

Stroke och misstänkt stroke - övervakning och bedömning - kunskapsunderlag

Innehåll

Syfte och omfattning	3
Bakgrund	3
Åtgärder och behandling vid stroke och TIA – observation och övervakning.....	4
Datortomografi hjärna.....	4
NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale	4
Ankomstprover	4
Strokekontroller	5
Medvetandegradbedömning - ingår i strokekontroller	5
Paresstatus i arm och ben - ingår i strokekontroller	6
Blodtryck - ingår i strokekontroller.....	7
Puls - ingår i strokekontroller.....	7
Strokekontroller på vårdavdelning efter reperfusionsbehandling.....	7
Efter trombolysbehandling.....	8
Efter trombektomibehandling.....	8
NEWS2 kontroller	8
Hjärtövervakning	9
Kontroll av kroppstemperatur	9
Kontroll av syremättnad.....	9
Kontroll av blodsocker	10
Icke diabetiker	10
Diabetiker eller när blodsockret är förhöjt.....	10
Kontroll av miktionsförmåga	10
Kontroll av sväljförmåga	10
Symtom på sväljsvårigheter	11
Screening och klinisk utredning av sväljningen	11
Nutritionsstatus	12

Vid misstänkta eller verifierade sväljsvårigheter	12
Uppföljning av strokepatienter med sväljsvårigheter	13
Bedömning av munstatus	13
Tal- och kommunikationsbedömning	13
Dysartri.....	14
Talapraxi	14
Afasi	14
Pragmatisk språkstörning.....	14
Bedömning för omedelbar mobilisering	15
Blodprov för lipidstatus	16
Blodtryck och puls efter avslutade strokekontroller	16
Bedömning av motorik, koordination, balans, förflyttning, gång och sensibilitet	16
Motorik	16
Koordination	16
Balans	17
Förflyttning och gång.....	17
Sensibilitet.....	17
Bedömning av hjälpmedelsbehov.....	17
Bedömning av kognition	17
Bedömning av personlig vård och hemliv (ADL – Aktiviteter i det dagliga livet)	18
Bedömning av hjälpmedelsbehov.....	19
Bedömning av handfunktion	19
Levnadsvanor	20
Kurator.....	20
Kunskap och utveckling	21
Information vid inskrivning	21
Informationssamtal med läkare	21
Skriftlig information vid stroke- eller TIA-diagnos	21
Kvalitetsuppföljning av strokevård	21
Riksstroke	21
EVAS	22
Dokumenthistorik	22
Relaterade länkar	22
Referenser	23

Bilaga 1 Stroke – Övervakningsprotokoll	24
Bilaga 2 SVP RU Stroke eller misstänkt stroke.....	26
Bilaga 3 Strokekontroller Journaltabell LUL, Cosmic	35

Syfte och omfattning

Kunskapsunderlaget och den standardiserade vårdplanen avser övervakning och bedömning vid stroke och TIA samt vid misstänkt stroke och TIA de första dygnet i slutenvården på Akademiska sjukhuset i Uppsala (AS) och på Lasarettet i Enköping (LE).

Bakgrund

Detta kunskapsunderlag utgår från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2018 (1) och Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA – tidiga insatser och vård (2).

Den standardiserade vårdplanen ska användas för teamets dokumentation av övervakning och bedömning av alla patienter som läggs in på vårdavdelning med stroke och TIA eller vid misstänkt stroke och TIA (bilaga 2). Vid behov kompletteras dokumentationen med individuella vårdplaner och standardvårdplaner.

Vid ankomst utförs först en screening av patientens funktionsnedsättning och psykosociala situation av sjuksköterska, undersköterska och läkare. Screeningen följs upp av övriga medlemmar i stroketeamet med professionsspecifika bedömningar. Resultatet av bedömningarna utmynnar i en, tillsammans med patienten, överenskommen planering med åtgärder, mål och rehabiliteringsinsatser.

Om en patient fått reperfusionsbehandling tar detta kunskapsunderlag och standardvårdplan vid när patienten kommer till strokeenhet eller utlokaliserats till annan vårdavdelning.

Åtgärder och behandling vid stroke och TIA – observation och övervakning

Datortomografi hjärna

Datortomografi (DT) hjärna i akutskedet av stroke möjliggör diagnostik av huvudtyp (intracerebralt hematoma, hjärninfarkt) och påvisar också eventuella expansiviteter, som kan utgöra differentialdiagnos. DT är en förutsättning för säker diagnostik på vilken många komponenter av den fortsatta handläggningen baseras. Vid intracerebrala hematoma ger DT exakt information om blödningens storlek, läge, förekomst av expansiv effekt och ventrikelgenombrott (1). Ischemiska förändringar behöver inte alltid synas vid en datortomografi utförd i akutskedet, varför även den kliniska bilden är av betydelse för diagnos (1). DT-hjärna bör utföras snarast vid debut av plötsliga symtom för att bedöma om reperusionsbehandling ska ges, annars inom 24 timmar efter ankomst till sjukhuset. Vid stor misstanke om blödning som vid behandling med antikoagulantia eller symtom som vid subaraknoidalblödning eller lillhjärnsblödning, samt vid snabb försämring eller medvetandesänkning ska också undersökningen utföras snarast.

Läkemedel som påverkar blödningsbenägenheten ska inte ges förrän DT-hjärna utesluter blödning. Undantag görs vid amaurosis fugax ("ögon-TIA") då trombocythämmande läkemedel kan ges omedelbart.

Vid svar på DT-hjärna ska läkare kontaktas snarast möjligt för att få eventuella läkemedelsordinationer. Vid förekomst av blödning eller andra större förändringar måste läkare kontaktas omedelbart.

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale

Fullständig NIHSS (2) ska vara utförd vid ankomst.

Ankomstprover

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Kontrollera att blodprover är tagna vid ankomst till sjukhus: blodstatus, CRP, elstatus, PK, APT-tid Trop-T och glukos.

Första morgonen efter ankomst till strokeenhet eller vårdavdelning tas lipidstatus inklusive ALAT.

Strokekontroller

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Strokekontrollerna syftar till att övervaka patientens tillstånd och identifiera och rapportera förändringar som kan påverka omvårdnaden och behandlingen av patienten (1).

Strokekontrollerna utförs på alla patienter de första 24 timmarna, därefter enligt ordination.

Första kontrollen görs oftast på akutmottagningen alternativt så fort patienten kommer till en strokeenhet eller annan vårdavdelning. Därefter tas strokekontroller sex gånger per dygn enligt fast schema klockan 06, 10, 14, 18, 22 samt 02.

Strokekontroller omfattar bedömning av:

- Medvetandegrad enligt RLS 85 – Reaction Level Scale Grad 1, 2, 3 och 4–8.
- Orientering och förståelse enligt NIHSS.
- Paresstatus i arm och ben enligt NIHSS.
- Facialispares och sensibilitet enligt NIHSS.
- Blodtryckskontroller.
- Pulskontroller – frekvens och regelbundenhet eller oregelbundenhet.

Strokekontroller dokumenteras enligt avdelningens dokumentationsrutin, övervakningsprotokoll se bilaga 1.

Medvetandegradbedömning - ingår i strokekontroller

Graden av medvetandepåverkan bedöms enligt RLS 85 (3) vid insjuknandet och under de första dygnet och ger värdefull information om den framtida prognosen. Hjärnödemed kan uppkomma vid såväl ischemiska som hemorragiska skador och en ökning av det intrakraniella trycket kan vara livshotande.

Bedömning av medvetandegraden är en av de viktigaste undersökningarna vid handläggning av patienter med intrakraniella skador eller blödningar. En skada eller blödning som ökar trycket intrakraniellt orsakar först en lättare påverkan på medvetandet som märks genom att patienten blir desorienterad eller får långsammare reaktioner på tilltal eller smärtstimulering. Fortskrider den expansiva processen kommer hjärnstammen successivt att bli mer påverkad och hos den medvetslöse kan vissa motoriska stereotypa mönster ses vid smärtstimulering.

