

Stroke i C-län

Vårdprogram utarbetat i samarbete mellan Akademiska sjukhuset,
primärvården och Uppsala kommun

Del 1 Diagnostik och behandling

Ansvariga och kontaktpersoner

Överläkare Andreas Terént, medicincentrums strokesektion, Akademiska sjukhuset
Husläkare Elsvig Löwenhoff, Samariterhemmets vårdcentral, Uppsala

Del 2 Omvårdnad och rehabilitering

Ansvariga och kontaktpersoner

Arbetsterapeut Mona Stålhandske, Uppsala kommun
Medicinskt ansvarig sjuksköterska Birgitta Mogård Beckman, Uppsala kommun

Gäller från den 1 januari 2003 till och med den 31 december 2005

Innehåll

Bakgrund	4		
Del 1 - Diagnostik och behandling		Del 2 – omvårdnad och rehabilitering	
Stroke	5	Inledning	12
TIA	5	Strokesjukdomens följder för individen	12
Karakteristiska symtom och fynd vid stroke	5	Vårdplanering	12
Från karotisterritoriet		Rehabiliteringsmetoder	12
Från vertebro-basialterritoriet		Äta, svälja, näringstillförsel (nutrition)	12
Yrsel		Urin, avföring, kontinens	15
Talsvårigheter		Andning, cirkulation, metabolism	16
Huvudvärk		Komplikationer	17
Temporalisarterit		Språk och kommunikation	18
Ögonsymtom		Varseblivning, kognition	19
Blåsljud på halsen		Varseblivning, känsel	21
Kramper och epilepsi		Rörelseförmåga och muskelspänning (tonus)	22
Differentialdiagnoser	7	Gångförmåga och fall	22
Epileptiska anfall		Smärta	23
Tumörer		Personlig vård	24
Infektioner		Aktiviteter i hem- och närmiljö	25
Hyper- och hypoglykemi		Fritids- och sociala aktiviteter	26
Transitorisk global amnesi		Arbete	27
Migrän		Sexualitet	27
Lokal ögonsjukdom		Depression och gråtmildhet	28
Utredningar/undersökningar	8	Krisreaktioner	29
Datortomografi av hjärnan		Anhöriga och närstående	30
Ultraljud av carotisartärerna		Var finns experten?	30
Ekokardiografi		Litteraturtips	32
Bandspelar-EKG		Referensgrupper i programarbetet	33
24-timmars ambulatorisk blodtrycksmätning			
Riskfaktorscreening			
Medikamentell terapi	9		
På akutmottagningen			
Rädda Hjärnan – trombolysbehandling			
Intrakraniella blödningar			
På strokeenheten			
Stroke			
TIA- transient ischemisk attack			
Sekundärprofylax			
Information	10		
Riksstroke	10		
Återbesök	10		
Sjukskrivning	10		
Bilkörning	11		

Bakgrund

Tre arbetsgrupper med representanter från lasarettet i Enköping, Akademiska sjukhuset i Uppsala, primärvården och kommunerna i C län har tillsammans med representanter för medicinska fakulteten vid Uppsala universitet utarbetat ett vårdprogram för olika personalkategorier som arbetar med strokepatienter.

Vårdprogrammet omfattar två huvudkapitel; ”Diagnostik och behandling” och ”Omvårdnad och rehabilitering”. För omhändertagandet inom sjukhusen finns ytterligare två dokument, en handbok, STOKEMANUALEN kallad, och VÅRDPROGRAM FÖR HJÄRNSKADADES REHABILITERING.

Folksjukdomen stroke

Cirka 3 individer per 1 000 invånare insjuknar varje år i stroke. Detta innebär att 1 300 personer drabbas varje år i C län. Tre fjärdedelar av dessa får stroke för första gången medan en fjärdedel återinsjuknar.

Medelåldern vid insjuknande i stroke är hög, över 75 år. Detta medför att överlevnaden är begränsad, tre år i genomsnitt. I grova tal finns det således i varje ögonblick mer än 3 000 individer som vid något tillfälle haft stroke i C län.

En husläkare med 2 000 patienter listade har i genomsnitt fem patienter per år med ny stroke, två patienter per år med TIA och 20 patienter med restillstånd efter stroke, på sin mottagning.

Att stroke är en vanlig sjukdom framgår också av en inventering som gjordes under vecka 5 i februari 1998. Enbart under denna vecka togs det 433 kontakter mellan strokepatienterna och vården. Stroke är således en folksjukdom som kräver mycket uppmärksamhet. Vi hoppas därför att tillkomsten av vårdprogrammet skall vara till hjälp i det fortsatta arbetet.

Första upplagan augusti 1999

Reviderad september 2002

Andreas Terént

Ordförande i vårdprogramgruppen

Del 1 Diagnostik och behandling

Stroke

Stroke definieras av WHO som en snabbt påkommande störning i hjärnans funktion. Symtomen är fokala, det vill säga begränsade till en viss del av kroppen. Symtomen kan vara mer generella, det vill säga ej fokala, i samband med subaraknoidalblödning.

Symtomen har en varaktighet som är minst 24 timmar såvida inte patienten avlidit dessförinnan.

Den bakomliggande orsaken är sjukdom i hjärnans kärl eller hjärtat. Annan orsak skall således uteslutas. Orsaken till stroke är hjärninfarkt i 85 % av fallen, intracerebral blödning i drygt 10 % och subaraknoidalblödning i mindre än 5 % av fallen. Patienter som drabbas av slaganfall skall skyndsamt transporterats till akutmottagningen. Enda undantaget utgörs av patienter som redan är svårt sjuka och som vårdas på någon enhet som har kompetens för strokevård (se sidan 30, "Var finns experten?")

TIA – transient ischemisk attack

TIA karaktäriseras av snabbt påkommande fokala symtom som går i fullständig regress inom 24 timmar. Klassisk TIA varar kortare tid än ett dygn, vanligen 10 - 15 minuter.

Akut TIA remitteras till akutmottagningen. Icke akut TIA remitteras till strokemottagningen för differentialdiagnostik och eventuell initiering av carotisutredning.

Karakteristiska symtom och fynd

Från karotisterritoriet

- Motoriska och sensoriska symtom (kontralaterala till skadan).
Svaghet eller känselnedsättning i en kroppshalva, eller del därav, central facialis pares.
- Kortikala symtom
Om skada i dominant hemisfär (vänstersidig skada): afasi, apraxi, agnosi, akalkuli, alexi, agrafi
Om skada i icke dominant hemisfär (högersidig skada): störningar i spatial perception, kropps-upplevelse (neglekt) och avvikande språkbruk.

- Ögonsymtom
Homonym hemianopsi (kontralateral till skadan)
Monokulär ipsilateral blindhet eller övergående synnedsättning (amaurosis fugax)
Déviation conjuguée (blicken devierar mot skadade sidan).

Från vertebro-basilaristerritoriet:

- Motoriska och sensoriska symtom
Hemipares/hemihypestesi (oftast kontralaterala i förhållande till kranialnervssymtom)
Bilateral påverkan av motoriska/sensoriska långa bansystem, central eller perifer facialis pares.
- Cerebellära symtom (ipsilaterala till skadan)
Ataxi, nystagmus, balanssvårigheter.
- Kranialnervs- och hjärnstamssymtom, inklusive yrsel
Svalgpares, tungpares, dysartri, dysfagi, heshet, nystagmus, känselnedsättning i en ansiktshalva.
- Ögonsymtom
Homonym hemianopsi (kontralateral)
Bilateral blindhet
Horner's syndrom (mios, ptos)
Ögonmotorikrubbning
Déviation conjuguée (blicken devierar från skadesidan).

Yrsel

Hastigt påkommande yrsel kan vara utlöst av stroke. Husläkaren bör leta efter andra symtom från vertebro-basilaris- eller carotisterritoriet.

Om yrseln är förenad med andra karakteristiska symtom på stroke bör patienten skickas till akut-mottagningen.

Om yrseln inte är förenad med karakteristiska symtom bör patienten utredas enligt de riktlinjer som givits i vårdprogrammet som utgivits av öron-, näs- och halskliniken.

Talsvårigheter

Hastigt påkomna talsvårigheter (kommunikationsstörning) beror oftast på afasi eller dysartri i samband med stroke och föranleder vidare remittering till akutmottagningen.

Störningar i språk och kommunikation efter hjärnskada som ligger längre tillbaka i tiden handläggs enligt det vårdprogram som sammanställts av geriatrikcentrum.

Huvudvärk

Hastigt påkommen intensiv huvudvärk utan karakteristiska strokesymtom kan vara första tecknet på insjuknande i subarahnoidalblödning. Remiss till akutmottagningen är starkt motiverad.

Ensidig huvudvärk kan också vara utlöst av såväl hjärninfarkt som intracerebral hjärnblödning. I dessa fall föreligger förutom huvudvärk något annat karakteristiskt strokesymtom. Även dessa patienter bör remitteras till akutmottagningen.

För patienter med känd migrän som kompliceras av strokeliknande symtom är telefonkontakt med jourhavande neurolog motiverad med tanke på den ökade risken för ischemiskt stroke hos patienter med migrän. I synnerhet yngre kvinnor med migrän med aura och intag av östrogenhaltiga p-piller har en ökad risk för ischemiskt stroke.

Temporalisarterit

Huvudvärk kan också förekomma vid temporalisarterit som både kan ge upphov till infarkt i retina och i övriga delar av centrala nervsystemet. Vid huvudvärk kombinerad med ögonsymtom eller karakteristiska strokesymtom remitteras patienten till akutmottagningen.

Ögonsymtom

Patienter som insjuknar akut i hemianopsi kan ha en infarkt i carotis- eller vertebro-basilaristerritoriet. De bör därför remitteras till akutmottagningen.

Patienter som drabbas av bestående synnedsättning på ena ögat och som inte har några andra karakteristiska strokesymtom bör skickas för akut undersökning av ögonläkare. Om retinaartärtrombos konstateras handläggs patienten som vid litet slaganfall. Om ingen trombos (emboli) syns i ögonbotten utreds patienten som vid TIA.

Blåsljud på halsen

Blåsljud på halsen hos en patient som vare sig haft stroke eller TIA kan i enstaka fall behöva utredas. I de flesta fall lämnas dock blåsljudet utan åtgärd.

Asymtomatiska carotisstenoser, det vill säga signifikanta stenoser utan korresponderande neurologiska bortfallssymtom, opereras i dag inte rutinmässigt. Patienten kan dock remitteras till kärlkirurg för närmare undersökning och eventuell inklusion i pågående vetenskapliga studier.

En del kärlförträngningar medför blåsljud som stör patienten och leder till t ex sömnsvårigheter. Även dessa patienter skall remitteras till kärlkirurg för närmare bedömning.

Kramper och epilepsi

Några få procent av de som drabbas av stroke får kramper vid själva insjuknandet.

Betydligt vanligare är epilepsi i efterförloppet till hjärnskadan. Anfallen kan vara sekundärt generaliserade eller bara partiella.

Epilepsin är som regel lättbehandlad. Patienten skall akutbehandlas av den läkare som först kommer i kontakt med honom/henne under pågående anfall.

Enstaka epileptiska anfall motiverar inte insättande av profylaktisk medikamentell terapi, som i sig kan försämra kognitiva funktioner.

Differentialdiagnoser

En korrekt diagnostik av andra sjukdomar som kan likna stroke och TIA är väsentlig.

Differentialdiagnoserna kräver ofta specifik behandling, inte sällan akut, och har i många fall en annan prognos än stroke. Upp till 20 % av patienterna som söker akut för misstänkt stroke visar sig ha en annan orsak till symtomen.

Differentialdiagnostiska överväganden måste därför alltid göras.

Följande differentialdiagnoser till slaganfall bör särskilt beaktas:

- Epileptiska anfall
- Intrakraniell expansivitet (hjärntumör, subduralhämatom)
- Infektionssjukdom med systempåverkan
- Metabol störning (hyper- eller hypoglykemi).

Datortomografi av hjärnan skall användas i differentialdiagnostiken.

Epileptiska anfall

Epilepsi är vanligt förekommande i befolkningen, med en prevalens av 0,5–1 %. Partiell epilepsi kan ge symtom som kan vara svåra att skilja från stroke särskilt om postiktala symtom föreligger. En noggrann anamnes är vägledande.

Hos cirka 2 % av patienter med slaganfall förekommer epileptiska anfall i samband med insjuknandet.

Postapoplektisk epilepsi, det vill säga epilepsi sekundärt till slaganfall, drabbar en något högre andel, 5–10 % av patienterna. Postapoplektisk epilepsi kan ge postiktala neurologiska bortfallsymtom och feldiagnostiseras som TIA eller återinsjuknande i stroke.

Postapoplektiskt epilepsi bör alltid övervägas om en patient med tidigare slaganfall drabbas av nya neurologiska symtom motsvarande det tidigare drabbade området.

Partiell epilepsi kan bero på en lesion som kan påvisas neuroradiologiskt, till exempel en hjärntumör, ett subduralhematom eller en kärlmissbildning.

Tumörer

Tumörer i hjärnan ger i typiska fall en annan tidsprofil på insjuknandet än slaganfall. Symtomen ökar långsamt under veckor till månader, vilket oftast kan fås fram i anamnesen. Blödning i en kliniskt »tyst» tumör kan i sällsynta fall ge upphov till strokeliknande symtom. Tumörer kan också ge upphov till epileptiska anfall.

