

TEMAHEFTE

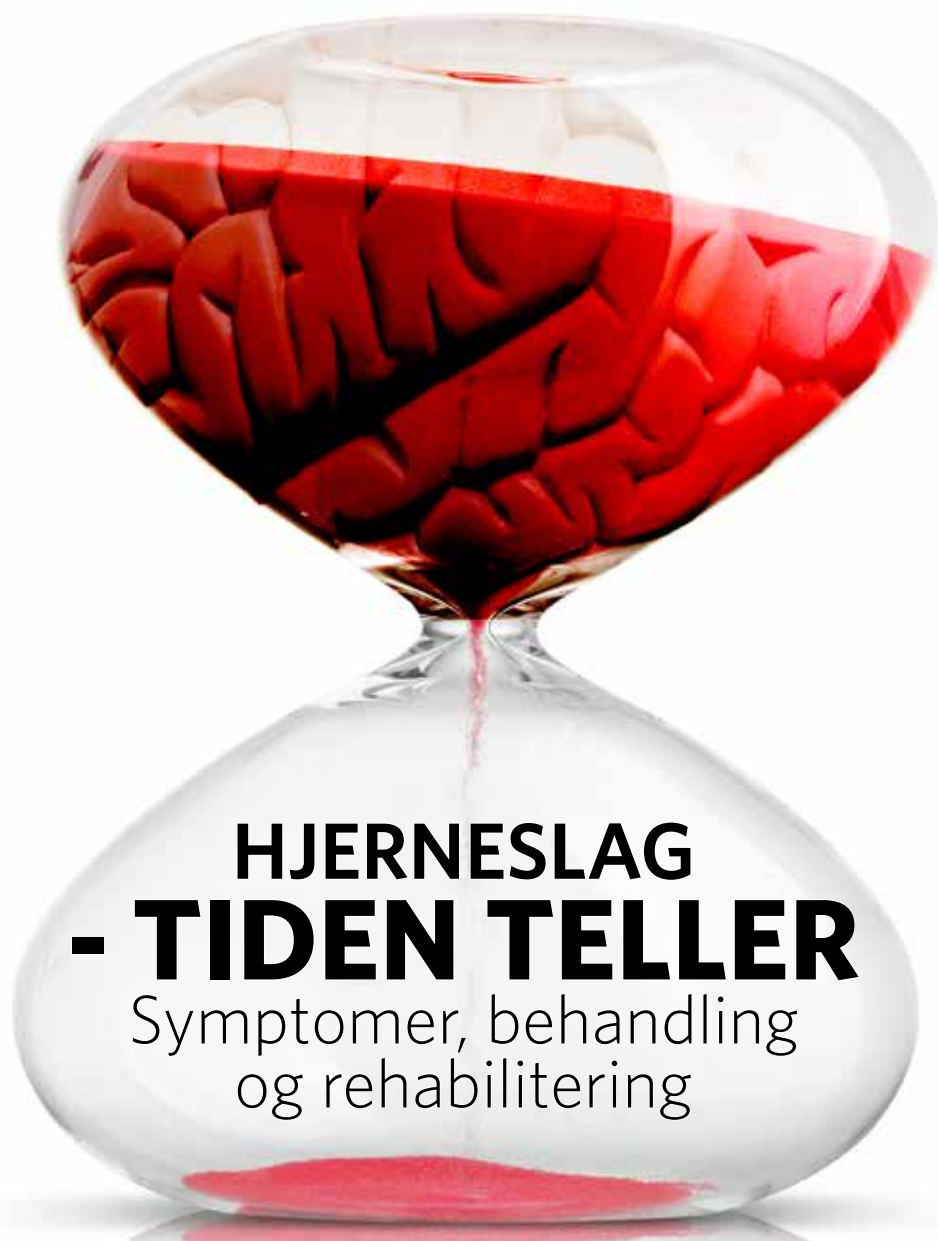


Helsefagarbeidere  
i Delta

# Helse

## fagarbeideren

HJERNESLAG I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN



## HJERNESLAG - TIDEN TELLER

Symptomer, behandling  
og rehabilitering

# Forord



Eldre er en meget utsatt gruppe for slag. Ikke minst personer med demens som kan ha problemer med å uttrykke hva som skjer i kroppen. Da er observasjon livsviktig. Ved å kjenne symptomer på slag, kan vi bidra til å redde liv, og forebygge store skader.

I dette heftet får du en gjennomgang av symptomer ved hjerneslag og kunnskaper om det store spekteret av utslag som kan forekomme, i tillegg til informasjon om rehabiliteringsprosessen.

Helsefagarbeidere er den yrkesgruppen som er nærmest pasienten. Vi har derfor særlig god anledning til å bidra til rask behandling og kan spille en viktig rolle for rehabiliteringen. Da er det viktig med et opptrent klinisk blikk, i tillegg til de teoretiske kunnskapene. I framtiden håper jeg vi vil få en fagskoleutdanning innen slagrehabilitering.

Ønsker du deg mer kompetanse om hjerneslag? Etterspør den hos din arbeidsgiver. Og husk, ved mistanke om slag eller drypp, ikke nøl. Ring 113. Det er bedre å ringe en gang for mye enn for lite.

*Jette Dyrnes*

hjelpepleier og leder i Helsefagarbeidere i Delta

*Takk*

Takk til logopedene Hege Beate Bakken, Anne Mette Mortvedt, Nina Høeg, Malin Dalby Silkstone og Eva Nordset som har bidratt til dette heftet med en grundig artikkel om kommunikasjon med pasienter og brukere som har språkvansker



Helsefagarbeidere  
i Delta

#### Utgiver:

Helsefagarbeidere i Delta  
post@helsefagarbeidere.no

#### Redaktør:

Ann Beate Grasdalen

#### Redaksjon:

Jette Dyrnes  
Ulf Borthen  
Anne C. Eriksen

ISBN 978-82-999638-6-2

#### Forsideillustrasjon:

Anne C. Eriksen

#### Design og grafisk produksjon:

Merkur Grafisk AS  
www.merkurgrafisk.no

1. opplag 2018



Trykksak  
2041 0672

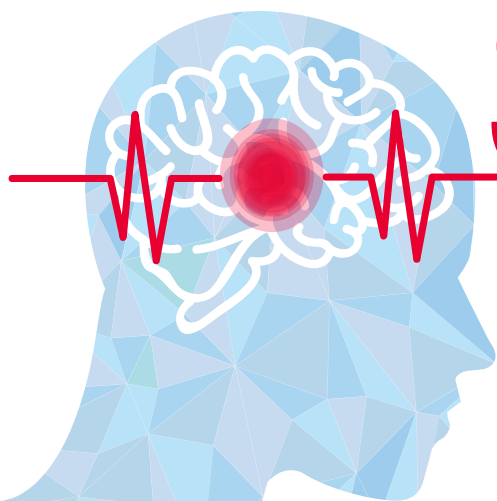


Merkur Grafisk AS  
er godkjent som  
svanemerket bedrift.

- 4 Harde fakta om slag
- 6 Når livet starter i ny utgave
- 10 Når hjerneslag inntreffer
- 12 Tegn på hjerneslag i ulike deler av hjernen
- 14 Ulike typer hjerneslag
- 17 Små hjelpemidler i hverdagen
- 18 Livsstil påvirker risiko
- 20 Behandling og utredning ved hjerneslag
- 22 Utfall etter hjerneslag
- 28 Slik jobber de på slagenheten
- 32 Slagrehabilitering
- 36 Slik organiseres rehabiliteringen
- 38 Status hjerneslag i Norge
- 40 Språkvansker
- 47 Kilder



# HARDE FAKTA OM SLAG



## Hva er hjerneslag?

Hjerneslag er en fellesbetegnelse for hjerneinfarkt, også kalt blodpropp, og hjerneblødning, og kan defineres som plutselig tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon.

## LEGG MERKE TIL

3 ord som betyr det samme

- hjerneslag
- slag
- apopleksi



## Behandling og rehabilitering reduserer skadeomfang

Riktig behandling og god rehabilitering er svært viktig for å redusere skadeomfang. Jo raskere behandling, desto bedre er prognosene. Intensiv og rask rehabilitering gir god effekt. Samtidig kan framskritt også skje gradvis i flere år etter hjerneslaget.

## Så alvorlig er hjerneslag i Norge

Nr. 1 som årsak til uførhet  
Nr. 1 som årsak til sykehjemsinleggelse  
Nr. 3 som årsak til dødsfall

Hjerneslag er også en viktig medvirkende årsak til demens



## RING 113

Hjerneslag kommer ofte som lyn fra klar himmel. Ved mistanke om hjerneslag, ring 113!

## Slik deler vi inn hjerneslag

### 1. BLODPROPP /HJERNEINFARKT – VANLIGST

Trombotisk infarkt = tilstoppet blodåre i hjernen

Embolisk infarkt = vandrende blodpropp fra andre steder i kroppen

### 2. HJERNEBLØDNING

Intracerebral = blødning i hjernen

Hjernehinneblødning = blødning på hjernens overflate

Hvor mange  
rammes årlig?

Rundt

**12 000**

personer rammes hvert år  
av hjerneslag i Norge

GJENNOMSNITTSALDER FOR FØRSTE HJERNESLAG ER

**75 år** for menn,  
og **78 år** for kvinner.

## Drypp/TIA – en advarsel å ta på alvor

Et drypp advarer om høy risiko for å få hjerneslag særlig i de neste dagene. Hver fjerde slagpasient kan angi drypp i forkant av hjerneslaget. TIA, *transitorisk iskemisk attack*, skyldes nedsatt blodtilførsel, hvor symptomene går over innen 24 timer, oftest innen rundt 20 minutter.

## Etter hjerneslag vil

1 av 3 gjenvinne full eller tilnærmet full funksjon  
1 av 3 få varig funksjonshemming  
1 av 3 dø

## SYMPTOMER PÅ SLAG



SVAKHET



TALEPROBLEMER



VISUELLE ENDRINGER



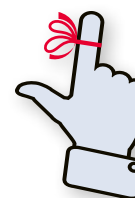
ANSIKT HENGER



NUMMENHET/PRIKKING



SVIMMELHET



## Memorer huskeregelen

**PRATE** – prøv å si en enkel sammenhengende setning

**SMILE** – prøv å smile, le eller vise tennene

**LØFTE** – prøv å løfte begge armene



Se kilder i egen oversikt  
bakerst i bladet

# Når livet starter i ny utgave

Det handler ikke om finne tilbake til førsteutgaven av livet etter hjerneslag, men om å starte på en ny. Andreutgaven kommer med mange utfordringer, men også nye erfaringer og muligheter til å finne mening i tilværelsen.

Alle foto: Jannice Bårtvedt

Signe Gjørum jobber med å hjelpe personer som har overlevd hjerneslag. Hun møter ofte pasienter som sliter med å finne ut av hvilket forventningsnivå de kan sette til livet videre. Det er vanskelig å holde blikket rettet fremover og ikke drømme seg tilbake. Gjørum vet hva hun snakker om. For over 25 år siden ble hun selv rammet av et alvorlig hjerneslag.

*Gjørum føler seg frisk, men hva vil det si å være frisk, egentlig?*

Som slagrammet må hun leve resten av livet med slagutfall. Hun er skadet, men ikke syk. Hun har en alvorlig diagnose, men lever et fullverdig liv. Man må erkjenne for seg selv at livet aldri blir helt som før igjen, og samtidig finne håp for framtiden. For med riktig innstilling til rehabiliteringen, kan mange finne fram til gode og meningsfulle liv. Det er et viktig budskap som hun ønsker å formidle videre.

I arbeidet på Nordås rehabiliteringsklinikk i Bergen møter sykepleieren slagrammede som kommer for oppfølging etter å ha bodd hjemme og mottatt rehabilitering i kommunen i tre måneder. Ofte møter hun



personer som har umulige forventninger til framtiden, som tror de kan bli «friske», akkurat slik de var før.

