



Appendix till handläggning av  
Stroke och TIA  
Skaraborgs sjukhus  
2024

Lokala rutiner

## Förord

Detta är ett appendix till handläggning av Stroke och TIA för Skaraborgs sjukhus 2024. Här finns fördjupad information om stroke som sjukdom, stroketeamet och deras arbetssätt samt omvårdnad efter stroke.

**Ansvariga för bearbetning:** läkarna Skaraborgs sjukhus strokeenhet, Caroline Bertills och Alexander Johansson samt leg sjuksköterska Annelie Ringblom och Åsa Rejnö

## Innehåll

Länkar till fördjupningsmaterial .....	1
Kliniska kunskapsstöd vid stroke.....	1
Stöd för bedömning med NIHSS .....	1
Guidelines AHA, Early management on stroke .....	1
Nationella riktlinjer för vård vid stroke.....	1
Vårdkedjan vid stroke, film .....	1
Nutrition .....	1
Terminologi.....	2
Stroke.....	3
Hjärninfarkt.....	3
Symtomkonstellationer vid cerebrala infarkter .....	4
Malign mediainfarkt.....	6
Progredierande stroke.....	6
Symtomkonstellationer vid cerebrala blödningar.....	7
Expansiv cerebellär infarkt.....	7
Stroke hos yngre (<50 års ålder) .....	8
Stroketeamet och dess arbetssätt .....	9
Tidig mobilisering.....	9
Mål och utvärdering.....	9
Hembesök.....	9
Utskrivning och överrapportering.....	9
Omvårdnad .....	11
Temperatur.....	11
Nutrition .....	11
Nasogastrisk sond .....	12
Problem från munnen samt relaterat till tandprotes och liknande .....	12
Psykisk stimulering, social aktivering och berikande miljö .....	12
Logopedi .....	13
Språk- och talstörningar.....	13
Dysfagiutredning och behandling .....	15
Dysfagienheten .....	16
Arbetsterapi .....	16
Bedömning.....	16
Behandling .....	16

Fysioterapi .....	17
Fysioterapeutens uppgifter.....	17
Motorik- och koordinationsträning.....	17
Förflyttningsteknik .....	17
Balans- och gångträning.....	18
Vilopositioner.....	18
Skuldra .....	18
Kurator - psykosocialt stöd .....	18
Samtalsbehandling.....	18
Hjälp att planera för framtiden.....	19
Kognitiva störningar (utöver talstörning).....	19
Perceptionsstörningar.....	19
Närståendes engagemang .....	22
Odontologiskt omhändertagande vid stroke .....	23
Palliativ vård vid stroke.....	23
Närståendes situation .....	24

## Länkar till fördjupningsmaterial

Kliniska kunskapsstöd vid stroke

<https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/#s>

Där finns de två personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen och aktuella riktlinjer. Detta omfattar bl.a. dysfagi, munhälsa, ny rehabiliteringsbedömning, reperfusionsterapi, slutning av PFO, tidig understödd utskrivning och uppföljning efter stroke och TIA – Post-stroke checklisten.

Stöd för bedömning med NIHSS

<https://www.gu.se/neurovetenskap-fysiologi/nih-strokeskala-nihss>

- Instruktionsfilm NIHSS kort version (4 min) [https://play.gu.se/media/0\\_4hcm5gvz](https://play.gu.se/media/0_4hcm5gvz)
- Instruktionsfilm NIHSS lång version (18 min) [https://play.gu.se/media/t/0\\_9cpk04za](https://play.gu.se/media/t/0_9cpk04za)
- Manual NIHSS [https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2018/05/SKL\\_NIHSS-manual\\_A4\\_webb\\_f%c3%b6r-utskrift-final.pdf](https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2018/05/SKL_NIHSS-manual_A4_webb_f%c3%b6r-utskrift-final.pdf)

Guidelines AHA, Early management on stroke

<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STR.0000000000000211>

Nationella riktlinjer för vård vid stroke

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/stroke/>

Vårdkedjan vid stroke, film

[VGRplayer - Reperfusionslarm](#)

Nutrition

**ESPEN guidelines (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism); om klinisk nutrition inom området neurologi**

[https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN-guideline\\_clinical\\_nutrition\\_in\\_neurology.pdf](https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN-guideline_clinical_nutrition_in_neurology.pdf)

Rekommendationerna för diagnosen stroke (punkt 6) omfattar s. 375-382, rekommendation 52 -72.

***Styrdokument SkaS kring Kost, mat och näring***

**Mat- och vätskelista**

[Mat- och vätskelista – från registrering till åtgärder](#)

**Riskbedömning undernäring, åtgärder och dokumentation**

[Undernäring - riskbedömning, åtgärd och dokumentation](#)

## Terminologi

**Stroke** (=slaganfall): En störning av blodcirkulationen i ett område av hjärnan som leder till skada på hjärnvävnaden och neurologiska bortfallssymtom som varar längre än 24 timmar.

**Cerebral infarkt:** Irreversibel skada av hjärnvävnad på ischemisk bas. Dessa kan indelas etiologiskt i fyra grupper (se nedan under stroke).

**Intracerebral blödning:** Primär blödning in i hjärnparenkymet.

**TIA (transitorisk ischemisk attack):** Övergående fokala neurologiska symtom av ischemisk genes som inte varar längre än 24 timmar. Ses ischemisk förändring på MRT är diagnosen stroke. De flesta TIA beror på blodproppar som snabbt löses upp.

**Amaurosis fugax** är definitionsmässigt en TIA och innebär monokulär akut övergående synnedsättning eller blindhet.

**Subaraknoidalblödning:** Utgör 5 % av alla stroke. Skiljer sig från övriga cerebrovaskulära sjukdomar genom att orsaka intrakraniell tryckstegring och kraftig inflammationsreaktion i hjärnhinnorna. Den vanligaste orsaken är att ett aneurysm brister och orsakar ett akut, ofta livshotande, tillstånd. Det typiska insjuknandet är plötsligt påkommande intensiv huvudvärk, ofta med illamående och kräkningar, ev. följt av medvetandepåverkan. Sekundärt kan man, pga. jetstråleffekt, få intracerebral blodansamling och fokalneurologiska symtom. Ofta kommer anfallet med plötslig huvudvärk, som "en blix från klar himmel", hos relativt unga och förut symtomfria individer. Vid misstanke om subaraknoidalblödning utförs datortomografi av hjärnan urakut, om denna är negativ och mer än sex timmar har gått efter symtomdebut kompletteras utredningen med lumbalpunktion enligt vårdprogrammet.

**Sinustrombos** är ett ovanligt tillstånd, men frekvensen kan vara underskattad. Vanligen drabbas sinus sagitalis superior eller sinus transversus. Insjuknandet sker i alla åldrar med en ansamling av fall hos yngre kvinnor, ibland sekundärt till graviditet/puerperium.

Symtombilden varierar starkt, en kombination av besvär sekundära till ökat intrakraniellt tryck (huvudvärk, kräkningar, papillödem, medvetandesänkning), fokalneurologiska symtom och kramper väcker misstanken. Den kliniska bilden är i sig sällan specifik och sinustrombos måste därför finnas med som en möjlig differentialdiagnos vid många sjukdomsbilder.

**Subduralblödning(subduralhematom):** Blödning mellan dura och araknoidea, räknas inte som stroke. Den är ofta sekundär till skalltrauma och leder till bland annat fluktuerande vakenhet och fokalneurologi.

# Stroke

Cerebrovaskulär sjukdom indelas i TIA och stroke vilket omfattar intracerebral blödning och ischemiska skador (hjärninfarkt). Subarachnoidalblödning ingår också i stroke men behandlas inte inom ramen för vårdprogrammet eller detta appendix.

Först klargörs om det är ett ischemiskt- eller hemorragiskt stroke genom datortomografi/MRT. Med MRT ses såväl blödningar som hjärninfarkter omedelbart medan med DT framträder infarkter först efter något/några dygn (blödningar kan påvisas omedelbart). Vid differentialdiagnostiska svårigheter efter klinisk bedömning och datortomografi övervägs magnetresonanstomografi.