Infektioner

Hos patienter med tidigare slaganfall eller nedsatt cirkulation i en del av hjärnan kan feber leda till aggravering av de neurologiska restsymtomen, vilket kliniskt kan likna ett nytt slaganfall.

Herpesencefalit är en viktig differentialdiagnos hos patienter med fokala neurologiska symtom kombinerade med feber och huvudvärk.

Hyper- och hypoglykemi

I likhet med feber kan alltför högt och alltför lågt blodsocker påverka patienter med tidigare slaganfall med aggravering av de neurologiska restsymtomen.

Transitorisk global amnesi – TGA

TGA kan i vissa fall missuppfattas som afasi. Efter som prognosen är god vid typisk TGA behöver patienten inte remitteras till akutmottagningen annat än för second opinion.

Migränaura

Patienten har ofta anamnes på migränanfall med eller utan aura.

Lokal ögonsjukdom

Vid amaurosis fugax-symtom utgör bland annat lokal ögonsjukdom, till exempel glaucom, temporalisarterit och retinal migrän differentialdiagnoser.

På grund av svårigheterna att med anamnes och status få en säker differentialdiagnos bör datortomografi av hjärnan ingå i utredningen av patienter med förstagångsinsjuknande i TIA.

Utredningar/undersökningar

Datortomografi av hjärnan görs akut på alla patienter som remitterats eller själva sökt på akutmottagningen med strokesymtom.

Vid TIA kan undersökningen vara motiverad om symtomen haft en längre duration än några minuter och om symtomen inger misstanke om annan bakomliggande orsak, till exempel tumör med partiella epileptiska anfall. Det senare gäller i synnerhet yngre och medelålders patienter.

Akutundersökningar görs utan kontrast medan undersökningar som görs i differentialdiagnostiskt syfte bör utföras med kontrastförstärkning.

Ultraljud av carotisartärerna, så kallad carotisduplex, utförs på patienter med stroke, TIA, amaurosis fugax och retinal artärtrombos. Syftet är att upptäcka täta carotisstenoser som med framgång kan opereras, men också att få en bild av patientens grad av kärlsjukdom.

Patientens ålder bör sällan vara högre än 80 år och allmäntillståndet gott. Alla signifikanta carotisförändringar som hittas vid duplexundersökningen diskuteras på carotisronden som hålls på Akademiska sjukhuset varannan torsdag.

Ekokardiografi. Vid förekomst av förmaksflimmer som är en "säker" kardiell embolikälla är undersökningen sällan indicerad. Däremot vid nyligen genomgången hjärtinfarkt, hjärtsvikt eller misstanke om annan kardiell genes. I dessa fall är TEE (transesophagealt eko) nödvändigt för att fastställa kardiell embolikälla. Undersökningen utförs efter ställningstagande av internmedicinare eller neurolog.

Bandspelar-EKG utförs när det är oklart om patienten har paroxysmalt förmaksflimmer eller annan signifikant hjärtarytmi. Undersökningen bör initieras av internmedicinare eller neurolog hos patienter som har haft TIA eller stroke.

24-timmars ambulatorisk blodtrycksmätning ingår i utredningen av patienter som haft, eller har, höga blodtrycksvärden och som drabbats av lindrigt slaganfall eller TIA. Syftet är att få en helhetsbild av blodtrycksbehandlings effektivitet över hela dygnet. Undersökningen initieras av internmedicinare.

Risikfaktorscreening. Högt blodtryck, rökning, höga blodfetter och diabetes ska kartläggas i enlighet med vad som gäller ischemisk hjärtsjukdom. Albuminflöde i urinen över natten, så kallad mikroalbuminuri, är en god indikator på ökad risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar. Koagulationsutredning görs i vissa fall efter beslut av internmedicinare.

Medikamentell terapi

På akutmottagningen

Rädda Hjärnan – trombolys

Rädda Hjärnan 112, är ett samarbete med ambulans-sjukvården för att snabba upp och förbättra omhändertagandet av strokepatienter. Akutmottagningen larmas om patienten varit fri från neurologiska bortfallssymtom till för mindre än 4 timmar sedan. Om Rädda Hjärnan-kriterierna är uppfyllda följs ett speciellt program med urakut CT hjärna och ställningstagande till trombolysbehandling.

Kriterier för Rädda Hjärnan-patient:

- Plötslig förlamning i ansikte/arm/ben
- Plötslig känselrubbing
- Plötsliga talsvårigheter
- Plötslig synrubbing
- Plötslig yrsel
- Plötslig huvudvärk

Av de patienter som uppfyller Rädda Hjärnan-kriterierna har 25 procent intrakraniella blödningar.

Intrakraniella blödningar

Intrakraniella blödningar, det vill säga alla subaraknoidalblödningar och intracerebrala blödningar skall bedömas av neurokirurg som tar ställning till vidare observation, angiografisk utredning och eventuell operation.

På strokeenheten

Stroke

Behandlingen vid stroke orsakat av hjärn-infarkt eller intracerebral blödning är inriktad på att förebygga komplikationer, till exempel aspiration och djupa ventromboser. Lågmolekylärt heparin i låg dos skall ges till patienter med hjärninfarkt och kompressionsstrumpor till alla.

Behandlingen är också inriktad på att optimera vätske- och energitillförseln. Behandlingen utförs bäst av team bestående av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logoped och dietister. Sådana team finns på strokeenheterna på lasarettet i Enköping och Akademiska sjukhuset samt geriatrikcentrums vårdavdelningar.

TIA

Utredning och inledande behandling på strokeenhet med team bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped och kurator. Det är särskilt viktigt att observera dolda neurologiska handikapp.

Sekundärprofylax

Sekundärprofylaktisk behandling vid slaganfall orsakat av hjärninfarkt inkluderar:

- Trombyl 75 mg x 1. Om patienten insjuknat trots behandling med acetylsalicylsyra (ASA) kan Trombyl kombineras med Persantin Depot 200 mg x 2. För att undvika huvudvärk kan Persantin smygas in under två veckor. Om patienten har haft ischemiska symtom från hjärtat eller nedre extremiteterna kan Plavix 75 mg x 1 utgöra ett förstahandsalternativ till Trombyl och även ersätta kombinationen Trombyl - Persantin. (Plavix kombineras för närvarande inte med Trombyl eller Persantin).
- Waran med en terapeutisk nivå INR 2–3 skall ges till patienter med förmaksflimmer. Vanliga kontraindikationer gäller. Försiktighet bör iaktas hos äldre patienter med flera hjärnlesioner, ökad fallrisk, nedsatta kognitiva funktioner och svårinställd behandling.
- Carotiskirurgi övervägs vid signifikant stenosis ($\geq 70\%$), ålder under 80 år och gott allmäntillstånd.

Information

Till patienter och anhöriga

Information om sjukdomen, planerade utredningar och behandlingar bör ges tidigt till patient och anhöriga både muntligt och skriftligt vid speciellt avsatt tid.

Planering i samråd med kommunens representanter bör i förekommande fall ske tidigt (se även "Vårdplanering" sidan 12).

Information finns även i Strokeförbundets och andra handikappförbunds skrifter och kan ges till patient och anhörig.

Mellan vårdgivare

Vid utskrivningssamtalet skrivs ett utskrivningsmeddelande till patienten med kopia till journalen och patientens distriktssköterska/husläkare.

Omvårdnadsepikris och epikriskopia medföljer patienten till annan vårdform. Epikriskopia skickas i samtliga fall till patientens husläkare.

Riks-Stroke

Riks-Stroke är ett rikstäckande kvalitetsregister där samtliga akutsjukhus deltar sedan 1998. Alla patienter med stroke skall registreras vid insjuknandet och vid uppföljning efter tre månader.

Återbesök

Vid förstagångsinsjuknandet rekommenderas återbesök hos stroläkare/stroketeam inom ett år. Avsätt tillräckligt med tid för det första återbesöket. Journalkopia från besöket sändes till husläkaren.

Sjukskrivning

Hur länge skall patienten vara sjukskriven och när skall ansökan om sjukbidrag göras?

Skadans omfattning och lokalisation samt patientens arbetsuppgifter är avgörande för handläggningen i det enskilda fallet. Våra råd om sjukskrivning kan därför bara ge en allmän fingervisning om tillvägagångssättet.

Vid hjärnskada har man oftast en "omvänd" sjukskrivningsproblematik. Patienten vill ofta återgå till arbetet innan det är medicinskt lämpligt. Särskilt patienter med skador i icke-dominanta hemisfären (oftast höger) saknar i ett tidigt skede av sjukdomen insikt i sin problematik.

Många patienter kan till synes vara återställda trots betydande kvarstående kognitiva funktionsnedsättningar. En vanlig neurologisk undersökning avslöjar inte oförmåga till översikt och planering,

ökad uttrötthet eller bristande förmåga till egna initiativ och bristande självkritik. Alla dessa problem är vanliga efter hjärnskada och kan naturligtvis påverka arbetsförmågan.

Relativt lång sjukskrivningsperiod är därför oftast motiverad, 6–12 månader. Ofta är en arbetsprövning under sjukskrivning av stort värde för den fortsatta handläggningen. Frikostig användning av deltids-sjukskrivning rekommenderas liksom uppföljning och kontakt med arbetsplatsen. Patienter som saknar sjukpenning och som drabbats av omfattande hjärnskada kan tidigt aktualiseras för sjukbidrag.

Vanligt är att man en tid efter det att patienten blivit mera medveten om sin problematik får inta en annan roll som läkare. Från att ha varit återhållande övergår man till att bli stödjande så att patienten vågar återuppta arbetet.

Bilkörning

Kan man fortsätta köra bil efter stroke?

Frågan om bilkörning skall tas upp med patienten och anhöriga redan på akutavdelningen såväl av läkaren som av rehabiliteringspersonalen. Efter utskrivningen från sjukhuset bör patienten få tid att återhämta sig från den onormala trötthet och de koncentrationssvårigheter som följer på en hjärnskada. Till återbesöket skall patienten avstå från all bilkörning.

Vid återbesöket inom ett par månader kan följande scenarier föreligga:

1. *Körkortsinnehav är uppenbart olämpligt*, till exempel på grund av allvarlig nedsättning i rörelseorganens funktion eller allvarlig kognitiv störning. Om det är helt klart att patienten ej fortsättningsvis kommer att köra bil kan man avstå från anmälan till körkortsenheten.
2. *Körkortsinnehavet är tveksamt*, men patienten själv tror att bilkörning borde gå bra. Skiljaktighet råder således mellan läkare och patient. I dessa fall skrivs ett brev med uppgift om svårigheter att bedöma körkortsinnehav till körkortsenheten vid länsstyrelsen i det län där patienten är folkbokförd. Körkortsenheten kan då föreslå ett tillrättalagt körprov och till dess avråds patienten från bilkörning. Körprovet genomföres av Vägverkets regionala personal.

3. *Körkortsinnehavet är inte olämpligt*. Läkare som brukar utfärda körkortsintyg, det vill säga patientens husläkare, får anses ha erforderlig kunskap att bedöma detta. Vid misstanke om synfältsdefekt skall patienten undersökas av ögonläkare som utfärdar erforderliga intyg. Vid epilepsi skall kontakt tas med läkare vid neurologmottagningen, Akademiska sjukhuset

Kan man fortsätta att köra bil efter TIA?

Vid kortvarig TIA finns i normalfallet inga hinder för bilkörning. Patienten rekommenderas dock att avstå från bilkörning till dess utredningen är slutförd. Vid TIA med mer långdragna symtom kan en hjärninfarkt ha hunnit uppstå. I dessa fall handläggs patienten som vid stroke och skall avstå från bilkörning till återbesöket.

Del 2 Omvårdnad och rehabilitering

Tanken med detta avsnitt i vårdprogrammet är att ge förståelse för och tips om hur man kan hjälpa individer som fått stroke i det dagliga livet. Hur kan man som vårdpersonal hjälpa vårdtagaren på väg till optimal livstillfredsställelse och självständighet?

Avsnittets upplägning utgår från problem som den strokeinsjuknade individen kan drabbas av inom olika områden. Orsaker och förklaringar till problematik som kan uppkomma efter stroke, hur vårdpersonalen kan underlätta för individen samt var det finns experter inom olika områden beskrivs kort.

Innehållet i vårdprogrammets omvårdnads- och rehabiliteringsavsnitt bygger på att läsaren har förkunskaper om strokesjukdomens uppkomst och följder eller att läsaren parallellt läser SoS-rapport 1997:9, ”Boken om stroke – kvalitet i alla led”, eller likvärdig litteratur.

Strokesjukdomens följder för individen

Följderna efter stroke för enskilda individer kan variera, bland annat beroende på skadans lokalisering och omfattning.

Insjuknandet i stroke kan resultera i ett eller flera symptom såsom förlamning och känselnedsättning i ena kroppshalvan, yrsel, balanssvårigheter, synrubbnings- och sväljningssvårigheter, nedsatt kroppsrums- och tidsuppfattning, nedsatt förmåga att utföra tidigare inlärd praktiska handlingar och språksvårigheter. Minnes- och koncentrationsförmåga kan vara påverkad.

För individen som insjuknat i stroke kan den funktionsbegränsning som uppkommer leda till svårigheter att självständigt förflytta sig i sin omgivning, kommunicera, utföra personlig vård och hushålls- och boendeaktiviteter. Förmåga att utföra arbete och att utöva fritids- och sociala aktiviteter kan också begränsas.