- Mange har urealistiske håp. Hvem møter de som gir dem slike urealistiske forventninger?

Det spørsmålet stiller Signe Gjørum seg ganske ofte i jobben, for hun møter slagrammede som

har fått inntrykk av at «bare du lærer deg å gå igjen, så blir du helt frisk».

Det er viktig for helsepersonell å gi håp. Man skal ikke begynne med realitetsorientering i den akutte fasen, men håpet bør være realistisk. Det handler om å formidle at man kan leve godt, selv med konsekvensene av utfall.



Egeninnsatsen betyr alt for en vellykket rehabilitering, erfarer Signe Gjørum som fikk hjerneslag for 25 år siden. Hun gikk stadig lengre turer for å trene seg opp. I dag er det å gå lange turer en del av livsstilen.

For hvem av oss er egentlig hundre prosent friske? Som menneske er vi alle «feilvare», på en måte, slik Gjørum ser det. Vi har alle noe vi sliter med. Har du hatt et hjerneslag, så handler det om å akseptere andreutgaven. Førsteutgaven var den du vokste opp med, andreutgaven er den du må begynne med på nytt, og den kommer med enda mer kunnskap, og enda mer erfaring.

Det er en metafor hun liker å bruke, at man starter på nytt. Gjørum var 32 år og småbarnsmor da hun fikk hjernehinneblødning i 1992. Slaget var kraftig, og rehabiliteringen langvarig. Hun anser likevel seg selv som heldig, for hennes utfall var hovedsakelig fysiske, og svekket henne ikke intellektuelt.

- Jeg tvang meg selv til å gå turer hver dag, kanskje bare en tur i butikken, og alltid med et mål for turen. Turene ble lengre og lengre, og med tyngre og tyngre sekk. Det å bruke beina har blitt en livsstil for meg, for jeg kan ikke lenger kjøre bil.

- Jeg tenker på rehabilitering som en livsvarig prosess. Jeg merker fremdeles at ting i hverdagen blir lettere å håndtere. For eksempel å holde middagselskap for ti personer. Det er en



## Hvilke råd vil du gi til helsepersonell som jobber med slagrammede?

barriere jeg har oversteget i det siste, fordi jeg blir stadig bedre på å planlegge, blir mer kreativ og ser ting på nye måter.

Gjærum har blitt veldig god på å finne strategier for å overkomme utfordringer, til å se muligheter istedenfor begrensninger.

- Jeg vet ikke hvordan livet mitt hadde vært om jeg ikke hadde fått hjerneblødning, men jeg hadde nok vært mye mer stresset, mye mer karrierebevisst, en som hele tiden skal framover. Man blir mer ydmyk for livet rundt seg når man har vært igjennom noen tøffe tak selv. Motgang gjør sterkere, erfarer hun.

*- Hvor mye har egeninnsatsen å si for rehabiliteringen?*

- Egeninnsatsen betyr alt, absolutt alt. Man trenger hele tiden stimuli, gå for å hente kaffe, hente avisa i postkassa. Uten stimuli, så skjer det ingen rehabilitering.

Man kan ikke trøste seg med å ligge i sofaen. Det er lov å hvile,

1. Få respekt for personen du jobber med, ikke bare se pasienten. Om den slagrammede bare blir sett på som en pasient, så kan det føre til mer hjelpeløshet, for man spiller seg i personene man rundt seg. - Møt personene ansikt til ansikt, og vis at du respekterer dem. Da vil de også yte mer tilbake, oppfordrer Signe Gjærum

2. Fokuser på hele mennesket, ikke bare motoriske utfall. Slag forbindes ofte med lammelser, men de kognitive utfallene kan være de som påvirker hverdagen mest. Rehabilitering er så mye mer enn armer og bein og fysioterapi, det handler om å mestre hele hverdagen.

3. Bidra til at personen setter realistiske mål og aksepterer seg selv. Etter et slag, så må man finne seg selv igjen, og akseptere seg selv i en ny utgave. Det er viktig at helsepersonell bidrar til å sette realistiske mål og formidler at man kan få et godt liv, selv om det ikke blir som før.

4. Oppfordre til å delta på kurs for å lære om egen diagnose. Å få kunnskap om hjerneslag og om utfallene er veldig viktig for å forstå. Man trenger «kunnskapsknagger» å henge egne erfaringer på. Lærings- og mestringssentra rundt om i landet holder ofte kurs.

5. Sett deg inn i alle hjelpemidlene som finnes. Det finnes en rekke hjelpemidler som bidrar til å gjøre hverdagen enklere for slagrammede, som gode matter så ting ikke sklir på kjøkkenbenken, eller melkekartongåpner.

men man må ha vært i aktivitet. Det er strevsomt først, men det går bedre etter hvert. Mengde- trening og variasjon er sentralt, og det meste av rehabiliteringen må skje uten at fysioterapeut, eller annet helsepersonell er til stede. Derfor er egenmotivasjon så viktig.

- Kunsten er ikke å tenke at man skal bli frisk, men at man skal mestre hverdagen. Det er viktig ikke å sammenligne med livet før hjerneslaget. Man må ta utgangspunkt i hvordan man var da man våknet opp på sykehuset etter slaget. Da kan man virkelig se forbedringspotensial, råder Gjærum.

Samtidig er det ikke til å komme bort fra at mange som får slag får sterkt forringede liv og blir pleiepasienter. Men det er ikke nødvendigvis de utfallene som synes best som er de verste. I rehabiliteringen har tradisjonelt den fysiske opptreningen vært gitt stor oppmerksomhet, som å lære å gå igjen etter lammelser. I dag gis kognitive vansker mye mer plass, som språkopptrening og hjelpemidler til å håndtere dagliglivet.

Men rehabilitering handler om mer enn det fysiske og mentale også. Aksepten for det som har skjedd er veldig viktig for progresjon, og man må

samtidig finne veien tilbake til et sosialt liv. Et hjerneslag vil skape sorg, og det er en prosess man ikke blir ferdig med, erfarer Gjærum. Men man kan likevel være glad og leve et godt liv. Etter litt tid, så blir sorgen noe man «putter i lomma» og tar fram igjen av og til.

Gjærum har en del synsrelaterte forstyrrelser, hun har synsfeltutfall og neglekt. I tillegg



ble hun blind på venstre øye. Hun har også problemer med å bevege venstre arm og bein, men opplever sine egne, fysiske problemer som relativt enkle å takle i forhold til mange kognitive utfall.

- Jeg har enorm respekt for mennesker som mister språket og sliter med den sosiale delen av å være menneske.

Kognitive utfall kan også være de verste for pårørende. For en ektefelle som opplevde at mannen ikke kjente henne igjen lenger, var det en fattig trøst at han ikke hadde noen motoriske utfall.

Det vil alltid være en restskade igjen etter et hjerneslag. Det er det negative aspektet, slik Gjærum ser det. Det positive aspektet er at det ikke er noe man blir dårligere av over tid, som Parkinsons og MS. Man starter på bunnen og jobber seg oppover. Det kan gjøre det enklere å motivere seg for å gjøre det beste ut av situasjonen.

- Vi som overlever hjerneslag har allerede vært heldige, for mange dør av dette, og vi har potensial til å komme oss godt igjen om målene som settes er realistiske. Det er det jeg ønsker å formidle, at hjerneslag ikke er noe vi skal legge oss ned og gråte over. ■

Sykepleier Signe Gjærum jobber deltid med å følge opp slagrammede ved rehabiliteringsklinikken på Nordås i Bergen som er en del av Haukeland Universitetssykehus.

Alle som har hatt hjerneslag får innkalling til poliklinikken tre måneder etter utskrivning fra sykehuset. Under kontrollen utføres en rekke tester, og den slagrammede forteller om hvordan det går med rehabiliteringen.

Det er en tverrfaglig gruppe av lege, sykepleier, ergoterapeut og logoped ved språkvansker som følger opp pasienten

- Vi er opptatt av å se etter behov som ikke blir ivaretatt, forklarer Gjærum som erfarer at kontrollen er en positiv opplevelse for mange som dermed får satt progresjonen i perspektiv. Kanskje kommer de nå gående, mens de sist gang var på krykker.

- Det er kjekt å se at folk kommer seg. Det er stort sett veldig gode prognoser etter et hjerneslag, sier Gjærum.

# NÅR HJERNESLAG INNTREFFER

Å kjenne symptomer på hjerneslag bidrar til rask behandling. Hjerneslag inntreffer plutselig og uventet. Tap av en eller flere kroppsfunksjoner er vanlig.

Dette må du vite



## Denne enkle testen kan redde liv

Mistenker du hjerneslag, spør den det gjelder om å gjøre følgende:

**PRATE** – prøv å si en enkel sammenhengende setning

**SMILE** – prøv å smile, le eller vise tennene

**LØFTE** – prøv å løfte begge armene

## RING 113 SÅ FORT SOM MULIG

hvis personen har problemer med å gjennomføre noen av disse oppgavene. Det er viktig å komme raskt til sykehuset for å unngå skader. Hvert minutt teller.



## Hva slags symptomer sjekkes?

### PRATE

Ved å be personen om å prate, undersøker du for språkforstyrrelser. Si en enkel setning, for eksempel «sola skinner i dag». Både språkforstyrrelse, at man ikke finner ord, og taleforstyrrelse, at man snakker utydelig er symptomer på hjerneslag

### SMILE

Ved å be personen smile, undersøker du for ansiktslammelse. Et skjevt smil er symptom på hjerneslag.

### LØFTE

Ved å be personen løfte begge hendene, så undersøker du for lammelse. Begge armer skal løftes, dersom personen ikke klarer å løfte begge armene, så er det symptom på hjerneslag.

Ring 113 for øyeblikkelig hjelp ved minste mistanke om hjerneslag

## Andre vanlige symptomer

- Nummenhet
- Svimmelhet
- Lett svekkelse i en hånd eller arm
- Synsproblemer
- Nedsatt balanse eller koordinasjon
- Kraftig, eksplosjonsartet hodepine

## Før ambulansen kommer

- Snakk rolig, sakte og tydelig til pasienten
- Sørg for at personen holder seg i ro, helst liggende i sideleie
- Ikke gi mat og drikke eller medisiner

Hvis pasienten blir dårligere, får pustevansker eller blir bevisstløs mens du venter på ambulansen ringer du 113 en gang til. De vil hjelpe deg til ambulansen kommer og overtar ansvaret.



## Prate-smile-løfte er den nye huskeregelen

Helseforetakene, ulike fagmiljøer og brukerorganisasjoner har sammen med Helsedirektoratet blitt enige om å samle seg rundt huskeregelen prate-smile-løfte.

Prate-smile-løfte erstatter tidligere huskereglene som FAST og SLAG. Symptomene som testes er de samme som tidligere. Forskjellen er at den nye huskeregelen vektlegger hvordan man sjekker for hjerneslag, mens de tidligere tok utgangspunkt i hva som sjekkes.

Den nye huskeregelen er valgt med bakgrunn i at den gjør det enklere å raskt huske hva testen går ut på. Ved at alle bruker samme huskeregel, vil den oppfattes av flest mulig, slik at flere slagpasienter får hjelp så raskt som mulig.

## Symptomer på TIA

Pasienter med TIA uten symptomer på hjerneslag bør bli akutt vurdert av legevakt eller fastlege. Ved høy risiko for hjerneslag anbefales øyeblikkelig hjelp på samme måte som akutte slagpasienter.



Se kilder i egen oversikt bakerst i bladet

# TEGN PÅ HJERNESLAG

## i ulike deler av hjernen

Plasseringen av skaden er avgjørende for hvilke symptomer som oppstår. Forskjellige deler av hjernen har hovedansvaret for ulike funksjoner. Samtidig kan man ikke isolere oppgaver til kun ett sted i hjernen. Oppgavene løses i et samspill mellom ulike deler. Skader i venstre hjernehalvdel fører til funksjonstap i høyre side av kroppen. Motsatt fører skader i høyre hjernehalvdel til funksjonstap i venstre side av kroppen.