RLS 85 graderar patientens medvetandegrad i åtta steg från full vakenhet RLS 1, till djup medvetslöshet utan smärtreaktion RLS 8. RLS-grad 1–3 bedöms som kontaktbar och RLS-grad 4–8 bedöms som medvetslös.

Patienten måste väckas till en stabil nivå innan bedömning av medvetandegraden görs. Tilltala först patienten och öka därefter stimuleringen med beröring eller höga tillrop. Patienten ska ligga på rygg med armarna utmed sidorna när man gör sin bedömning. Detta för att läget kan påverka bedömningen om patienten till exempel är förlamad i ena sidan. Börja med tilltal och beröring och därefter, vid utebliven kontakt, ökas stimuleringen till upprepade höga tillrop eller att man ruskar om patienten försiktigt. Om inte heller detta ger ett svar måste man gå vidare med smärtstimulering. Central smärtstimulering utförs i käkvinkeln genom att kraftigt trycka fingret mot bakre delen av underkäken i käkvinkeln.

Sammanfattning RLS 85:

RLS 1	Vaken. Ej fördröjd reaktion. Orienterad.
RLS 2	Slö eller oklar. Kontaktbar vid lätt stimulering.
RLS 3	Mycket slö eller oklar. Kontaktbar vid kraftig stimulering. Avvärjer smärta.
RLS 4–8	Okontaktbar. Avvärjer ej smärta.

Paresstatus i arm och ben - ingår i strokekontroller

Eventuell svaghet eller pares ska bedömas enligt NIHSS.

Pares i arm

Varje arm testas var för sig, börja i den icke paretiska armen. Ögonen behöver inte vara slutna. Armen placeras i 90 graders (om sittande) eller 45 graders (om liggande) vinkel mot kroppen. Handflatan ska vara nedåt. Räkna högt för att förtydliga för patienten att hålla kvar armen och notera om armen börjar falla inom 10 sekunder.

Bedömningskriterier:

0	Håller kvar armen i minst 10 sekunder.
1	Armen sjunker inom 10 sekunder men når inte sängen.
2	Armen faller till sängen inom 10 sekunder men patienten försöker hålla mot tyngdkraften.
3	Armen faller omedelbart, inget motstånd mot tyngdkraften. Patienten rör armen mot underlaget.
4	Ingen rörlighet i armen.

Pares i ben

Varje ben testas var för sig, börja i det icke paretiska benet. Ögonen behöver inte vara slutna. I liggandes placeras benet i 30 graders vinkel mot sängen. Räkna högt för att förtydliga för patienten att benet ska hållas kvar och notera huruvida benet börja falla inom 5 sekunder.

Bedömningskriterier:

0	Håller kvar benet i minst 5 sekunder.
1	Benet sjunker inom 5 sekunder men når inte sängen.
2	Benet faller till sängen inom 5 sekunder men patienten försöker hålla mot tyngdkraften.
3	Benet faller omedelbart, inget motstånd mot tyngdkraften. Patienten rör benet mot underlaget.
4	Ingen rörlighet i benet.

Blodtryck - ingår i strokekontroller

Initialt kan blodtrycket vara förhöjt som kompensation för högt intrakraniellt tryck. Avvikande blodtryck enligt följande:

- Vid akut hjärninfarkt där trombolys/ trombektomi ej utförts rapporteras blodtryck högre än 220/120 mmHg till läkare.
- Efter trombolys/trombektomi rapporteras blodtryck högre än 185/110 mmHg till läkare, som tar ställning till målblodtryck.
- Vid akut hjärnblödning rapporteras systoliskt blodtryck över 140 mmHg till läkare, som tar ställning till målblodtryck.

Puls - ingår i strokekontroller

Notera om pulsen är oregelbunden eftersom det kan tyda på nytillkommet förmaksflimmer, vilket är en stor riskfaktor för att insjukna i stroke. Vid nytillkommen oregelbunden puls i samband med strokekontroller tas ett nytt EKG snarast.

Vid nytillkommen snabb puls över 100 alternativt långsam puls under 50, ska detta rapporteras till ansvarig sjuksköterska som gör en bedömning om detta behöver rapporteras omedelbart till läkare eller om det kan vänta tills nästa rond.

Strokekontroller på vårdavdelning efter reperfusionsbehandling

Patient som erhåller reperfusionsbehandling, trombolys och eller trombektomi, vårdas och övervakas initialt på strokeavdelning 85B1 AS eller på intermediär-eller

intensivvårdsavdelning. Övervakning sker enligt SVP Trombolysbehandling och SVP Trombektomi.

Efter trombolysbehandling

I de fall övervakning skett på intermediär- eller intensivvårdsavdelning sker överflytt till strokeavdelning tidigast efter 6 timmar efter trombolysbehandling, såvida behandlingen förlöpt komplikationsfritt och patienten är cirkulatoriskt stabil.

Strokekontroller utförs med 2 timmars mellanrum till och med 12 timmar från start av trombolys. Därefter var fjärde timme enligt vanlig rutin enligt SVP stroke/misstänkt stroke.

På Akademiska sjukhuset ansvarar personal från strokeavdelningen vardagar dygnet runt (måndag klockan 07.00 till fredag klockan 19.00) för att ge trombolysbehandling på röntgen och därefter övervaka patienten i övervakningssal på strokeavdelning 85B1. **Övervakning sker med samma frekvens** som på **intermediär- eller intensivvårdsavdelning** och följer övervakningen enligt standardvårdplanen för trombolys. Efter 6 timmar kan patienten flyttas till vanlig sal på avdelningen för fortsatt övervakning.

Efter trombektomibehandling

Vanligtvis sker övervakningen under de första 24 timmarna efter trombektomibehandling på intermediär- eller intensivvårdsavdelning. Överflytt till strokeavdelning 85B1 kan ske tidigast efter 12 timmar om behandlingen förlöpt komplikationsfritt, patienten bedömts vara medicinskt stabil enligt ansvarig läkare och övriga kriterier enligt checklistan är uppfyllda. Kontroller timme 12–24 tas var fjärde timme enligt SVP stroke/misstänkt stroke.

[Checklista vid flytt till Strokeavd 85B1, sharepoint.com. docx](#)

NEWS2 kontroller

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Syftet med NEWS2 kontrollerna är att identifiera eventuella avvikelser i patientens vitalparametrar.

På Akademiska sjukhuset tas kontroller i samband med strokekontroller var fjärde timme första dygnet, och därefter enligt ordination.

På Lasarettet i Enköping tas kontroller i samband med strokekontroll nummer tre och därefter enligt ordination.

NEWS2 kontroller dokumenteras enligt avdelningarnas respektive dokumentationsrutiner.

Hjärtövervakning

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

EKG tas på akutmottagningen, om detta inte är gjort ska det göras på avdelningen.

Hjärtövervakning görs i syfte att upptäcka förmaksflimmer och övervaka snabb hjärtfrekvens vid redan känt förmaksflimmer.

På Akademiska sjukhuset kopplas Holter-EKG under 2 dygn som analyseras av avdelningen för klinisk fysiologi. Vid behov kompletterat med vanligt EKG om patienten har snabb pulsfrekvens eller annat symtom från hjärtat.

På Lasarettet i Enköping kopplas patienten till telemetri under 1–2 dygn och nytt EKG tas på morgonen dagen efter ankomst till avdelningen. Ytterligare EKG tas på ordination.

Kontroll av kroppstemperatur

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Förhöjd kroppstemperatur (över 37,5° C) är vanligt under de första dagarna efter stroke. Kroppstemperaturen bör hållas under 37,5° C. Vid kroppstemperatur över 37,5° C, ska behandling med paracetamol sättas in regelbundet, 1 gram x 3–4. Eventuell infektion ska behandlas. Tänk på att hålla rummet svalt, inte använda tjocka filtar, samt vid behov ge patienten svala avtvättningar. Uppmärksamhet på och undvikande av köldskakningar som i stället ökar kroppstemperaturen och patientens energibehov.