Nedsatt aktivitetsförmåga och begränsat socialt nätverk kan i sin tur påverka individens livstillfredsställelse och ha betydelse för uppkomst av depression efter stroke. Även för de närstående kan livssituationen förändras med trötthet och krisreaktion som följd.

Vårdplanering

Eftersom insjuknandet i stroke yttrar sig på olika sätt för varje individ är det viktigt med en individuell vårdplanering där den strokeinsjuknade individen och hela teamet enas om en gemensam målsättning och ett gemensamt arbetssätt för vård och rehabilitering. Detta gäller inom alla nivåer i vårdkedjan och i alla faser efter insjuknandet, från akutfas till rehabiliteringsfas och uppehållande fas.

Informationsöverföring mellan de olika vårdnivåerna och yrkesgrupperna är av mycket stor vikt.

I samband med att en strokeinsjuknad individ skrivs ut från slutenvården och där insatser förväntas av andra vårdgivare skall alltid berörda professioner inbjudas till en samordnad vårdplanering.

Den strokeinsjuknade individen och berörda närstående skall vara delaktiga i upprättandet av vårdplanen och godkänna den informationsöverföring som är aktuell. I samband med denna vårdplanering skall alltid en riskanalys göras för att förebygga risken för komplikationer (till exempel fallskadeprevention).

Rehabiliteringsmetoder

Det finns olika teoretiska inriktningar och metoder för hur den strokedrabbade individen bör träna för att återfå nedsatt funktion. Ännu har ingen inriktning visat sig vara bättre än någon annan. Det har konstaterats att strokedrabbade som vårdats vid specialiserad strokeenhet klarar sig bäst och att stimulerande miljö med aktivitet har en positiv inverkan på förbättring efter stroke.

Vi rekommenderar därför i dagsläget ingen specifik teoretisk inriktning eller metod utan anser det viktigast med stimulans och träning som anpassas efter individens behov.

Äta, svälja, näringstillförsel (nutrition)

Ät- och sväljningsproblem är mycket vanliga i det initiala skedet efter stroke. Mellan 30 och 70 procent av de strokedrabbade personerna får problem med att äta. Flertalet förbättras spontant men för en del personer blir problemen bestående.

Dåligt näringsintag efter stroke kan bero på många olika faktorer. Det kan till exempel orsakas av att personen äter för litet på grund av dålig aptit, får för

lite eller fel sorts mat eller får för lite äthjälp. Det kan också bero på medvetandesänkning eller trötthet. Många upplever att smakupplevelsen är förändrad. Förändrad muskeltonus kan göra att eventuell protes sitter sämre och att tuggförmågan därmed försämras. Personen kan drabbas av sväljnings-svårigheter (dysfagi).

Halvsidig förlamning medför problem att äta eller att själv hämta mat. Störningar av förmågan att tolka synintryck, hantera föremål och att utföra praktiska handlingar och rörelser samt rums- och kroppsuppfattningsstörningar kan också påverka ätförmågan. Störande miljö kan ha en negativ inverkan vid matsituationen.

Dålig sittställning i exempelvis sjukhussäng eller rullstol kan försvåra såväl matintag som sväljning. Förstoppning och läkemedelsbiverkningar kan också påverka näringsintaget.

Hur kan matsituationen förbättras för den strokedrabbade personen?

Några allmänna råd:

- Ge möjlighet till vila före måltid. Väck personen så att han får sitta uppe en stund innan måltiden för att få en bra muskeltonus.
- Se till att toalettbesök kan uträttas före måltid.
- Se till så att eventuella tandproteser används och sitter bra.
- Skapa en lugn miljö vid matsituationen.
- En bra sittställning till exempel att sitta stadigt med stöd under fötterna, helst i en stol är viktigt.
- Bordet ska vara i lagom höjd och ändamålsenligt dukat.
- Vid behov utprovas hjälpmedel till exempel specialutformade bestick, pet-emotkant, speciella glas med kraftigt handtag.
- Uppmuntra den strokedrabbade att använda sin svaga sida.
- Beskriv vad som finns på bordet. Ställ dig på personens svaga sida men se till att ni har kontakt.
- För personens hand och bestick mot munnen, ”guida” istället för att mata, (kortare stunder när personen är motiverad).
- Lär personen att vrida på tallriken och söka sig mot den svaga sidan.
- Friska munslemhinnor är viktiga för att kunna äta utan smärta och för att känna smak. Avhjälp muntorrhet genom att använda lämpligt saliv ersättningsmedel.
- Se till att personen får möjlighet att skölja och

borsta tänderna efter måltiderna. God munhygien förebygger sjukliga tillstånd i munnen, som svampbildning och dåligt tandstatus.

- Informera den strokedrabbade personen och hans närstående om vad som kan förbättra matsituationen.

Hur kan förmågan att svälja påverkas efter stroke?

- Nedsatt funktion i den orala muskulaturen kan försvåra bearbetning av födan och transporten av densamma bakåt mot svalget. Följden kan bli att den strokedrabbade personen hamstrar mat i ena kinden eller att mat rinner ut genom munnen.
- Nedsatt sensibilitet (känsl) i munhåla och svalg kan göra att personen inte känner var maten befinner sig. Detta gör att transporten av maten mot svalget kan försvåras.
- Om det föreligger nedsatt sensibilitet i svalget kan utlösandet av sväljreflexen fördröjas.
- Dåligt fungerande muskler i svalget kan göra att det finns risk att föda aspireras till luftvägarna.
- Personen kan ha svårigheter att olka känslintrycken från munhålan och omsätta intrycken i sväljning (apraxi).

Vilka åtgärder kan underlätta vid sväljnings-svårigheter (dysfagi)?

- Vid sväljningssvårigheter är det viktigt att undersöka var i ät- och sväljningsprocessen problemet ligger för att kunna ge adekvata råd och rätt behandling. Bedömning vid så kallad ätobservation genomförs av sjuksköterska. Vid behov kontakta logoped för bedömning och rådgivning. I oklara fall kan ytterligare undersökningar göras, till exempel fiberskopi eller röntgenundersökning.
- Köldstimulera den strokedrabbade personens gombågar före måltid.
- Vid hängande mungipa kan man underlätta läppslutning med hjälp av handen.
- Lär personen att känna efter med tungan eller fingret om det finns mat kvar i munnen.
- Vid halvsidig förlamning kan personen vrida huvudet mot den svaga sidan för att skydda luftvägarna. Ett annat sätt är att svälja med hakan mot bröstet.

Vilka åtgärder är viktiga för att undvika nutritionsproblem i akutskedet?

- Ta reda på om patienten får sitt energi- och näringsbehov tillgodosett. Uppgifter om patienten som behövs är: vikt och längd som används för att beräkna BMI (vikt (kg)/längd (m) x 2). Ofrivillig vikt förlust den senaste tiden noteras. Energibehovet beräknas med hjälp av tabeller. Initialt ges 25–30 kcal x kg kroppsvikt.
- Kost och vätskeregistrering. Efter insjuknandet registreras patientens energi- och vätskeintag från och med första dagen. Resultatet dokumenteras i nutritionsjournal, omvårdningsjournal och på tempkurvan eller motsvarande och utvärderas dagligen. Om registreringen visar att intaget är tillfredsställande, det vill säga att energibehovet är tillgodosett, avbryts denna efter tre dagar. Om registreringen efter tre dagar visar att patienten äter för litet eller har sväljningssvårigheter vidtas särskilda åtgärder.
- Diskutera nutritionsproblem vid omvårdningsrund eller annat forum. Samråd med dietist.
- Regelbunden kontroll av patientens vikt. Väg patienten vid inkomst till sjukhus, därefter var 5:e dag samt vid utskrivning. Väg därefter viktstabla patienter en gång i månaden. Underviktiga samt de som löper risk att inte kunna tillgodose sitt energi- och näringsbehov vägs en gång i veckan.
- Små och täta måltider underlättar för patienten att hålla sig väl nutrierad liksom mat som personen uppskattar. En förutsättning för att ”riskpatienten” ska kunna tillgodose sitt energi- och näringsbehov är att huvudmålen inte serveras för tätt och att det finns möjlighet att äta flera energirika mellanmål dagligen.
- Välj rätt typ av kost till exempel energität kost, energirika mellanmål/kosttillägg, rätt konsistens på maten, rätt konsistens på drycker och önskekost. Samråd med dietist. Exempel på förtjockningsmedel är Thick & Easy, Nestargel, och Thixo D.
- Friska munslemhinnor är viktiga för att kunna äta utan smärta och för att känna smaken. Avhjälp

muntorrhet genom att använda lämpligt saliv-ersättningsmedel. God munhygien motverkar sjukdomstillstånd i munhålan såsom svampbildning och dåligt tandstatus.

- Informera patienten, närstående samt andra berörda om vilka svårigheter som finns och hur matsituationen kan underlättas. Rapportera patientens nutritionsproblem till ansvarig i nästa vårdinstans till exempel sjuksköterska, distriktsköterska, husläkare.

Vad gör man om den strokedrabbade personen har svårt att nutriera sig hemma?

- Kontakt tas med distriktsköterska/sjuksköterska. Denne ansvarar för att husläkare och vid behov dietist kontaktas och att en nutritionsplan upprättas för individen.
- Om personen har sväljningssvårigheter bör logoped kontaktas.
- Väg ”riskpatienter” en gång i veckan. Hit räknas personer som under den tidigare vårdperioden ätit för litet, personer som har sväljningssvårigheter eller är deprimerade.
- Skaffa lämpliga hjälpmedel (”pet-emot” kant, speciella bestick) via distrikttarbetares terapeut.
- Servera energität kost frukost, lunch och middag samt 2–3 energirika mellanmål dagligen. Anpassa konsistensen utifrån individens behov.
- Kontrollera tandproteserna.
- I övrigt se de allmänna råden för matsituationen.

Vad gör man om energiintaget är för lågt trots ovanstående åtgärder?

- Överväg sondmat och parenteral nutrition (läkarordination).

Sondmatning: Det finns flera sorters sondnäringar med olika energi-, fett och fiberinnehåll. Börja med små mängder och trappa upp mängden sondmat. Mängden bestäms utifrån individens beräknade behov och viktutveckling. Sondmat kan kombineras med föda per os. Om eventuella sväljproblem bedöms kvarstå längre än tre veckor, rekommenderas PEG eller Witzelfistel. Se även Metodbok i enteral nutrition. Dietisten kan ge råd.

Parenteral nutrition, näringsdropp, bör om möjligt kombineras med sondmat eller föda per os. Vid långvarigt bruk krävs fullvärdig parenteral nutrition. Se även Klinisk Nutrition och Vätskebalans.

Dietister och läkare med specialistkompetens har rätt att förskriva kosttillskott, sondmat, vissa förtjockningsmedel och andra specialdestinerade livsmedel.

När den strokedrabbade är hemma kontrollerar distriktssköterskan sonden, utför sondbyten utifrån läkarordination och informerar närstående och hemtjänstpersonal (OBS! personlig delegering) om teknik vid sondmatning. Dietisten ger råd om val av sondnäring samt volym.

Urin, avföring, kontinens, (elimination)

Hur kan förmågan att kontrollera och sköta blåsfunktion påverkas efter stroke?

En obalans i tömningen av urinblåsan kan uppstå efter strokeinsjukandet. Neurologiska skador i högre centra (frontalloberna) kan leda till att urinblåsan inte töms fullständigt eller att ofrivilligt läckage (inkontinens) kan uppstå. Ofrivilligt läckage kan också vara orsakat av andra faktorer som förvirringstillstånd, oförmåga att kommunicera eller oförmåga att röra sig.

Vad ska man tänka på vid problem med blåsfunktionen?

- Om möjligt hjälp individen till toaletten, se till att han/hon sitter bra och är avslappnad.
- Tänk på personens integritet.
- Observera spänning över blåsan.
- Kontrollera residualurin med tappning eller ultraljud (bladderscan). Var särskilt noga med detta vid återkommande urinvägsinfektioner.
- Undvik KAD (kateter á demeure) i möjligaste mån för att minska risken för komplikationer.
- Tappning av blåsan i terapeutiskt syfte rekommenderas så att blåsmuskulatur stimuleras till att fyllas och tömmas. Träna till kontinens. Toalettpassning.
- Ha larmklocka inom räckhåll för personen.

Hur kan förmåga att kontrollera och sköta tarmtömning påverkas efter stroke?

Ett insjuknande i stroke kan öka risken för obstipation (förstoppning) bland annat på grund av minskad rörlighet, sängläge och förändrade matvanor.

Vad ska man tänka på vid problem med förstoppning?

- Utred orsaken om obstipation uppstått.
- Anteckna när personen skött magen.
- Ge ett mildt laxeringsmedel vid intracerebrala blödningar för att undvika krystning vid tarmtömning. Fråga läkare om lämpligt medel.
- Öka vätskeintaget.
- Uppmuntra personen att äta fiberrik kost, frukt och grönsaker. Katrinplommondryck, Dofilus, Bifilus, Proviva och messmör kan hjälpa.
- Uppmuntra till rörelse och aktivitet om det är möjligt.
- Överväg laxeringsmedel vid behov.
- Se över läkemedelslista avseende förstoppande läkemedel.

Vad ska man tänka på vid problem med diarré?