**VENSTRE  
HJERNEHALVDEL**

**HØYRE  
HJERNEHALVDEL**

- Lammelser og nedsatt førighet på høyre side av kroppen
- Språkforstyrrelser – kan lede til Afasi
- Langsomme og forsiktige bevegelser
- Treg og forsiktig adferd

- Lammelse og nedsatt førighet på venstre side
- Mindre følsom for berøring, smerte og temperatur
- Svikt i rom- og avstandsbedømmelse
- Rask og impulsiv adferd

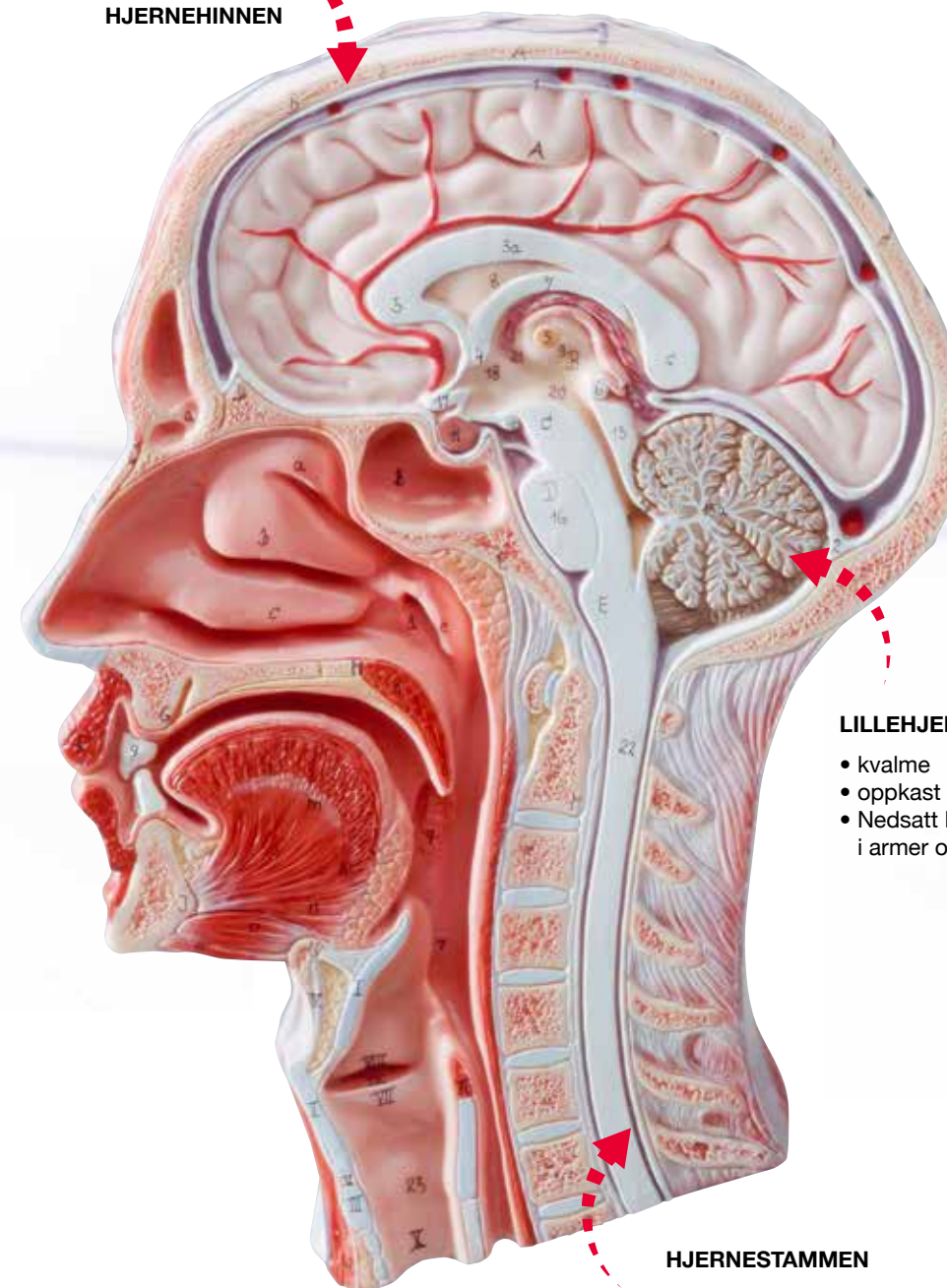
### Hjernen er ganske tilpasningsdyktig

Selv om områder i hjernen styrer ulike funksjon i kroppen, så kan hjernen over tid endre organisering ved å danne nye forbindelser mellom hjerneceller. Slik kan friske områder overta funksjoner. I motsetning til hva forskerne har ment tidligere, tyder dessuten flere studier på at vi kan danne nye hjerneceller. Det viser blant annet et eksperiment med laboratorierotter.

### HJERNEHINNEBLØDNING

- Hyperakutt hodepine
- Nakkestivhet
- Kvalme og oppkast
- Bevissthetstap

**HJERNEHINNEN**



**LILLEHJERNEN**

- kvalme
- oppkast
- Nedsatt koordinasjon i armer og bein

**HJERNESTAMMEN**

- dobbeltsyn
- svelgevansker
- hurtig bevissthetstap

# ULIKE TYPER HJERNESLAG

Ved et hjerneslag blir blodtilførselen til hjernen brutt. Områdene i hjernen som får blod fra disse blodårene vil dermed miste næring og oksygen, og bli varig skadet.

Hjerneslag oppstår enten i form av en blodpropp, eller en sprekke i blodkaret. En blodpropp kalles hjerneinfarkt, en sprekke i blodkaret hjerneblødning.

Rundt 85 prosent av alle hjerneslag er hjerneinfarkt, mens hjerneblødning utgjør om lag 15 prosent.

## Hjerneinfarkt

Hjerneinfarkt skyldes fettavleiringer eller forandringer i en blodåre i hjernen, eller en vandrende blodpropp som er dannet et annet sted i kroppen. Hjerneinfarkt deles inn i trombotisk og embolisk infarkt

## Trombotisk infarkt – utviklet i hjernen

Trombotiske infarkter skyldes avleiringer og forandringer i årene i hjernen som kan skje over tid som følge av for eksempel høyt blodtrykk, diabetes, forhøyet kolesterol eller røyking. Normale aldringsprosesser gir dessuten avleiringer, og arvelige faktorer kan også medvirke.

Forandringene i blodåren påvirker blodflyten. Blodplater kleber seg sammen, slik at åren etter hvert blokkeres. Blodstrømmen stopper opp, og områder som er forsynt med blod fra åren blir skadet. Når blodtilførselen blir helt avbrutt, så kan mange hjerneceller dø. Jo større blodåre, desto større kan hjerneinfarkt bli.

### RASK BEHANDLING REDUSERER SKADE

Et område i hjernen kan være forsynt av flere blodårer. I utkanten av et infarkt område er hjerneceller som delvis får blodforsyning fra andre årer. Disse hjernecellene får i første omgang nedsatt funksjon. Forandringer som skjer i og rundt infarkt området gir hevelse, ødem),

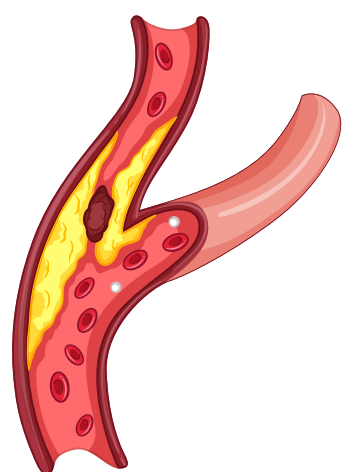
som ytterligere forstyrrer hjernecellenes funksjon. Særlig ved store infarkter er utgjør hevelse skaderisiko.

I tillegg frigjøres stoffer som har ugunstig virkning på hjerneceller i randsonen av infarkt. Disse hjernecellene kan kanskje reddes dersom sirkulasjonen raskt forbedres, for eksempel ved at det gis medikamenter som løser opp tilstoppingen av blodkaret.

### KAN GI GRADVIS ØKENDE SYMPTOMER

Noen ganger kan trombotiske infarkter gi gradvis økende symptomer. Det er svært viktig å ta små symptomer på alvor, da tidlig behandling er helt avgjørende for utfallet etter et trombotisk infarkt.

Rundt **20%** av alle hjerneinfarkter er forårsaket av blodpropp som er løsnet fra halspulsåren.



## Embolisk infarkt – vandrende blodpropp

Embolisk infarkt skyldes en vandrende blodpropp som har oppstått et annet sted i kroppen, ofte i hjertet, eller halspulsårer. Blodproppen vil følge blodstrømmen ut i kroppen til den kommer til en blodåre som er for trang, og dermed kile seg fast.

Forandringer i hjertet kan føre til at blod stopper opp for

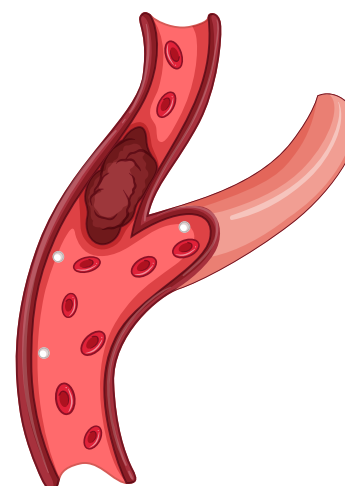
lenge. Da kan det koagulere til en blodpropp som vandrer ut i blodårene. I halspulsårene kan blodpropper dannes ved fettavleiringer og forsnævring av åreveggen, såkalt forkalkning. Det kalles *Karotisstenose* og er en vanlig tilstand blant eldre.

Små biter fra forkalkningen kan føres opp til hjernen. Om de er mindre alvorlige, fører de til drypp/TIA, noe som kan være forvarsel til et større infarkt. Ved TIA er det viktig med rask utredning, og en enkel ultralydundersøkelse kan anslå hastegraden for behandling.

### RASK DIAGNOSE VIKTIG

Som ved trombotisk infarkt, så kan også skadeomfanget av embolisk infarkt reduseres ved rask diagnose og behandling. I tillegg til trombolysbehandling, er noen emboliske infarkter egnet for mekanisk uthenting med kateter, såkalt trombektomi. Dette må gjøres raskt.

Den medisinske behandlingen er forskjellig om man gjennomgår trombotisk eller embolisk infarkt. Derfor er det viktig raskt å få kartlagt årsak til hjerneslaget, slik at det forebyggende arbeidet kan starte opp umiddelbart.



## Blodpropp er fellesbetegnelse for trombe og emboli

**Trombe** = blodpropp som dannes lokalt og blir værende, vanligvis festet til vev i karveggen. Sykdomsprosessen kalles trombose.

**Embolus** = blodpropp som løsner og følger blodårene inntil den kiler seg fast i en trangere åre. Emboli brukes om sykdomsprosessen, og er også flertallsformen av ordet.





## Hjerneblødning

Hjerneblødning oppstår ved blødning i eller omkring hjernevevet. Man skiller mellom blødning i hjernen og blødning på hjernens overflate. En hjerneblødning innebærer høyere risiko for død eller alvorlig invaliditet enn hjerneinfarkt.

### Hjerneblødning

Hjerneblødning kan oppstå i storehjernen, lillehjernen, hjerne-stammen eller på hjernens overflate.

#### BLØDNING I HJERNEN

Blødning i hjernen kalles *intra-cerebral blødning*, og oppstår når en blodåre i hjernevevet brister og blør ut i hjernevevet omkring. Som regel er blod-åren liten, og blødningen skjer under et relativt lavt trykk. Blødningen øker i størrelse i løpet de første timene.