Kroppstemperatur kontrolleras vid NEWS2 kontroller alternativt två gånger per dygn under tre dagar samt därefter vid fortsatt feber eller tecken på infektion.

Kontroll av syremättnad

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Andningen kan vara störd, särskilt vid utbredda hjärnstamsskador och hos komatösa patienter. Kontroller ska ske av andningsmönster och förändringar ska rapporteras till läkare. Syrgas ges om syrgasmättnaden är lägre än 93 %. Syrgas avvecklas om syrgasmättnaden är högre än 95 %.

Syrgas ges med försiktighet till patienter med KOL eller annan lungsjukdom där syrgasmättnad 88–92 % är acceptabel.

Syremättnaden kontrolleras vid NEWS2 kontroller alternativt två gånger per dygn under det första dygnet, därefter vid behov samt om patienten använder syrgas.

Kontroll av blodsocker

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska

Blodsockernivån bör hållas så nära fysiologiskt värde som möjligt. Både hypo- och hyperglykemi kan förvärra hjärnskadan. Målvärde under de första dygnet är 5–12 mmol/l och därefter 5–10 mmol/l. Kontakta läkare om ordination för insulin saknas.

Icke diabetiker

Blodsocker ska kontrolleras x 3 första dygnet, varav ett värde ska vara ett fastevärde. Det första värdet ska tas vid ankomst till avdelningen.

Diabetiker eller när blodsockret är förhöjt

Blodsockret kontrolleras x 5 samt cirka 4 timmar efter att extra ("vid behov") dos av insulin givits. Det första värdet ska tas vid ankomst till avdelningen. Avslutas i samråd med läkare.

Kontroll av miktionsförmåga

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Insjuknande i stroke kan leda till att urinblåsan inte töms fullständigt eller att ofrivilligt läckage uppstår. I det akuta skedet måste särskilt risken för urinretention beaktas. Vanliga tecken på urinretention är inkontinens och förvirring. Inkontinens kan även vara förorsakad av faktorer som förvirringstillstånd, oförmåga att kommunicera eller oförmåga att röra sig.

Observera spänning över blåsan och erbjud regelbundna toalettbesök.

Kontroll av eventuell residualurin med ultraljud (bladderscan) ska utföras inom fyra timmar efter ankomst från akutmottagningen till avdelningen. Patienten bör ha fått möjlighet till att få komma upp och försöka tömma urinblåsan innan bladderscan utförs. Urintappning ska utföras utan fördröjning om residualurinen är mer än 500 ml. Insättande av urinkateter görs enligt ordination och bör undvikas på grund av risk för komplikationer. Utför hellre ren intermittent tappning (RIK).

Om patienten behöver urintappas krävs fortsatta kontroller av residualurin cirka fyra gånger per dygn.

Kontroll av sväljförmåga

Ansvar sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Sväljsvårigheter (dysfagi) är mycket vanligt förekommande vid stroke (40–70 %) (2). En mindre andel (11–50 %) får kvarstående sväljsvårigheter. Screening av

sväljförmågan samt vid behov mer detaljerad bedömning av sväljningen med dokumentation i journal i det akuta skedet av stroke är viktig för att undvika aspirationspneumoni, malnutrition och uttorkning.

En första bedömning av munslemhinnor, tänder och sväljningsförmågan i akutfasen utförs innan mat, dryck eller läkemedel ges första gången efter insjuknandet. Noggrann munvård utförs alltid före och efter screening av sväljförmågan.

Symtom på sväljsvårigheter

Ibland finns inga kliniska symtom på sväljsvårigheter, men avsaknad av kliniska symtom medför inte att man bör avstå från att screena sväljförmågan. Kliniska symtom talande för sväljsvårigheter:

- Läckage av föda, vätska eller saliv genom mun eller näsa (dregling).
- Svag och kraftlös hosta.
- Sväljer upprepade gånger för samma tugga.
- Rester av föda och vätska i mun och svalg (hamstring).
- Hosta och andningspåverkan vid intag av föda och vätska.
- Kvävningsskänsla.
- Förändrad röstkvalitet, såsom våt eller gurglig röst.
- Lång tidsåtgång vid måltid.

Screening och klinisk utredning av sväljningen

Screening av sväljningsförmågan görs av sjuksköterska eller undersköterska snarast (inom 4 timmar) efter ankomst till sjukhuset, under förutsättning att patienten inte är medvetandepåverkad. Resultat av bedömningen dokumenteras enligt avdelningens rutiner.

Screening av sväljningsförmågan:

- Görs hos alla nyinsjuknande stroke- och TIA patienter innan föda, vätska eller läkemedel ges via munnen, oavsett om patienten vårdas på strokeenhet eller annan vårdavdelning.
- Görs genom användning av ett validerat sväljtest såsom SSA-S eller GUSS-stroke.
- Vid utfall 0 per os efter screening med validerat screeningdokument rekommenderas frekvent munvård (varannan timme), inspektion av munhålan med ficklampa samt sväljstimulans i väntan på logopedbedömning.

Sväljstimulans

Sväljstimulans utförs av undersköterska i syfte att upprätthålla sväljningsfrekvensen, minska känslan av törst och bidra till god munhälsa.

Sväljstimulans:

- Bör erbjudas 3–4 gånger/dag.
- Noggrann munvård ska utföras innan och efter sväljstimulans.
- 3–5 teskedar per tillfälle.
- Kolsyrat vatten eller kallt kranvatten, ej andra tunnflytande konsistenser.
- Ges i lugnt tempo.
- Observera: avbryt om patienten skulle bli mycket påverkad i sitt allmäntillstånd av sväljstimulansen.

Nutritionstatus

Bedömning av risk för undernäring ska göras av sjuksköterska inom 24 timmar från ankomst till avdelningen. Vikt och längd ska tas av undersköterska. Nutritionstatus kan bedömas med MNA (Mini Nutrition Assessment) som är ett validerat bedömningsinstrument. Resultat av riskbedömningen dokumenteras enligt avdelningens rutiner.

Vid risk för undernäring ska vätskelista och kostregistrering genomföras under 3 dygn för att sedan utvärderas.

Vid misstänkta eller verifierade sväljsvårigheter

Fortsatt utredning av misstänkta eller verifierade sväljsvårigheter:

- Kontakta logoped, som gör en detaljerad klinisk sväljbedömning inom 1–3 dygn och eventuell sväljbehandling.
- Genomför vätskelista och kostregistrering under 3 dygn, därefter utvärdering.
- Konsistensanpassningar ges enligt International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) efter logopedbedömning.
- Kontakta dietist vid behov för planering av nutrition och eventuella ordinationer.
- Ta ställning till om instrumentell sväljundersökning behöver göras, fiberendoskopisk undersökning av sväljningen (FUS) eller sväljröntgen.
- Tidig nutriering med nasogastrisk sond, dvs inom 24–72 timmar från insjuknande förutsatt att ingen misstanke om refeding syndrom föreligger.
- Överväg gastrostomi, perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) eller röntgeninlagd gastrostomi (RIG), vid kvarstående sväljningssvårigheter som förväntas överstiga 2–4 veckor.
- Etiska överväganden beaktas, speciellt vid svårt sjuk patient med dålig prognos.

Efter samråd med läkare och logoped bör patienter med sväljsvårigheter som behandlas med enteral nutrition via sond, PEG eller RIG under kontrollerade former erbjudas smakprover av konsistensanpassad kost.

Uppföljning av strokepatienter med sväljsvårigheter

För patient med kvarstående sväljsvårigheter och alternativt nutritionssätt bör uppföljande bedömning och rehabiliteringsplanering ske av logoped, läkare och dietist vid 1–6 veckor, 6 veckor, 3 månader, 6 månader och 1 år efter insjuknandet i stroke. Patientansvarig vårdgivare (sjukhus/specialistmottagning, primärvård eller kommun) vid tidpunkten ansvarar för att åtgärden vidtas.