## Hjärninfarkt

Indelas i fyra olika grupper:

- Trombotisk infarkt
  - Storkärlssjukdom
  - Lakunär infarkt (oftast del i småkärlssjukdom)
  - Cerebral infarkt av annan genes (arteriell dissektion, vaskulit m.m.)
- Embolisk infarkt (kardiell embolikälla)
- Hypoperfusion, dvs. relaterat till perioder av systemiskt lågt blodtryck
- Kryptogen infarkt dvs. stroke utan känd genes

**Storkärlssjukdom** (25 % av alla hjärninfarkter): atherosklerotiska stenoserande eller usurerande förändringar i extrakraniella eller större intrakraniella artärer. De ischemiska symptomen orsakas framför allt av artär till artär embolisering av lokalt bildade tromber, men vid mera uttalade kärlförändringar kan distal flödesreduktion (hemodynamisk effekt) bidra.

Vid höggradig karotisstenos (70-99 %) är risken för upprepade stroke 7-13 % per år utan kirurgisk behandling, en klart högre risk än den genomsnittliga.

**Lakunär infarkt** (25 % av alla hjärninfarkter) till följd av småkärlssjukdom. Etiologin är tilltäppning/permeabilitetsstörning av små penetrerande ändartärer till basala ganglier, capsula interna, thalamus och hjärnstammen.

**Cerebral infarkt av annan genes** (ca 5 %). Hit räknas infarkter som beror av arteriell dissektion, vaskulit m.m.

**Kardiell emboli** (25 % av alla hjärninfarkter). Kardiella tillstånd som utgör väletablerad embolikälla är:

- förmaksflimmer (dominerande)
- färsk framväggsinfarkt (< 3 månader)
- dilaterad kardiomyopati med nedsatt ejektionsfraktion
- mitralstenos
- mekanisk klaffprotes
- färsk tromb i vänster förmak/kammare
- endokardit
- myxom

I typiska fall ses momentant massiva bortfallssymtom och infarkten blir gärna kortikalt lokaliserad och är ofta stor. Retningsfenomen i form av epileptiska anfall förekommer ibland i samband med insjuknandet. Infarcering i flera cerebrala eller andra kärnterritorier stärker misstanken om kardiell embolikälla. Hemorragisk omvandling efter några dagar är vanligt vid emboliska infarkter.

Vid kardiell emboli föreligger risk för ny embolisering, inte bara till tidigare drabbat kärnterritorium utan även till andra delar av hjärnan och till extremiteter och inre organ. Vid förmaksflimmer, den vanligaste kardiella embolikällan, är risken för ny hjärninfarkt 12 % eller mer (beroende på ytterligare kärllriskfaktorer) per år om behandling inte ges.

**Hypoperfusion** som leder till stroke kan förekomma vid hjärtstillestånd, operationer, vid stor blodförlust eller andra liknande händelser.

**Kryptogen stroke** (ca 20 %) definieras som hjärninfarkt som efter utredning inte kan förklaras av orsakerna ovan.

Vid flera andra kardiella tillstånd, som huvudsakligen upptäcks med ultraljudskardiografi, är kausalsambandet med en hjärninfarkt mer osäker, främst pga. att de är vanligt förekommande också hos friska, äldre personer. Hit hör öppetstående foramen ovale (framförallt vid samtidigt förmaksseptumaneurysm) och mitralklaffprolaps.

Symtomkonstellationer vid cerebrala infarkter

*Symtom vid infarkt i arteria cerebri media området*

- Hemipares kontralateralt, eventuellt dominerande i ansikte, arm och hand
- Känselstörning av kortikal typ i huvud, arm, eventuellt hela kroppshalvan
- Homonym hemianopsi eller övre kvadrantanopsi
- Blickpares åt motsatt sida

*Vid lesion i dominant sida (den som står för språket, i 95 % av alla fall den vänstra):*

- motorisk talstörning, dysartri, oral apraxi
- afasisymtom, dysgrafi, dyskalkuli
- höger/vänster konfusion
- apraxi av olika typer

*Vid lesion i icke dominant sida:*

- anosognosi (oförmåga att se att den egna oförmågan) och andra gnosisstörningar
- neglect
- apraxi

*Symtom vid infarkt i arteria cerebri anterior området -Kontralateral hemipares, mest i benet. - Kortikal känselstörning i benet.*

- Urininkontinens
- Emotionalism, mest vid bilateral ischemi
- viskande tal
- abuli (akinetisk mutism dvs. avsaknad av tal relaterat till initiativlöshet))
- slow cerebration (långsam hjärnfunktion)
- latens
- aspontanitet
- distraktibilitet
- impersistens (oförmåga att upprätthålla hållning eller motorik)

*Vid bilateral lesion:*

- gångapraxi
- minnesstörning
- perseveration

*Symtom vid infarkt i arteria cerebri posterior området*

- Homonym hemianopsi kontralateralt

*Vid lesion i dominant sida:*

- alexi (lässvårighet) utan agrafi (skrivsvårighet)
- visuell agnosi (oförmåga att känna igen föremål man ser dvs via synen)

*Vid lesion i icke dominant sida:*

- prosopagnosi (ansiktsblindhet dvs inte känna igen människors ansikten)
- bortfall av visuellt drömmande

*Vid bilateral lesion:*

- kortikal blindhet

*Symtom vid infarkt i arteria vertebrobasilaris området*

- Initial medvetandepåverkan
- Förflamning: halv eller dubbelsidig, arm + ben och ev. pares i motsatt ansiktshalva
- Känslnedsättning: halv eller dubbelsidig, ofta korsad
- Synförlust: vanligen homonym hemianopsi
- Dubbelseende, blickpares, nystagmus
- Balansrubbing
- Yrsel (rotatorisk)
- Hörselnedsättning
- Talsvårigheter (dysartri)
- Sväljningssvårigheter (dysfagi)

*Lakunära syndrom*

Vanligast är en isolerad hemipares -*pure motor stroke*- till följd av en infarkt i capsula interna eller pons.

*Pure sensory stroke*, dvs. rent sensoriskt bortfall, orsakas oftast av små lakuner i thalamus.

Ovanligare är så kallat sensorimotor stroke, exempelvis orsakat av en liten infarkt omfattande både thalamus och capsula interna.

Andra lakunära syndrom, orsakade av ponslesioner, är DCHS (*dysarthria clumsy-hand syndrome*) och AH (*ataxic hemiparesis*).

Bland kriterierna för lakunära syndrom ingår att patienten inte skall ha afasi, hemianopsi eller kognitiva störningar, d.v.s. kortikala symtom. Multipla lakunära infarkter kan leda till en klinisk bild av demensutveckling, gångsvårigheter och pseudobulbär paralis.

## Malign mediainfarkt

Malign mediainfarkt innebär uttalad hjärnsvullnad med kraftig medellinjeöverskjutning som utvecklas dagarna efter insjuknandet i infarkt inom a. cerebri medias försörjningsområde. Symtomen är sänkt medvetandegrad och förvärring av neurologiska symtom och tecken. Tillståndet bekräftas med datortomografi och vid behov tas kontakt med neurokirurgen på SU för ställningstagande till dekompressiv kirurgi.

Obehandlat har detta tillstånd en mycket hög mortalitet. Dekompressiv kraniektomi är en kirurgisk behandling där man tar bort en del av skallbenet och utför en plastik på den hårda hjärnhinnan. På så sätt skapas plats för hjärnan under perioden som den är svullen. Äldre patienter har mer begränsade möjligheter till gynnsamt utfall. Vid åldrandet ökar den buffert som ett utökat likvorrum kan ge och risk/nytta förhållandet ändras.

Varningstecken är expansiv infarkt inom a. cerebri media utbredningsområde hos patienter < 65 år med NIH Stroke Scale över 15. Det allvarligaste kliniska varningstecknet är sjunkande medvetande. Då en riskpatient identifierats bör kontakt snarast etableras med neurologjour på SU/Sahlgrenska för diskussion. Bedöms patienten vara i riskzonen och samtidigt kunna vara aktuell för dekompressiv kraniektomi skall patienten skyndsamt överföras till SU/Sahlgrenska (Strokeenheten eller NIVA) för adekvat monitorering och, vid behov, snar operation.

Viktiga parametrar att följa med hjälp av övervakningsblad var 30:e minut i väntan på ev. operation är vakenhet, pupillstorlek och pupillreaktioner (finns på strokeenheten). Ambulanstransport skall ske med intubationsberedskap.