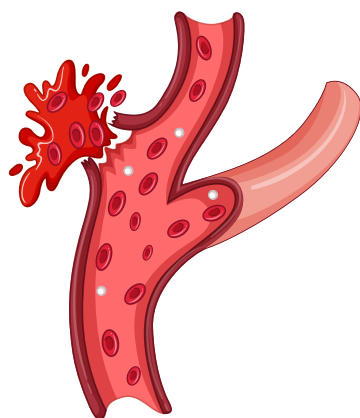
Den aller hyppigste årsaken til hjerneblødning er høyt blodtrykk, og blødningen oppstår raskt og uten forvarsel.

### Hjernerinneblødning

Hjernerinneblødning kalles *subaraknoidal blødning*, og oppstår i rommet mellom hjernen og hinnene som dekker hjernen.

Blødningen skyldes vanligvis en brist i en utposing, såkalt aneurisme, på en av pulsårene som går i årehinnen utenpå hjernen. Aneurismer kan være medfødt, eller utvikle seg senere i livet, spesielt på grunn av høyt blodtrykk.

Rundt **fem prosent** av alle slag er hjernerinneblødning.



Rundt **ti prosent** av alle slag er blødning i hjernen.

## TIA – et forvarsel

Et TIA, også kalt drypp, advarer om høy risiko for å få hjerneslag. TIA oppstår på samme måte som hjerneinfarkt, men symptomer forsvinner raskt.

Hver fjerde slagpasient kan angi et drypp i forkant av hjerne-slaget. Faren for hjerneslag øker spesielt de første dagene etter et TIA.

TIA forårsakes av nedsatt blodtilførsel, der symptomene forsvinner innen 24 timer, og oftest innen 20 minutter. Ved TIA kreves rask vurdering på sykehus.

### Visste du at...

... en av åtte TIA- pasienter får hjerneinfarkt innen 3-6 måneder, nesten halvparten av disse innen to døgn.

TIA  
= **transitorisk iskemisk anfall**



Se kilder i egen oversikt bakerst i bladet

# Små hjelpemidler i hverdagen

## Slagrammede kan ha stor nytte av enkle hjelpemidler

HER ER NOEN EKSEMPLER: 

### Fikseringsbrett

Et fikseringsbrett med klemme muliggjør enhånds kjøkkenarbeid. Signe Gjørum, som har venstresidige lammelser, demonstrerer hvordan hun skjærer brød. Brettet kan også holde på plass ost, bakebolle og lignende. Sugekopper holder brettet stabilt på kjøkkenbenken.

Bege foto: Jannice Bårtvedt



### Skreller

Skrelleren festes med sugeskopper i oppvaskkum. Slik kan poteter og andre rotfrukter skrelles med en hånd.



Foto: Jannice Bårtvedt



### Strøpapatreker.

Foto: Etac AS



### Gripetang.

Foto: Etac AS

Småhjelpemidler, også kalt ADL (activity of daily living) hjelpemidler, er rimelige tekniske hjelpemidler som understøtter hverdagen. Nav har egen tilskuddsordning for småhjelpemidler som ikke er en del av hjelpemiddelsentralens sortiment.



Kroppsvasker. Foto: Etac AS



Kam. Foto: Etac AS

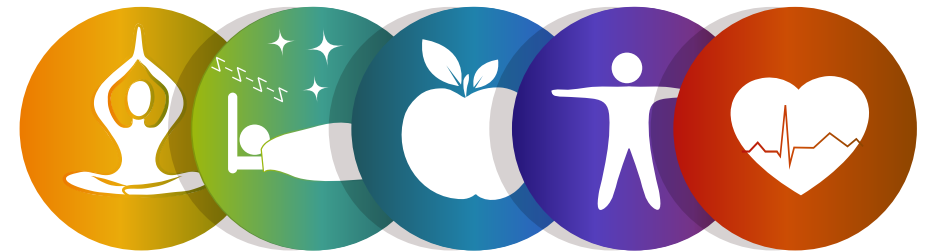
# LIVSSTIL PÅVIRKER RISIKO

Hjerneslag har risikofaktorer tilknyttet livsstil, i likhet med mange andre alvorlige sykdommer, som en del krefttyper, demens og hjerte- og karsykdommer. Det er ikke mulig å fjerne risikoen for slag fullstendig, men sunne levevaner hjelper.

De aller fleste som får hjerne- slag er eldre. Risikofaktorene for hjerneslag er i stor grad de samme hos yngre og eldre, men ulike tilstander og eventuell medisinbruk kan spille en større rolle hos yngre slagrammede. Hos yngre kvinner kan bruk av p-piller gi risiko.

## DE VIKTIGSTE RISIKOFAKTORENE

- høyt blodtrykk
- røyking
- høyt alkoholforbruk
- hjertesykdom
- diabetes
- høy alder



## Ett hjerneslag kan lede til flere

Rundt 1 av 4 slagpasienter får tilbakevendende hjerneslag, residiv slag, innen fem år etter det første. Risikoen er størst umiddelbart etter et slag, og avtar over tid.

## Åreforkalkning

Rundt 1 av 4 hjerneinfarkt skyldes blodpropp som føres fra hjertet til hjernen.

Åreforkalkning, *aterosklerose* er vanlig årsak til både hjertesykdommer og hjerneslag. Gjennom livet opplever alle en viss grad av åreforkalkning, men hos noen skjer det raskere enn hos andre. Om man har symptomer på åreforkalkning ett sted i karsystemet, er risikoen høy for å utvikle åreforkalkning også andre steder.

## Også yngre rammes

Hjerneslag kan ramme både unge og gamle, selv om risikoen øker betydelig med alderen, og gjennomsnittsalder er over 75 år. 20 prosent av de slagrammede er i yrkesaktiv alder. Personer ned i 20-årsalderen kan få hjerneslag. Også barn kan bli rammet, men det er imidlertid svært sjelden.

## 5 enkle livsstilsråd

### 1 SJEKK BLODTRYKK OG KOLESTEROL

Høyt blodtrykk er den viktigste risikofaktoren for hjerneslag, men gir vanligvis ikke symptomer. Spesielt eldre mennesker bør sjekke blodtrykk og kolesterolnivå regelmessig.



### 2 OPPSØK LEGE VED RASK OG UREGELMESSIG PULS

Hjerteflimmer er en av de mest alvorlige risikofaktorene for hjerneslag. Ved rask og uregelmessig puls bør lege oppsøkes



### 3 VÆR AKTIV

Risikoen hjerneslag reduseres ved fysisk aktivitet.



### 4 PASS VEKTA

Overvekt og høyere nivåer av magerfett gir økt risiko for slag. Ved vektreduksjon vil blodtrykk gå ned, og dermed også risiko for å få slag.



### 5 SPIS SUNT

Svært mange har forhøyet blodtrykk, men ennå ikke så høyt at man får medisiner mot det. Et godt kosthold som forebygger høyt blodtrykk består av:

- lite salt
- mye frukt, bær og grønnsaker
- fiberrike, grove kornprodukter
- magre meieriprodukter
- nøtter og rene fiske- og kjøttprodukter



# Behandling og utredning ved hjerneslag

Hjerneslag er en tilstand som krever rask og nøyaktig diagnostikk, og tidlig behandling. CT-skanning av hjernen skiller tidlig i forløpet mellom hjerneinfarkt og hjerneblødning.

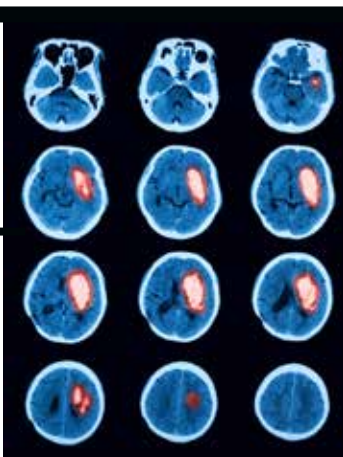
## Hva er CT-skanning?

CT står for computertomografi og er en radiologisk undersøkelsesmetode som bruker snittbilder for å fremstille kroppslige strukturer i forskjellige plan, eventuelt tredimensjonalt.

## Trombolyse

Ved hjerneinfarkt blir man vurdert for behandling med blodproppopløsende medisiner, såkalt trombolyse. Det gir betydelig bedre behandlingsresultater. Effekten av denne behandlingen er bedre jo tidligere man kommer til sykehus etter at symptomer melder seg. Dersom det går mer enn 4,5 timer, er sannsynligvis effekten borte.

På grunn av risiko for blødninger er ikke denne behandlingen egnet for alle. Hjerneblødning og andre blødninger må først være utelukket, og legene må balansere risiko mot fordeler. Pasienter som ikke kan få blodproppopløsende medisiner behandles med acetylsalisylsyre.



## Trombektomi

Store blodpropper er vanskelige å fjerne med blodproppopløsende medisiner. Dersom forholdene ligger til rette for det, kan man hente ut blodpropper mekanisk med et tynt kateter. Den føres inn i en lyskearterie og videre gjennom halspulsåren, inn i hjernen der proppen sitter. Kateteret utløser en fanger som fester blodproppen og drar den ut. Ved å bruke avansert MR og CT, kan man finne akkurat det stedet hvor blodproppen sitter.

Operasjonen overvåkes via røntgengjennomlysning, og pasienten er våken mens den pågår. Om det oppnås normal blodforsyning og forholdene ligger til rette, vil skadeområdet i hjernen reduseres betraktelig.



## BEHANDLING av hjerneblødning

En CT-undersøkelse viser om blødningen er i hjernen eller i hjerneinnen.

### Blødning i hjernen

Hvis blødningen er liten, behandles den med å sikre frie luftveier, blodsukker og temperaturkontroll. Det gis oksygen på maske ved mangelfull oksygenering, intravenøs væske og eventuelt blærekateter.

Er blødningen stor, fjernes blodet ved operasjon, om ikke blødningen allerede fullstendig har ødelagt store eller viktige områder av hjernen, slik at et meningsfylt liv aldri kan oppnås.

### Hjernehinneblødning

Hvis blødningen er forårsaket av at en utposning på blodåren brister kan det det være aktuelt med en operasjon hvor det settes klips på utposningen, eller at det settes inn en *stent* i blodåren som lekker. Dette gjøres ved å gå inn gjennom en blodåre i lysken, og er den metoden som blir mest benyttet.

## Etter akuttbehandling

Etter den umiddelbare behandlingen settes det i gang en rekke tiltak for å redusere skadene på nervecellene og risiko for nye hjerneslag. Tidlig mobilisering og start av opptrening er viktig for å oppnå gode behandlingsresultater ved hjerneslag.

## Nervecellene er vanskelige å erstatte

Dersom nerveceller mister blodforsyningen, eller blir skadet og dør, vil andre celler bare i begrenset grad kunne overta cellenes funksjon. Skader i hjernen medfører derfor ofte vedvarende funksjonssvikt.

## Virker verre i starten

Ved første inntrykk kan skaden ved hjerneslag virke større enn den faktisk er. Det skyldes at mange celler i området utenfor det skadde vevet får forbigående nedsatt funksjon i den akutte fasen.



## Hva er stent?

En stent er en sylinder som innføres i en blodåre, eller andre deler av kroppen, for å åpne forsnævret vev.

Ved hjerneslag teller **hvert minutt**.  
Jo lenger tid som går, desto større blir skadene i hjernen.



Se kilder i egen oversikt  
bakerst i bladet

# Utfall etter hjerneslag

Et hjerneslag kan lede til svært varierende utfall, avhengig av styrke og hvilke områder av hjernen som rammes. Som helsepersonell er det viktig å kjenne til hvordan utfall kan påvirke, ikke bare fysiske og mentale evner, men også kognitive prosesser nært knyttet opp til det som definerer personlighet. Mange utfall kan være vanskelige å få øye på i starten, både for den slagrammede selv og omgivelsene.

