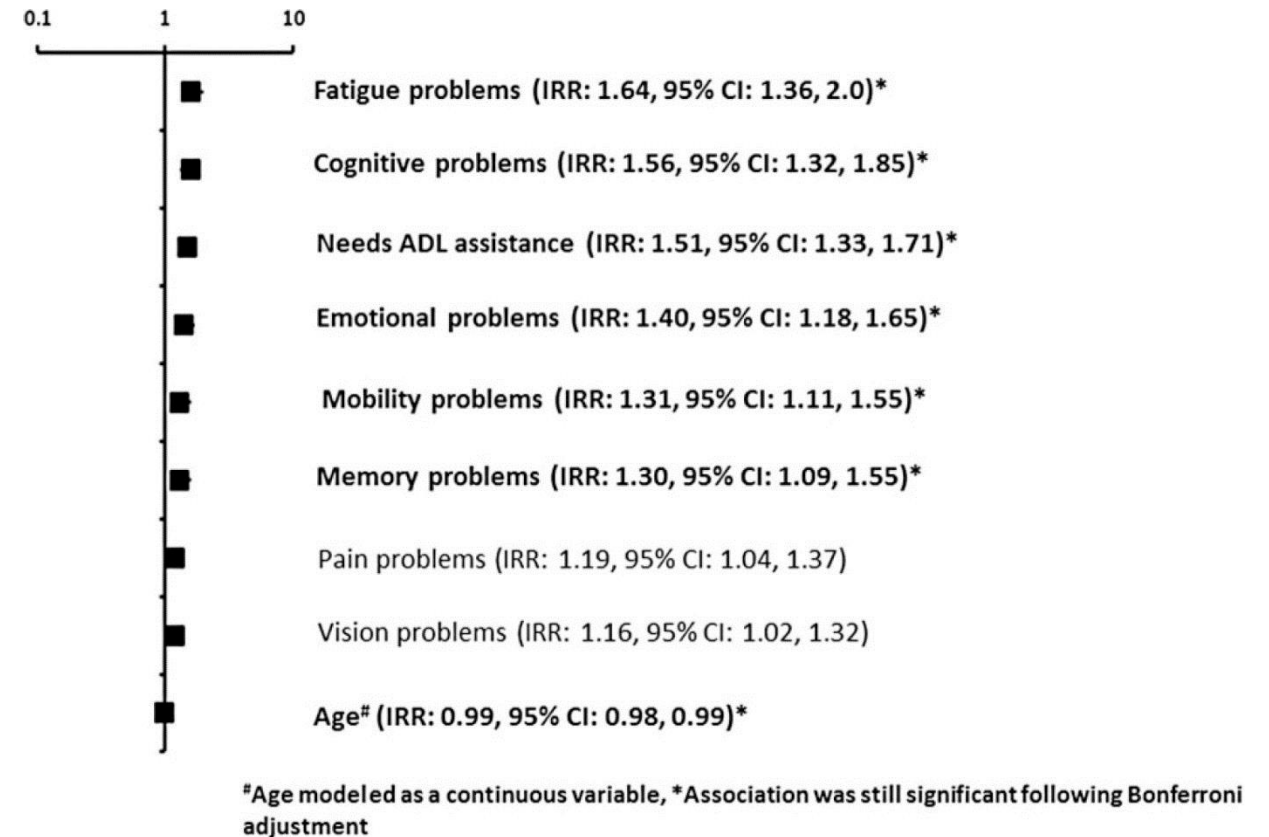


Fig. 3 Proportion of participants whose needs were not being fully met across each domain. IRR, incidence rate ratio.

Long-term unmet needs and associated factors in stroke or TIA survivors

An observational study

Muideen T. Olaiya, MSc
Dominique A. Cadilhac,
PhD

Joosup Kim, PhD
Mark R. Nelson, PhD
Velandai K. Srikanth,
PhD

Nadine E. Andrew, PhD
Christopher F. Bladin,
PhD, FRACP

Richard P. Gerraty, MD,
FRACP

Sharyn M. Fitzgerald,
PhD

Thanh Phan, PhD

Judith Frayne, MBBS,
FRACP

Amanda G. Thrift, PhD

On behalf of the
STANDFIRM (Shared
Team Approach
Between Nurses and
Doctors for Improved
Risk Factor
Management)
Investigators

ABSTRACT

Objective: To extensively investigate long-term unmet needs in survivors of stroke or TIA and to identify factors associated with these unmet needs.