Bedömning av munstatus

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Insjuknandet i stroke påverkar munhälsan. Nedsatt rörelseförmåga i munnens muskulatur och nedsatt känsel gör att beläggningar och matrester kan samlas i munhålan. Dessutom kan tuggförmågan vara påverkad. Avhjälp muntorrhet genom att använda lämpligt saliversättningsmedel. God munhygien motverkar sjukdomstillstånd i munnen såsom svampbildning och dålig tandstatus. Strokepatienter behöver ofta få hjälp flera gånger dagligen med munvård. Omvårdnadspersonal ska i samband med munvård kontrollera muntorrhet, svampinfektion och slemhinneförändring.

Bedömning av munstatus ska göras inom 24 timmar från ankomst till avdelning, lämpligen med bedömningsinstrumentet revised oral assessment guide (ROAG). Vid identifierad risk ska adekvata förebyggande åtgärder sättas in och dokumenteras enligt avdelningens dokumentationsrutiner.

Tal- och kommunikationsbedömning

Ansvar sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska.

En inledande bedömning av patientens tal – och kommunikationsförmåga ska göras på alla patienter som läggs in med stroke eller misstänkt stroke. Denna görs förslagsvis av sjuksköterskan i samband med ankomstsamtalet. Under samtalet lyssnar sjuksköterskan efter om patienten har några problem med tal och språk. Det kan vara en talstörning som dysartri eller verbal apraxi, språkliga svårigheter som afasi eller mer kommunikativa svårigheter i form av pragmatisk språkstörning.

Vid symtom på tal- eller språkstörning ska kontakt tas med logoped för bedömning enligt avdelningens rutiner.

Dysartri

På grund av nedsatt muskelfunktion kan uttal, röstbildning, röststyrka samt talhastighet drabbas. Artikulationen försämras med otydligt tal som följd och patienten får svårt att göra sig hörd. En stor påverkan på berörda muskler orsakar svårförståeligt tal (1).

Talapraxi

Vid verbal apraxi har patienten främst svårigheter med att planera, programmera och sekvensera viljemässiga talrörelser. Det kan yttra sig som svårigheter att rätt uttala ett specifikt ord på samma sätt flera gånger. Patienten är sökande i sina talrörelser och försöker säga "rätt". Alltså blir samma ord fel, på olika vis, vid upprepning (4).

Afasi

Afasi är vanligt efter stroke och innebär svårigheter när det gäller exempelvis att tala och skriva samt förstå muntligt och skriftligt språk. Detta leder ofta till svårigheter att kommunicera med andra och att delta i sociala aktiviteter. Besvären är oftast störst den första tiden efter insjuknandet, och för de flesta personer minskar besvären efter en tid. För några försvinner svårigheterna helt, men för många blir de kvarstående. Patienter med afasi kan vara frustrerade över sina kommunikativa svårigheter och ger upp vid talförsök. Det är även vanligt att patienten säger JA när denne menar NEJ och tvärtom.

De tre vanligaste afasityperna är Broca, Wernickes och Global afasi. Exempelvis:

- Broca: Huvudsakligen bevarad hörförståelse, men talflytet är nedsatt och det kan vara svårt att hitta orden och att bilda meningar.
- Wernickes: Talar ofta med gott flyt, men det blir svårförståeligt eller obegripligt för omgivningen – ord kan låta riktiga men sakna mening.
- Global afasi: Både uttrycksförmågan och språkförståelsen är påverkad. Patienten är mycket begränsad i sin kommunikation (5).

Pragmatisk språkstörning

Svårigheter med språk och kommunikation kan förekomma vid högersidiga hjärnskador. Pragmatisk språkstörning påverkar språkanvändningen i sociala sammanhang. Till exempel kan det vara problem med turtagning i samtalssituationen, att tolka känslouttryck, bildligt tal såsom ordspråk och underliggande mening. Patienter med pragmatisk språkstörning kan ha nedsatt sjukdomsinsikt och svårigheter att kompensera för sina svårigheter (6).

Bedömning för omedelbar mobilisering

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Tidigt påbörjad rehabilitering och mobilisering är en viktig del inom strokevården (2). När patienten kommer till avdelningen ska en bedömning av patientens mobiliseringsförmåga utföras av sjuksköterska eller undersköterska. Bedömningen ska göras så snart som möjligt i samband med att patienten ska upp ur sängen för första gången, men med hänsyn till hur patienten mår. Mobiliseringen sker stegvis för att se vad patienten klarar av. Det är viktigt att observera hur patienten mår och avbryta vid tecken på att patienten mår dåligt, till exempel yrsel, blekhet eller illamående.

Enstaka patienter har mobiliseringsbegränsning men då är det ordinerat av läkare.

Vid mobilisering av ny patient testas det enligt nedanstående punkter:

- Liggande i säng. Testa om patienten har funktion i armar och ben:
 - Kan inte röra arm eller ben → hjälp patienten att sätta sig upp på sängkanten.
 - Kan röra armar och ben → be patienten sätta sig upp.
- Sittande på sängkant:
 - Kan inte sitta självständigt på sängkanten → gå inte vidare till stående.
 - Kan sitta självständig på sängkanten → be patienten sträcka knät, ett ben i taget.
 - Kan inte sträcka på knäna → gå inte vidare till stående.
 - Kan sträcka på knäna → prova att stå med gåbord, rollator eller levande stöd.
- Stående:
 - Kan stå med eller utan stöd → prova gång på stället med stöd av gåbord, rollator eller levande stöd.
 - Kan inte gå på stället → avbryt.
 - Kan gå på stället → testa att gå några steg framåt.

För de patienter som inte klarar av att stå men mår bra i övrigt, eller för patienter som sedan tidigare är rullstolsburna men inte har sin rullstol med sig finns möjlighet att komma upp i CombiCare-stol.

Fallriskbedömning ska genomföras inom 24 timmar från ankomst till avdelning. Vid risk ska adekvata förebyggande åtgärder sättas in och dokumenteras enligt avdelningens dokumentationsrutiner.

Vid nedsatt mobiliseringsförmåga i samband med stroke ökar risken för trycksår. Riskbedömning för trycksår ska därför göras inom 24 timmar från ankomst till avdelning, använd lämpligen Modifierade Nortonskala (MNS). Vid identifierad risk ska

adekvata förebyggande åtgärder sätts in och dokumenteras enligt avdelningens rutiner.

Blodprov för lipidstatus

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Höga blodfetter är en riskfaktor för stroke. Lipidstatus tas, helst fastande, under det första dygnet efter ankomst till sjukhuset. Lipidstatus kompletteras med ALAT då kraftigt förhöjda transaminaser utgör kontraindikation till statinbehandling av höga blodfetter.

Blodtryck och puls efter avslutade strokekontroller

Ansvar: Sjuksköterska.

Utförs av sjuksköterska eller undersköterska.

Efter att strokekontroller har avslutats ska blodtryck och puls alternativt NEWS2 följas x 2 under ytterligare tre dygn. Därefter enligt ordination.

Bedömning av motorik, koordination, balans, förflyttning, gång och sensibilitet

Ansvar: Fysioterapeut.

Utförs av fysioterapeut.

Målet med den fysioterapeutiska bedömningen (undersökning och analys) är att få en uppfattning om nuvarande funktion hos patienten jämfört med tidigare funktion. Bedömningar sker utifrån hela eller delar av olika bedömningsinstrument samt genom analys av utförandet som beskrivs i löpande text i journalen. Detta kan även gälla perceptuell och kognitiv påverkan (till exempel kroppsuppfattning, ouppmärksamhet). Bedömningen utgör grunden för fortsatt planering och rehabilitering i vårdkedjan (2).