**UTFALL**  
= merkbare fysiske og mentale symptomer etter hjerneslag

## Fysiske utfall

Ved et hjerneslag påvirkes vanligvis balanse, muskelstyrke, koordinasjon, finmotorikk og kondisjon.

## Lammelser

Mange slagrammede opplever lammelser på den ene siden av kroppen. I denne sammenheng betyr lammelser nedsatt kraft, nedsatt sensibilitet, utmattelse, svekket motorisk kontroll, forstyrret automatisering av bevegelser og ukoordinerte bevegelser.

## Fatigue

Fatigue betyr energimangel, utmattelse eller betydelig uopplagthet. Forskjellen fra vanlig tretthet, er at fatigue gir en overveldende følelse av utmattelse, og kan oppstå etter en uforholdsmessig liten anstrengelse. Selv helt grunnleggende og hverdagslige oppgaver blir nesten umulig å gjennomføre.



Fatigue etter hjerneslag er en tilstand som tidligere har vært lett beskrevet, men blir stadig mer kjent som en senkomplikasjon. Mange beskriver fatigue som den mest belastende konsekvensen av hjerneslaget.

Symptomer på fatigue kan ligne depresjon. En som har gjennomgått hjerneslag kan ha fatigue uten å være deprimert, men samtidig kan fatigue sannsynligvis disponere for depresjon dersom den slagrammede ikke tar hensyn til sin tilstand og finner en måte å mestre den på.

## Hud og hudfølelse

Huden er avhengig av god blodtilførsel. Lammelser og redusert bevegelse kan føre til at man sitter eller ligger så lenge på utsatte kroppsdeler at blodtilførselen hindres og sår oppstår.

Sårdannelsen begynner innenfra, og har ofte kommet for langt når det oppdages røde flekker på huden. Utsatte kroppsdeler som skulderblader, sete, hofter, knær og heler må kontrolleres regelmessig.

### RUTINE FOR Å ENDRE STILLING

Dersom den slagrammede har mistet hudfølelse, er det særlig viktig å etablere rutine for å endre sittestilling, fordi personen ikke vil motta varsel fra hjernen om at noe er galt. En fast rutine for å skifte stilling kan være hensiktsmessig.

### NEDSATT TEMPERATURFØLELSE

Er hudfølelsen borte, må man være varsom med å bruke varmt vann. I mange tilfeller er man ute av stand til å kjenne forskjell på varmt og kaldt vann. Det kan føre til alvorlige

brannsår. Solbrenthet oppstår lett på armer og ben, og kroppsdeler uten hudfølelse bør ikke utsettes for brå og sterk soling. Det samme gjelder sterk kulde.

## Øye og syn

Slag kan føre til synssvikt som kan arte seg på ulike måter. Alle slagpasienter bør få vurdert synsfunksjonen.

### SYNSFELTUTFALL

Synsfeltutfall, *Hemianopsi*, innebærer større eller mindre blindhet mot en side, nesten alltid mot den siden som er rammet av hjerneslaget, og gjelder vanligvis samme felt på begge øyne. Skaden sitter ikke i øynene, men i synsområder i hjernen, og kan derfor ikke korrigeres med briller.

### SYNSFELTUTFALL OG NEGLEKT

Dersom man i tillegg til synsfeltutfall mot venstre også har neglekt, vil ikke personen naturlig lære seg å kompensere for synsfeltsbortfallet ved å vri hodet, eller vende blikket mot den blinde siden. Mennesker med synsfeltsbortfall mot høyre, har sjelden neglekt, og slutter som regel av seg selv å støte på gjenstander og personer på høyre side.

Synet kan også bli redusert på annen måte, men øynene tilpasser seg etter rundt seks måneder etter slaget. Deretter bør man oppsøke øyelege for å få synskontroll, og eventuelt korrigeres med briller. Enkelte former for synssvikt kan også bedres gjennom systematisk rehabilitering.

## Hørsel

Slagrammede som har vært lammet, opplever ofte at hørselen svekkes. Derfor bør den kontrolleres en tid etter slaget. Mange plages dessuten av sterk støy, som høy musikk eller når mange mennesker snakker i munnen på hverandre. Det blir vanskelig å oppfatte enkeltstemmer, og lyden kan bli smertefull.

## Tenner og tannkjøtt

Medisiner som brukes i forbindelse med slag kan skade tenner og tannkjøtt. En kontroll hos tannlegen bør skje senest seks måneder etter slaget. Tannlegen bør informeres om slaget, typer av utfall og hvilke medisiner som brukes.

## Svelgevansker

Spise- og svelgemusklene kan lammes, eller svekkes som følge av hjerneslag, såkalt dysfagi. Dersom også sensibiliteten i svelget er svekket så personen ikke automatisk hoster, er faren stor for at maten kommer ned i lungene, uten at noen merker det før det er for sent.

Lungebetennelse hos en slagrammet kan være et symptom på dysfagi. Stadig hosting og harking i etterkant av et måltid er også et vanlig symptom. Det er svært viktig at dette utredes slik at den slagrammede får nødvendig hjelp med spisingen.

## Kognitive utfall

Alle pasienter bør undersøkes for kognitive problemer, både helt i starten og etter at den første fasen med rask forbedring.

Enkelte slagrammede synes å endre personlighet, ofte ved at eksisterende personlighetstrekk blir forsterket. Endret personlighet og væremåte kan være direkte følge av hjerneskadene, som nedsatte mentale evner, eller det kan være tegn på en psykologisk reaksjon.

### Viktig å forstå kognitive utfall

For å forstå uvanlig oppførsel hos pasienter og brukere, er det viktig med kunnskap om vanlige kognitive utfall. En slagrammet har ofte nedsatt evne til å oppfatte, forstå og huske informasjon. Det leder til at man lett misforstår situasjoner, og ikke reagerer på forventet måte. Svekket problemløsningsevne og intellektuell funksjon vil føre til at den slagrammede vanskeligere enn før oppfatter og forstår andre synspunkter enn sine egne. Selvsentrert, krevende og urimelig oppførsel kan forekomme som konsekvens av slaget.

Dersom problemene vedvarer, eller er vanskelige å forstå, bør nevropsykologisk utredning vurderes. En nevropsykolog har spesialisert kunnskap om kognitiv funksjon, og kan lage en rapport som gir grunnlag for videre behandling og rehabilitering. En nevropsykolog kan også bidra til å avklare om adferd skyldes kognitiv svikt, eller er tegn på personlige holdninger.

Mentale kontrollfunksjoner  
Overordnede mentale kontrollfunksjoner regulerer adferd, og hjelper til med å utføre handlinger på en fornuftig og effektiv



måte. Dette kalles *eksekutive funksjoner*, og svikt i disse kalles *reguleringsvansker*.

Svikt kan gjøre daglig funksjon vanskelig, selv om generelle intellektuelle evner ellers er tilstrekkelige. Man kan blant annet ha vansker med planlegging og manglende impuls-hemming. Et hjerneslag kan også skade deler av hjernen som styrer personens evne til å være motivert og interessert, og til å ta initiativ.

Reguleringsvansker kan også gi redusert selvbeherskelse, og det er viktig å huske på at ufin eller vanskelig oppførsel vanligvis ikke skjer med vilje.

Oppmerksomhet og konsentrasjon  
Oppmerksomhetsvansker og konsentrasjonssvikt kan arte

seg som problemer med å holde på med en aktivitet over tid. Personen blir lett avledet og kan glemme seg bort, stopper opp eller begynner med noe annet.

«**SYKDOMSBLINDHET**»  
Nedsatt sykdomsinnsikt, *anosognosi*, er en spesiell form for oppmerksomhetssvikt som gjør det vanskelig for den slagrammede selv å forstå og ta inn over seg hva som er vanskene etter slaget. Det kan gjøre det vanskelig å komme fram til en forventningsavklaring for effekten av rehabilitering, og å bli enig om tilrettelegging som følge av sykdommen.

«Sykdomsblindhet» skyldes verken benekting, som er en psykologisk mekanisme, eller redusert intelligens. Forsøk på å realitetsorientere den slagrammede oppfattes ikke, eller

blir glemt etter en kort stund. Dersom problemet er stort, trengs omsorgspersoner rundt den slagrammede som forstår de reelle vanskene, og på hvilke områder personen trenger hjelp.

### VENSTRESIDIG UOPPMERKSOMHET

*Neglekt* er manglende evne til å oppfatte venstre side, for eksempel venstre arm og bein og/eller omgivelsene på venstre side, uten at dette fullt ut kan forklares med synsfeltutfall. Neglekt opptrer ofte sammen med venstresidig synsfeltutfall og venstresidig lammelse. Unntaksvis forekommer neglekt mot høyre, men dette går vanligvis raskt over av seg selv.

Neglekt medfører økt risiko for å slå borti, eller kolliderer med gjenstander. Det forekommer i alle grader, fra nesten umerkelig til total neglisjering av den syke kroppshalvdelen.

### Rom- og retningsvansker

Rom- og retningsvansker, *visuospatial svikt*, er problemer med å sette sammen deler til

en helhet, og å utføre handlinger i rommet, for eksempel å manøvrere.

Typiske problemer er å ikke kunne gripe glasset som står på bordet, at man setter seg helt eller delvis utenfor stolen, eller har uvanlig store vansker med å orientere seg på nye steder. Påkledningsproblemer er også vanlig, som at klær tas på feil eller vrent.

Beslektede vansker kan være redusert evne til avstandsbedømmelse, og vansker med å skille forgrunn fra bakgrunn.

*Agnosi* er evnen til å assosiere et objekt med objektets bruksområde. Slik svikt er uvanlig etter slag, men kan innebære en potensiell fare fordi den slagrammede kan komme i skade for å gjøre farlige forvekslinger.

### Kjente handlinger blir vanskelige

*Apraksi* er manglende evne til å utføre kjente handlinger på riktig måte, selv om personen har nødvendig muskelkraft, styringsevne og intellektuell forståelse. Klassisk apraksi er feil, eller nølende bruk av hendene, eller andre deler av

kroppen. Den slagrammede klarer for eksempel ikke lenger å bruke velkjente verktøy, som kjøkkenbestikk eller baderomsartikler. Taleapraksi rammer evnen til å forme riktige språkløyer, selv om vedkommende vet hvilken lyd som skal uttales.

Det finnes ulike grader av apraksi. Vansker viser seg ofte når personen er stresset, for eksempel har prestasjonsangst, har det travelt eller står i en ny og ukjent situasjon. Personer med apraksi har ofte også afasi.

### Språkvansker

Rundt en tredel av de som får hjerneslag rammes av afasi som fører til vansker med å forstå og produsere språk, skriftlig og muntlig. Graden av afasi varierer fra lette vansker til sterkt nedsatt språkfunksjon. Se egen artikkel på side 40 om afasi og kommunikasjon.

### PRAGMATISKE SPRÅKVANSKER

Skader i høyre halvdel kan gi nedsatt evne til å gjenkjenne ansiktsuttrykk og sinnsstemning i stemmebruk. Det kan også

«**Ingen hjerneslag er like. Utfallene varierer veldig. Mange får vite at de har hatt et lite hjerneslag fordi de har få synlige utfall. Men de kan likevel slite veldig med usynlige utfall som depresjon og utmattelse, og de føler ofte at de ikke blir sett og tatt på alvor. Vi må bli mer oppmerksomme på de usynlige utfallene av hjerneslag.**»

Tommy Skar, generalsekretær LHL Hjerneslag



være vanskelig å forstå humor og bruk av språk i overført betydning, som bruk av billedlig språk og uttrykk. Det kalles pragmatiske språkvansker.