- Utred orsaken och uteslut förstoppning, som också kan orsaka diarré.
- Vid antibiotikabehandling tas avföringsprov för att utesluta överväxt av resistenta bakterier.
- Behandla diarrén, om orsaken ej är förstoppning, med stoppande kost efter dietists eller läkares råd.
- Ge rikligt med vätska, vid behovvätskeersättning,

Sjuksköterskan eller distriktssköterskan kan hjälpa till vid urininkontinens eller obstipationsproblem. Kateterinsättning (KAD) görs på läkares ordination.

Distriktssköterskan gör en utvärdering av nödvändiga inkontinenshjälpmedel, exempelvis blöjor och draglakan. Lämpliga hjälpmedel som toalettstolsförhöjning eller toalettstol vid sängen kan utprovas.

Om ytterligare tekniska hjälpmedel eller anpassning av bostad behövs, kontakta arbetsterapeut.

Andning, cirkulation, metabolism

Hur påverkas strokepatientens vitala funktioner och medvetande under det akuta skedet?

Dålig syresättning, svängande blodtryck, feber, högt blodsocker och epileptiska kramper kan förekomma i det akuta skedet. Rubbningar i medvetandegrad kan också förekomma i olika omfattning beroende på hur pass utbredd hjärnskadan är.

Vilka observationer av vitala funktioner och medvetande är viktiga i det akuta skedet?

- Graden av medvetandepåverkan vid insjuknandet och under de första dygnen ger värdefull information om den framtida prognosen. Hjärnödem uppkommer vid ischemiska och hemorragiska skador, detta leder till en ökning av det intrakraniella trycket som kan vara livshotande. Kontinuerlig observation av medvetandegraden enligt Reaction Level Scale RLS 85 bör göras. Sänkt medvetande, förändrat andningsmönster (Cheyne-Stokes'-andning), långsam puls, stigande blodtryck och olikstora pupiller är mycket allvarliga signaler som kräver omedelbar läkarkontakt.
- Initialt kan blodtrycket vara förhöjt som kompensation för högt tryck inne i skallen. Kontrollera blodtryck- och puls fyra gånger per dag i tre dygn. Rapportera blodtryck > 220/110 mm Hg liksom snabb, oregelbunden eller långsam hjärtrytm till läkare. Vid intracerebral blödning kan ett högt blodtryck förvärra skadan.
- Temperaturen bör hållas under 37°. Om kroppstemperaturen överstiger 37°, ge Paracetamol-behandling. Håll rummet svalt, bädda med tunna sängkläder och ge svala avtättningar.
- Blodglukos skall hållas under 10 mmol/l. Både diabetiker och ickediatetiker kan behöva extra insulin de första dagarna.
- Andningen kan ibland vara störd, särskilt vid utbredda hjärnstamskador och hos komatösa patienter. Kontrollera andningsmönster, rapportera förändringar. Syrgastillförsel behövs vid större skador med andningspåverkan.

Hur kontrolleras vitala funktioner när den stroke-drabbade kommit hem? Aktuella åtgärder?

De vitala funktionerna (blodtryck, puls, temp, blodglukos) har oftast blivit stabilare när den strokedrabbade personen kommit hem. Vid kvarstående problem informeras distriktssköterska/husläkare. Dessa gör vid behov en uppföljning.

- Blodtrycket kan behöva kontrolleras.
- Det kan finnas behov av kontinuerlig andningsgymnastik, lägesförändringar som vändning i säng eller mobilisering genom att få komma upp till sittande och stående.
- Kontrollera noga andningshinder som slembildning eller mat i munhålan. En bra hjälp vid nedsatt lungfunktion är utandning i vattenflaska.
- Var uppmärksam på tecken på aspiration som kan vara hosta, rethosta, feber och andningssvårigheter. Kontakta läkare eller sjuksköterska vid behov. Vid misstanke om aspiration bör lungröntgen göras.
- Tecken på hjärtsvikt kan vara andningssvårigheter, takykardi och dålig perifer cirkulation. Vid misstanke om svikt kontakta läkare som kan ordinera diuretika. Hjälプ personen till sittande i sängen i hjärtställning, öppna fönster och ge syrgas vid behov.
- Sömnapné kan öka risken för återinsjuknande i stroke. Utredning görs på lungmottagningen i utvalda fall.

Komplikationer

Vilka komplikationer finns det risk för efter stroke och hur kan dessa förebyggas?

Ett flertal komplikationer är relaterade till minskad rörlighet och därför är mobilisering en central förebyggande åtgärd. Det är viktigt med tidig aktivisering efter fastställd diagnos. Vid intercerebrala blödningar iakttas försiktighet men mobilisering startas så fort allmäntillståndet tillåter det.

Se till att den strokedrabbade vid behov får en individuellt anpassad rullstol för att underlätta mobiliseringen. Låt individen sköta enkla ADL-aktiviteter, ”guida” istället för att ta över. Det är viktigt att *teamet* runt den strokedrabbade arbetar utifrån *samma målsättningar* och att de informerar och engagerar anhöriga/närstående i träningen.

Den strokedrabbade ska vila ordentligt mellan aktiviteterna för att orka komma upp till måltiderna och träningspassen. Tänk på viloställningarna.

- *Propp i benen* (djup ventrombos) och propp i lungorna (lungembolier) kan vara en följd av minskad rörlighet och dåligt vätskeintag. Tecken på propp i benet är rodnad, värmeökning, svullnad och smärta. Vid propp i lungorna blir den strokedrabbade andfådd, har ofta smärtor vid andning och är allmänpåverkad. Inspektera ben och fötter vid morgonaktivitet samt observera andningen. Be läkare om ordination av lämplig medikamentell trombosprofylax om personen är minskat rörlig. Är benen/fötterna svullna ordna stödstrumpor! Uppmuntra och hjälp individen till aktivitet både passivt i sängen och aktivt i sittande och stående.
- För att förebygga *lunginflammationer* (pneumoni) hjälp den strokedrabbade personen med mobilisering och kontakta sjukgymnast för instruktion om andningsgymnastik. Om personen har sväljningsproblem ökar risken för att denne drar ned födan i luftstrupen (aspiration). Detta kan leda till så kallad aspirationspneumoni. Använd därför rekommenderad teknik vid matning och vid behov anpassad kost. Tänk på sittställning och inspektera munhålan innan du fäller ned ryggstödet, (se avsnittet om ”äta, svälja, närings-tillförsel”, sidan 12).

- *Trycksår* kan uppstå på grund av nedsatt rörlighet och nedsatt känsel. Förebygg trycksår genom regelbundna vändningar, lägesändringar och inspektion av huden. Håll huden ren och torr och använd antidecubitumdräpp och sittdynor vid behov.
- Strokedrabbade personer är särskilt utsatta för *frakturer* och annat falltrauma. Var extra uppmärksam vid neglect (ouppmärksamhet åt ena sidan), nedsatt sjukdomsinsikt och förvirring. Lämna ej dessa personer ensamma sittande på sängkanten eller toalett. Hjälp personen att bli uppmärksam på den svaga sidan.
- Vid *ökad muskeltonus* tänk på viloställningar.
- Var uppmärksam på värmeökning och rodnad vilket kan vara tecken på *tromboflebiter* (inflammation i kärl) som kan uppstå vid intravenösa injektioner och infusioner.

Förebygg och minska sublaxation (felställning på grund av försvagad muskulatur) i axeln som kan leda till smärta och svullen hand. *Dra aldrig i den förlamade armen och lyft aldrig personen genom att ta under den förlamade armen.* Detta kan förorsaka kvarstående smärttillstånd. Det är viktigt med funktionella vilolägen. Placera den förlamade armen i högläge. Använd rullstolsbord som stöd för handen. Vid svårare sublaxation kan ett luxationsbandage för axlar hjälpa. Då krävs en speciell ortopedremiss. Olmed och Aktiv Ortopedteknik tillhandahåller dessa bandage som patient med remiss får betala egenavgift för.

Skulder-handsyndrom: Debuterar oftast i akutstadiet och kan relateras till skadelokalisation i centrala nervsystemet eller trauma som ovarsam förflyttning. Symtomen axelsmärta och svullnad i handen kan utvecklas inom ett dygn. *Undvik dropp i den förlamade armen/handen* och utnyttja högläge i möjligaste mån, för att reducera ödem. Sjukgymnast behandlar med aktiv/passiv mobilisering av skuldra och bål samt smärtbehandling vid behov med akupunktur, TNS eller kyla. Arbetsterapeut lindar vid behov handen med elastisk binda, provar ut kompressionshandske, gör individuell gipsskena eller arbetar med manuell kompressionsbehandling.

Hur ska man förebygga komplikationer när den strokedrabbade är hemma?

Komplikationer som de ovan nämnda kan även uppstå i hemmet och ska förebyggas på samma sätt.

Men tänk även på:

- Den strokedrabbade måste göras medveten om vikten av att använda sina kvarstående funktioner och att röra sig aktivt, men med försiktighet för att förebygga trauma eller sår. Ett individuellt träningsprogram för individen bör utarbetas och denne bör uppmuntras att jobba i den takt han orkar och att föra ett så normalt liv som möjligt.
- Distriktssköterskan ska förmedla kunskap om mobilisering/aktivering för varje enskild individ och uppmana vårdpersonalen och närstående att hjälpa individen till så stor aktivitet och rörlighet som möjligt såväl liggande, sittande som stående.
- Distriktssköterskan och övrig inblandad vårdpersonal skall stödja och bidra med information både till den strokedrabbade och närstående. Det är viktigt att förebygga att närstående tar över aktiviteter som individen kan och bör göra själv.
- Ökad tonus i den förlamade sidan kan komma efterhand. Det gäller då att göra omgivningen medveten om detta och att kontakta sjukgymnast för instruktioner och åtgärdsschema.

Språk och kommunikation

Hur kan tal och språk påverkas efter stroke?

Dysartri: På grund av nedsatt muskelfunktion kan uttal, röstbildning, röststyrka samt talhastighet drabbas. Artikulationen försämras och man får svårt att göra sig hörd. Stor påverkan på berörda muskler orsakar svårförståeligt tal.

Afasi: Den språkliga förmågan kan drabbas, framför allt vid vänstersidiga skador. Mest märkbart är i regel svårigheter med att uttrycka sig förståeligt i såväl tal som skrift. Personen kan även få svårigheter med att förstå både talat och skrivet språk.

Kommunikationsstörning vid högersidig skada: Svårigheter med språk och kommunikation kan förekomma även vid högersidiga skador. Till exempel kan det vara problem med turtagning i samtalsituationen, att tolka känslouttryck och bildligt tal samt med nedsatt läsförståelse.

Vilka åtgärder kan erbjudas?

I det akuta skedet utreder logopeden den strokedrabbade personens kommunikativa problem för att kunna informera personal och närstående om vilken typ av svårigheter som föreligger. Denna utredning ligger sedan till grund för fortsatta insatser, till exempel rådgivning och/eller terapi.

I rehabiliteringsskedet kan rehabilitering erbjudas på avdelning 170, neurocentrum, Akademiska sjukhuset, samt på geriatrikcentrum. I rehabiliteringsfasen är målet att den strokedrabbade ska uppnå ökad autonomi genom förbättrad kommunikationsförmåga.

Insatserna för att uppnå detta kan vara:

- Instruktion om självträning inklusive övningsmaterial.
- Tal- och språkträning individuellt och/eller i grupp.
- Information och vägledning till närstående rörande tal/språksvårigheterna.
- Utprovning av alternativa och kompletterande kommunikationssätt.
- Information till och samarbete med vårdpersonal.

Efter avslutad rehabilitering kan personer som har kvarstående kommunikativa problem efter utskrivning hem, till sjukhem eller annat boende ha

poliklinisk kontakt med logoped.Handledning gällande bemötande och råd om hur fortsatt träning kan bedrivas ges till närstående och personal runt den tal/språkskadade.

Kursverksamhet för afatiker brukar finnas i studieförbundets regi.

Hur kan kommunikationen underlättas?

För tal- och språkhandikappade personer kan det upplevas krävande och stressande att kommunicera.

Hur väl man lyckas förmedla det man avsett är många gånger beroende av att den man talar med är positivt inställd och tar sig tid att vänta på svar. Det är viktigt att använda sin fantasi och inlevelseförståelse för att försöka förstå det meddelade. Detta oavsett om det sker via tal eller skrift, med hjälp av kroppsspråk eller något kommunikationshjälpmedel.

Det enklaste hjälpmedlet är papper och penna. Den som har dysartri, det vill säga talar otydligt, kanske kan skriva för att förtydliga det sagda. Ibland räcker det med första bokstaven i ett ord för att det ska bli lättare att uppfatta. Många kan använda en bokstavstavla som alternativ till att skriva själv.

En person med afasi har ofta svårt att både tala och skriva. För att denna person ska få möjlighet att uttrycka egna tankar och önskemål kan man som samtalspartner skriva rimliga svarsalternativ, till exempel på ett par olika maträtter eller ett par olika aktiviteter. Personen uppmuntras sedan till att göra ett val mellan dessa.

Eftersom många afatiker har problem att uppfatta andras tal snabbt och korrekt kan det vara ett stöd att just få läsa och begrunda hur man vill svara. För personer som inte har förmåga att läsa kan man gå till väga på liknande sätt med bilder eller konkreta föremål.