## Progredierande stroke

Vid hjärninfarkt sker i ca 10 -15% av fallen en försämring av patientens neurologiska status under de första dyggen, så kallat progredierande stroke.

Mekanismerna bakom försämringen kan vara flera:

### *Aktiv tromboembolisk process:*

- den arteriella trombosen byggs på
- mikrotrombotisering i randzonen
- nya embolier från hjärta-kärl
- neurondöd pga. att toxiner bildas i den ischemiska hjärnvävnaden

### *Andra orsaker:*

- ödemutveckling
- blödning i infarkt
- hjärtsvikt/hjärtarytmi
- feber/infektion
- hypo- hyperglykemi
- vätske-/elektrolytrubbningar
- hypoxi
- epileptiska anfall

Vid malign mediainfarkt och expansiv cerebellär infarkt, handläggning enl. PM.

I andra fall av konstaterad progress skall parametrar enligt paresschemat kontrolleras för att när det är möjligt och meningsfullt behandla komplikationer som feber, blodtrycksfall, glukos- och elektrolytrubbningar. Heparinbehandling har ingen effekt och skall inte ges.

Symptomkonstellationer vid cerebrala blödningar

Plötsligt insättande huvudvärk, oftast under aktivitet, vanligen föreligger hypertoni.

*Frontoparietal blödning:*

- inom minuter-timmar utvecklande hemipares
- hemisensorisk störning
- eventuellt afasi
- konjugerad blickdeviation från den paretiska sidan
- epileptiska kramper
- pupiller små och ljusreagerande
- eventuellt snabb inklämning med progressiv medvetandestörning och bilaterala pareser inom några timmar

*Ponsblödning:*

- plötsligt debuterande koma eller anartri (total oförmåga att artikulera)
- nålstora pupiller
- uttalad ögonmuskelpares med bortfallna eller hämmade oculovestibulära reflexer
- quadripleg (förlamning i båda armarna och båda benen)
- vertikal nystagmus
- oregelbunden andning
- hypertermi

*Cerebellär blödning:*

- akut debut
- snabb försämring av occipital huvudvärk
- balansstörning
- yrsel och kräkningar
- ataktiskt tal och dysartri

Större blödningar leder till ödem och risk för hydrocephalus och därmed vakenhetssänkning. I typiska fall ses nystagmus eller horisontell blickpares mot lesionssidan. Ibland ses som enda tecken ataxi i bål och extremiteter.

Expansiv cerebellär infarkt

Av alla patienter med lillhjärnsinfarkt utvecklar ca 10-20 % hjärnödem av sådan omfattning att trycket i bakre skallgropen leder till hjärnstamskompression och obstruktiv hydrocefalus.

Detta sker vanligtvis inom några timmar upp till ett par dagar efter debuten varvid patienten uppvisar tecken på hjärnstamspåverkan och sjunkande medvetandegrad. I vissa fall leder det till medvetslöshet och kardiopulmonell instabilitet med mycket hög mortalitet. Akut dekompensation med suboccipital kraniektomi, durotomi och ev. utrymning av infarcerad vävnad, samt ev. ventrikeldränage (i vissa fall kan enbart ventrikeldränage vara tillräckligt), anses potentiellt livräddande hos patienter med progredierande medvetandesänkning. Neurokirurg bör därför kontaktas när en expansiv cerebellär infarkt identifieras.

Cerebellära infarkter är inte sällan kombinerade med hjärnstamsinfarkter, och kan orsakas av storkärlssjukdom i vertebro-basilaristerritoriet, till exempel basilarisockklusion. Vid en lillhjärnsinfarkt med progredierande hjärnstamssymtom eller vakenhetspåverkan är det kliniskt i regel inte möjligt att särskilja expansiv effekt av lillhjärnsinfarkten och samtidig hjärnstamsinfarkt. Förnyad DT, och i synnerhet MRT, är av värde i denna differentialdiagnostik.

## Stroke hos yngre (<50 års ålder)

Hos patienter under 50 års ålder är inte åderförkalkningssjukdom den vanligaste orsaken till stroke. Säkra epidemiologiska data saknas, hos 40 % av dessa patienter kan överhuvudtaget etiologin till stroke inte påvisas trots omfattande utredning. När etiologin kan påvisas är halskärlsdissektion och kardiell embolikälla vanligast.

Det är viktigt att komma ihåg att krisreaktionen hos såväl patienten som närstående många gånger är starkare vid stroke hos yngre. Det blir ofta förändringar vad gäller rollfördelningen i familjen. Det är inte ovanligt att ansvaret för hem och familjen helt hamnar på den friska personen, vilket är en svår omställning som det kan ta lång tid att acceptera.

Barnen till strokedrabbade patienter glöms inte sällan bort. Var därför frikostig med att koppla in kurator/psykolog vid behov.

## Stroketeamet och dess arbetssätt

Arbetet på strokeenheten sker i ett multidisciplinärt team bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut arbetsterapeut och logoped. Kurator och dietist vid behov.

På teamronden, en gång per vecka, uppskattas vårdtidens längd, förslag ges till delmål för patienten att uppnå till kommande teamrond och tidigare mål utvärderas. Även beslut om vårdplanering samt datum för utskrivning tas på teamronden. Alla teammedlemmar är delaktiga i att stödja patienten i träningen, vilket förutsätter att alla är välinformerade om patientens mål och hur behandling/träning skall ske.

För patienter med behov av fortsatt träning i hemmet finns det på strokeenheten ett team för tidig understödd hemgång (ESD) bestående av strokesjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut som ger stöd till patienten och närstående samt ansvarar för rehabiliteringen i hemmet.

### Tidig mobilisering

En viktig princip i strokeenhetsvård är tidig mobilisering för att stimulera vakenhet och undvika komplikationer som trycksår, lunginflammation, djupa ventromboser och kontrakturer. Det innebär att patienten ska mobiliseras till sittande och stående så fort som patientens tillstånd tillåter. Man bör sträva efter att patienten kan komma upp och sitta i stol/rullstol vid måltid då det är svårt att få till en bra sittposition som främjar sväljning osv i sängen. Detta är teamets gemensamma ansvar.

### Mål och utvärdering

Utifrån de problem och resurser som framkommit vid de olika personalkategoriernas bedömningar formuleras mål och delmål med fokus på vad patienten prioriterar som viktigast. De mål som sätts skall vara konkreta och formuleras tillsammans med patienten. Detta syftar till att öka patientens delaktighet och motivation till träning samt att ge en möjlighet att följa patientens framsteg. Bedömningar och utvärderingar sker kontinuerligt och grundas på standardiserade undersöknings- och mätmetoder för att förändring i patientens aktivitets- och funktionsförmåga skall kunna följas på ett objektiva sätt över tid och för att effekten av behandling skall kunna utvärderas. De olika yrkeskategorierna ansvarar för respektive kategoris mätinstrument.

### Hembesök

Om utskrivning till hemmet för en patient med kvarstående funktionsnedsättning bedöms realistiskt, kvarstannar patienten på Strokeenheten för träning med målsättningen att skrivas ut direkt till hemmet. Vid dessa tillfällen är hembesök aktuellt. Patienten och närstående, tillsammans med arbetsterapeut och fysioterapeut, bedömer då om direkt utskrivning till hemmet är genomförbart. Förskrivning av hjälpmedel och ombesörjande av bostadsanpassning genomförs enligt överenskommelse mellan arbetsterapeuter och fysioterapeuter i vårdkedjan.

### Utskrivning och överrapportering

Vid utskrivning från strokeenheten överrapporterar respektive personalkategori till primärvård och kommun för fortsatt omvårdnad, medicinsk behandling och rehabilitering. Överrapportering sker via IT-baserade "SAMSA", journalanteckningskopior och kompletteras ofta med direkt telefonkontakt. Patienter som skrivs ut från strokeenheten med stroke får ett patientkontrakt. Detta omfattar beskrivning av vårdtiden, rehabiliteringsplan, fast vårdkontakt och planerade tider. Alla patienter som får diagnos stroke ska ha en fast vårdkontakt efter utskrivning. Patienter med stroke får sjuksköterskan på strokesjuksköterskemottagningen som fast vårdkontakt tills

återbesöket på strokemottagningen därefter får de en fast vårdkontakt i primärvård eller kommun vilket de får information om på återbesöket.