Motorik

För bedömning av motorik används i regel följande bedömningsinstrument:

- SAFE (Skulderabduktion och fingerextension).
- Fugl-Meyer Assessment (FMA Upper Extremity).

Test av grov kraft utförs för ytterligare bedömning om eventuella sidoskillnader finns.

Koordination

För bedömning av specifik koordinationsförmåga kan till exempel finger-näs test, hälnä test och diadochokinesi användas. Vid de två första testen bedöms tremor och

dysmetri. Diadochokinesi testar förmågan att snabbt växla rörelseriktning (pro-supination).

Balans

Balans testas i olika positioner och svårighetsgrad som underlag för bland annat fallriskbedömning. För screening av stående balans testas initialt enbensstående. Om patienten inte klarar att stå tio sekunder på ett ben utförs i regel hela eller delar av följande balanstester:

- BBS – Bergs balansskala.
- FBG – Funktionellt balanstest för geriatriska patienter.

Förflyttning och gång

Patientens förflyttnings- och gångförmåga bedöms. Vid behov testas även trappgång. Ibland utförs tio meters gångtest för att bedöma gångförmågan.

Sensibilitet

Beröringskänsl och utsläckning testas i första hand. Vid behov testas andra modaliteter såsom smärtekänsl och ledkänsl.

Bedömning av hjälpmedelsbehov

Ansvar: Fysioterapeut.

Utförs av fysioterapeut.

Fysioterapeuten bedömer behov av gånghjälpmedel samt kan vid behov ordna remiss för utprovning av ortopedtekniska hjälpmedel. Om hjälpmedel förskrivits på sjukhuset sker överrapportering till berörd kollega för uppföljning efter utskrivning.

Välfungerande hjälpmedel kan vara en viktig förutsättning i det dagliga livet för personer med stroke, liksom en anpassning av bostaden.

Bedömning av kognition

Ansvar: Arbetsterapeut.

Utförs av arbetsterapeut.

Arbetsterapi är av stor betydelse för patientens rehabilitering från det akuta omhändertagandet till hemmiljön. Vid strokeenheter och rehabiliteringskliniker ingår arbetsterapeuten i det team som tillsammans bedömer patientens funktioner och färdigheter. På akutkliniken gör arbetsterapeuten bedömningar och rekommendationer om fortsatt träning och vårdnivå. Arbetsterapeuten bedömer patientens motoriska och kognitiva funktioner i aktivitet. Kognitiva funktioner identifieras också med hjälp av olika bedömningsinstrument.

Dolda kognitiva funktionshinder är viktiga att upptäcka då de kan ha avgörande inverkan på personers möjligheter att klara sig i eget boende eller återgå i arbete. Bland dolda funktionshinder observeras minnesstörningar, störningar i uppmärksamhet och kroppsuppfattning och störningar i problemlösningsförmåga och förmåga att fatta beslut (1).

Tidig bedömning av kognitiva nedsättningar är viktigt för att identifiera patientens rehabiliteringspotential och för att senare kunna sätta upp en realistisk plan för patienten. Kognitiva bedömningar bör genomföras på alla patienter som kan medverka.

För en första screening av kognition utförs i regel MoCA – Montreal Cognitive Assessment. För ytterligare bedömning kan följande bedömningsinstrument användas:

- Klocktest.
- Kuben.
- BTT – Baking Tray Task.
- Alberts test.
- TMT – Trail Making Test del A och B.

Bedömning av personlig vård och hemliv (ADL – Aktiviteter i det dagliga livet)

Ansvar: Arbetsterapeut.

Utförs av arbetsterapeut.

Patientens vardagsaktiviteter före insjuknandet kartläggs via anamnes och patienten får skatta betydelsen av de olika aktiviteterna inom personlig vård, boende, fritid och arbete/utbildning (2).

Efter kartläggningen gör arbetsterapeuten en intervju och/eller observationsbedömning av den strokedrabbade personens förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet. Patientens begränsningar framkommer tydligt vid bedömningar vilket utgör underlag för beslutet om fortsatt rehabilitering och behovet av service och tillsyn i hemmet.

Bedömning av personlig vård (P-ADL) sker genom observation och/eller intervju. Vid bedömning kan hela eller delar av Sunnaas ADL-index användas.

Bedömning av hemliv (I-ADL) sker genom observation i aktivitet såsom till exempel matlagning, inköp, städ och tvätt.

För att bedöma basala och högre nivåer av kognitiva förmågor kan Kettle test användas. Det är ett observationsbaserat test som avser att mäta en persons förmågor vid utförandet av en komplex vardaglig aktivitet.

Bedömning av hjälpmedelsbehov

Ansvar arbetsterapeut.

Utförs av arbetsterapeut.

Arbetsterapeuten ansvarar för bedömning och utprovning av hjälpmedel. I akutskedet är patienterna ofta i behov av rullstol på grund av nedsatt förmåga att förflytta sig.

Anpassning av bostaden kan vara en viktig förutsättning för att en person med stroke ska kunna bo i ett ordinärt boende. Dessutom kan personen vara i behov av hjälpmedel för att klara ett självständigt boende. Om den strokedrabbade behöver rullstol eller gånghjälpmedel ställs stora krav på tillgängligheten i bostaden.

Bedömning av personens behov av bostadsanpassning och hjälpmedel i boende bör vara klar före utskrivning. Bostadsanpassning innebär till exempel att ta bort trösklar, sätta upp stödhandtag, bredda dörrar, montering av ramp eller hiss. Hjälpmedel som kan vara aktuella är hushållshjälpmedel, badkarsbräda, toalettförhöjning och duschpall. Vid behov av bostadsanpassning kontaktas arbetsterapeut i kommunen.

Välfungerande hjälpmedel är en viktig förutsättning i det dagliga livet för personer med stroke, liksom en anpassning av bostaden. Förskrivning av hjälpmedel och anpassning av bostaden ingår som en del i rehabiliterings- och vårdinsatserna. En behovsbedömning görs utifrån den enskilde personens behov. Sjukvårdshuvudman har skyldighet att tillhandahålla hjälpmedel för att täcka behovet för den dagliga livsföringen samt vård och behandling.

Bedömning av handfunktion

Ansvar: Arbetsterapeut.

Utförs av arbetsterapeut.

Vid bedömning av funktion i arm/hand utreds tonus, motorik, koordination, sensibilitet, smärta, svullnad samt förmåga att använda handen i aktivitet. Det är även av stor vikt att bedöma hur patientens funktion i bål och skuldra påverkar förmågan att använda arm/hand eftersom god bål- och skulderstabilitet ger bättre förutsättningar att använda arm och hand.

För bedömning av handfunktion utförs i regel följande bedömningsinstrument:

- ARAT-2.
- 9-håls pinnprov.

Vid behov provar arbetsterapeut ut viloortos eller handledsstöd till patient med nedsatt handfunktion för att undvika och förebygga att svullnad uppstår.

Levnadsvanor

Tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, riskkonsumtion av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet utgör fyra av de största riskfaktorerna för ohälsa (2). Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) kan majoriteten av all kardiovaskulär sjukdom i världen förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor. Det finns även god evidens för att hälsosamma levnadsvanor kan förebygga eller fördröja utvecklingen av diabetes typ 2. Hälso- och sjukvårdspersonal kan uppmärksamma levnadsvanor i samband med alla typer av patientkontakter i hela vårdkedjan. Under vårdtiden bör personal (oavsett profession) göra en fördjupad anamnes angående levnadsvanor och dokumentera detta enligt avdelningens rutin.

Om ohälsosamma levnadsvanor uppmärksammas bör patienten erhålla råd och stöd för förbättrade levnadsvanor.

Kurator

Insjuknande i stroke eller TIA kan medföra att patienten behöver få kontakt med kurator. Screening avseende nedstämdhet och oro genomförs innan utskrivning av läkare eller sjuksköterska (2). Vid behov kontaktas kurator.