Man bör under samtalets gång ställa vägledande frågor för att förvissa sig om att man uppfattat det sagda på avsett sätt och bit för bit bekräfta samtalet. Har man inte förstått är det bättre att förklara det än att låtsas att man begripit, vilket ofta leder till missförstånd och frustration.

Man bör sträva efter så god balans som möjligt i talar/lyssnarrollen. Att en person talar långsamt eller mycket litet förleder ibland samtalspartnern att prata på desto mer. I de flesta fall inverkar detta olyckligt på samspelet och kan få till följd att den som har svårt att säga något blir ännu tystare.

Alla personer är olika och en viktig grund för god kommunikation är att man lär känna varandra och "lär sig" hur man samtalar på bästa sätt.

Varseblivning, kognition

Vilka neuropsykologiska funktionsförändringar kan uppträda vid stroke?

Neuropsykologi beskriver samband mellan psykologiska processer och hjärnans struktur och funktion. De psykologiska processerna utgörs exempelvis av varseblivning, tänkande (kognition), och känslomässiga reaktioner.

Varseblivning (perception) är den process i hjärnan som gör att vi omedelbart kan uppfatta och uppleva omvärlden med hjälp av våra sinnen: känsel av olika slag, syn, hörsel och lukt.

Kognition är en process i hjärnan som bearbetar och sammankopplar sinnesintrycken och informationen. Därefter lägger individen upp strategier, tänker, värderar och tar beslut. I de kognitiva processerna ingår: minne, fantasi, associering, logiskt tänkande, resonerande, planläggning, initiativ och språkfunktioner.

Dessa funktioner påverkas vid skador på hjärnan som uppstår vid stroke. Vanliga störningar är förändrad tolkning av synintryck, rums- och kroppsuppfattningsstörningar, apraxi, det vill säga störningar i förmåga att hantera föremål och att utföra praktiska handlingar och rörelser. Nedsatt uppmärksamhet, koncentration, minne och problemlösningsförmåga kan också ses. Personlighetsförändringar kan uppträda till exempel aggressiva och depressiva uttryck.

En skada i ett visst område i hjärnan leder ofta till relativt likartade funktionsbortfall. Olika personer kan dock reagera mycket olika på likartade skador.

De personlighetsmässiga och sociala faktorerna samt individens känslomässiga reaktioner, har ofta en avgörande betydelse för symtomutfallet.

Vad kan vara tecken på störning av visuell perception (synintryck)?

- Föremål känns inte igen med synen.
- Föremål är svåra att urskilja bland andra föremål på bordet eller tandborsten hittas inte i necessären.
- Klockan är svår att läsa av.
- Välkända personer känns inte igen.

Hur kan man underlätta vid störning av visuell perception?

- Instruera den strokedrabbade individen att använda intakta funktioner till exempel känsel.
- Tala om för individen vem du är.
- Skapa ordning och reda runt individen.
- Ordna fasta rutiner.
- Ta bort onödiga saker och undvik alltför mönstrade dukar på bordet.

Vad kan vara tecken på störning av rums- och kroppsuppfattning?

- Individen ligger snett i sängen.
- Individen har svårt att hitta i omgivningen.
- Individen har svårt med begreppen bakom-framför, höger-vänster, över-under.
- Individen har svårt att få på kläderna rätt, tar på kläderna ut och in, bak och fram eller upp och ner.

Hur kan man underlätta vid störning av rums- och kroppsuppfattning?

- Resonera logiskt. Ställ frågor och prata runt det som personen gör.
- Dela upp uppgiften, det vill säga skapa delmoment.
- Skapa riktmärken till exempel lappen bak eller gylfen fram vid påklädning.
- Ge gott om tid.
- Öva många gånger på samma sätt med samma moment.
- Ge stöd och uppmuntran.

Vad kan vara tecken på neglect/ouppmärksamhet åt ena sidan?

- En sida av kroppen eller rummet (oftast vänster sida) uppmärksammas inte, kan gälla intryck via känsel, syn och hörsel.
- Skjortan hänger utanför på vänstra sidan.
- Individen klär inte på vänster arm och kammar eller rakar sig inte på vänster sida.
- Individen märker inte att vänster arm eller ben kommer i kläm eller att armen har ramlat ner från rullstolsbordet.
- Individen går emot eller kör emot saker på vänster sida med rullstolen.
- Individen uppmärksammar inte och äter inte maten på vänster sida av tallriken.
- Dygns- och tidsuppfattningen rubbas.
- Sjukdomsinsikten är nedsatt och symptomen förnekas helt eller delvis.

Hur kan man underlätta vid neglect ouppmärksamhet åt ena sidan?

- Resonera om de situationer där svårigheter uppkommer.
- Hjälプ den strokedrabbade individen att använda intakta funktioner som minne och logik.
- Stimulera gärna och led uppmärksamheten över mot vänster sida men tänk på att viktig information inte når fram om du befinner dig för långt åt vänster.
- Hjälプ individen att själv uppmärksamma och få förståelse för problematiken.

Vad kan vara tecken på apraxi?

- Inlärd rörelser eller handlingar är svåra att utföra trots att den motoriska förmågan finns.
- Rörelser är svåra att utföra på uppmaning.
- Individen vet inte vad olika föremål ska användas till, tandborsten används exempelvis som kam.
- Individen har svårt att göra saker i rätt ordning, tar till exempel på kalsongerna utanpå långbyxor eller sätter på kaffebyggaren innan vattnet hållts i.

Hur kan man underlätta vid apraxi?

- Hjälプ igång den strokedrabbade individen genom att visa. Ge ej så mycket muntliga instruktioner.
- Be individen göra ett moment i taget.
- Ge individen ett föremål i taget vid till exempel tandborstning.

Vad olika yrkeskategorier kan erbjuda vid störning av varseblivning och kognition

Neuropsykologen gör en neuropsykologisk bedömning och beskriver kognitiva funktionsbortfall, personlighetsmässiga egenskaper och känslomässiga reaktioner. Bedömningen ligger till grund för planering av rehabiliteringsåtgärder. För den enskilde individen beskrivs och medvetandegörs nedsatta kognitiva funktioner och förmågor utifrån ett neuropsykologiskt/pedagogiskt perspektiv, och utifrån detta hittas kompensatoriska lösningar.

Individen får hjälp att skapa en förståelsemodell över vad som inträffat, för att kunna återgå till det sociala livet med anpassning till nya förhållanden. Utifrån ett neuropsykologiskt/pedagogiskt perspektiv ges information och undervisning om skadan och dess konsekvenser till familjen.

Via psykoterapi hjälps familjen att bearbeta och hantera stress och rollförändringar. Berörda personer

i den strokedrabbades omgivning informeras och förutsättningar för att bevara det sociala nätverket skapas.

Logopeden erbjuder bedömning, träning och rådgivning vid neuropsykologiska funktionsförändringar som påverkar språk- och kommunikationsförmåga.

Arbetsterapeuten bedömer hur neuropsykologiska funktionsförändringar påverkar individens förmåga att klara aktiviteter i vardagslivet och erbjuder praktisk träning och rådgivning.

Sjukgymnasten erbjuder träning och rådgivning vid neuropsykologiska funktionsförändringar som påverkar rörelse- och förflyttningsförmåga.

Varseblivning, känsel

Hur påverkas känseln efter stroke?

Olika delar av känseln kan påverkas såsom förmågan att uppleva beröring och tryck, vibration, smärta och temperatur samt proprioception (att veta var kroppen och kroppsdelarna befinner sig). Detta påverkar i sin tur varseblivningen.

Det kan vara svårt att känna om den paretiska handen hamnar i ett ogynnsamt läge, exempelvis i rullstolens hjul eller om man legat på den. Detta kan medföra att den strokedrabbade kanske inte alls eller bara delvis använder den påverkade sidan vid påklädning eller i matsituationen. Risken för skador såsom brännskador, tryck- eller skärsår ökar.

Vad ska man tänka på vid känselnedsättning?

Stimulera den drabbade sidan i alla vardagliga aktiviteter och hjälp individen genom ”guidning” att använda båda sidors armar och händer.

- Lär individen att själv vara uppmärksam på brännskador, -tryck eller skärsår. Om det behövs minimera skaderiskerna.
- Stimulera känseln genom att beröra individen och guida rörelser som att föra hand till ansiktet, kamma håret eller tvätta/torka någon del av kroppen. Individen kan också uppleva underlaget genom att ibland gå barfota.

Rörelseförmåga och muskelspänning (tonus)

Graden av påverkan på rörelseförmågan och muskelspänningen kan variera.

I första stadiet efter ett insjuknande är det vanligt med generellt låg muskelspänning (hypotonus), vilket medför nedsatt möjlighet att aktivera musklerna och försämrad förmåga att utföra ändamålsenliga rörelser. Efter hand kan spasticitet eller hög muskelspänning (hypertonus) utvecklas i vissa muskler samtidigt som låg muskelspänning kvarstår i andra.

Muskulär hypertonus kan förekomma i ett antal kliniskt åtskiljbara typer. Tillståndet bör om möjligt utredas och behandlas i ett tidigt skede (se ”Övriga specialistfunktioner” sidan 31).

Flera muskler eller samtliga muskler i en extremitet kan aktiveras samtidigt och kramp kan uppstå vid försök till rörelse. Den strokedrabbade personen rör sig med stor ansträngning och i huvudsak med den fungerande kroppshalvan. Den skadade sidan utvecklar många gånger onormala rörelsemönster.

Hur kan man underlätta vid störning av rörelseförmåga och muskelspänning?

- Stimulera den drabbade sidan i moment som förflyttning, personlig vård och vid måltider.
- Sträva efter ett symmetriskt rörelsemönster.
- Se till att den strokedrabbade har bra vilo- och sittställningar, rehabiliteringspersonalen kan komma med råd.
- Undvik att dra i armarna. Axeln kan gå ur led. Håll i hop axelleden genom att placera handen under armbågen, vid exempelvis förflyttningar. *Greppa inte i armhålan!*
- Om armen är mycket tung kan eventuellt en slynga användas vid gående och vid förflyttningar. Låt inte armen hänga ner hela tiden.
- Arbetsterapeut eller sjukgymnast monterar vid behov ett genomskinligt bord på rullstolen för att avlasta armens tyngd.
- Uppmuntra och stimulera individen till att vara så aktiv som möjligt.

Sjukgymnasten gör en utförlig undersökning av individens resurser och problem för att sedan bedöma behov av, och genomföra individuellt utformad träning samt ge råd om förhållningssätt.

Arbetsterapeuten bedömer hur nedsatt känsel, rörelseförmåga och för hög eller för låg muskelspänning påverkar individens förmåga att klara aktiviteter i vardagslivet. Arbetsterapeuten erbjuder träning och inläring av nya strategier vid utförande av vardagsaktiviteter samt provar vid behov ut tekniska hjälpmedel.

Gångförmåga och fall

Varför ökar risken att falla efter stroke?

Balansen är förmågan att bibehålla tyngdpunkten inom understödsytan.

Påverkan på framförallt muskelstyrka, rörelseförmåga (motorik) och muskelspänning (tonus), led rörlighet, smärta, känsel och syn samt varseblivning (perception), kan tillsammans eller var för sig leda till att balansen försämras. Dessutom förändras balansen med åldern.

Fall är en vanlig komplikation efter stroke och personer som drabbats av stroke tillhör de mest fallbenägna individerna. Strokedrabbade som fallit under sjukhusvistelsen har också en tendens att fortsätta falla efter att de kommit hem igen.

Hemiosteoporos (halvsidig benskörhet) kan utvecklas efter stroke. Sammantaget ökar risken för höftfrakturer två till fyra gånger efter stroke i jämförelse med motsvarande åldersgrupper i befolkningen i övrigt. Benskörhet (osteoporos) bör behandlas.

Hur kan fall förebyggas?

Riktade och individualiserade åtgärder behövs för att förebygga fall.

- Uppkomna fall bör utredas eftersom fall tenderar att återkomma hos samma individ, (fallrapport och avvikelserapport, se litteraturhänvisning).
- Identifiera »högriskpatienter» tidigt i rehabiliteringsförloppet.
- Eliminera och reducera »inre» riskfaktorer som nedsatt balans, brister i rörelsebeteendet eller medicinering som påverkar rörelseförmågan.
- Behandla sjukdomstillstånd och träna funktionsnedsättningar.
- Fokusera på motorisk kontroll och säkra förflyttningar.

- Eliminera och reducera ”yttre” riskfaktorer som hala golv, nivåskillnader, föremål i vägen, dålig belysning, dåliga skor.
- Tillsyn eller övervakning av personen vid behov, var uppmärksam på individer som tenderar att utsätta sig för risk på grund av perceptuella-, kognitiva störningar.
- Tänk på sittställning i rullstol.
- Använd bord framför rullstolen, alternativt bälte i särskilda fall efter läkarordination.
- Se till att stödhandtag, räcken, tippskydd på rullstol och sittstöd finns där det behövs.
- Låt den strokedrabbade i ett tidigt skede få komma upp och stå.
- Så mycket som möjligt bör utföras i kontrollerat stående för att stimulera balansen.
- Föreslå särskilt riskutsatta individer att använda hjälmar och höftskyddsbyxor.

Sjukgymnasten bedömer balansförmågan och tränar balansen specifikt. Utifrån detta kan förflyttningar anpassas och lämpligt gånghjälpmedel kan provas ut. Om man känner sig osäker i någon situation är det viktigt att kontrollera med sjukgymnasten vad individen förväntas klara av.