Efter avslutade insatser från ESD sker vid behov överrapportering till nästa vårdnivå i vårdkedjan antingen via det Administrativa meddelandet i SAMSA, via telefonkontakt eller gemensamt möte i personens hem.

## Omvårdnad

Omvårdnadspersonalen tar emot strokepatienten vid ankomst till strokeenheten för kontroll av vitalparametrar enligt strokejournal, skriver in patienten. Sväljningsfunktion enligt SSA-S utförs av sjuksköterska (se vårdprogram).

Omvårdnadspersonalen ansvarar för patientens basala omvårdnad med hygien, kläder och nutrition, observerar vitala tecken och monitorerar och behandlar feber, infektion, sänkt saturation samt hyperglykemi. De har också ansvar för trycksårsprofylax samt vändningar och tillser att patienten får en balans mellan aktivitet och vila genom att koordinera undersökningar och träning. Omvårdnadspersonalen ansvarar för att rehabiliteringen upprätthålls alla dygnets timmar.

Sjuksköterskan har ett specifikt ansvar för att rapportera till andra yrkeskategorier samt att koordinera patientens vårdkontakter. Till sjuksköterskans ansvar hör också att kalla till, samt medverka i samordnad vårdplanering för patienten. Sjuksköterskan har också ansvar för att organisera utskrivningen.

### Temperatur

Stora hjärnskador kan i sällsynta fall resultera i "cerebral feber" pga. påverkan av temperaturreglerande centrum i hypothalamus. För handläggning av feber se vårdprogram.

### Nutrition

Nutritionssvårigheter är vanliga hos patienter med stroke och undernäring försämrar prognosen, bl.a. genom nedsatt muskelstyrka och immunförsvar samt ökad risk för depression. Gott nutritionstatus är också viktigt för att patienterna skall orka med rehabiliteringen. Av dessa anledningar skall riskbedömning undernäring (enligt: Rutin Undernäring - riskbedömning, åtgärd) göras vid inskrivning och vid behov, under vårdtiden och dokumenteras. Mat- och vätskelista skall skrivas och dokumenteras för dem som bedöms ha risk för undernäring. Adekvata nutritionsåtgärder skall sättas in. Detta görs i samråd med dietist. Vikt kontrolleras en gång per vecka hos patienter med nutritionssvårigheter. Vid dålig aptit och/eller vid viktnedgång ger dietist förslag på vilken kost patienten behöver för att nå sitt kaloribehov utifrån en energibehovsräkning. Konsistensanpassning vid behov i samråd med sjuksköterska eller logoped.

#### *Orsaker till nutritionssvårigheter kan vara:*

- *Dysfagi*, dvs. sväljningssvårigheter på grund av förlamning i mun, tunga eller svalg, se även nästa kapitel. Dysfagi kan kräva konsistensanpassad kost där tjock konsistens oftast går lättare att svälja än tunn, och kallt oftast fungerar bättre än varmt. Kolsyrad dryck brukar också vara lättare att svälja än icke-kolsyrad dryck. För att underlätta sväljningen kan patienten vrida huvudet mot den paretiska sidan. I en del fall underlättar det att bocka huvudet, med hakan mot bröstet. Detta ger skydd för luftstrupen och sväljningen utlöses lättare. Patienter med dysfagi behöver betydligt längre tid för att äta samt lugn och ro vid måltiden.
- *Oral agnosi och/eller apraxi*, dvs. oförmåga/svårighet att använda munnen ändamålsenligt i ätandet, vilket kan kräva olika former av träning, t ex att äta med automatik, eller i avskildhet.
- Ätproblem kan också orsakas av s.k. *neglect*, (se kap. 16) vilket kan göra att patienten t ex inte uppfattar att det finns mat kvar på den ena halvan av tallriken. Dessa patienter kan vara hjälpta av strategier som ger dem tillgång till det de inte uppfattar som t ex att vrida på tallriken eller vända huvudet mot den icke uppmärksammade sidan. Om en patient med

neglect får hjälp med matning är det viktigt att hjälpen ges från den sidan som patienten kan uppfatta.

En god sittställning underlättar sväljning och är följaktligen av avgörande betydelse för möjligheten att nutriera sig. Patienterna ska av denna anledning hellre sitta i stol/rullstol än i säng. Vid svårighet att uppnå en bra sittställning kan hjälp tas av arbetsterapeut.

#### Nasogastrisk sond

Nasogastrisk sond kan användas för total nutrition som vid svalgpares, eller som nutritionsstöd som då förmågan att få i sig tillräckligt per os sviktar. Vid total nutrition via sond skall näringsberäkning göras av dietist utifrån dokumentet "Energibehovräkning" (intranätet under "Nutrition"). Alla patienter som har total nutrition med sondnäring skall vägas en gång per vecka för att tillse att nutritionen ger bibehållen, eller om så är önskvärt, ökad vikt, vilket kontrolleras av dietist.

#### Problem från munnen samt relaterat till tandprotes och liknande

Hemipares kan innebära svårigheter med munhygien/proteshygien och svårighet att sätta in och ta ut proteser/delproteser. Patienter kan ha nedsatt motorik och/eller sensorik i läppar, tunga och kinder. Detta medför sämre självrengöring med risk för kvarvarande matrester i omslagsvecket och hamstring i kinden. Kvarvarande mat och läkemedelsrester kan ge irritation och leda till frätskador varför detta är viktigt att uppmärksamma. Hemipares kan också ge svårighet att hålla hel- och delproteser på plats, risk för bitt i tunga, läpp och kind med åtföljande sår som inte uppmärksammas, nedsatt salivsekretion och ökad kariesrisk. Tandhygienisten bedömer nya strokepatienter och kopplar in tandläkare vid behov.

Oral apraxi kan leda till att patienten inte förmår öppna eller stänga munnen, tugga eller svälja, trots att ingen pares föreligger.

Patienter med svårigheter att själv sköta sin munhygien skall få hjälp med detta som en naturlig del av den personliga omvårdnaden, minst två gånger om dagen. Även medvetandesänkta patienter har behov av munvård. Dessa patienters munvård bör omfatta ordentlig rengöring av munnen; gom, munslemhinna, tunga samt tänder med tandborste och tandkräm minst två gånger per dygn och däremellan frekvent fuktning av munnen med vichyvatten för sänkning av pH eller munspray alternativt muntork (med solrosolja). Om patienten har krustor kan dessa lösas med Bisolvon oral lösning. Medvetlösa patienter som har tandprotes bör få ha denna i munnen om den sitter bra då käkarna annars snabbt riskerar att förändras. Protesen skall tas ut och rengöras två gånger per dag. Förekomst av svamp i munhålan skall uppmärksammas och vid behov behandlas med fluconazol.

#### Psykisk stimulering, social aktivering och berikande miljö

Nedstämdhet och depression efter stroke är inte ovanligt (se kap. 19). För att patienten skall kunna och orka rehabiliteras är det viktigt att försöka hjälpa patienten att se framåt. Att hjälpa patienten att se sina framsteg kan vara ett sätt att hålla humöret uppe. Även att uppmuntra att ta del av det "vanliga" sociala livet kan förhindra nedstämdhet. Det är viktigt att vistelsen på sjukhus i det akuta skedet inte bara blir träning utan att det även finns plats för det som är roligt.

Patienten bör uppmuntras att ta emot besök och åka på permissioner men också att göra saker

patienten tycker om som t ex gå en promenad, lösa korsord eller baka. Att erbjuda möjlighet att se på TV och lyssna på musik bidrar också till psykisk stimulering.

Att sätta upp konkreta delmål, utvärdera och uppmärksamma patienten på att de uppnåtts är ett sätt att höja patientens motivation. Man bör vara uppmärksam på olika psykiska reaktioner som ofta inträder efter en stroke. Förlusten av kontroll och värdighet leder, tillsammans med fruktan och sorg, ofta till en reaktiv depression. Depressivitet kan även vara relaterad till hjärnskadan.

Tidigt omhändertagande och aktivering kan förhindra att patienten fastnar i en regressiv sjukdomsroll med symtomfixering, där patienten och närstående fokuserar på bortfall och förluster av förmågor och glömmer det som fungerar bra och inte ser gjorda framsteg.