## Dysartri

Dysartri er en fellesbetegnelse for talevansker som skyldes lammelser, svakhet eller manglende koordinering av muskulatur involvert i taleproduksjon. Dysartri er altså en talevanske, ikke en språkvanske. En person med dysartri har ordforråd og grammatikk, men mangler muskelkontrollen som trengs for å tale klart og tydelig. Dysartri er ofte kombinert med svelgevansker.

## Hukommelse

Spesifikke hukommelsesvansker er uvanlig etter hjerneslag, men de aller fleste har dårligere kapasitet enn før. Man bruker lengre tid, og oppfatter ikke like mye om gangen. Linformasjon gis for hurtig til at man rekker å få med seg alt. Den er egentlig ikke glemt, men ble i utgangspunktet ikke oppfattet ordentlig.

Slagrammede med afasi har særlig problemer med å huske hvilke ord som er knyttet til forskjellige gjenstander, personer og handlinger. Bruk av bilder istedenfor ord kan være til hjelp.

## Redusert mental utholdenhet og tempo

Å ha mindre mental energi enn tidligere er det vanligste og mest vedvarende utfallet etter hjerneslag. Hjernen trenger mer hvile, i større eller mindre grad, enn før. Sammen med mindre mentalt overskudd følger ofte økt irritabilitet, og mindre toleranse for lys eller støy.

Nedsatt psykomotorisk tempo, at både praktisk og mentalt arbeid tar lenger tid, er også vanlig, og kan i mindre grad enn før holde på med flere ting om gangen. Man klarer også dårligere enn før å forstå og tenke over abstrakte, eller svært sammensatte spørsmål.

## Slik oppleves synsfeltutfall og neglekt

«Neglekt og synsfeltutfall er noe du ikke selv oppfatter i starten, men først når du får utfordringer, for eksempel med å finne riktig vei inn i t-skjorta. Jeg ser ikke til venstre for nesetippen og må hele tiden fokusere på venstre side, for jeg er rett og slett ikke bevisst på den affiserte delen av kroppen.

Synsfeltutfall forsterker neglekten, og det er vanskelig i starten å kartlegge utfallene. Det er noe man

blir oppmerksom på etter en del tid, for eksempel at man lett dytter bort ting.

Første gangen jeg skulle sjamponere hodet, så gjorde jeg det bare på halve hodet, og jeg tok bare leppestift på høyre siden av leppene. For menn er det typisk «å glemme» å barbere venstresiden. Under måltid, så spiser jeg inn fra høyre og lar maten på venstre side av tallerken bli liggende igjen. Det er som å ha en blindsoner, akkurat som når du kjører bil, så ser du ikke hva som skjer i blindsonen.

Neglekt er ikke noe som blir borte, men noe man lærer seg å leve med. Synspedagoger kan bidra til synsrehabilitering. Det er mulig å trene opp øynene, slik at man kan kompensere for manglende synsfelt, og få opplæring i hvordan man unngår å bli stiv i nakken.»

Signe Gjærum



## Følelsesmessige endringer

Følelsesmessige endringer er vanlige etter hjerneslag. Noen skyldes skade i den delen av hjernen som styrer følelsene. Andre forandringer er naturlige reaksjoner på de omfattende endringer og tilpasninger som den slagrammede må gjennomføre i livet. Passivitet og apati kan forekomme, og trenger ikke skyldes depresjon eller negativitet.



Både evnen til å føle og uttrykke følelser med ord eller kroppsspråk kan endres etter hjerneslag. Man kan også få svekket evne til å føle sterke følelser selv, og oppfatte andre menneskers følelser. Den slagrammede kan synes å være en annen person enn tidligere, noe som kan endre alle personlige forhold. Man er dessuten ofte hjelpeløs og er mer avhengig enn før av sine nærmeste, noe som kan skape frykt, kanskje ubevisst, om å bli avvist av familie og venner. Seksuelle forhold blir også ofte forandret. Både lyst og evne kan svekkes hos den slagrammede, eller seksualpartneren kan miste interessen for seksuell omgang.

Mange dype, personlige forhold kan medføre tap og sorgreaksjoner. Det er viktig at helsepersonell viser respekt og inngir trygghet i slike vanskelige livssituasjoner.

## Følelsesmessig labilitet

Mange slagrammede blir følelsesmessig labile, og kan lettere falle i gråt, fnise eller le enn tidligere. Utfallet er mest markant

de første månedene, og vil ofte avta. En episode kan vare noen sekunder eller minutter. Det kan hjelpe den slagrammede å ta seg inn igjen om andre overser episoden, og ikke har så stort fokus på latteren eller gråten.

Noen ganger kan det være lurt å distrahere den slagrammede, eller endre samtalemene. Samtidig er det synd om vedkommende stadig går glipp av engasjerende og personlige samtaler, og kun får delta i overfladiske samtaler.

Det er viktig både for den slagrammede og de pårørende å være klar over at gråt ikke nødvendigvis er et symptom på depresjon, og at upassende latter og fnising ikke nødvendigvis skyldes manglende respekt.

Å sørge for diskret, men lett tilgang på rene lommeørklær, er en god måte å vise omtanke på. Ved å informere uforstående tilstedeværende om utfallet, kan man unngå pinlige situasjoner og redusere belastning for den slagrammede.

## Depresjon og angst

Det er naturlig å føle seg nedstemt, trist, motløs og fortvilet

etter å ha gjennomgått et hjerneslag. Selvfølelsen er ofte lav. Man har dårlig kroppskontroll, og kjenner generelt tap av kontroll og selvstendighet, samt frykt for fremtiden.

Det kan være nødvendig med utredning hos psykolog eller psykiater for å avklare om den slagrammede har depresjon eller angst som bør behandles. En person med alvorlig depresjon er ute av stand til å hjelpe seg selv. Personlig pleie og stell blir neglisjert, og motivasjonen for rehabilitering etter slaget reduseres.

Det krever imidlertid gode kunnskaper hos behandleren om hvilke utfall slag gir, for gråtlabilitet, apati, nedsatt motivasjon og følelsesmessig avflatethet kan også skyldes slagutfall. Da kan antidepressiva virke mot sin hensikt, og kanskje gjøre den slagrammede enda mer avlatet, eller passiv.

Angst forekommer minst like ofte etter hjerneslag som depresjoner. For den slagrammede som allerede opplever begrensede utfoldelsesmuligheter, vil angsten gi ytterligere begrensninger, og øke avhengigheten til de pårørende. ■

# Slik jobber de på slagenheten

Den ene dagen kan være stille, men neste dag er det plutselig fullt kjørt med flere nye pasienter. På en slagenhet gjelder det å takle uforutsigbarhet og holde hodet kaldt i alle situasjoner.

Sigrid Mathisen og Mohamed Ali jobber på slagenheten ved Nordlandssykehuset i Bodø. Der tar de i mot pasienter som innlegges akutt med mistanke om hjerne- slag. Nye pasienter kan komme når som helst. Når alarmen går, vet de at noen er på vei. Først til CT-skanning og diagnose, så til behandling. Alt skal skje så raskt som mulig.

Høyt tempo preger arbeids- hverdagen til helsefagarbeiderne. Nye pasienter kommer hele tiden til enheten, og det kan være dramatisk og intenst i perioder. Samtidig gir det stor glede å følge pasienter gjennom hurtig



tilfriskning fra en dag til den neste.

Etter at den akutte fasen er over, gjelder det å komme seg raskt på beina for de fleste. Da står et tverrfaglig team av sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og helsefagarbeidere rede til å samarbeide om

å gi så optimale rehabiliteringsforhold som mulig.

## Motiverer til innsats

Under morgenstellet er Sigrid og Mohamed opptatt av å motivere pasientene til å møte dagen med pågangsmot. De undersøker hvem som er våkne tidlig, og tar



Mohamed Ali er 23 år og har jobbet ved Nordlandssykehuset i fem år. Han har 75 prosent fast ansettelse i turnus og tar gjerne ekstra nattevakter. Han trives godt med tempoet på slagenheten og den store variasjonen. Dette er en jobb man aldri blir lei.



Sigrid Mathisen er 20 år og fikk et vikariat i 80 prosent rett etter at lærlingetiden var avsluttet i fjor. Hun håper på fast ansettelse ved Nordlandssykehuset etter hvert. Sigrid liker å jobbe nært pasientene og trives med å jobbe under stress og samtidig være fullt til stede for pasientene.



Overvåkingsrommet er bemannet 24 timer i døgnet. Hit kommer trombolysesepasientene for kontinuerlig observasjon i et døgn etter behandling.



vanligvis de enkleste pasientene først, med mindre noen har tidlig time hos logoped eller fysioterapeut. De tyngste pasientene må de ofte samarbeide om.

- Vi forsøker å få pasientene raskt opp av sengene. De er jo her for å trene seg opp, sier Mohamed energisk.

- De velger jo selv, men vi motiverer dem, legger Sigrid til. - Ikke alle pasienter har like stor innsikt. Da må vi minne dem på at de er her for å bli bedre, og at bevegelse er viktig for å få tilbake funksjonene.

- Og om noen ikke vil stå opp, så henter jeg ergoterapeuten. Da tar det bare to minutter, så er de oppe uansett, supplerer Mohamed og ler.

Intensiteten på rehabiliteringen må tilpasses individuelt, og fra dag til dag. Fysioterapeuten kommer ofte innom helsefagarbeiderne etter et morgenstell for å høre hvordan formen til pasienten er i dag. Er vedkommende klar for en treningsøkt? Om formen ikke er bra nok om morgenen, så kommer de heller



Hver dag testes pasientenes funksjonsnivå i et såkalt NIHSS skjema (NIH Stroke Scale). Blant parameterne som blir målt er syn, bevegelse av ansiktsmuskler og koordinasjon i armer og bein.

tilbake senere på dagen. Alle på enheten må være fleksible og tilpasse seg pasientenes ulike behov.

#### Jobber tett på

Hvor lenge en pasient blir værende, varierer med tilstanden, og om det er ledige rehabiliteringsplasser ute, nærmere der de bor. En del blir værende mange dager.

- Det er artig å se forbedringene. Pasienter med afasi kan bli utrolig glade over å kunne si noen ord igjen, forteller Sigrid.

Mohamed er helt enig. - Det er også artig å følge de som er veldig motiverte, og veldig raskt kommer seg. For noen av de yngre kan det gå kjempfort.

Rundt ti helsefagarbeidere obber på Hode- og bevegelses-

klinikken som slagenheten er en del av. I tillegg har de lærlinger. Både Mohamed og Sigrid tilbragte læretiden ved sykehuset. Begge trives med å jobbe så nært på pasientene. Det er noe av det som gjør jobben som helsefagarbeider så fin.

«Så fint det er her!» Utbrøt en pasient da hun kom ut fra badet og så hvordan Mohamed hadde stelt i stand rommet. Det er sånne øyeblikk som er med på å lyse opp arbeidshverdagen.

- Å få kompliment fra en pasient er tusen ganger bedre enn å få det fra kollegene dine. Da kjenner du virkelig at du har gjort en god jobb, smiler han med sterkt smittsom entusiasme.

#### Observasjon, tester og prøver

Observasjon og testing av funksjon står sentralt i arbeidshverdagen. En rekke tester skal utføres daglig og føres inn i skjema, som blant annet koordinasjon, blodtrykk og blodsukker. Andre vanlige oppgaver er svelgtest og urinprøver. Etter at tester er gjort, kommer av og til noen av de andre i teamet og ber om status, for eksempel fysio eller ergo. Det kreves jevnlig dialog for å tilpasse oppfølgingen til hver enkelt pasient, som når det passer å servere mat, eller om det trengs fortykning i drikken. De to helsefagarbeiderne setter pris på den tette kontakten med kollegene.

Sigrid og Mohamed er fornøyde med bemanningen på

avdelingen. Om de er for få, så tar det ikke lang tid før noen er leid inn. Likevel kan dagene bli skikkelig slitsomme av og til, og da gjelder det å samarbeide godt og bistå hverandre.