Smärta

Vad kan smärta efter stroke bero på?

Enligt en internationellt vedertagen definition beskrivs smärta som ”Smärta är en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta är alltid subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada. Smärtan kan signalera verklig kroppsskada eller vara ett uttryck för mentalt eller socialt lidande som inte kan ges annat uttryck”.

Smärtan är alltid subjektiv och kan göra att man blir otrygg och rädd att röra sig. Smärta är ett symptom som kan förorsaka stort lidande, kräva mycket energi och vara belastande för cirkulation och andning.

Några individer kan drabbas av så kallad central (neurogen) smärta på grund av skada i centrala nervsystemet. Detta förekommer främst vid skador i hjärnans inre områden.

Smärtan kan debutera från några veckor upp till ett par år efter insjuknandet och åtföljs oftast av nedsatt känsel för andra stimuli. Den centrala smärtan upplevs oftast i motsatt kroppshalva. Ibland kan smärta vara det enda symptomet. Smärtan kan vara lätt till outhärdlig. Försämring i tillståndet kan uppträda utan orsak eller utlösas av stimuli som normalt inte ger smärta till exempel ljud- och synintryck, känslomässiga tillstånd eller blåsfullnad.

Vanlig problematik vid stroke är också perifer (nociceptiv) smärta. Ett exempel utgör smärta från skuldra och hand. Om den strokedrabbade har en subluserad skuldra (axeln är delvis ur led) kan det vara orsak till smärtan. Smärtan utvecklas när individen börjar sitta upp och beror på inbalans mellan låg muskelspänning (hypotonus) och hög muskelspänning (hypertonus), vilket gör att skulderbladet och axelleden ändrar läge. Se även avsnittet om komplikationer

Andra orsaker till smärta finns också, till exempel liggsår och smärta invid katetrar och sonder. I vissa fall kan förmågan att uppleva smärta vara borta och det kan göra att risk för skador ökar, exempelvis brännskador, tryck- eller skärsår.

Hur kan smärta förebyggas och lindras?

Smärta bör behandlas så att den strokedrabbade personen kan använda sin energi till träning och aktivt deltagande i rehabiliteringen. Ta reda på om personen sedan tidigare har smärta som bör behandlas regelbundet.

- Åtgärderna anpassas individuellt beroende på smärtans orsak och individens upplevelse.
- Var lyhörd och observant för tecken på smärta hos personen. Observera ansiktsuttryck, svettning, oro, irritation, dålig sömn, andningsfrekvens och ökad muskeltonus vid förflyttningar och vändningar som kan vara uttryck för smärta.
- Låt personen vila i individuella sitt- och vilopositioner.
- Personer som inte själv kan vända sig måste hjälpas med lägesändringar.
- Använd vid behov sittedynor och antidecubitusmadrass för tryckavlastning.
- Hör med sjukgymnast eller arbetsterapeut som kan instruera om lämplig förflyttningsteknik.
- Rullstolen kan utrustas med bord som stöd för armen eller så kan personen erhålla annat skulderstöd.
- Förhindra felställningar.
- Observera och förebygg tromboflebiter.
- Vid behov ge smärtstillande. För full effekt av Panodil/Alvedon krävs 1,0 g x 4 dagligen.
- Ge smärtlindring kontinuerligt och utvärdera resultatet av behandlingen.

Sjuksköterskan tar i anamnesen reda på om den strokedrabbade personen haft smärttillstånd tidigare och observerar om personen visar tecken på smärta i den dagliga kontakten.

Sjuksköterskan har också som uppgift att förebygga situationer i omvårdnadsarbetet som kan förorsaka smärta för den strokedrabbade. Sjuksköterskan ger vid behov smärtstillande medel enligt generella ordinationer. Om detta inte är tillräckligt ska läkare kontaktas för ordination av lämplig smärtbehandling.

Sjukgymnasten gör en smärtutredning och smärtlindrar vid behov med akupunktur, TNS, värme, kyla eller aktiva rörelser. Vid exempelvis smärttillstånd i skuldran kan den sjukgymnastiska rörelsebehandlingen minska smärtan.

Arbetsterapeuten provar vid behov ut tekniska hjälpmedel som underlättar vid smärttillstånd och kan instruera om skonsamma och tonusnormaliserande arbetssätt vid exempelvis påklädning eller hushållsarbete.

Läkaren ställer diagnosen central eller perifer

smärta. Vid central smärta som är oåtkomlig för vanlig smärtlindring konsulterar läkaren centrum för smärtbehandling på Akademiska sjukhuset.

Personlig vård

Vad kan orsaka nedsatt förmåga att klara personlig vård efter stroke?

Förmågan att äta och dricka, förflytta sig, klä på sig och klä av sig, sköta personlig hygien och övrig kroppsvård som till exempel att borsta tänderna, kamma håret, klippa naglar påverkas i olika grad efter stroke.

Slapp eller spastisk förlamning i ena kroppshalvan eller i en arm och hand och nedsatt balans är vanliga orsaker till försämrad förmåga att klara sin egen person. Nedsatt förmåga att tolka omgivningen och känna igen föremål, nedsatt kropps- och rumsuppfattning, nedsatt känsel och nedsatt förmåga att lösa problem är andra viktiga faktorer som kan påverka förmågan att klara den personliga vården.

De konkreta svårigheterna kan variera mycket från individ till individ.

Munhygien

Insjunknade i stroke påverkar munhälsan. Nedsatt rörelseförmåga i munnens muskulatur och bortfallet av sensoriska signaler gör att beläggningar och matrester samlas i munhålan. Dessutom påverkas tuggförmågan.

Nedsatt rörelseförmåga i händerna och kognitiva förändringar kan innebära att den egna munvården försämras. Strokepatienten behöver därför få daglig hjälp med munvården av vårdpersonalen.

Tandhygienist och tandläkare kan utforma individuella munhygienrutiner och åtgärder för att förebygga karies.

Vad kan man göra vid svårigheter att klara personlig vård?
Arbetsterapeuten gör en bedömning av den strokedrabbade personens förmåga att utföra personlig

vård (adl-bedömning). Adl-bedömningen utgör underlag för beslutet om fortsatt rehabilitering och behovet av service och tillsyn i hemmet. Utifrån adl-bedömningen och en kartläggning av aktivitetsbehovet formuleras i samråd med personen ett mål för träningen.

Ofta deltar sjuksköterskor och undersköterskor i den fortsatta träningen och kan utifrån arbetsterapeutens adl-bedömning stödja, hjälpa och träna personen på adekvat sätt.

Det är viktigt att alla personalkategorier runt den strokedrabbade personen, personen själv och närstående arbetar mot det gemensamma målet.

Träningen och den spontana läkningen medför att många strokedrabbade återfår god förmåga att klara sin personliga vård. I de fall detta inte sker kan arbetsterapeuter vid behov prova ut och ordinera tekniska hjälpmedel och initiera anpassning av bostaden. På så sätt kan många personer trots begränsad funktion klara sin egen person.

Personer som efter stroke får bestående svårigheter att självständigt klara sig har stort behov av att uppehålla den restförmåga de har och att få hjälp med de aktiviteter som de inte klarar.

Hur kan hygien- och påklädningssituationen underlättas? Avskildhet bör eftersträvas. Tänk på individens integritet.

- Se till att den strokedrabbade individen har och ”ser” de tillbehör som han behöver. Det är bäst om han kan hämta och transportera tillbehören själv, hjälp annars till.
- Se till att den individ som har problem med balans och förflyttning sitter säkert på pall, stol eller i rullstol.
- Låt den strokedrabbade klara olika tvätt- och påklädningmoment så långt det är möjligt. Tänk på att det kan vara svårt att tvätta sig under den svaga armen.
- Börja med den svaga armen vid påklädning av överkropp.
- Börja med den friska armen vid avklädning av överkropp.
- Börja (vanligtvis) med det svaga benet vid påtagning av byxor och strumpor, det svaga benet i kors över det friska eller den svaga foten på pall.
- Om det föreligger svårigheter med varseblivning eller kognition som påverkar hygien och påklädning; se tips i det neuropsykologiska avsnittet på sidan 19.

Aktiviteter i hem och närmiljö

Hur påverkas förmågan till vardagsaktiviteter i hem och närmiljö efter stroke?

Förmågan att tillaga mat, värma eller ta fram mat, göra mindre och större inköp, städa bostaden, tvätta och ta hand om det tvättade samt att transportera sig med privata eller allmänna färdmedel som till exempel egen bil eller buss kan påverkas i olika grad efter stroke. Förmågan att sköta sin egen ekonomi och genomföra post- och bankärenden kan också påverkas.

Orsakerna till nedsatt förmåga att utföra vardagsaktiviteter kan vara många. Slapp eller spastisk förlamning i ena kroppshalvan eller i en arm och hand, nedsatt balans, nedsatt känsel eller nedsatt kommunikationsförmåga är några möjliga orsaker. Vanliga orsaker är också tankemässiga/kognitiva förändringar som strokesjukdomen för med sig.

Minnet och förmågan att göra flera saker samtidigt (simultanförmåga) kan vara nedsatta. Det kan finnas svårigheter att planera den aktivitet man skall utföra samt lösa problem som uppstår under aktiviteten. Nedsatt rumsuppfattning och svårigheter att tolka omgivningen kan vara andra orsaker som försvårar aktiviteter i bostaden och utanför hemmet.

Vad kan man göra vid svårighet att utföra vardagsaktiviteter?

Arbetsterapeuten bedömer förmågan att genomföra vardagsaktiviteterna. Utifrån bedömningen planeras träningen som fokuserar på aktiviteter som är viktiga för den enskilde individen.

Träning och bedömning påbörjas under sjukhusvistelsen och kan sedan fortsätta i individens hemmiljö. Träningen kan inriktas mot att med förbättrad funktion klara att utföra aktiviteter på samma sätt som tidigare. Träningens fokus kan också vara att träna in nya strategier för att klara viktiga vardagsaktiviteter på ett annorlunda sätt än tidigare. Det sistnämnda är ofta viktigt för att kompensera för tankemässiga begränsningar.

Sjukgymnasten bedömer och tränar individens förflyttningsförmåga under sjukhusvistelsen, träningen kan sedan fortsätta i hem- och närmiljö. Personen kan till exempel behöva träna förflyttningar inom- och utomhus, att kunna ta sig i och ur en bil eller hantera rollator i trafik och över trottoarkanter.

Hur gör man när den psykosociala miljön är ett hinder för aktivitet?

Ett tätt socialt nätverk kan verka både stödjande och begränsande för den strokedrabbade individens egen aktivitet. Det är viktigt att tillsammans med närstående och den strokedrabbade diskutera igenom omgivningens värderingar och arbets- och rollfördelningen i familjen. Tar den närstående ”över” mer än den strokedrabbade vill? Tillåts den strokedrabbade av omgivningen att vara aktiv med det han/hon önskar?

Hur gör man när den fysiska miljön är ett hinder för aktivitet?

Arbetsterapeuten gör tillsammans med den strokedrabbade personen en bedömning av vilka effekter funktionsnedsättningen ger i boendet. Det kan till exempel gälla tillgängligheten till och inom bostaden. Om personen behöver rullstol eller gånghjälpmedel ställs stora krav på tillgängligheten i bostaden. Borttagande av trösklar och montering av ramper och automatiska dörröppnare ökar tillgängligheten.

För att underlätta och möjliggöra för individen att klara sin personliga hygien behöver ibland badkaret anpassas med en badkarsbräda eller en duschplats iordningställas.

Minnessvårigheter medför ofta problem i boendesituationen. En spisvakt/timer gör att man kan återuppta matlagning på ett säkert sätt.

Hur kan säkerheten i närmiljön förbättras på enkelt sätt?

- Ta bort småmattor där den strokedrabbade personen ofta går.
- Lägg antihalknät under de mattor personen vill ha kvar.
- Tipsa om att använda skor som sitter stadigt på foten.
- Se till att trösklar och el- och telefonsladdar tas bort och ej är i vägen där personen skall gå.
- Stödhandtag, till exempel i badrummet, kan underlätta vid uppresning och förflyttning.
- Det som används ofta skall finnas lättillgängligt i köket.
- Tänk på att ha flera telefoner, gärna en vid sängen.
- Kortnummerfunktion på telefonen kan underlätta.

Fritids- och sociala aktiviteter

Vad kan vara orsak till att fritids- och sociala aktiviteter inte återupptas efter stroke?

Efter ett strokeinsjuknandet kan det finnas många olika orsaker till att personen som insjuknat inte återupptar fritids- och sociala intressen i samma utsträckning som tidigare.

Det kan vara fysiska funktionsbegränsningar som förändrad motorik och känsel som gör det svårt att komma ut och att komma till aktiviteten. Begränsad kommunikationsförmåga, svårigheter att bearbeta snabb information, personlighetsförändringar, oro, trötthet, nedsatt initiativförmåga eller depressioner kan försvåra återgång till tidigare fritids- och sociala aktiviteter.

Vad kan man göra vid svårigheter att klara fritids- och sociala aktiviteter?

Stöd och motivering eller träning bestående av återinläring eller hjälp att strukturera aktiviteten/intresset kan vara det som behövs för att återuppta fritids- eller sociala aktiviteter efter ett insjuknande i stroke. Många aktiviteter kan anpassas så att de fungerar utifrån de nya förutsättningarna eller så kan nya aktiviteter introduceras.