Såväl djurexperimentella studier som PET- (positronemissionstomografi) undersökningar av patienter med genomgången stroke talar för att olika kompensatoriska mekanismer kan ske i hjärnan när man förlorar neurologiska funktioner. Exempelvis har man hos patienter med afasi, vilka senare återfått talförmågan, sett att hjärnan rekryterat områden i höger hjärnhalva för språkbearbetning. Även vid återhämtning av armpares har det visats att ipsilaterala regioner i motorcortex använts. Man talar om hjärnans plasticitet och mycket tyder på att detta fenomen kan främjas av så kallad berikande miljö.

Deltagande i Strokeföreningens sociala aktiviteter kan, förutom att motverka den isolering som drabbar många patienter efter stroke även främja hjärnans plasticitet, en process som troligen fortskrider flera år efter stroke. Informera därför patienten om den lokala Strokeföreningen.

## Logopedi

Logopeden arbetar både med talstörningar och sväljningssvårigheter.

### Språk- och talstörningar

Hjärnan har olika områden som är viktiga för våra språkliga funktioner. Förenklat kan man säga att de flesta språkspecifika områden är lokaliserade i vänster hjärnhalva, vilket innebär att afasisymtom oftast återfinns hos patienter med vänstersidiga skador. Det finns, för språket och talet, viktiga funktioner lokaliserade även i höger hjärnhalva men en skada där ger inte lika uppenbara nedsättningar på språket.

**Afasi** är en förvärvad störning av språkfunktionen och kan yttra sig på olika sätt beroende på skadans lokalisering och omfattning. Den drabbar oftast både språkproduktion och språklig förståelse samt sifferhantering. Svårigheterna återfinns oftast i både tal och skrift.

Ofta förekommer t.ex. anomi, ordbyten och svårigheter med ordförståelse. Då språkljuden är drabbade resulterar det i att orden uttalas fel eller förvrängs till oigenkännlighet i både tal och skrift. Patienten kan uppleva andras tal som när man lyssnar till ett främmande språk som man inte behärskar. Grammatiken kan också påverkas så att patienten har svårt att formulera meningar och att förstå grammatiskt komplexa satser.

Patienter med svår afasi förstår ofta bara något nyckelord i en mening, vilket många gånger orsakar missförstånd och frustration hos patient, närstående och personal. Patienten kan vara helt oförmögen att uttrycka sig verbalt eller vara begränsad till enstaka ord eller inkonsekventa ja/nej satser.

Patienter med lindrig afasi kan till exempel ha svårt att finna rätt ord ibland och får använda sig av synonymer eller omskrivningar men klarar vardaglig kommunikation relativt väl. Alla språk som en patient behärskar påverkas vid afasi eftersom alla språk styrs från samma område i hjärnan men det kan finnas skillnader mellan hur de olika språken påverkas. Vid bedömning av språkliga förmågor, afasibedömning, sammanställs de olika språkliga funktionerna med inriktning på tal, språkförståelse, läs- och skrivförmåga. I det initiala skedet är det viktigt att differentialdiagnostisera mellan afasi och dysartri och att konstatera eventuellt återkommande stereotypa inslag samt fastställa den impressiva förmågan.

#### *Behandling:*

- Information till patient, närstående och personal.
- Råd och strategier för att underlätta kommunikationen.
- Indirekt behandling, språklig stimulans via personal och närstående.
- Direkt behandling.
- Uppföljande bedömning.
- Utprovning och förskrivning av kommunikationshjälpmedel.

**Dysartri** är en neurologiskt orsakad störning av rörelseförmågan i de muskler som används vid tal. På grund av nedsatt muskelfunktion eller nedsatt koordinationsförmåga mellan olika muskler påverkas uttal, röstbildning, röststyrka samt taltempo i varierande grad. Talet kan bli svårt att förstå på grund av otydlig artikulation, långsamt taltempo och svag, viskande och monoton röst.

Dysartri påverkar inte språkliga förmågor men kan förekomma tillsammans med afasi.

Vid bedömning fastställs typ och grad av dysarti och behandlingen består av:

- Information till patient, närstående och personal.
- Råd och strategier för att underlätta kommunikationen
- Utprovning och förskrivning av kommunikationshjälpmedel.

**Verbal dyspraxi** är en motorisk talstörning orsakad av nedsatt förmåga till viljemässig motorisk planering eller programmering av talrörelser. Muskulaturen är inte påverkad. Verbal dyspraxi förekommer ofta i kombination med afasi och karakteriseras av svårigheter med smidiga övergångar mellan språkljuden. Patienten provar sig fram mellan olika språkljud och gör många och inkonsekventa fel. Patienter med oral apraxi är oftast medvetna om sina svårigheter.

#### *Behandling av verbal dyspraxi:*

- Information till patient, närstående och personal.
- Direkt behandling
- Utprovning och förskrivning av kommunikationshjälpmedel.

#### *Generella råd till personal och anhöriga vid samtal med person med afasi:*

- Ge ögonkontakt
- Ta sig tid att samtala
- Skriv ner de viktigaste orden
- Repetera, sammanfatta vad ni pratat om
- Tala om en sak i taget, markera ämnesbyte tydligt -Tala långsamt och tydligt.
- Använda gester, pekningar, rita för att förtydliga
- Tala om konkreta saker och samtalsämne som patienten känner till.

## Dysfagiutredning och behandling

Sväljsvårigheter, orofacial dysfagi, med minskat vätske- och födointag som följd, är vanligt i det initiala skedet efter stroke. Mellan 50-60 % av alla strokepatienter får dysfagi. Detta kan leda till undernäring vilket är förenat med ökad risk för trötthet, sår, infektioner, förlängd vårdtid samt ökad dödlighet. Omkring 90 % av patienterna återfår en normal sväljningsfunktion, oftast inom några veckor men för 10 % blir problemen bestående.

Ofta visar sig dysfagi genom att patienten hostar vid intag av dryck och/eller mat men ca 20 % av dysfagipatienterna har tyst aspiration, det vill säga aspiration utan hosta.

Den normala sväljningen delas in i fyra faser:

- *Preoral fasen.* Bolus förs till munnen.
- *Orala fasen.* Bolus bearbetas och förs bakåt i munnen.
- *Pharyngeala fasen.* Sväljrörelse utlöses.
- *Esophageala fasen.* Matstrupen för bolus vidare ner mot magsäcken.

Det är viktigt att differentialdiagnosticera preoral, oral, faryngeal och esofageal dysfagi. Logopeden behandlar främst den orala och faryngeala fasen.

### *Test av sväljningsfunktion*

För att pröva sväljningsfunktionen (sväljscreening) används ett standardiserat sväljningstest SSA-S (finns som bilaga till Handläggning av stroke och TIA, Skaraborgs sjukhus 2024)

- Först observeras om patienten är vaken och alert, svarar på tilltal och därefter om patienten kan sitta upprätt med viss huvudkontroll.
- Därefter testas om patienten kan hosta på uppmaning, har kontroll på saliven, slicka på över- respektive underläppen samt andas fritt. Om så är fallet fortsätts screeningen, annars avbryts screeningen och logoped kontakts.
- Lyssna på om patientens röst låter våt eller skrovlig. Om ja avbryt screeningen och kontakta logoped.
- Testa patientens sväljförmåga i sittande och vaken (alert). Börja med en tesked vatten och följ schemat i SSA-S. Efter varje portion observeras om sväljningsförsök sker, om det läcker ut vatten samt om hosta eller röstförändring tillstöter.

När sväljsvårigheter misstänks kopplas logoped in för klinisk bedömning och vid behov även FUS (fiberendoskopisk undersökning) vilken vanligen genomförs på strokeenheten.

### *Behandling:*

- Information till patient, närstående och personal.
- Råd och strategier för att göra sväljningen säkrare, exempelvis med konsistensanpassning, sväljteknik och huvudpositionering.
- Direkt behandling, sväljträning.
- Uppföljande bedömning.

Vid grava sväljsvårigheter där försörjning genom munnen helt eller delvis bör undvikas rekommenderas nasogastrisk sond i första hand. Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) används endast när nasogastrisk sond inte fungerar, t.ex. när patienten drar ut sonden upprepade gånger eller då långvarigt behov av nutritionsstöd föreligger. Då sond används är det extra viktigt med god munvård.