Methods: Community-dwelling adults were invited to participate in a survey ≥ 2 years after discharge for stroke/TIA. Unmet needs were assessed across 5 domains: activities and participation, environmental factors, body functions, post-acute care, and secondary prevention. Factors associated with unmet needs were determined with multivariable negative binomial regression.

Results: Of 485 participants invited to complete the survey, 391 (81%) responded (median age 73 years, 67% male). Most responders (87%) reported unmet needs in ≥ 1 of the measured domains, particularly in secondary prevention (71%). Factors associated with fewer unmet needs included older age (incident rate ratio [IRR] 0.62, 95% confidence interval [CI] 0.50–0.77), greater functional ability (IRR 0.33, 95% CI 0.17–0.67), and reporting that the general practitioner was the most important in care (IRR 0.69, 95% CI 0.57–0.84). Being depressed (IRR 1.61, 95% CI 1.23–2.10) and receiving community services after stroke (IRR 1.45, 95% CI 1.16–1.82) were associated with more unmet needs.

Conclusions: Survivors of stroke/TIA reported considerable unmet needs ≥ 2 years after discharge, particularly in secondary prevention. The factors associated with unmet needs could help guide policy decisions, particularly for tailoring care and support services provided after discharge. *Neurology*® 2017;89:68–75

GLOSSARY

CI = confidence interval; GP = general practitioner; IRR = incident rate ratio; STANDFIRM = Shared Team Approach Between Nurses and Doctors for Improved Risk Factor Management.

Similar to other countries, survivors of stroke in Australia often experience long-term disability,^{1,2} resulting in profound difficulties and needs after discharge.^{3,4} In one recent study, 84% reported unmet needs at a median of 2 years after stroke.³ This may significantly affect survivors' ability to carry out normal activities^{5,6} or to cope with ongoing care needs, including routine review of post-acute care and secondary prevention.⁷

Previous surveys on long-term unmet needs were focused on needs resulting from functional

87% ont déclaré des besoins non satisfaits

Initiatives visant à améliorer la gestion post-AVC à long terme

- World Stroke Organization:
 - L 'AVC peut être évitée
 - Un AVC peut être traité
 - **Un AVC peut être géré à long terme**
- Il n'y a pas des lignes directrices publiées pour la gestion à long terme après un AVC?



En Résumé

- Près de 50% des survivants d'un AVC ont des besoins non satisfaits de réadaptation
- Beaucoup des problèmes sont facilement gérés s'ils sont identifiés rapidement
- Nous devons soutenir les initiatives dans le but d'améliorer à long terme la suivi et la gestion post AVC
- Des outils sont nécessaires pour soutenir à long terme la suivi post AVC

Global Stoke Community Advisory Panel

Expert Panel:



Examples from the Exhaustive List

- Mobility
- Activities of daily living (ADL)
- Spasticity
- Pain
- Continence
- Emotional state
- Mood
- Communication (speech)
- Seeing
- Hearing
- Getting around
- Sleep (disturbance)
- Life satisfaction
- Abnormal sensation
- Accommodation
- Financial needs
- Risk factor reassessment (secondary prevention)
- Current medications (including side effects)
- Rehabilitation needs (including equipment)
- Looking after yourself
- Driving
- Tissue viability (including skin, sores, pressure ulcers)
- Nutrition/swallowing
- Epilepsy
- Cognition
- Social participation/empowerment – ability to do what is important to you
- Education/information – did you receive and do you need any more?
- Safety and relationships
- Mental health and well-being
- Staying healthy



LISTE DE CONTRÔLE POST-AVC : AMÉLIORER LA VIE APRÈS UN AVC



Cette liste de contrôle post-AVC a été conçue pour aider les prestataires de soins à reconnaître les troubles consécutifs à un AVC susceptibles d'être traités ou nécessitant une consultation spécialisée. Il s'agit d'un outil succinct et facile d'utilisation, conçu pour être rempli avec le patient et l'aidant, au besoin. L'emploi de la liste de contrôle post-AVC procure une approche standardisée qui permet de reconnaître les problèmes à long terme des survivants d'AVC et d'adresser les patients vers des traitements adéquats.