Den strokedrabbade individens motivation är här av stor betydelse. Fritids- och sociala aktiviteter kan utgöra en mycket central och betydelsefull del av en individs liv och vara viktiga för välmående och hälsoupplevelse. Men i vissa fall kan det också vara bra att få en anledning att sluta med aktiviteter som upplevts betungande.

Arbetsterapeuterna har kännedom om vilka sociala aktiviteter som finns i närmiljön och kan erbjuda bedömning och träning av aktivitetsförmåga relaterat till aktivitetens krav.

Vid behov kan nya alternativ hittas i samråd med den strokedrabbade, till exempel aktiviteter som kursverksamheterna, frivilligorganisationerna eller kyrkan anordnar. Det kan också gälla möjligheten att äta och delta i fritidsverksamhet på servicehus.

Arbete

Kan man fortsätta att arbeta efter stroke?

Om det är realistiskt för personen att återgå i arbete bör man noga överväga när i tiden och i vilken omfattning detta bör ske.

Arbetsåtergången bör ej ske för snabbt efter insjuknandet. Dock kan det vara bra att besöka arbetsplatsen och bibehålla den sociala kontakten med arbetsledare och arbetskamrater under en lång sjukskrivningsperiod.

Den fysiska miljön kan behöva anpassas för att bli tillgänglig för personen. Detta bekostas av Försäkringskassan eller arbetsgivaren.

Det bör diskuteras individuellt hur arbetsåtergången ska utformas. En vanlig rekommendation är att till en början arbeta alternativt arbetsträna på 25 - 50 %, med en långsam upptrappning.

Det är viktigt att de personer som återgår i arbete utan arbetsträning följs upp av någon med kunskap om strokesjukdom, på grund av att sjukdomens konsekvenser ofta inte blir tydliga förrän personen återgått till sitt vardagliga liv.

Möjlighet till *arbetsträning* ges via Försäkringskassan, och då utgår rehabiliteringsersättning. Arbetsträning innebär att inga krav på specifik arbetsinsats finns, utan personen ges möjlighet att i lugn och ro komma in i arbetsuppgifterna igen. Rehabiliteringsteamet på hjärnskaderehabiliteringen, Akademiska sjukhuset (avdelning 170) kan göra en förberedande bedömning om och när arbetsträning är aktuell.

Rehabiliteringskliniken har i de individuella fallen nära samarbete med Försäkringskassan kring arbetsträning och medverkar i utvärdering av arbetsträningsperioder. Detta samarbete inkluderar den strokedrabbade personen, arbetsgivare och arbetsledning. Det är önskvärt att arbetsträningsperioden ger möjlighet till att systematiskt prova de arbetsuppgifter som är aktuella och att prova att utöka arbetstiden. Resultatet utvärderas tillsammans och ger möjlighet att göra en realistisk planering för hur personen i någon utsträckning ska kunna arbeta på längre sikt.

Se även avsnittet om sjukskrivning, sidan 10.

Sexualitet

Hur kan den sexuella förmågan och tillfredsställelsen med sexuallivet påverkas efter stroke?

Efter slaganfall är det mycket vanligt med sexuell problematik hos såväl kvinnor som män. Den sexuella tillfredsställelsen minskar för majoriteten efter stroke. Oftast gäller det också partnern.

Det finns i dag goda möjligheter att undvika eller minimera dessa problem. Det är därför viktigt att tidigt i rehabiliteringsförloppet tala om sexualiteten och eventuell oro relaterad till sexuallivet och parförhållandet.

Nedsatt förmåga att nå orgasm är vanligt förekommande efter hjärnskada. Dessutom upplever två tredjedelar av männen svårigheter att få erektion. Hälften av kvinnorna föreligger nedsatt utsöndring i vagina efter slaganfall. Vissa män drabbas också av för tidig utlösning.

I några fall kan den sexuella förmågan vara nedsatt på grund hormonrubbingar till följd av hjärnskadan. Det vanligaste är dock att psykologiska faktorer ligger bakom störningarna. En majoritet av patienterna under 70 år, såväl män som kvinnor, upplever att sexuallivet är otillfredsställande.

Mot denna bakgrund är det mycket viktigt att så tidigt som möjligt diskutera sexualitet och sexuella problem med samtliga hjärnskadade patienter och helst också med deras partners.

Attityden vid utredningen bör vara tillåtande. Med detta menas att man måste ge patienten/partnern upplevelsen av att de är eller kan vara människor med sexuella önskemål, behov och problem. Inom hjärnskaderehabiliteringen bör åtminstone några i personalen vara kunniga på detta område och beredda att diskutera frågor som har med sexualitet att göra. Enklare råd bör även kunna ges.

Samtliga yngre patienter och helst också deras partner – om sådan finns – skall, om inte kontraindikation mot detta föreligger, få möjlighet att träffa sexolog. Akademiska sjukhusets sexologiska enhet på neurocentrum har mycket att erbjuda både vad gäller rådgivning och terapi.

Depression

25 000 människor per år drabbas av stroke i Sverige. Upp mot 40 procent av dem utvecklar en depression. Vanligen debuterar depressionen under de första tre månaderna efter strokeinsjuknandet.

Depressionen kan utvecklas abrupt eller smygande över månader. Det finns undersökningar som visar att depression debuterar tidigare efter strokeinsjuknandet hos individer med vänstersidig skada jämfört med individer med högersidig skada. Under det första året efter stroke har mer än var tredje individ som insjuknat i stroke drabbats av depression.

Riskfaktorer för utvecklande av depression är bland annat afasi, nedsatt adl-förmåga, brister i det sociala skyddsnätet, cerebral atrofi eller annan tidigare cerebral sjukdom, näringsbrist, andra samtidiga sjukdomar och läkemedelsbiverkningar.

Hur kan depression efter stroke yttra sig?

Symptom på depression kan vara håglöshet, nedstämdhet, irritation, agitation, apati, trötthet, initiativlöshet, dålig aptit, sömnstörningar, koncentrationssvårigheter och kognitiv svikt (demensliknande bild). Om du misstänker att en individ efter stroke drabbats av depression, kontakta patientansvarig läkare.

Hur diagnostiseras och behandlas depression efter stroke?

Före insättande av antidepressiv terapi är det viktigt att diagnosen depression är säkerställd. Ett bra hjälpmedel för detta är DSM IV och MADRS (Mongomery-Åsberg Depression-Rate-Scale).

Faktorer att beakta vid MADRS:

- Sänkt grundstämning
- Nedstämdhet
- Ångestkänslor
- Minskad nattsömn
- Minskad aptit
- Koncentrationsproblem
- Initiativlöshet
- Minskat känslomässigt engagemang
- Depressivt tankeinnehåll
- Livsleda och suicidtankar

Varaktigheten av obehandlad depression efter stroke är vanligen 1–2 år, dock med stor risk för kronisk utveckling. Negativa följder av obehandlad depression är sämre återhämtning, sänkt livskvalitet för den stokedrabbade och närstående samt negativ inverkan på överlevnaden efter stroke. Det är därför av stor vikt att individer med depression får behandling.

I första hand rekommenderas selektiva serotoninåterupptagshämmare på grund av gynnsam biverknings- och interaktionsprofil. Behandling bör ges under minst 6 månader för att minska risken för återfall. Vid tecken på försämring återinsättes preparatet och långtidsbehandling övervägs.

Psykosocial och psykologisk behandling bör komplettera den farmakologiska.

Gråtmildhet och ofrivilliga skratt

Särskilt gråtmildhet men också ofrivilliga skratt (affektlabilitet) är vanligt efter stroke. Som regel räcker det med att förklara fenomenet för den stokedrabbade och närstående. Ibland kan det dock vara störande och ett hinder för rehabiliteringen.

Behandling med ett modernt antidepressivt medel (selektiv serotoninåterupptagshämmare) ger ofta snabb lindring. I mildare fall kan det användas vid behov (en tablett kvällen innan) inför en särskilt emotionellt laddade situation.

I svåra fall kan psykologisk behandling behövas. Vanligen klingar besvären av med tiden.

Krisreaktioner

Hur kan krisreaktioner yttra sig och hur påverkas den strokedrabbade familjen?

Då en människa insjuknar i stroke innebär det också en kris för familjen. En sådan kris innehåller olika stadier där varaktigheten och det sätt man påverkas på och reagerar varierar.

Ofta är den sjuke och familjemedlemmarna ur fas med varandra. Är den strokedrabbade medvetlös eller ganska omedveten om skadans omfattning plågas kanske familjen av stor oro.

Kommer han att klara sig?

När förbättringar kommer och de närstående känner lättnad och glädje kommer kanske den sjuke själv till en första insikt. Så kanske det går upp för familjen att tillfrisknandet inte är lätt eller självklart och missmodet kommer igen. Vid samma tidpunkt kanske den sjuke märker förbättringar och är hoppfull. På det här sättet böljar krisen upp och ned mellan vågdalar och toppar där den sjuke och familjemedlemmarna ofta kan vara i olika faser.

Den sjuke kan ha en begränsning i mentala funktioner som medför att han inte uppfattar sin situation realistiskt varför någon sorgereaktion inte uppstår i vanlig mening. På grund av skadan har kanske den sjuke begränsade resurser att bearbeta det inträffade. Den sjuke genomgår en lång och mödosam process där bilden av det gamla jaget måste blandas med ett nytt.

Om det finns minderåriga barn är det viktigt att de ges möjlighet att träffa den sjuka föräldern. Barn tänker och reagerar men visar det inte alltid. Om barn undanhålles verkligheten skapar de ofta förstörade och snedvridna bilder. Barn kan införliva med sin värld och bearbeta om de får vara delaktiga. En god regel på våra sjukhus borde vara att aktuell personal åtminstone vid något tillfälle träffar patientens barn för information och tillfälle till frågor.

Alla människor råkar ut för kriser. Plötsligt hamnar man i en livssituation där tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man ska förstå och bemästra den aktuella situationen. Att vara i en kris är ingen sjukdom. Att man är i kris märks på olika sätt, det beror på vem man är och vad som har hänt. Det kan också variera från en period till en annan. En vanlig reaktion är sänkt

stämningssläge, man orkar kanske ingenting och har inte lust med något. Oro är ett annat symptom. Det kan visa sig som att man är virrig eller pratig, att man gräver ned sig i arbete eller springer från den ena aktiviteten till den andra. Oron kan också visa sig i fysiska symptom, till exempel oklara smärtor. Det är inte ovanligt att en människa i kris isolerar sig från andra och går in i sig själv.

Man brukar skilja på traumatiska kriser och utvecklingskriser. En traumatisk kris beror på en yttre händelse, till exempel skilsmässa, sjukdom, dödsfall, arbetslöshet. En utvecklingskris hänför sig till olika perioder i människans liv, till exempel puberteten, att flytta hemifrån, att bli förälder, att bli pensionär. Om insjuknandet sammanfaller med en omställning i livet kan påfrestningen bli särskilt stor.

Hur man påverkas av en kris beror på många olika faktorer, inte minst sjukdomens svårighetsgrad. Under en kris finns ibland gamla och fördröjda kriser som inte tidigare bearbetats. Då en ny kris uppkommer kan de gamla, obearbetade kriserna komma upp till ytan och bearbetas. Personliga resurser och svagheter påverkar krisens förlopp.

Krisintervention innebär att man stötts på vägen framåt och att man styrs förbi vissa hinder då man saknar känslomässig, intellektuell och handlingsmässig beredskap. I krisinterventionen får man hjälp att känslomässigt bearbeta det inträffade. Information ska ges med känsla för vad man vill veta och hur mycket man kan hantera.

En stödperson återför en till verkligheten när man tappar greppet, blir orealistiskt hoppfull eller känner sig nedstämd. En stödperson kan avråda från ”vansinnigheter”, som att sälja villan i all hast eller säga upp sig från arbetet – men också ingjuta mod genom att vara ett vikarierande hopp. Krisintervention ges i första hand av kuratorer och psykologer som har särskild kompetens inom området.

Anhöriga och närstående

Hur förändras situationen för de närstående efter stroke?

Stroke innebär ofta en stor omställning för de närstående. Hur de påverkas är individuellt och beror på en rad faktorer som till exempel skadans omfattning och vilka symtom skadan givit upphov till, vilken relation de närstående har till den skadade, vilken beredskap de närstående har att anpassa sig till den nya situationen och vilket stöd den närstående kan få från omgivningen. Det är vanligt att de närstående hamnar i en kris, som kan innebära långa perioder av sorg och nedstämdhet och där man upplever att det inte finns något sammanhang mellan tiden före och efter skadan.

Att vara närstående till en strokedrabbad innebär ofta att man ställs inför nya krav att man får ta ett ökat ansvar för till exempel hem och ekonomi. Detta leder till att tidigare roller måste förändras och en helt ny roll som vårdare kan också tillkomma.

De närstående som vårdar den skadade upplever ofta en stor trötthet, som gör att man inte orkar hålla kontakt med vänner och tidigare fritidsaktiviteter och det bidrar till att familjen kan bli isolerad. Den sociala isoleringen beror också på att omgivningen inte vet hur de ska närma sig den skadade och hans familj.

För en del närstående är det också svårt att bli beroende av sjukvården och annan hjälp från samhället. Man har varit vana att klara sig på egen hand och det kan upplevas integritetskränkande att behöva visa upp familjens situation för utomstående. Ekonomin påverkas också negativt och det krävs ofta en rad praktiska förändringar, som byte av bostad eller bostadsanpassning, som kanske inte är så positiva för resten av familjen.