## Dysfagienheten

Dysfagienheten är en funktion som bemannas av en sjuksköterska som oftast är anträffbar tisdagar och onsdagar. Sjuksköterskans uppdrag är att följa upp de patienter som fått en enteral infart och vara behjälplig med beställning av plastmaterialet/förbrukningsmaterial samt rådgivning. Många av patienterna får hjälp av sjuksköterskor i kommunen att byta sina infarter, vissa inom primärvården. Några patienter kommer till Öron- näs- och hals mottagningen och får infarten bytt på sjukhuset alternativt kan sjuksköterskan på dysfagienheten göra hembesök.

Vid frågor/oklarheter kan kontakt tas med dysfagienheten 0500-431612.

## Arbetsterapi

Arbetsterapi är till för den som har svårigheter att klara sina vardagliga sysslor. Arbetsterapeuten arbetar med praktiska problem inom personlig vård, boende, fritid, arbete och studier. Målet är att patienten, trots nedsatt förmåga, ska kunna fortsätta med sina intressen och vardagliga sysslor, men kanske på ett annat sätt än tidigare. När nuvarande förmåga inte är tillräcklig för att utföra tidigare sysslor är utgångspunkten de sysslor som patienten prioriterar som viktigt att kunna utföra.

### Bedömning

Arbetsterapeuten träffar patienten snarast efter ankomst till Strokeenheten. Första mötet innebär ofta intervju med kartläggning av patientens tidigare aktivitetsförmåga samt bedömning i personlig vård alternativt annan vardaglig aktivitet. I de fall patienten har behov av två personers stöd vid mobilisering görs ofta bedömningen tillsammans med fysioterapeut. Vid behov utförs bedömning i boendeaktivitet, t ex köksaktivitet, vilket är aktiviteter som ställer högre krav på kognitiv samt fysisk förmåga. Bedömning görs utifrån olika ADL-instrument, framförallt används Barthels index och ADL-taxonomin. Barthel Index, används som gemensamt teaminstrument vid teamrund.

### Behandling

Tidig mobilisering är viktigt för att stimulera till aktivitet vilket inkluderar både kognition och motorik. Behandling sker genom träning i vardagliga aktiviteter, främst inom personlig vård och boendeaktiviteter, utifrån uppsatta mål. Behandlingssättet kan vara kompensatoriskt vilket innebär att lära ut alternativa eller kompensatoriska strategier. Förändring av fysisk- och/eller social miljö och utprovning av hjälpmedel är andra former av kompensatorisk strategi. När målet är att patienten skall utföra aktiviteten på samma sätt som tidigare benämns behandlingssättet återtränande. Vanligtvis sker rehabiliteringen utifrån en kombination av båda behandlingssätten.

För att stödja patienten i aktivitetsutförandet är det viktigt att patienten ges god tid. Närstående är också en viktig del och informeras fortlöpande om hur rehabiliteringen fortskrider. Information ges också om hur de på bästa sätt kan stödja patienten i sitt aktivitetsutförande.

Det är också viktigt med en lugn miljö, att ge korta instruktioner, att använda kroppsspråk etc. Fokus läggs även på att medvetandegöra patienten om sina resurser men också på vilka svårigheter skadan medför avseende aktivitetsutförande. I dessa situationer sker träning av kommunikation på ett naturligt sätt.

På Arbetsterapienheten finns tillgång till olika hantverksaktiviteter, i syfte att träna såväl kognition som motorik. Hantverksaktiviteter kan också öka patientens motivation och samtidigt vara stämningshöjande.

Vid behov kan arbetsterapeuten göra minnestest.

## Fysioterapi

Fysioterapi innebär att förebygga, undersöka och behandla funktionsstörningar som begränsar eller hotar att begränsa människans rörelseförmåga. Åtgärder i förebyggande eller rehabiliterande syfte bygger på en bedömning och analys av patientens kroppsliga förutsättningar och problem med hänsyn tagen till psykiska och sociala faktorer. Med patienten som aktiv samarbetspartner syftar åtgärder, behandlingar och pedagogiska insatser till att göra patienten medveten om sina kroppsliga resurser och därigenom förbättra möjligheterna att klara av det dagliga livets krav.

### Fysioterapeutens uppgifter

- att träffa och bedöma patienten så tidigt som möjligt efter ankomst till avdelningen. NIHSS utförs av fysioterapeut på avdelningen (vardagar) och bör göras inom 30 minuter.
- att kartlägga patientens tidigare rörelsemönster och förflyttningssätt, tidigare orsaker till ev inskränkningar i dessa, samt kartlägga vilken typ av arbete, intressen och fritidsaktiviteter patienten ägnat sig åt
- att bedöma patientens motorik, sensorik, koordination, balans, förflyttnings- och gångförmåga, fallrisk samt kognitiva funktioner
- att bedöma patientens förflyttningsförmåga för att möjliggöra tidig mobilisering
- att behandla/träna patienten för att förbättra den rörelse- och förflyttningsförmåga som blivit nedsatt och att motverka utveckling av ogynnsamma rörelsemönster
- utprovning och ordination av gånghjälpmedel samt vissa ortoser
- att informera och undervisa närstående och personal om hur patienten bäst kan stödjas vid utförandet av förflyttningar, gång och rörelser.

### Motorik- och koordinationsträning

Fysioterapeuten tränar patientens motorik bl.a. med hjälp av uppgiftsspecifika övningar.

Koordinationsträning syftar till att skapa smidiga, välavvägda rörelser och träningen kan ske genom att variera kraft, hastighet och stop/start i olika delar av rörelsebanan. Det är viktigt att göra patienten medveten om sin svaga sida, t ex vid bemötande, förflyttning, matsituation och personlig vård. Vid uttalat neglekt är det viktigt att stimulering sker i det synfält som patienten uppfattar.

### Förflyttningsteknik

Förflyttningstekniken varierar från patient till patient beroende på funktionsnivå. Från säng till stol används vid behov låg förflyttning. Målet är att patienten ska kunna förflytta sig självständigt och på ett säkert sätt för att förebygga fall. Det är viktigt att all personal förflyttar patienten på samma sätt. Sängdävert används inte då den kan stimulera till ett ogynnsamt rörelsemönster och hypertonus.

## Balans- och gångträning

Initialt tränas sittbalans och bålkontroll om balansen är nedsatt. Träningen inriktas på att patienten ska kunna hålla balansen när tyngdpunkten förskjuts och att successivt minska understödsytan. Postural kontroll tränas även i stående och gående i olika aktiviteter och miljöer. Fysioterapeuten bedömer om patienten behöver gånghjälpmedel. När personalen kan börja gångträna med patienten informerar fysioterapeuten om hur patienten ska stödjas. Även gång i trappa tränas samt gång utomhus när det är möjligt och lämpligt.

För att kunna bedöma, utvärdera träning på avdelningen samt rapportera vidare i vårdkedjan använder fysioterapeuten olika bedömningsinstrument. De mest vanligt förekommande instrumenten är Timed up and Go, Timed Stands test, Chair stand test, 10 meters gångtest samt Bergs balansskala.

## Vilopositioner

Vilopositioner används för att öka känselinflödet, patientens medvetenhet om den svaga sidan och att normalisera muskeltonus. Vilopositionerna kan förebygga smärta och svullnad i den svaga sidan, underlätta patientens ventilation av lungorna samt motverka kontrakturer och trycksår.

## Skuldra

Muskulaturen kring axelleden är ofta försvagad vid stroke vilket gör att leden blir instabil och lätt subluxerar (delvis hamnar ur läge). Armen bör därför alltid vara understödd då patienten sitter eller står. För att undvika att armen hänger kan man använda bord på rullstolen eller slynga. Det är av största vikt att all personal är varsam med den svaga armen/axeln; lyft inte patienten i armhålorna och dra aldrig i en svag arm.

## Kurator - psykosocialt stöd

Insjuknande i stroke innebär ofta drastiska förändringar i patientens och de närståendes livssituation. Detta gäller särskilt yngre patienter (se kap. 8). De psykiska och sociala konsekvenserna av insjuknandet beror på sjukdomens svårighetsgrad och på individens personlighet och bakgrund. Patientens närstående påverkas också i stor utsträckning. Kuratorn är tillgänglig för både patient och närstående. Avdelningens personal skall informera patient och närstående om möjligheten till kuratorskontakt. Kurator bistår patienten och hans/hennes familj med samtalsbehandling och hjälp att planera för framtiden, d v s ge information och vid behov förmedla sociala stödåtgärder.

