

Stroke – Omvårdnadsrutin för undersköterskor avdelning 53-54

Revidering i denna version

Endast mindre förändringar eller språkliga förändringar vid denna revidering

Bakgrund

Stroke är ett samlingsnamn för både infarkt och blödning i hjärnan. TIA är en mindre infarkt där symtomen är övergående inom 24 timmar. Symtomen kan vara exakt lika för de tre sjukdomarna.

Orsakerna till infarkt i hjärnan eller TIA kan vara embolier som kommer ifrån hjärtat eller halskärlen. Övriga riskfaktorer kan vara hypertoni, förhöjda blodfetter, rökning, diabetes, inaktivitet och livsstil.

Vanliga orsaker till blödning är hypertoni och missbildningar i kärlen.

Undersköterskan har en viktig roll i omvårdnadsarbetet och den fortsatta rehabiliteringen.

Syfte

Syftet är att säkerställa en strukturerad och likvärdig vård och omhändertagande för stroke och TIA patienter på strokeenheten.

Åtgärder

Kommunikation

- Vid afasi/språkstörning fortsatt bemötande enligt logopedutlåtande avseende träning och hjälpmedel.
- Be anhöriga ta hit fotografier ex.
- Efterhöra tidigare intressen/familjeförhållande
- Vid neglekt, stimulera från svag sida, placera sängbord på svag sida. Rådgör med arbetsterapeut och sjukgymnast

- Vid minsta förändring av vakenhet, informera ansvarig sjuksköterska

Andning

- Saturation kontrolleras vid ankomst och efter 2 timmar, därefter fasta tider 07, 13, 19 och 01
- Vid POX under 95 %, kontakta ansvarig sjuksköterska
- Patient som har andningsflaska för träning, skall vattnet hållas av inför natten
- Daglig kontroll av funktion av sug och syrgas görs av undersköterska som arbetar kvällstur.

Cirkulation

- Blodtrycktagning enligt rutin för Blodtrycksmätning
- Blodtrycket kontrolleras vid ankomst och efter 2 timmar, därefter på fasta tider 07, 13, 19 och 01
- Kontrolleras första gången i både höger och vänster arm, därefter i höger arm om inte värdet skiljer mer än 10 mmHg
- Vid värden över 170/100 eller under 120/60, kontakta ansvarig sjuksköterska
- Vid cerebral blödning skall blodtrycket alltid mätas manuellt.
- Pulsen skall alltid mätas palpatoriskt
- Dokumentera om pulsen är oregelbunden
- Kroppstemperaturen mäts på samma tider som ovan, informera ansvarig sjuksköterska vid temp över 37,5
- Koppla telemetri efter ordination av sjuksköterska
- Vid ankomst till avdelning görs alltid en bedömning utifrån NEWS poäng och skrivs in i Melior. Vid avvikande mätvärden ordination på fortsatt mätning.

Nutrition

- Ingen mat eller dryck får ges förrän sväljbedömning är gjord av sjuksköterska alternativt att sjuksköterskan delegerat sväljbedömning till strokeutbildad undersköterska
- Vikt och längd skall tas på alla patienter. Vikten skall vägas och inte efterfrågas.
- Patient med sväljsvårigheter ska ha anpassad kost och dryck. Skall utvärderas dagligen om patienten förbättras eller försämras.
- Vid försämring, ex. patient hostar eller får fördröjd sväljning, avbryt måltiden och informera ansvarig sjuksköterska
- Var observant på om patienten samlar mat i kinden, munvård är viktig efter måltid
- Skall sitta uppe 20-30 minuter efter avslutad måltid
- Om patienten förväntas klara en annan konsistens än tidigare, informera ansvarig sjuksköterska som gör en ny sväljbedömning
- Vätskelista eller Mat&Vätskeregistrering följs på patienter med sväljsvårigheter eller av annat behov. Ifylls noggrant.
- Om dåligt intag av mat och dryck måste sjuksköterskan informeras
- Riskbedömning av munhälsa enligt ROAG görs på alla patienter.
- Munvårdsbricka dukas till alla patienter med nedsatt vakenhet, sväljsvårigheter och sond och byts dagligen
- Munvård skall ske vid varje vändning, alternativt oftare vid behov
- Undersköterskan ansvarar för kontakt med tandhygienist och faxar arbetsblad på angiven dag
- Patient med sond skall ha förhöjd huvudända med 30 grader
- Patient med sond där sondnäringen tar slut, får pumpen stängas av och spolats med vatten men ansvarig sjuksköterska måste informeras

Elimination

- Kontroll av bladderscan vid ankomst, vid resurin över 400 ml, kontakta ansvarig sjuksköterska
- Resurin dokumenteras under mätvärde i Melior
- Urinsticka skall tas på alla patienter vid inläggning. Om avvikande värde, spara för urinodling, markera röret och kontakta ansvarig sjuksköterska
- Vid dragning av KAD ska kontroll av resurinmängd ske vid upprepade mätningar.

- Vid obstipationstendens och svårighet att tömma urinblåsan bör patienten om möjligt komma upp på toalettstol.
- Ge rikligt med dryck, fiberrik kost och uppmuntra till aktivitet.
- Tarmfunktion dokumenteras noggrant och förs in på mätvärde i Melior

Hud/vävnader

- Kontroll av hudkostym
- Vid sängliggande patient, vändningar var annan timma dagtid och var tredje timma nattetid
- Vid immobiliserad patient eller på annat sätt riskpatient att utveckla trycksår och vid förväntad längre vårdtid används tryckavlastande specialmadrasser som beställs via Columna
- Informera ansvarig sjuksköterska om början till trycksår och om ev. åtgärder har påbörjats
- Använd grindskydd vid behov

Aktivitet

- Mobilisering startas så snart sjuksköterska givit klartecken
- Förflyttning sker mot svag sida
- Sängbord placeras på svag sida
- Om möjligt tänk på placering i rummet
- Patient förses med kuddar för att kunna ligga i viloställningar, se Viloställningar
- Vid cerebral blödning skall mobilisering ske efter läkarordination
- Patient med cerebral blödning eller vid stora infarkter ska patienten ligga med 30 graders förhöjd huvudända
- Eftersträva att patienten kommer upp i stol till alla måltider
- Utnyttja tillfället när patienten skall till matsalen att gångträna
- Patienten ska medverka i alla dagliga aktiviteter efter förmåga
- Förflyttningar sker utifrån riktlinjer av fysioterapeuten

Fallrisk

- Orolig patient skall ej lämnas ensam på ex toaletten
- Viktigt att patienten har bra skor som sitter bra på fötterna, be anhöriga ta hit skor. Halksockor kan vara ett alternativ
- Följa åtgärder i fallriskvårdplan när sådan är upprättad
- Viktigt att säkerställa åtgärder inför natten som minskar fallrisk.
- Plocka undan hjälpmedel som inte behövs ex.

Sömn

- Rutiner inför sänggåendet, byte till nattskjorta, borsta tänder samt toalettbesök är en del av träningen
- Viktigt med vila under dagen efter patientens behov

Information

- Viktigt att all personal har kännedom om olika undersökningar för att kunna informera patienten inför
- Informera ansvarig sjuksköterska när patienten varit på CT för att svaret skall kunna bevakas för att snabbt sätta in behandling
- Visa informationspärmarna på salarna

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Neurologi-stroke

Innehållsansvar: Ann-Loise Lindström, (annli7), Sjuksköterska

Godkänd av: Jeanette Faeder, (jeafa2), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10118-83671035-56

Version: 3.0

Giltig från: 2025-11-19

Giltig till: 2027-11-19