För många närstående är det en svår livsomställning efter stroke. Det är vanligt med skuld känslor över att man inte orkar ställa upp som man önskar och anhörigvårdare negligerar ofta sin egen hälsa och drabbas av psykosomatiska besvär.

Vilka åtgärder kan vara till stöd för de närstående?

I det akuta skedet kan de närstående ibland behöva professionellt krisstöd för att bearbeta det inträffade. De närstående kan också behöva personligt stöd i ett

senare skede för att orka med sin roll som vårdare.

Kunskap om skadan och dess följdverkningar behövs för att de närstående skall känna sig trygga och för att de ska kunna anpassa sig till den nya livssituationen. Många anhöriga behöver också praktisk hjälp med den skadade i hemmet samt avlastning. En så kallad avlastningsplats skall vara placerad i en miljö som upplevs som stimulerande av den drabbade och dess anhöriga.

För alla som kommer i kontakt med närstående inom vård och boende är det viktigt att:

- Förmedla att den strokedrabbade får en bra vård och rehabilitering så att de närstående kan känna sig trygga.
- Informera om skadan, behandlingen, samhällets stödinsatser med mera, samt ge råd och instruktioner för att underlätta vardagslivet.
- Lyssna till de närståendes erfarenheter och kännedom om den skadade.
- Låta de närstående vara delaktiga i rehabiliteringen i den omfattning de vill och orkar.
- Lyssna till hur de närstående mår.

Var finns experten?

Den strokedrabbade själv och hans närstående blir experter på den egna sjukdomen och dess konsekvenser.

Även den närmaste vårdpersonalen blir experter på just den individen och dennes vårdbehov, närmiljö och förändringar i tillstånd.

Sjukhus

I den akuta fasen vårdas den strokedrabbade på strokeenhet. *Strokeenheter* finns vid Akademiska sjukhuset och på lasarettet i Enköping. Där finns team med läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, logoped, kurator och dietist som arbetar specialiserat med personer som drabbats av stroke.

Team finns även vid geriatrikcentrums vårdavdelningar i Uppsala, Tierp, Östhammar samt vid lasarettets dagrehabilitering och hemrehabilitering i Enköping. I Enköping finns en rehabiliteringssavdelning som drivs genom ett treårigt samarbetsprojekt mellan Landstinget i Uppsala län och Enköpings kommun för patienter med behov av

fortsatt rehabilitering dygnet runt efter vistelse på strokeenhet.

Specialiserade dysfagiteam finns vid geriatrikcentrum i Uppsala för patienter i sluten- och öppenvård och vid Akademiska sjukhusets logopedmottagning.

Vid behov av rehabilitering i öppenvård för personer i yrkesverksam ålder finns en samordning av resurser från rehabiliteringsmedicinska kliniken hjärnskadeöppenvård (avdelning 170 och uppföljningsteamet på Kungsgårdets sjukhus), vuxenhabiliteringen och primärvårdens sjukgymnastik. En gemensam remissgrupp bedömer och fördelar remisser som alltså kan ställas till vilken som helst av de ingående enheterna. Vid en första träff med patienten deltar två representanter från gruppen och bedömer om och i så fall vilka insatser som ska ges alltifrån enstaka besök till inskrivning i öppenvård med tillgång till komplett rehabiliteringsteam.

Primärvård

På mottagningarna inom primärvården finns sjukgymnaster som tar emot individer med stroke som bor i eget boende.

Individer med neurologiska skador tas emot på samtliga sjukgymnastikmottagningar förutom i Tierp, Östhammar och Gimo där patienten i första hand ska söka eller remitteras till respektive geriatrisk mottagning. Dessa tar emot patienter med neurologisk primärdiagnos, oavsett patientens ålder. I Uppsala finns sjukgymnaster med neurologisk kompetens på alla vårdcentraler.

Dietister finns i primärvården i Uppsala, primärvården i Norduppland och primärvården i Enköping.

Kommun

Efter utskrivning från sjukhuset finns det för den strokedrabbade individen möjlighet att i hemmet och vid kommunens särskilda boenden få insatser av kommunens team. Teamen består av sjuksköterskor/distriktsköterskor, vårdpersonal, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och i vissa fall rehabiliteringsassistenter som arbetar tillsammans runt individen utifrån ett rehabiliterande arbetssätt. Läkare ingår i viss utsträckning i teamen i särskilda boenden.

Vid behov av hemtjänst för praktisk hjälp i hemmet, behov av trygghetslarm, färdtjänst och vid avlastningsbehov för anhöriga eller behov av dagverksamhet vänder man sig till biståndshandläggare i kommunen.

Angående personlig assistans och reglerna kring detta hänvisas till lag (1998:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Biståndshandläggare kan informera mer om detta.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar utgår från hälso- och sjukvårdslagen och definieras genom den så kallade Ädel-överenskommelsen. Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård:

- I särskilda boendeformer.
- I hemmet när behov av hemsjukvård föreligger en längre tid (mer än 14 dagar och vårdtagare är fyllda 17 år). Ett undantag är arbetsterapeuternas ansvar för kortare rehabiliteringsinsatser. De ansvarar för tekniska hjälpmedel från det att personen fyller 21 år och för bostadsanpassning oavsett ålder.
- Vid dagverksamhet som är behovsprövad enligt socialtjänstlagen.

Rehabiliteringsansvaret regleras genom lokala rehabiliteringsavtal mellan landstinget i Uppsala län och respektive kommun.

Övriga specialistfunktioner

Taltjänst Kungsgärdet (tolkservice för talhandikappade samt ansvar för kommunikationshjälpmedel i länet).

Specialister på smärtproblematik finns vid centrum för smärtbehandling, Akademiska sjukhuset.

Specialkunskap om bilkörning och körkortsfrågor finns vid trafikmedicinskt centrum, Huddinge sjukhus dit yrkesförare vid behov kan remitteras.

Vid sexologiska enheten, neurocentrum på Akademiska sjukhusets finns erfarenhet av sexualrådgivning och sexologisk behandling riktade till strokedrabbade och dess närstående.

"Spasticitetsmottagningen" vid avdelning 170 kan efter bedömning hos läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut erbjuda den strokedrabbade behandling och rådgivning vid muskulär hypertonus.

För vissa patienter/personer med mer omfattande behov och kvarstående funktionshinder, finns möjligheten att söka insatsen, rådgivning och annat personligt stöd enligt *Lagen om Stöd och Service* till vissa funktionshindrade (LSS). Det är en rättighetsslagstiftning och beslut kan prövas i domstol. Det kan då handla om ett utökat och kompletterande stöd, inte behandling, utöver det som ges i övrigt från landstinget. Andra insatser enligt den lagen kan sökas i kommunen.

Litteraturtips

- Afasiförbundets informationsbroschyrer till anhöriga, sjukvårdspersonal, hemservicepersonal med flera "AFASI".
Beställs på 08-660 44 04, fax 08-660 00 04.
- Karlström B, Landin IL, Rothenberg E, Faxén G, Larsson Å, Överby E. Mat och kostbehandling för äldre. Problem och möjligheter. Livsmedelsverket 1998.
- Larsson A, Nilsson K. Att bli vårdare till sin livskamrat – om hur svår hjärnskada påverkar en parrelation och närstående. ICA bokförlag 1998
- Sonered E. Störningar i språk och kommunikation efter hjärnskada.
Beställs från Länslogopedin, 018-611 53 20.
- SoS-rapport 1997:9. Boken om Stroke-Ädel 50.
- Uppsala kommun och Uppsala läns landsting i samverkan. "Hoppsan så det kan gå". Att förebygga olycksrisker för äldre i hemmet och närmiljön. Beställs från Folkhälsoenheten, primärvården i Uppsala, 018-611 79 17.
- Nelander Å, Terént A. Humlan flyger igen. En bok om stroke (beställs på 08-721 21 00, fax 08/710 98 84). Boehringer Ingelheim 1999.
- STROKE-Riksförbundet i samarbete med NHR (redaktion B Norrving och A Terént) 2000. Strokeboken.
Beställs från info@strokeforbundet.org, 0-970630, fax 08-97 80 38.
- STROKE-Riksförbundet. Stroke mitt i livet – en informationsskrift. Beställs från info@strokeforbundet.org, 08-97 06 30, fax 08-97 80 38.
- Socialstyrelsen 2000. Nationella riktlinjer för strokesjukvård – version för beslutsfattare. ISBN 91-7201-420-2.
Tillgänglig på www.sos.se.
- Socialstyrelsen 2000. Nationella riktlinjer för strokesjukvård – version för hälso- och sjukvårdspersonal ISBN 91-7201-419-9.
Tillgänglig på www.sos.se
- Socialstyrelsen 2000. Nationella riktlinjer för strokesjukvård – information till dig som fått stroke och till dina närstående. ISBN 91-7201-421-0. Tillgänglig på www.sos.se
- Glader E-L, Stegmayr B, Johansson L, Hulter-Åsberg K, Staaf A, Wester P-O. Slaganfall – och sedan? Omfattande hjälpbehov två år efter slaganfallet, visar stor nationell studie. Läkartidningen 2001;41:4462-4467.
- Hulter-Åsberg K, Johansson L. Två år med stroke ur ett anhörigperspektiv. Socialmedicinsk tidskrift 2002;2:146-158.
- Socialstyrelsen 2000 (Äldreuppdraget 2000:13). Att drabbas av stroke – hur ser situationen ut två år efter insjuknandet? Tillgänglig på www.sos.se.
- Jensen J, Nyberg L, Lundin Olsson L. Fallolyckor kan förebyggas. "Fallutredning" Sjukgymnasten 1999;2:1-9.
Finns tillgänglig på www.lsr.se.
Beställs från LSRs kansli, 08-567 06 100.

Referensgrupper i programarbetet

Vårdprogramgruppen

Eva Aminder*	medicinskt ansvarig sjuksköterska, Enköpings kommun
Eva Bennemark*	överläkare, geriatrikcentrum, Akademiska sjukhuset
Lillemor Green Lundgren*	sjukgymnast, Svartbäckens vårdcentral
Björn Johansson*	överläkare, rehabiliteringsmedicin, neurocentrum, Akademiska sjukhuset
Caisa Leto*	vårdenhetschef, strokektionen, medicincentrum, Akademiska sjukhuset
Christina Lindahl*	överläkare, strokektionen, medicincentrum, Akademiska sjukhuset
Elsvig Löwenhoff*	husläkare, Samariterhemets vårdcentral, Uppsala
Stefan Carlson*	husläkare, Tierps vårdcentral
Birgitta Mogård Beckman*	medicinskt ansvarig sjuksköterska, Uppsala kommun
Mona Stålhandske*	arbetsterapeut, Uppsala kommun
Andreas Terént*	överläkare, strokektionen, medicincentrum, Akademiska sjukhuset

Expertgruppen för det medicinska behandlings- och utredningsavsnittet

Sten-Magnus Aquilonius	professor, neurologkliniken, Akademiska sjukhuset
David Bergqvist	professor, kirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset
Axel Fugl-Meyer	professor, rehabiliteringsmedicin, neurocentrum, Akademiska sjukhuset
Kerstin Hulter-Åsberg	docent, medicinskt centrum, lasarettet i Enköping
Hans-Göran Hårdemark	överläkare, neurologkliniken, Akademiska sjukhuset
Hans Lithell	professor, geriatrikcentrum, Akademiska sjukhuset
Lennart Persson	professor, neurokirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset

Expertgruppen för omvårdnads och rehabiliteringsavsnittet

Monika Bergel	logoped, foniatri och logopedi, Akademiska sjukhuset
Marianne Berglind	logoped, foniatri och logopedi, Akademiska sjukhuset
Karin Blom-Malmberg	dietist, medicincentrum, Akademiska sjukhuset
Gunilla Eriksson	arbetsterapeut, neurocentrums avd 170, Akademiska sjukhuset
Anita Larsson	kurator, primärvården Uppsala
Stig Larsson	sjuksköterska, Tierps kommun
Mats Norman	sjukgymnast, primärvården Uppsala
Erika Olsson	dietist, geriatrikcentrum, Akademiska sjukhuset
Annelie Ottander	kurator, neurocentrum 170, Akademiska sjukhuset
Staffan Stenson	neuropsykolog, neurocentrums avd 170, Akademiska sjukhuset
Ewa Söderström	arbetsterapeut, Uppsala kommun
Birgit Wahlberg	sjukgymnast, geriatrikcentrum, Akademiska sjukhuset
Viviana Zuniga	sjuksköterska, medicincentrum, Akademiska sjukhuset

Grupp för revidering av programmet

Vårdprogrammet har reviderats av de personer som ovan markerats med stjärna, samt	
Solveig Karlsson	sekreterare, strokektionen, medicincentrum, Akademiska sjukhuset
Christer Tengvar	överläkare, rehabiliteringsmedicin, neurocentrum, Akademiska sjukhuset
Stina Hallberg	sjukgymnast, rehabforum, lasarettet i Enköping

Omvårdnads- och rehabiliteringspersonal från geriatrikcentrum och strokeenheten vid Akademiska, från lasarettet i Enköping samt från Enköpings och Uppsala kommun har bidragit med synpunkter och kompletteringar

Kopierat häfte med strokeprogrammet kan beställas på 018-611 27 30,
medicincentrum, Akademiska sjukhuset.