- Det må være lov å si at vi har dårlig tid av og til? Spør Mohamed henvendt til Sigrid som nikker og smiler.

- Ja, det er viktig å kunne jobbe under stress og samtidig holde seg rolig. Når det er kjempemye å gjøre, så kan det være vanskelig å vise pasienten at du er der, men alle trenger at man tar seg tid til dem.

- Man må ha tålmodigheten på plass, legger Mohamed til.

Og det gjelder å ha hodet på plass også, for det kan være veldig mye å tenke på. I starten

Slagenheten ved Nordlandssykehuset har 23 sengeplasser. Den er en del av Hode- og bevegelsesklinikken som består av flere enheter som er gitt hver sin fargekode. Rød er intermedisær, blå er neurologisk, oransje er øre, nese hals, kjeve, øye og revatologisk, og grønn er slagenheten. Helsefagarbeiderne jobber ved alle enhetene etter behov.

kunne Mohamed få vondt i hodet, men med erfaring så går det lettere, og nå har han kontroll. Det er greit å være nervøs av og til, men man skal ikke være redd.

- Vi blir vant til å bli overrasket på jobb. Det kan være en vakt der du nesten ikke gjør noen ting, går hjem og sover, også kommer det åtte nye pasienter neste dag.

I dag er det ganske rolig for Mohamed. Sigrid har egentlig fri, og skal ikke i aksjon før i morgen. Det er en lørdag. I helgene er det vanligvis færre pasienter, så det bør bli en rolig vakt.

- Men bank i bordet, for vi vet aldri. Det kan fort snu. ■

## Slagsykepleieren er det koordinerende leddet

Cecilie Danielsen er slagsykepleier. Det innebærer et stort spekter av oppgaver som medisin håndtering, administrative oppgaver, kontakt med pårørende, dialog med kommunene og legevisitter. Av og til kan man føle seg dradd mellom flere stoler, og at det blir lite pasientkontakt, men Cecilie prioriterer å være sammen med pasientene så godt hun kan, for det er viktig for å få et skikkelig innblikk i pasienten bak navnet.

- Jeg har et veldig stort spekter av oppgaver. Vi har akutt syke pasienter som skal utredes for mistanke om hjerneslag på den ene siden, og på den andre siden har vi pasienter som trenger akutt rehabilitering og videre rehabilitering, forteller hun.

Det er to funksjoner som stiller ulike krav, og det kan være vanskelig å kombinere, men det går stort sett bra, forteller hun. Det gjelder å skaffe seg det nødvendige overblikket.

De er flere sykepleierne som bytter på å ha gruppelederansvaret og trekke i trådene. I dag har Cecilie det ansvaret på enheten, men hun føler seg ikke som noen sjef. Det handler mer om å koordinere, også tar alle ansvar for sine oppgaver.





# Slagrehabilitering

Tidlig rehabilitering øker sjansene for å gjenvinne tapte funksjoner. Viktige faktorer for treningen er tilstrekkelig mengde, intensitet og varighet. I tillegg spiller motivasjon en avgjørende rolle. Rehabiliteringen må ta utgangspunkt i livet som skal leves videre. Det handler ikke om å bli frisk, men om å forbedre funksjon og mestre hverdagen for å bli mest mulig uavhengig på alle plan, både fysisk, psykisk, sosialt og økonomisk.

## Utgå fra livssituasjon

Rehabiliteringen kan ikke avgrenses til medisinsk behandling, eller enkeltstående opptreningstiltak. Den må ta utgangspunkt i hele livssituasjonen, og pasienten må også gjøre seg egne erfaringer for å kunne tilpasse seg det nye livet.



Slaget kan gi utfall som verken den slagrammede selv, eller omgivelsene oppdager med en gang. At hjernen ikke lenger arbeider som før, kan dessuten skape misforståelser og frustrasjon. Rehabilitering krever både tid og tålmodighet, slik at den slagrammede selv og familien får innarbeidet nye vaner. Det kan også være nødvendig å tilpasse omgivelsene.

I mange tilfeller vil det være nødvendig å trene for å unngå sekundære problemer som følge av for lite bevegelse. Tilrettelegging, stell, pleie, medisiner og opplæring i praktiske kompenseringsteknikker er også en del av treningen i en rehabiliteringsprosess.

Det er viktig å forsøke å gjenoppta så mye som mulig

av det sosiale livet. Å opprettholde kontakt med familie, venner, arbeidskamerater, klassekamerater og naboer er en naturlig del av rehabiliteringsprosessen.

## Energjøkonomisering

Å tenke gjennom hva man skal bruke kreftene til i løpet av dagen, er ekstra viktig for et menneske som har fått redu-

sert energi. For eksempel kan slagrammede trenge mer hjelp enn vanlig til morgenstell og påkledning de dagene hvor vedkommende senere skal delta på krevende aktiviteter, som i selskap.

Selv om det er hyggelig og givende, er sosialt samvær for de fleste slagrammede mentalt svært slitsomt. En god hvil på forhånd og etterpå er fornuftig. Ofte kan en høneblund underveis også være godt.

## Hva er oppgaverelatert trening?

Å trene på oppgaver, bevegelser og aktiviteter pasienten selv har som mål å mestre. Treningen bør være meningsfull og forståelig for den slagrammede, og intensiteten i treningen høy.

## Rehabilitering av lammelser

Trening kan redusere lammelser, og forskning peker på tre viktige kriterier: oppgaveorientert trening, høy intensitet og tilstrekkelig treningsmengde.

Generelt gjelder samme treningsprinsipp for slagrammede som for andre med hensyn til å trene muskelstyrke og utholdenhet. Skal det trenes på noe som oppleves vanskelig, må personen være konsentrert om oppgaven. Trening fungerer best om den er motiverende og variert. Det bør legges opp til progresjon i treningen, slik at vanskelighetsgraden økes gradvis.

Hva som er tilstrekkelig treningsmengde er individuelt, men til en viss grad gjelder at jo mer trening, desto bedre. Behovet for restitusjon vil også variere. Det er positivt om den slagrammede er i stand til å gjennomføre egentrening i tillegg til treningen som blir utført sammen med hjelpere.

Fysisk aktivitet anbefales for slagrammede som for resten

av befolkningen. For de fleste slagpasienter er det ikke farlig å presse seg under fysisk aktivitet, men lege bør alltid konsulteres. Fysisk aktivitet bedrer helse generelt, og kan redusere risikoen for enkelte typer slag.

## Rehabilitering av kognitive funksjonsutfall

Vanligvis vil tenking gå tyngre, langsommere og være mindre avansert etter et hjerneslag. Trening bedrer sjelden generell mental utholdenhet, eller tempo.

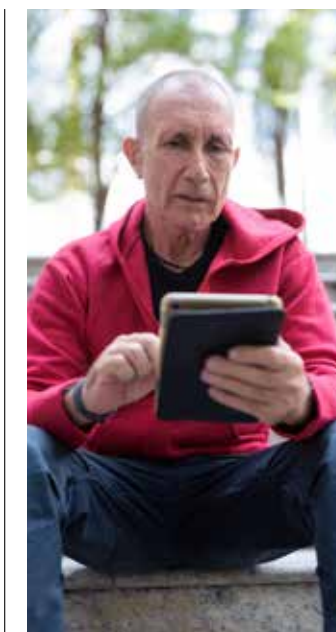
Ved rehabilitering av kognitive funksjonsutfall trener man særlig på konkrete aktiviteter den slagrammedes trenger å mestre bedre, såkalt oppgaverelatert trening. Rehabiliteringsplaner evalueres og revideres ettersom vedkommende blir bedre, og oppgaver og utfordringer legges på et gradvis høyere nivå for å opprettholde motivasjonen.



## Svikt i eksekutive funksjoner

Ved svikt i eksekutive funksjoner anbefales opplæring i bruk av kompenserende teknikker, som bruk av huskedagbok, eller nedskrevne sjekklister for daglige aktiviteter. For noen kan PC-basert trening være nyttig. For andre kan atferdsfremmende teknikker benyttes.

Slagrammede kan ha nedsatt dømmekraft og selvkritikk, og manglende evne til å se seg selv utenfra. For mange vil den beste hjelpen være å få en kortfattet, forståelig og ikke-moraliserende tilbakemelding om hva de skal si eller gjøre, eller eventuelt hva de skal slutte å gjøre



## ADL-trening

ADL står for «Activities of Daily Life», aktiviteter i dagliglivet på norsk. Dette er trening i ferdigheter som kreves i hverdagslivet, som blant annet det å kle på seg, ivareta personlig hygiene, lage mat, spise, bruke telefon og omgås andre mennesker. Det anbefales at den slagrammede fokuserer på å oppnå en hverdag med aktiviteter som gir mening og glede.

## Nedsatt oppmerksomhet

Svært mange slagrammede har vansker med å forholde seg til mer enn én ting av gangen. Det finnes data-program for å trene på å være våken og oppmerksom. Også neglekt kan bedres gradvis med tiden, gjennom deltagelse i dagligdagse aktiviteter og ved oppgaverrelatert trening. Noen kan også ha nytte av å trene synet og i å rette oppmerksomheten mot den affiserte siden.



## Påkledningsproblemer

Ved påkledningsproblemer, bør pasienten vurdere å benytte klær som i seg selv er enklere å bruke, for eksempel genser istedenfor skjorte, sko med borrelås istedenfor knytting og bukser med strikk istedenfor knapper i livet.

Det kan være til hjelp om klærne legges fram riktig vei, og alltid på samme måte. Man kan også hjelpe ved å snakke den slagrammede gjennom påkledningen. Det er viktig at framgangsmåten og rekkefølgen er lik fra gang til gang, og at personen hver gang får akkurat så mye hjelp som trengs for å lykkes, såkalt feilfri læring.

## Hukommelsesvansker

Ved hukommessvikt anbefales først og fremst opplæring i teknikker for å erstatte den svekkede hukommelsen. Det kan for eksempel være å lære å skrive ned korte beskjeder, bruke mobiltelefoners alarm-, avtale- eller kalenderfunksjon, eller andre hjelpemidler. Ergoterapeut vil kunne gi råd og veiledning.

## Feilfri læring

For å lære å motta ny informasjon, eller nye teknikker fungerer det som regel bedre å bruke såkalt feilfri læring, enn at den slagrammede skal prøve og feile seg fram. Det betyr at det er viktig å gi tilstrekkelig informasjon, helst før personen spør, og å gi riktig svar på spørsmål.

Man kan for eksempel si: «Hei, jeg heter Anne. Jeg er helsefagarbeideren din i dag. I dag er det onsdag. Det står her på kalenderen din også».

Dersom den slagrammede bes om å tenke etter selv, eller gjetter er det fare for at vedkommende svarer feil, noe som kan føre til feillæring. Den slagrammede husker da best sitt eget gale svar.

## Tilbake til arbeidslivet

Å være i arbeid har positiv effekt på psykisk velvære og livskvalitet. For personer som skal tilbake i arbeid, anbefales god planlegging og oppfølging. Som regel er gradvis tilbakeføring fornuftig, som kortere arbeidstid, redusert forventet arbeidsmengde eller mindre ansvar.

Tilrettelegging for hyppige pauser kan være nødvendig, eller en skjermet arbeidsplass med mindre bakgrunnsstøy. Å ha en kollega som gir oppfølging den første tiden, kan gjøre situasjonen tryggere både for den slagrammede og for arbeidsplassen.

## Rehabilitering bør starte så raskt som mulig

Rehabilitering kan starte allerede på akutt sykehuset. Intensiteten øker gjerne i en rehabiliteringsinstitusjon og fortsetter i pasientens hjem etter utskrivning. Behovet for trening og effekten av den vil variere fra person til person, og endres ofte under rehabiliteringsforløpet.