DIRECTIVES :

Veuillez poser au patient chaque question numérotée et inscrire la réponse dans la case prévue à cet effet. En général, si la réponse est « **NON** », il convient de mettre à jour le dossier du patient et d'observer son évolution. Si la réponse est « **OUI** », veuillez donner suite en appliquant les mesures adéquates. Notez que les mesures décrites dans la présente version sont à but indicatif et que les champs « **Si Oui** » et « **Si Non** » (accentués en jaune) peuvent et devraient être révisés pour la mise en pratique locale.

1. PRÉVENTION SECONDAIRE

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, avez-vous reçu des conseils sur des modifications à apporter à votre mode de vie pour votre santé et sur la médication afin de prévenir le risque d'avoir un autre AVC ?	☐ NON	Si la réponse est NON, adressez le patient à un médecin de premier recours pour une évaluation des facteurs de risque et un traitement s'il y a lieu, ou à un centre de prévention secondaire des AVC.
	☐ OUI	Observez l'évolution

2. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous <u>plus</u> de difficultés à prendre soin de vous-même ?	☐ NON	Observez l'évolution
	☐ OUI	Avez-vous de la difficulté à vous habiller, à vous laver ou à prendre un bain ? Avez-vous de la difficulté à préparer des boissons ou des repas chauds ? Avez-vous de la difficulté à sortir à l'extérieur ? Si la réponse est OUI à l'une des questions, adressez le patient à une équipe ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un centre de réadaptation ou à un thérapeute approprié (c.-à-d. un ergothérapeute ou un physiothérapeute) pour une évaluation plus complète.

3. MOBILITÉ

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous <u>plus</u> de difficulté à marcher ou à vous déplacer en toute sécurité du lit à une chaise ?	☐ NON	Observez l'évolution
	☐ OUI	Continuez-vous à suivre des traitements de réadaptation ? Si la réponse est NON, adressez le patient à une équipe ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un centre de réadaptation ou à un thérapeute approprié (c.-à-d. un ergothérapeute ou un physiothérapeute) pour une évaluation plus complète. Si la réponse est OUI, mettez à jour le dossier du patient et revoyez à la prochaine évaluation.

4. SPASTICITÉ

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, ressentez-vous une raideur croissante dans les bras, les mains ou les jambes ?	☐ NON	Observez l'évolution
	☐ OUI	Est-ce qu'elle nuit à vos activités de la vie quotidienne ? Si la réponse est NON, mettez à jour le dossier du patient et revoyez à la prochaine évaluation. Si la réponse est OUI, adressez le patient à un centre de réadaptation, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire, à un ergothérapeute ou à un physiothérapeute, à un physiatre ou à un neurologue qui traite la spasticité consécutive à un AVC pour une évaluation plus complète.

5. DOULEUR

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, avez-vous éprouvé une <u>nouvelle</u> douleur ?	☐ NON	Observez l'évolution
	☐ OUI	Si la réponse est OUI, adressez le patient à un médecin qui traite la douleur consécutive à un AVC pour une évaluation plus complète et un diagnostic.

6. INCONTINENCE

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous <u>plus</u> de difficultés à maîtriser votre vessie ou vos intestins ?	☐ NON	Observez l'évolution
	☐ OUI	Si la réponse est OUI, adressez le patient à un professionnel de la santé qui traite l'incontinence (urologue, neurologue, physiatre, centre de prévention secondaire des AVC, programme de soins post-AVC en milieu communautaire) pour une évaluation plus complète.

7. COMMUNICATION

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous <u>plus</u> de difficultés à communiquer avec les autres ?	☐ NON	Observez l'évolution
	☐ OUI	Si la réponse est OUI, adressez le patient à un orthophoniste pour une évaluation plus complète ou à un centre de réadaptation, à un centre de prévention secondaire des AVC ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire pour une évaluation plus complète.