## Samtalsbehandling

Ett insjuknande i stroke kan, såväl för patienten som närstående, innebära en krissituation, dvs. att man står inför en så svår situation att man inte ser hur man ska klara den. Det mesta känns oöverstigligt svårt och främmande och man förlorar fotfästet i tillvaron.

I samtal med patient/närstående är det viktigt att:

- stödja deras egna läkningsresurser
- hjälpa dem att fritt våga uttrycka och bearbeta sina känslor och tankar
- hjälpa dem att våga, kunna och orka se sin egen situation -ta emot och härbärgera ångest
- vara "vikarierande hopp" när tillvaron känns tung och dyster

- få hjälp med relationer, familj, sexualitet och samlevnad, arbete, nätverk

Kuratorn använder sig av olika typer av samtalsmetodik beroende på vilket behov patienten/närstående har.

Hjälp att planera för framtiden

Kuratorn kan ge information och rådgivning om samhällets resurser i frågor om:

- socialförsäkringssystemet, t.ex. sjukersättning, handikappersättning, LSS
- ekonomi; fondansökningar
- juridik; fullmakt, god man, testamente
- arbete/utbildning
- boende, färdtjänst, trygghetslarm

Kognitiva störningar (utöver talstörning)

Förutom språkstörningar kan patienter med stroke drabbas av andra kognitiva funktionsbortfall, dvs. svårigheter avseende intellektuella funktioner. Funktionsbortfallen är beroende av skadans art, svårighetsgrad och lokalisation.

Perceptionsstörningar

Perception är den direkta informationen som vi skaffar oss om omgivningen via våra sinnen. Med perceptionsstörningar, vilka är vanligt förekommande efter stroke, menas störd uppfattning om sig själv och/eller omgivningen.

Vid *nedsatt visuell perception* kan det vara svårt att uppfatta bilder, former och mönster. Störningarna kan ge oförmåga att se en del i helheten, att kunna skilja ett föremål från en bakgrund och att kunna uppfatta föremåls förhållande till varandra. Patienten kan t ex inte hitta tandborsten i necessären men ser den bra om den ligger ensam, ha svårt att hitta stolen bakom bordet samt ha svårt att bedöma avstånd och hastighet. Detta gör att patienten kanske inte hinner eller orkar följa rörliga bilder på TV. Man kan också få svårt att vistas i miljöer som är rörliga och där mängden intryck är stor. Nedsatt uppmärksamhet kan leda till att patienten placerar sig för långt åt ena hållet vid bordet, inte börjar läsa längst till vänster på sidan eller har svårt att överblicka information som är spridd på en lite större yta.

*Bristfällig auditiv perception* kan orsaka svårigheter att urskilja väsentlig information men också extrem ljudkänslighet.

Rehabilitering kan försvåras avsevärt vid förekomst av perceptionsstörningar varför förekomst av är dessa är viktigt att känna till. Det är väsentligt att informera patient och närstående om dessa störningar, och hur dessa kan påverka ADL-aktivitet, bilkörning m.m.

Perceptionsstörningar skall uppmärksammas av all sjukvårdspersonal, annars kan patienterna uppleva sig som missförstådda. De kan av personalen felaktigt bedömas så som omotiverade till rehabilitering eller dementa. Patienten kan t ex ha svårigheter avseende rumsorientering, att hitta på avdelningen eller i sitt hem.

*Neglect*

En vanlig typ av perceptionsstörning, framförallt vid kortikala högersidiga lesioner, är så kallat neglect. En patient med neglect har nedsatt uppmärksamhet för olika stimuli i, eller från, ena sidan av kroppen, motsatt sida mot hjärnskadan, och kan därav ha en bristfällig

orienteringsförmåga i omgivningen, eller störd motorisk aktivitet i kroppshalvan. Detta kan leda till problem med tvättning och påklädning, t ex kan patienten glömma att raka ena kinden. Neglectsymtom förbättras ofta med tiden.

Olika typer av neglect:

- *Hemianattention* (sensoriskt neglect). Nedsatta orienteringsrörelser eller inadekvat respons på stimuli av olika slag från kroppshalvan motsatt hjärnlesionen. Med extinktionsfenomen menas att uppmärksamheten är intakt för ensidiga stimuli (t ex beröring) men vid dubbelsidig stimulering ignoreras stimuli från kroppshalvan motsatt hjärnlesionen.
- *Hemispatial neglect*: Patienter med denna störning negligerar sin omgivning i kroppshalvan motsatt hjärnlesionen. Vid t ex påklädning "glöms" den drabbade kroppshalvan bort, vid läsning missas halva ord, meningar eller sidor, vid försök att rita kan det bli halva figurer t ex en halv människa.

### *Apraxi*

Med apraxi menas oförmåga till ändamålsenliga rörelser trots frånvaro av sensorimotoriska bortfallssymtom. Patienten kan t ex inte vika ett papper, lägga det i kuvert och klistra på frimärke. Enstaka delmoment kan utföras korrekt men ofta i fel ordning, fel verktyg används, t ex borsta naglarna med tandborste. Viktigt att känna igen är oral apraxi, vilket innebär oförmåga till ändamålsenliga rörelser med mun, läppar, tunga eller svalg, vilket kan leda till sväljningssvårigheter, utan att svalgpares föreligger.

### *Agnosi*

Gnosisstörningar är vanligen tecken på bilateral hemisfär skada och är väsentliga att upptäcka. *Agnosi* är en modalitetsspecifik störning av förmågan att känna igen tidigare inlärd eller allmänt kända stimuli, utan samtidig störning av perception, språk eller intellekt. Patienter med agnosi kan t ex vid konfrontation med ansiktet av en välkänd person vare sig känna igen ansiktet (*prosopagnosi*) eller ange namnet. Vid konfrontation via en icke afficerad modalitet, t ex om man får höra personens röst, känns personen igen och namnet kan anges. *Visuell* respektive *auditiv* agnosi innebär nedsatt igenkänningsförmåga för visuellt respektive auditivt presenterade stimuli. Patienter med visuell agnosi kan förefalla dementa eller bisarra och vid auditiv agnosi missuppfattas tillståndet ibland som psykos. Dessa problem och missuppfattningar kan leda till inadekvat utredning och behandling.

### *Anosognosi*

Anosognosi betyder omedvetenhet om sjukdomen och är ingen egentlig gnosisrubbnings utan snarare ett tecken på neglect.

### *Inläring och minne*

Patienten kan få svårigheter avseende förmågan att lära in nytt material och att minnas det man sett eller hört. Man talar här dels om omedelbart minne eller arbetsminne och dels fördröjt minne. Omedelbart minne innebär förmågan att kvarhålla informationen en kort stund så att man t ex kan lösa ett problem. Fördröjt minne är förmågan att komma ihåg informationen en längre tid. En hjärnskada kan försvåra den ena eller båda dessa funktioner. Ofta kan man dessutom se skillnad avseende minne för språk respektive bildmaterial beroende på skadans lokalisation.

### *Problemlösning*

Efter en stroke kan patienten ha svårt att lösa problem genom att tänka logiskt och dra slutsatser.

### *Räkning*

Patienten kan ha svårt att lösa räkneuppgifter med hjälp av de fyra räknesätten eller göra omständliga uträkningar. Det kan vara svårt att uppfatta siffror i både tal och skrift.

### *Generella symtom*

Förutom störningar beträffande specifika kognitiva funktioner enligt ovan förekommer vid stroke också mer generella symtom. Vanliga sådana är ökad uttröttbarhet vid intellektuellt arbete, ökad stresskänslighet och humörsvängningar som t ex ökad irritabilitet och lätttrördhet.

Koncentrationsstörningar kan ge svårigheter att följa tråden i samtal, att uppfatta instruktioner eller att förstå innehållet i en text.

Andra mer övergripande funktioner är förmågan att uppfatta tid och hur händelser följer i kronologisk ordning. Svårigheter kan också förekomma när det gäller förmågan att planera och strukturera aktiviteter. Dessutom kan det förekomma så kallad slowed processing, som innebär en förlångsammad tankeprocess. Patienten kan svara med längre latens eller behöva längre tid för att lösa problem än förväntat.