Hen kan också bistå med:

- Bedömning av psykosocial situation. Särskild vikt läggs vid detta om det finns minderåriga barn i familjen.
- Samtalsstöd för patienter med emotionella reaktioner.
- Stöd kring ekonomiska, juridiska och socialrättsliga frågor.

Kunskap och utveckling

Ansvar: Läkare och sjuksköterska.

Information vid inskrivning

I samband med inskrivning ges muntlig och skriftlig information till patient och närstående om planerade undersökningar och kontroller som sker det första dygnet.

Informationssamtal med läkare

Informationssamtal med patient och närstående är ett tillfälle att ge information om sjukdomen och vad som planeras för den närmaste framtiden och för kommande planeringar men också ett tillfälle för patient och närstående att i lugn och ro ställa frågor.

Informationssamtal med läkare ska genomföras med alla strokepatienter. Lämpligen utförs det när svar på undersökningar och prover är färdiga och patienten fått en diagnos. Vid kort vårdtid kan samtalet eventuellt genomföras i samband med utskrivningssamtalet.

Sjuksköterskan bokar in samtalet i samråd med läkaren och patientens närstående.

Skriftlig information vid stroke- eller TIA-diagnos

Ansvar: Läkare

Vid fastställd stroke- eller TIA-diagnos ska skriftlig information från bland annat Strokeförbundet och Riksstroke lämnas ut till patienten och dess närstående.

Vid utskrivning ska patienten erhålla skriftlig information i form av ett utskrivningsmeddelande. Där ska det också framgå var hen ska följas upp någonstans. Patienten ska också erhålla en aktuell läkemedelslista. De patienter som är bilförare ska ha information om körkarens och hur det ska följas upp. Ifylld blankett ska finnas i Cosmic och ett exemplar ska skrivas ut och lämnas till patienten.

Kvalitetsuppföljning av strokevård

Kvalitetsuppföljning av strokevård görs med nationella kvalitetsregister.

Riksstroke

Riksstroke är ett nationellt kvalitetsregister för stroke och TIA, och utgör en integrerad del av kvalitetssystemet inom strokevården. Riksstroke samlar in, analyserar och följer upp data om insjuknandet och sjukhusvistelsen. Resultat redovisas öppet mot allmänhet, patienter, professioner och beslutfattare samt är uppföljningsinstrument för nationella riktlinjer för strokevård och personcentrerat vårdförlopp. För patienter med strokediagnos genomförs även en enkätbaserad uppföljning efter tre månader. (1).

Riksstrokekoordinator vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping ansvarar för att korrekta uppgifter registreras i registret.

EVAS

EVAS-registret är ett nationellt kvalitetsregister över endovaskulär behandling (trombektomi) vid ett strokeinsjuknande orsakat av en propp i ett av de stora kärlen som försörjer hjärnan. EVAS samlar in och analyserar data om den endovaskulära behandlingen av stroke. Resultat redovisas öppet mot allmänhet, patienter, professioner och beslutsfattare. Neurointervention (interventionistläkare och angiosjusköterska) samt Riksstrokekoordinator vid Akademiska sjukhuset ansvarar för att korrekta uppgifter registreras i registret.

Dokumenthistorik

Datum:

- 2008 Skrivet i ett samarbete mellan Akutsjukvården Akademiska sjukhuset och Medicinskt centrum, Lasarettet i Enköping.
- 2010-10-25 Reviderat av Akutsjukvården och Paramedicin, Akademiska sjukhuset och Medicinskt centrum/Rehabforum, Lasarettet i Enköping.
- 2017-02-09 --14 Version 1–4, Inlagt i DocPlus.
VO Klinisk neurofysiologi, neurokirurgi och neurologi, Paramedicin, Akademiska sjukhuset och Medicinskt centrum Rehabforum, Lasarettet i Enköping.
- 2018-01-29 Version 5.
- 2024-11-27 Revidering och uppdatering efter nationella personcentrerade vårdförlopp, samt tillgänglighetsanpassat. Erika Keller, Ann-Kristin Kinander, Ylva Johansson, Malin Vikman, Rosanna Cunningham, Vesna Mirkoska, Sara Heshmani Högrelius, Mathilda Wahlberg, Hedvig Montelius, Eveli Wallin, Ulrika Wågström, Erik Lundström, Signild Åsberg.

Relaterade länkar

[Checklista vid flytt till Strokeavd 85B1, sharepoint.com. docx](#)

[Strokemanual – för Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping, regionuppsala.se \(pdf\).](#)

[Sväljningssvårigheter - Identifiering och åtgärder, VO Neuro, regionuppsala.se \(pdf\).](#)

[Stroke - Läkemedel vid sväljningssvårigheter, regionuppsala.se \(pdf\).](#)

[Stroke och körkort, regionuppsala.se \(pdf\).](#)

[Stroke - Övervakningsprotokoll \(regionuppsala.se\) \(pdf\).](#)

Referenser

1. Socialstyrelsen (2018). Nationella riktlinjer för strokesjukvård
[Nationella riktlinjer för vård vid stroke - Socialstyrelsen.se](#).
2. Kliniskt kunskapsstöd för vårdpersonal, 1177 (2022).
[Stroke och TIA, akut – tidiga insatser och vård - Nationellt kliniskt kunskapsstöd, 1177.se](#).
3. Starmark JE, Stålhammar D, Holmgren E. The Reaction Level Scale (RLS85). Manual and guidelines. Acta Neurochir (Wien). 1988;91(1–2):12-20.
4. Logopedi, 2008. Redaktörer: Hartelius, L., Nettelbladt, U., Hammarberg, B. Studentlitteratur AB. ISBN: 9789144038865).
5. Sheppard, S. M., & Sebastian, R. (2021). Diagnosing and managing post-stroke aphasia. Expert review of neurotherapeutics, 21(2), 221–234.
6. American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). Social communication disorder [Practice portal]. [Social Communication Disorder, asha.org](#).

För utskrivbar version i A4-format, [Stroke - Övervakningsprotokoll \(regionuppsala.se\) \(pdf\)](#).

Patienten läser orden i samband med skattning av uppgift 9, språk:

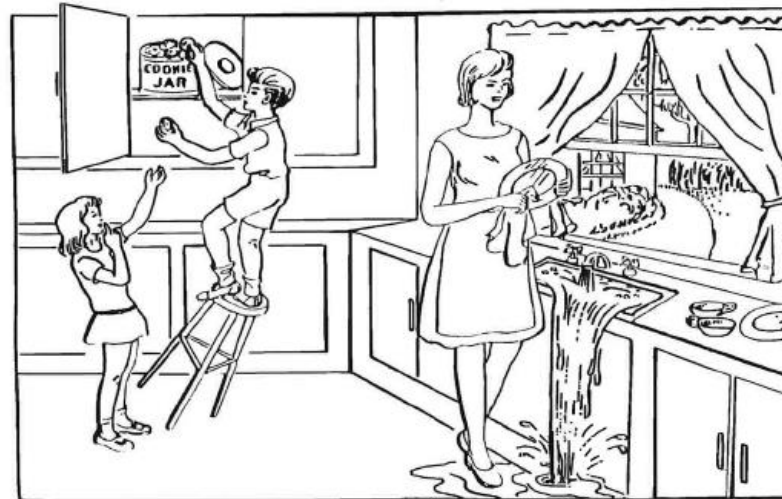
Du kan

Jordnära

Jag kom hem från arbetet

Nära bordet i vardagsrummet

De hörde honom tala på radion igår kväll



Patienten läser orden i samband med skattning av uppgift 10, dysartri:

MAMMA

TIO-TOPP

FEMTIO-FEMTIO

TACK

KRUSBÄR

BASKETSPELARE



Bilaga 2 SVP RU Stroke eller misstänkt stroke

ICNP

Drift i journal: 2024-12-16

Vårdbehov Analys, problembeskrivning, omvårdnadsdiagnos anges som standardtext.	Kval. ind.	Mål Anges som standardtext.	Åtgärder/Behandling Anges som standardtext.	Resultat eller Utförd åtgärd Kan anges som fasta val, vanligen enval. Ange om Flerval.	Utvärdering Kan anges som fasta val på mål. Åtgärder/behandling fritext.
Standardiserad vårdplan		Huvudmål			
Stroke/misstänkt stroke		Optimalt omhändertagande enligt gällande kunskapsunderlag			Målet uppfyllt Målet ej uppfyllt på grund av Ej strokediagnos
Neurologiskt					
Kartläggning för diagnos och underlag för planering av åtgärder		Identifiera och övervaka tillstånd/symtom som kan påverka behandling			Målet uppfyllt Målet ej uppfyllt på grund av
			Samordning		
			Datortomografi hjärna	Utfört	
			Observation/ övervakning		

Vårdbehov Analys, problembeskrivning, omvårdnadsdiagnos anges som standardtext.	Kval. ind.	Mål Anges som standardtext.	Åtgärder/Behandling Anges som standardtext.	Resultat eller Utförd åtgärd Kan anges som fasta val, vanligen enval. Ange om Flerval.	Utvärdering Kan anges som fasta val på mål. Åtgärder/behandling fritext.
			NEWS2 (304495004)	Påbörjat Avslutat	
			Observation/ övervakning		
			NIHSS (450742003)	Utfört	
			Specifik omvårdnad		
			Provtagning vid ankomst (17636008)	Utfört	
			Observation/övervakning		
			Hjärtövervakning (710839006)	EKG utfört Telemetri Holter-EKG Påbörjat Avslutat Ej aktuellt	
			Observation/ övervakning		

Vårdbehov Analys, problembeskrivning, omvårdnadsdiagnos anges som standardtext.	Kval. ind.	Mål Anges som standardtext.	Åtgärder/Behandling Anges som standardtext.	Resultat eller Utförd åtgärd Kan anges som fasta val, vanligen enval. Ange om Flerval.	Utvärdering Kan anges som fasta val på mål. Åtgärder/behandling fritext.
			Strokekontroller (170600009)	Påbörjat Avslutat	
			Observation/övervakning		
			Mätning av syremättnad (104847001)	Påbörjat Avslutat	
			Observation/övervakning		
			Mäta kroppstemperatur (56342008)	Påbörjat Avslutat	
			Specifik omvårdnad		
			Övervaka blodglukosnivå (698472009)	Påbörjat Avslutat	
			Observation/övervakning		
			Bedöma miktionsstatus (711011000)	Utfört	

Vårdbehov Analys, problembeskrivning, omvårdnadsdiagnos anges som standardtext.	Kval. ind.	Mål Anges som standardtext.	Åtgärder/Behandling Anges som standardtext.	Resultat eller Utförd åtgärd Kan anges som fasta val, vanligen enval. Ange om Flerval.	Utvärdering Kan anges som fasta val på mål. Åtgärder/behandling fritext.
			Observation/övervakning		
			Bedöma svalgfunktion (440363007)	Utfört	
			Observation/övervakning		
			Bedömning av munstatus (385935004)	Utfört	
			Observation/övervakning		
			Tal- och kommunikationsbedömning	Utfört	
			Observation/övervakning		
			Bedömning för omedelbar mobilisering (430481008)	Utfört	
			Specifik omvårdnad		
			Blodprov för lipidstatus (17636008)	Utfört Ej aktuellt	

Vårdbehov Analys, problembeskrivning, omvårdnadsdiagnos anges som standardtext.	Kval. ind.	Mål Anges som standardtext.	Åtgärder/Behandling Anges som standardtext.	Resultat eller Utförd åtgärd Kan anges som fasta val, vanligen enval. Ange om Flerval.	Utvärdering Kan anges som fasta val på mål. Åtgärder/behandling fritext.
			Observation/övervakning		
			Mäta blodtryck och puls efter avslutade strokekontroller (46973005) (4625008)	Påbörjat Avslutat	
			Observation/övervakning		
			Bedömning av motorik, koordination, balans, förflyttning, gång och sensibilitet Utförs av fysioterapeut. (427226009) (710828008)	Påbörjat Utfört Ej aktuellt	
			Observation/övervakning		
			Bedömning av hjälpmedelsbehov. Utförs av fysioterapeut.	Utfört	
			Observation/övervakning		

Vårdbehov Analys, problembeskrivning, omvårdnadsdiagnos anges som standardtext.	Kval. ind.	Mål Anges som standardtext.	Åtgärder/Behandling Anges som standardtext.	Resultat eller Utförd åtgärd Kan anges som fasta val, vanligen enval. Ange om Flerval.	Utvärdering Kan anges som fasta val på mål. Åtgärder/behandling fritext.
			Bedömning av kognition Utförs av arbetsterapeut.	Påbörjat Utfört Ej aktuellt	
			Observation/övervakning		
			Bedömning av personlig vård/hemliv (ADL – aktiviteter i det dagliga livet) Utförs av arbetsterapeut. (304492001)	Påbörjat Utfört Ej aktuellt	
			Observation/övervakning		
			Bedömning av hjälpmedelsbehov. Utförs av arbetsterapeut.	Utfört	
			Observation/ övervakning		

Vårdbehov Analys, problembeskrivning, omvårdnadsdiagnos anges som standardtext.	Kval. ind.	Mål Anges som standardtext.	Åtgärder/Behandling Anges som standardtext.	Resultat eller Utförd åtgärd Kan anges som fasta val, vanligen enval. Ange om Flerval.	Utvärdering Kan anges som fasta val på mål. Åtgärder/behandling fritext.
			Bedömning av handfunktion. Utförs av arbetsterapeut.	Påbörjat Utfört Ej aktuellt	
			Specifik omvårdnad		
			Screening av levnadsvanor (225060009)	Utfört Ej aktuellt	
			Samordning		
			Kurator	Utfört Ej aktuellt	
Kunskap/utveckling					

Vårdbehov Analys, problembeskrivning, omvårdnadsdiagnos anges som standardtext.	Kval. ind.	Mål Anges som standardtext.	Åtgärder/Behandling Anges som standardtext.	Resultat eller Utförd åtgärd Kan anges som fasta val, vanligen enval. Ange om Flerval.	Utvärdering Kan anges som fasta val på mål. Åtgärder/behandling fritext.
Otillräcklig kunskap relaterat till sjukdomstillstånd (129864005)		Välinformerad patient och närstående (225795001)			Målet uppfyllt Målet ej uppfyllt på grund av
			Information		
			Muntlig och skriftlig Information vid inskrivning (311401005)	Fått muntlig information Fått skriftlig information Information given till närstående Information given via tolk Oförmögen att tillgodogöra sig information Påbörjat Utfört	
			Samordning		

Vårdbehov Analys, problembeskrivning, omvårdnadsdiagnos anges som standardtext.	Kval. ind.	Mål Anges som standardtext.	Åtgärder/Behandling Anges som standardtext.	Resultat eller Utförd åtgärd Kan anges som fasta val, vanligen enval. Ange om Flerval.	Utvärdering Kan anges som fasta val på mål. Åtgärder/behandling fritext.
			Informationssamtal med läkare (66141000052103)	Planerat till Närstående kontaktade Utfört Skriftlig kopia utlämnad Ej aktuellt	
			Information		
			Skriftlig information vid stroke- eller TIA-diagnos (720849008)	Utfört Ej aktuellt	

Bilaga 3 Strokekontroller Journaltabell LUL, Cosmic

Drift i journal 2024-12-16

URL kopplad till journaltabell

<https://ltuppsala.sharepoint.com/sites/DocPlusSTYR/DPDocumentRedirect.aspx?id=DocPlusSTYR-11918>