8. HUMEUR

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, vous sentez-vous <u>plus</u> anxieux ou déprimé ?	☐ NON	Observez l'évolution
	☐ OUI	Si la réponse est OUI, adressez le patient à un clinicien de premier recours spécialisé dans les troubles de l'humeur consécutifs à un AVC, à un psychologue, à un psychiatre, à un centre de prévention secondaire des AVC ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire.

9. COGNITION

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous <u>plus</u> de difficulté à réfléchir, à vous concentrer ou à vous rappeler certaines choses ?	☐ NON	Observez l'évolution
	☐ OUI	Est-ce que cela nuit à vos activités de la vie quotidienne ? Si la réponse est NON, mettez à jour le dossier du patient et revoyez à la prochaine évaluation. Si la réponse est OUI, adressez le patient à un clinicien de premier recours spécialisé dans les troubles cognitifs consécutifs à un AVC (dans un centre de prévention secondaire des AVC, une clinique de la mémoire, un centre de réadaptation ou un programme de soins post-AVC en milieu communautaire) pour une évaluation plus complète.

10. LA VIE APRÈS UN AVC

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, trouvez-vous certaines choses importantes à vous <u>plus</u> difficiles à faire (p. ex., loisirs, passe-temps, travail, ou encore les relations avec les proches, selon le cas) ?	☐ NON	Observez l'évolution
	☐ OUI	Si la réponse est OUI, adressez le patient à un organisme de soutien aux personnes touchées par un AVC (p. ex., groupes d'aide régionaux, Fondation des maladies du cœur du Canada, Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC).

11. RELATIONS AVEC LA FAMILLE

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, est-ce que les relations avec votre famille sont devenues <u>plus</u> difficiles ou tendues ?	☐ NON	Observez l'évolution
	☐ OUI	Si la réponse est OUI, fixez le prochain rendez-vous en soins de premier recours avec le patient et un membre de la famille. Dans le cas où le membre de la famille est présent, adressez-les à un organisme de soutien aux personnes touchées par un AVC (p. ex., la Fondation des maladies du cœur du Canada) ou un psychologue.

Developed by the Global Stroke Community Advisory Panel (2012), endorsed by the World Stroke Organization, adapted by the Heart and Stroke Foundation Canadian Stroke Best Practice Recommendations development team (2014)

Patient Name: _____ Date Completed: _____

Completed by: ☐ Healthcare Provider ☐ Patient ☐ Family Member ☐ Other

Since Your Stroke or Last Assessment

1 Secondary Prevention Have you received medical advice on health-related lifestyle changes or medications to prevent another stroke?	NO ☐ Refer patient to primary care providers for risk factor assessment and treatment if appropriate, or secondary stroke prevention services. YES ☐ Continue to monitor progress
2 Activities of Daily Living (ADL) Are you finding it more difficult to take care of yourself?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ Do you have difficulty: ☐ dressing, washing, or bathing? ☐ preparing hot drinks or meals? ☐ getting outside? If Yes to any, consider referral to home care services; appropriate therapist; secondary stroke prevention services.
3 Mobility Are you finding it more difficult to walk or move safely (i.e., from bed to chair)?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ Are you continuing to receive rehabilitation therapy? ☐ No. Consider referral to home care services; appropriate therapist; secondary stroke prevention services. ☐ Yes. Update patient record; review at next assessment.
4 Spasticity Do you have increasing stiffness in your arms, hands, or legs?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ Is this interfering with activities of daily living? ☐ No. Update patient record; review at next assessment. ☐ Yes. Consider referral to rehabilitation service; physician with experience in post-stroke spasticity (e.g., physiatrist, neurologist).
5 Pain Do you have any new pain?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ Ensure there is adequate evaluation by a healthcare provider with expertise in pain management.
6 Incontinence Are you having more problems controlling your bladder or bowels?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ Consider referral to healthcare provider with experience in incontinence; secondary stroke prevention services.