## Närståendes engagemang

När någon drabbas av en stroke är det inte bara patienten själv som drabbas - familj och närstående genomgår också en kris. Detta gäller särskilt yngre patienter. Det är viktigt under vården på strokeenheten att inte bara patienten, utan även närstående, erbjuds hjälp att bemästra sin krissituation. Genom tidigt stödjande insatser och tid för information kan de närståendes engagemang i vården stimuleras och främja det slutliga vårdresultatet. Närstående ska därför uppmuntras att så ofta som möjligt följa det praktiska arbetet på sjukhuset, dvs. både delta i patientens basala omvårdnad, i fysioterapeutens och arbetsterapeutens rehabiliteringsprogram samt följa patientens vardag på sjukhuset. Diskutera tillsammans med fysioterapeut/arbetsterapeut behov av hembesök i bostaden innan patienten skrivs ut, för att undersöka eventuellt behov av hjälpmedel och bostadsanpassning. Informera närstående om patienten har perceptionsproblem.

Några av syftena med deltagande av närstående i vårdarbetet är:

- Att ge insikter i grundfakta om sjukdomen (Vad orsakar den? Hur kan man påverka förloppet? Vad vet man om framtiden?) praktiska färdigheter som lyftteknik, kontinens-träning, gångövningar, perceptionsträning, utnyttjande av hjälpmedel, kostrådgivning, samt psykosociala aspekter som affektfrkoppling, depression och förnekande). Utbildningen kan ske formellt i grupp, vid fasta tider etc. men är ofta lättare att bedriva mer informellt i samband med ADL-situationer och träning med fysioterapeut respektive arbetsterapeut.
- Att undvika den abrupta omställning som utskrivning till hemmet ibland innebär. Oftast är närståendes engagemang i vården under sjukhusvistelsen mycket begränsat för att vid hemgången bli närmast total. Arbetsbördan kan då kännas övermäktig och närstående svikta.
- Minska den ängslan och osäkerhet som inte så sällan leder till överbeskydd, med risk för att patienten faller in i ett livsmönster helt styrt av sjukdomen.

Tänk också på att närstående till en svårt sjuk och medvetslös patient kan uppleva det positivt och mindre ångestladdat att själv ta del i vården, i enkla primära uppgifter som munvård, tvätta av ryggen, rakning m.m. än att bara sitta passiv och iaktta vårdpersonalens rutiner.

## Odontologiskt omhändertagande vid stroke

Vid stroke drabbas även den orala regionen av funktionsstörningar

En svaghet i den dominanta handen försvårar möjligheten att kunna utföra munvård. Ur rehabiliteringssynpunkt är detta samtidigt viktigt då infekterat material annars kan riskera att aspireras och därmed orsaka lung-inflammation. Flertalet strokepatienter har nedsatt salivsekretion med torra och sköra munslemhinnor som lätt spricker och utgör grund för infektioner.

Sensibilitetsnedsättning kan göra att patienten inte känner att matrester och mediciner blir kvarliggande i munhålan. Läkemedel kan orsaka frätskador.

Dålig munvård och matrester ger tillsammans med muntorrheten en kraftigt ökad kariesrisk. Initialt har många patienter både facialispares, svalgpares och nedsatt oral motorik. Dessa symptom går vanligen i regress men kan komma att kvarstå och orsaka besvär med tuggning, svårigheter att forma och transportera tuggan samt att utlösa en sväljreflex. Maten kan komma i fel strupe och risk för aspiration finns. Svårast att hantera är som regel tunnflytande drycker. Labialt läckage av dryck och saliv är socialt mycket handikappande. På grund av den nedsatta sensibiliteten och svårigheten att styra den orala muskulaturen är det inte ovanligt med bitsår. Smärta i munnen och dålig munvård kan leda till att patienten äter dåligt.

Avtagbara proteser i munhålan fungerar i allmänhet sämre när tonus sänks i den orala muskulaturen. Protesfunktionen förbättras dock successivt om den orala nedsättningen går i regress. Man bör därför avvakta med att utföra nya proteser en tid.

Många patienter uppvisar även apraxi som är en oförmåga att utföra viljemässig handling trots avsaknad av pares. Exempelvis kan patienten då plötsligt inte förmå sig att öppna eller stänga munnen.

## Palliativ vård vid stroke

Palliativ vård innebär vård då bot inte längre är möjlig. Detta innebär att den tid en person ges palliativ vård kan vara allt från några dagar till många tiotalet år (som vid demens). Palliativ vård delas ofta in i en tidig fas och en sen fas där den sena fasen är den tid då patienten är i livets slut dvs. är döende.

Stroke är en sjukdom som kan leda till döden både i det akuta skedet av stroke och senare. Det akuta skedet sker ofta helt oväntat och beskrivs av många som "*en blix från en klar himmel*". Detta innebär att många inte vetat om att döden väntar och frågor om hur man vill ha det när döden är nära, var man vill vårdas eller hur begravning osv. ska ske har kanske aldrig diskuterats.

Även de närstående är ofta oförberedda på att döden kan vara nära för deras anhörig och har kanske inte heller tänkt att stroke är en sjukdom som direkt kan leda till döden. Många närstående blir därför chockade av den anhöriges insjuknande vilket gör att de kan ha svårt att ta till sig information och ha behov av att upprepat och fortlöpande ges information.

Patienter som drabbats av stroke och är döende till följd av det har god nytta av vård enligt palliativa vårdprinciper (de fyra hörnstenarna i palliativ vård):

- Symtomlindring
- Teamarbete
- Kontinuitet, kommunikation och relation
- Stöd till närstående

Etiska frågeställningar ställs ofta på sin spets i ett palliativt skede och vid stroke är några av de svårigheter som är vanliga:

- Att ge information i det akuta skedet då det ofta är svårt att göra en säker prognos för om patienten kommer att överleva den akuta stroke eller inte
- Att besluta om vilka åtgärder som kan vara aktuella i det akuta skedet eftersom förloppet av en stroke kan variera stort.
- Att ge stöd till närstående då de dels ofta är i chock men också på grund av att det är svårt att ge stöd om man inte säkert kan säga om den person som drabbats av stroke kommer att överleva eller inte

Närstående är viktiga i den palliativa vården då de kan förmedla den drabbades egna önsningar om hur den har velat ha det i slutet av sitt liv, om det är känt. De kan också bidra med information om den drabbade som en person och om dess egenheter, information som kan vara av stor vikt för att ge en god vård som är personcentrerad även om den som drabbats så svårt av stroke att den är döende till följd av det akuta insjuknandet ofta är medvetslös redan från insjuknandet.

Vid akut stroke kan det initialt vara aktuellt med omfattande insatser som trombolys, trombektomi och hemikraniektomi även om prognosen bedöms dystert (se *Nationellt vårdprogram palliativ vård* <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-vard/vardprogram/>). Detta för att ge bästa möjliga förutsättningar för så liten skada som möjligt om patienten överlever. Detta kan tyckas stå i kontrast till att ha en palliativ vård men är väl förenligt med vård enligt palliativa principer, i alla fall initialt.

För patienter där döden bedöms vara enda utgången skall dropp och syrgas sättas ut, kontroller (puls, BT, temperatur, saturation m.m.) avslutas. Att avsluta, eller kanske inte ens inleda intravenös vätska, ger en tydlig signal till närstående om att livet går mot sitt slut. Om närstående har svårt att acceptera att dropp avslutas kan behandling fortgå med låg hastighet för att skapa en så god relation till närstående som möjligt. Läkemedel som ger symtomfrihet bör ordinerats (som i.v. eller s.c) så att det finns att ge om behov uppstår. Läkemedel som kan vara aktuella är

- Morfin mot smärta och oro
- Robinul mot rosslig andning
- Midazolam mot motorisk oro
- Stesolid om risk för epileptiska kramper.

Patienter kan dö även i senare skeden av stroke, efter utskrivning från sjukhuset. Även då har palliativ vård en viktig funktion.

## Närståendes situation

Närstående är en viktig resurs för patienten men kan också själva vara i behov av stöd.

Både under patientens tid på sjukhuset men även senare är närstående viktiga för patienten för socialt stöd att men också som en part i rehabiliteringen. Särskilt vid afasi kan närstående vara en tillgång som en viktig part i träningen i vardagen, så kallad partnerträning.

Belastningen på de närstående kan också bli tung som en konsekvens av den nya livssituationen och de kan själva vara i behov av stöd. Kommunen har ett lagstadgat ansvar för att ge stöd och avlastning till närstående som vårdar eller ger stöd till anhörig. Närstående bör ges information om detta.