Sökord eller SEPARATOR Sökords-ID kan anges under Sökordet i det fallet det är känt	Hjälp Hjälpstext Beskrivning av sökord, vad en ev. förkortning står för. Vid bedömningsinstrument ska även referens anges och vb. Även upphovsrätt	Särskilda egenskaper utöver fritext		
		Fasta val Ange Enval eller Flerval och ev. namn på vallista	Numeriskt värde Ange: Enhet, Referensvärde Min-värde Max-värde	Annat verktyg
NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)	National Institutes of Health Stroke Scale			
Medvetandegrad RLS 85 40845	Reaktionsgradskala 85, används vid gradering av medvetandegrad. 0 = Vaken och alert (RLS 1). 1 = Slö, men kontaktbar vid lätt stimulering (RLS 2). 2 = Mycket slö, kräver upprepade eller smärtsamma stimuli för kontaktbarhet eller för att följa uppmaning (RLS 3). 3 = Koma. Patienten okontaktbar. Reflexer- eller automatiska rörelser (RLS 4-8).	Vallista: RLS 85 Strokekontroller 0 = RLS 1 1 = RLS 2 2 = RLS 3 3 = RLS 4-8		

Sökord eller SEPARATOR Sökords-ID kan anges under Sökordet i det fallet det är känt	Hjälpstext Beskrivning av sökord, vad en ev. förkortning står för. Vid bedömningsinstrument ska även referens anges och vb. Även upphovsrätt	Särskilda egenskaper utöver fritext		
		Fasta val Ange Enval eller Flerval och ev. namn på vallista	Numeriskt värde Ange: Enhet, Referensvärde Min-värde Max-värde	Annat verktyg
Orientering 66366	Fråga patienten om aktuell månad och patientens ålder. Ge inga ledtrådar. Första svaret gäller. 0 = Två rätt. 1 = Ett rätt. Ges också om intuberad eller dysartri eller annan språksvårighet. 2 = Inget rätt. Ges om afasi/coma.		Numeriskt – poäng Min: 0 Max: 2	
Förståelse 66362	Ge kommando (visa inte) Slut ögonen! Knyt handen (icke paretisk sida)! Om afatisk patient utförs pantomim. 0 = Två rätt. 1 = Ett rätt. 2 = Inget rätt.		Numeriskt – poäng Min: 0 Max: 2	
Facialis pares 66354	Medvetandesänkt eller afatisk patient testas genom att skatta		Numeriskt – poäng Min: 0 Max: 3	

Sökord eller SEPARATOR Sökords-ID kan anges under Sökordet i det fallet det är känt	Hjälpstext Beskrivning av sökord, vad en ev. förkortning står för. Vid bedömningsinstrument ska även referens anges och vb. Även upphovsrätt	Särskilda egenskaper utöver fritext		
		Fasta val Ange Enval eller Flerval och ev. namn på vallista	Numeriskt värde Ange: Enhet, Referensvärde Min-värde Max-värde	Annat verktyg
	reaktionen på smärtsamt stimuli. 0 = Utan anmärkning 1 = Partiell central facialispares (utslätad nasolabialfåra, asymmetri vid leende). 2 = Komplet central facialispares. 3 = Perifer facialispares.			
Vänster arm 66355	Pares i vänster arm. Patienten i liggande. Lyft armen till 45 grader mot kroppen med handflatan nedåt. Be patienten hålla kvar i 10 sekunder. 0 = Håller kvar i 10 sekunder. 1 = Sjunker inom 10 sekunder men når ej sängen. 2 = Faller till sängen inom 10 sekunder, visst gravitationsmotstånd.		Numeriskt – poäng Min: 0 Max: 4	

Sökord eller SEPARATOR Sökords-ID kan anges under Sökordet i det fallet det är känt	Hjälpstext Beskrivning av sökord, vad en ev. förkortning står för. Vid bedömningsinstrument ska även referens anges och vb. Även upphovsrätt	Särskilda egenskaper utöver fritext		
		Fasta val Ange Enval eller Flerval och ev. namn på vallista	Numeriskt värde Ange: Enhet, Referensvärde Min-värde Max-värde	Annat verktyg
	3 = Armen faller omedelbart men kan röra armen mot underlaget. 4 = Ingen rörlighet i armen. Amputation eller kontraktur ger 0 poäng.			
Höger arm 66357	Pares i höger arm. Patienten i liggande. Lyft armen till 45 grader mot kroppen med handflatan nedåt. Be patienten hålla kvar i 10 sekunder. 0 = Håller kvar i 10 sekunder. 1 = Sjunker inom 10 sekunder men når ej sängen. 2 = Faller till sängen inom 10 sekunder, visst gravitationsmotstånd. 3 = Armen faller omedelbart men kan röra armen mot underlaget. 4 = Ingen rörlighet i armen.		Numeriskt – poäng Min: 0 Max: 4	

Sökord eller SEPARATOR Sökords-ID kan anges under Sökordet i det fallet det är känt	Hjälp text Beskrivning av sökord, vad en ev. förkortning står för. Vid bedömningsinstrument ska även referens anges och vb. Även upphovsrätt	Särskilda egenskaper utöver fritext		
		Fasta val Ange Enval eller Flerval och ev. namn på vallista	Numeriskt värde Ange: Enhet, Referensvärde Min-värde Max-värde	Annat verktyg
	Amputation eller kontraktur ger 0 poäng.			
Vänster ben 66358	Pares i vänster ben. Patienten i liggande. Rakt benlyft till 30 grader. Be patienten hålla kvar i 5 sekunder. 0 = Håller kvar i 5 sekunder. 1 = Sjunker inom 5 sekunder men når ej sängen. 2 = Faller till sängen inom 5 sekunder, visst gravitationsmotstånd. 3 = Benet faller omedelbart men kan röra benet mot underlaget. 4 = Ingen rörlighet i benet. Amputation eller kontraktur ger 0 poäng.		Numeriskt – poäng Min: 0 Max: 4	
Höger ben 66360	Pares i höger ben. Patienten i liggande. Rakt benlyft till 30 grader. Be		Numeriskt – poäng Min: 0	

Sökord eller SEPARATOR Sökords-ID kan anges under Sökordet i det fallet det är känt	Hjälpstext Beskrivning av sökord, vad en ev. förkortning står för. Vid bedömningsinstrument ska även referens anges och vb. Även upphovsrätt	Särskilda egenskaper utöver fritext		
		Fasta val Ange Enval eller Flerval och ev. namn på vallista	Numeriskt värde Ange: Enhet, Referensvärde Min-värde Max-värde	Annat verktyg
	patienten hålla kvar i 5 sekunder. 0 = Håller kvar i 5 sekunder. 1 = Sjunker inom 5 sekunder men når ej sängen. 2 = Faller till sängen inom 5 sekunder, visst gravitationsmotstånd. 3 = Benet faller omedelbart men kan röra benet mot underlaget. 4 = Ingen rörlighet i benet. Amputation eller kontraktur ger 0 poäng.		Max: 4	
Sensibilitet 66361	Avses endast dysfunktion pga stroke. Medvetandesänkt eller afatisk patient skattas med smärtsamt stimuli. Patient i coma ges 2 poäng. 0 = Utan anmärkning 1 = Lätt till måttlig nedsättning, olika grader av förändrat känselupplevelse		Numeriskt – poäng Min: 0 Max: 2	

Sökord eller SEPARATOR Sökords-ID kan anges under Sökordet i det fallet det är känt	Hjälp text Beskrivning av sökord, vad en ev. förkortning står för. Vid bedömningsinstrument ska även referens anges och vb. Även upphovsrätt	Särskilda egenskaper utöver fritext		
		Fasta val Ange Enval eller Flerval och ev. namn på vallista	Numeriskt värde Ange: Enhet, Referensvärde Min-värde Max-värde	Annat verktyg
	men patienten är medveten om att hen berörs. 2 = Svår eller total nedsättning, patienten omedveten om beröring. Patient med hjärnstamsstroke och bilateral känselnedsättning.			