Since Your Stroke or Last Assessment

7 Communication Are you finding it more difficult to communicate?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ Consider referral to speech language pathologist; rehabilitation service; secondary stroke prevention services.
8 Mood Do you feel more anxious or depressed?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ Consider referral to healthcare provider (e.g., psychologist, neuropsychologist, psychiatrist) with experience in post-stroke mood changes; secondary stroke prevention services.
9 Cognition Are you finding it more difficult to think, concentrate, or remember things?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ Is this interfering with your ability to participate in activities? ☐ No. Update patient record; review at next assessment. ☐ Yes. Consider referral to healthcare provider with experience in post-stroke cognition changes; secondary stroke prevention services; rehabilitation service; memory clinic.
10 Life After Stroke Are you finding it more difficult to carry out leisure activities, hobbies, work, or engage in sexual activity?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ Consider referral to stroke support organization (local/provincial support group, Heart and Stroke Foundation of Canada Living with Stroke program); leisure, vocational, or recreational therapist.
11 Personal Relationships Have your personal relationships (with family, friends, or others) become more difficult or strained?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ ☐ Schedule next primary care visit with patient and family member(s) to discuss difficulties. ☐ Consider referral to stroke support organization (local/provincial support group, Heart and Stroke Foundation of Canada); healthcare provider (e.g., psychologist, counsellor, therapist) with experience in family relationships and stroke.
12 Fatigue Are you experiencing fatigue that is interfering with your ability to do your exercises or other activities?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ ☐ Discuss fatigue with Primary Care provider. ☐ Consider referral to home care services for education and counselling.
13 Other Challenges Do you have other challenges or concerns related to your stroke that are interfering with your recovery or causing you distress?	NO ☐ Continue to monitor progress YES ☐ ☐ Schedule next primary care visit with patient and family member(s) to discuss challenges and concerns. ☐ Consider referral to healthcare provider; stroke support organization (local or provincial support group, Heart and Stroke Foundation of Canada).

Résumé

- **Le PSC** a été conçu pour être un outil facile à utiliser pour pas couvrir tous les problème de temps mais de cibler les zones qui ont le plus d'impact sur la qualité de vie des patients qui sont traitables par des interventions fondées sur les preuves.
- **Objectifs**
 - Aider les professionnels de soins de santé pour identifier les problèmes post-AVC
 - Faciliter l'orientation des soins
 - Améliorer le niveau de gestion à long terme des survivants d'un AVC
 - **AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE**

Comment et pourquoi utiliser la CFP

- PSC est conçu pour traiter le patient dans son ensemble" et offre des pistes de soins
- La PSC remplit le vide qui n'a jamais été abordée dans la prise en charge des patients victimes d'AVC

Because I Care

03

LONG-TERM CARE & SUPPORT

Stroke is a leading cause of adult disability worldwide. Stroke survivors need appropriate long-term care and support.

Therapy and follow up after stroke

Most persons that survive a stroke have some degree of post-stroke disabilities. Although rehabilitation does not reverse brain damage, it can substantially improve function leading to better quality of life.

Persons who have had a stroke are in need of long-term follow-up and monitoring to ensure they have appropriate preventive strategies and risk factor control, with therapy directed at optimization of their activities of daily living, mobility, spasticity, pain, continence, communication, mood and cognition.

Spasticity

After stroke, paralyzed muscles may involuntarily contract (shorten or flex) and create stiffness and tightness (spasticity). Spasticity in the arm can cause a tight fist, bend elbow and arm pressed against the chest. Spasticity may impair ability to perform daily activities such as dressing.

Psychological and emotional support

Stroke survivors may experience depression. Stroke survivors who are depressed may be less able to follow treatment and rehabilitation protocols. They may also have the tendency to have irritable behaviour. Recovery from depression may take some time. To facilitate rehabilitation, it is essential that they have access to professional help as well as receive sustained emotional support from their families and friends.

Domaines PSC

Prévention Secondaire

AVQ

Mobilité

Spasticité

Douleur

Incontinence

Communication

Humeur

Cognition

La Vie Après un AVC

Relation Avec La Famille