## Sett riktige mål

Tidlig planlegging og tydelige rehabiliteringsmål er en viktig del av behandlingen. Rehabiliteringsmål som blir definert og fulgt opp av et tverrfaglig team i samarbeid med den slagrammede og de pårørende, fører til økt selvstendighet. Det er viktig at den slagrammede opplever målene som sine egne mål, og som meningsfylte.

Risiko for uhell og uheldige misforståelser er stor ved usynlige utfall. Før utskrivning fra sykehuset bør det derfor foreligge en oversikt over hvilke sikkerhetsrisikoer som kan følge med eventuelle vedvarende og usynlige vansker. Dette beskrives i en tverrfaglig rapport.

## Platåfasen

I følge den kunnskapen vi sitter på i dag, så foregår rehabilitering først og fremst i løpet av de første seks månedene etter slaget. Deretter skjer en utflatning i forbedringen som kalles platåfasen. Det antas at de fleste når platåfasen innen utgangen av seks måneder, men her kan det være store individuelle forskjeller.

Slagrammede og pårørende erfarer at bedring og framgang fortsetter i mange år, men foreløpig finnes det få vitenskapelige studier som dokumenterer dette.



## Vedlikeholdstrening

Når platåfasen er nådd, kan det være aktuelt med vedlikeholdstrening for å opprettholde og eventuelt øke funksjonsnivå. Oppfriskningsopphold i rehabiliteringsinstitusjon kan også være aktuelt.

## Senfase

I senfasen vil pasienten hovedsakelig fortsette rehabiliteringen med egentrening. Det kan være å trene på hverdagslige aktiviteter man ønsker å mestre. For å lykkes, kan det være viktig å se framover og sette nye forventninger til livet, ikke se tilbake på det som har vært. Hvordan den nye hverdagen best skal se ut, kommer an på den slagrammedes egne mål, verdier og ønsker.

# Slik organiseres rehabiliteringen

Et grunnleggende prinsipp er at rehabiliteringstilbudet skal ytes nærmest mulig den slagrammedes hjemsted, fortrinnsvis innen egen kommune.

## KOMMUNENE ANSVARLIG FOR HELHETEN

Alle kommuner skal ha en koordinerende enhet for rehabilitering som samordner og sikrer et helhetlig rehabiliteringstilbud til personer som trenger tjenester fra flere hold innenfor det offentlige hjelpeapparatet. Alle kommuner er pålagt å ha et tjenestetilbud, men bestemmer selv omfang og organisering, noe som leder til store variasjoner. Ofte må små kommuner samarbeide om interkommunale løsninger.

## REHABILITERING I KOMMUNAL REGI

Rehabiliteringstjenester som tilbys i kommunene er ofte organisert med tverrfaglige team som gir målrettet, oppgaverelatert trening i motiverende og stimulerende omgivelser. Det finnes egne rehabiliteringsinstitusjoner, mens dagrehabilitering er et tilbud til slagrammede som kan bo hjemme.

Ofte samles flere slagrammede i en dagavdeling der flere terapeuter er samlet for å gi både individuell behandling og gruppebehandling. Det sosiale samværet kan øke trivsel, motivasjon og ferdigheter, og man lærer om seg selv ved å observere andre.

## REHABILITERING HJEMME

Hjemmebasert rehabilitering kan enten bety at den slagrammede bor hjemme og at rehabiliteringen skjer i hjemmet, eller at den slagrammede mottar et dagtilbud.

## Grønt nummer 800 300 61

Grønt nummer er et felles nummer for alle helseregionene som ble opprettet i 2009. Ved henvendelse, gis opplysninger om regionens og kommunens rehabiliteringstilbud.



I egen bolig blir både den slagrammede og de pårørende aktive i den pågående rehabiliteringen i personens kjente miljø. Det fremmer selvstendighet og tilbakeføring til samfunnet. Det er viktig at kommunens rehabiliteringsteam har tett samarbeid med sykehusets rehabiliteringsteam, spesielt den første tiden etter utskrivning fra sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon.

Rehabilitering i hjemmet lar seg ikke alltid gjennomføre, selv om den slagrammede i utgangspunktet kan nyttiggjøre

seg av tjenestetilbudet. Pårørendes mulighet for støtte og oppfølging, bygningsmessige forhold ved bolig samt kommunens muligheter og ressurser er faktorer som påvirker.

## SYKEHUS VED ALVORLIGE UTFALL

Personer med alvorlige utfall etter et hjerneslag vil ofte trenge videre rehabilitering i sykehus. Det kan være en medisinsk tilstand som krever sykehusoppfølging, eller at hjelpebehov er svært stort. Pasienter med

alvorlige senmotoriske utfall, kognitive utfall eller språkproblemer, høy risiko for ernæringsmangel og alvorlige blære- eller tarmproblemer er eksempler på pasienter som er aktuelle for rehabilitering i sykehus. Likeså pasienter i yrkesaktiv alder som trenger spesifikk yrkesrettet rehabilitering, eller spesifikke intensive treningsopplegg.

Det er sykehusets oppgave å gi et spesialisert rehabiliteringstilbud. Tilbudet kan gis som dagtilbud, eller som et poliklinisk tilbud for pasienter som har mulighet for å bo hjemme.

## SYKEHJEM VED ALVORLIG FUNKSJONSSVIKT

Sykehjem kan være et tilbud til personer som er rammet av hjerneslag, som har vært gjennom rehabilitering, og der

## Individuell plan

Personer som har behov for langvarige og koordinerte helse- eller sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Dette er et viktig redskap for blant annet å sikre samhandling mellom tjenesteytere, etater, den slagrammede og de pårørende. Planen skal dokumentere den faktiske situasjonen og behovet for tiltak og tjenester. Helse- og sosialtjenesten, NAV og spesialisthelsetjenesten har et likeverdig ansvar for å sikre et samordnet og helhetlig tjenestetilbud.

funksjonssvikten er så stor at utskrivning til hjemmet ikke er mulig verken på kort eller på lang sikt. Sykehjemmet tilbyr fysioterapi, ergoterapi og/ eller trening med kompetent pleiepersonale, slik at funksjoner vedlikeholdes og om mulig bedres. Ofte er dette i samarbeid med et tverrfaglig rehabiliteringsteam.

## LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTER

Helsetjenesten har et lovpålagt ansvar for opplæring av pasienter og pårørende. De fleste helseforetak og en del kommuner har etablert et Lærings- og mestringssenter (LMS) som er en opplæring og møtearena for helsepersonell, erfarne pasienter og brukerorganisasjoner, samt pasienter og deres pårørende.



# 800 300 61

# Status hjerneslag i Norge

Vi spør generalsekretær i LHL Hjerneslag Tommy Skar, og leder av Landsforeningen for slagrammede Roger Amundsen om status for behandlingen av hjerneslag i Norge.



 LHL Hjerneslag

## ➤ Hva er vi gode på, og hva gjør vi mindre bra, sammenlignet med andre land?

- Vi har kort responstid på nødnummeret 113. Der tror jeg vi er blant de beste. Det er variasjoner i landet, men stort sett er det kort responstid, svarer Roger Amundsen.

- Vi er veldig gode på akuttbehandling og ligger helt i Europa-toppen når det gjelder overlevelse etter hjerneslag. Det skyldes blant annet god kvalitet på behandlingen, og organiseringen med tverrfaglige team i slag-enheter. Det har gitt gode resultater, forteller Tommy Skar.

Men alt er ikke rosenrødt. Hele 60 prosent av pasienter med blodpropp kan ikke få bli vurdert for trombololysebehandling, fordi de er for sent ute. Raskere diagnostisering og behandling er svært viktig. Viktige tiltak er bedre organisering i noen deler av landet, og at flere lærer seg symptomene.

Tommy Skar følger for tiden godt med på bruk av CT-maskin i ambulanse for raskere diagnose og behandling. Norsk Luftambulans har et prosjekt i Østfold hvor det gis trombololyse utenfor sykehus.

En sentral utfordring for rehabiliteringen, er store kommunale forskjeller i behandlingstilbudet.

- Vi har eksempler på kommuner som har et veldig godt rehabiliterings-tilbud for slagrammede, og kommuner som har svært mangelfull tilbud. Afasiforbundet i Norge laget en undersøkelse i 2017 som viste at åtte av ti kommuner har for dårlig logopeddekning. Det er alvorlig når vi vet at 25 prosent får afasi av de som får hjerneslag, informerer Skar.

## ➤ Hva er de viktigste endringene vært i behandlingen av hjerneslag de siste årene?

- Vi er gode på dette med trombololyse. Det er noe stadig flere sykehus har mulighet til å gjøre, sier Amundsen i Landsforeningen for slagrammede.

Skar i LHL Hjerneslag er enig

- I tillegg til bruk av slagenhet, trombololysebehandling og i det siste også trombetomi, så er synet på rehabilitering en viktig endring. For å illustrere, kan vi gå noen tiår tilbake i tid. Da ble du lagt i en seng til observasjon. Først etter noen uker ble opptrening og oppfølging gradvis trappet opp. I dag starter mobilisering og aktivisering for de fleste i løpet av de 24 første timene, og du skal opp av sengen så rask som mulig, selv om ny forskning viser at for noen slagrammede kan senere mobilisering være mer riktig.

Hjerneslag får dessuten mye mer oppmerksomhet i dag enn før. Det skyldes blant annet forskning som dokumenterer hjernens plastisitet, at den har stor evne til å bygge nye forbindelser mellom hjerneceller som kan overta funksjoner til skadede celler.

- Den forståelsen av hjernen er viktig for rehabiliteringen, understreker Skar. - Man skal ikke gå veldig lang tilbake i tid, så var det mye mindre forskning på hjernehelse og hjerneslag enn det var på hjertesykdommer og kreftsykdommer, for eksempel.

De siste par årene har vært travle for organisasjonene. De nasjonale faglige retningslinjene ved behandling og rehabilitering ved hjerneslag er reviderte, og vi har fått pakkeforløp ved slag. Helse- og omsorgsdepartementet har dessuten laget Nasjonal hjernehelsestrategi for 2018 til 2024. Blant målene for strategien er å øke kunnskapen i befolkningen om hva som skal til for å bevare god hjernehelse gjennom hele livet.

Amundsen opplever også at fokuset på hjerneslag er mye høyere i dag enn for ti år siden. Helseforetakene prioriterer rask respons. Han har vært leder av foreningen i 14 år og er selv slagrammet.

- Helseforetakene tar ting mye mer alvorlig nå. Når man ringer 113 og gir signaler om hjerneslag, så går det raskt, hele forløpet fram til akuttet.

## ➤ Hva er de viktigste kampsakene framover?

LHL Hjerneslag har blinket ut tre områder.

- Vi mener det er behov for å øke kunnskap og bevissthet i befolkningen. Det er mange som ikke ringer 113 umiddelbart. Alle må bli mer bevisst på symptomene. Det gjelder også helsepersonell ute i kommunene.

- Det andre er å styrke rehabilitering og redusere de lokale forskjellene. Det skal ikke være slik at hvor du bor avgjør hva slags rehabilitering du får. Vi ser også at det er store forskjeller innad i samme kommune. Det er viktig at kommunene sørger for gode tverrfaglige team. Sentrale politikere må sørge for at det følger penger med de kommunale satsingene de lover.

- Den tredje kampsaken er at flere unge som rammes kan fortsette å ha tilknytning til arbeidslivet. Det er for mange i arbeidsfør alder som ikke kommer tilbake til arbeidslivet. Tre måneder etter hjerneslaget, så er yrkesdeltakelsen halvert blant denne gruppen, og over en tredjedel blir uføretrygdet. Flere kunne ha kommet tilbake med bedre tilrettelegging, framholder Skar

Amundsen er enig i at rehabiliteringstilbudet bør styrkes. Han er særlig kritisk til at personer i arbeidsfør alder plasseres på sykehjem for rehabilitering.

- Å plasseres sammen med gamle med demens gir et dårlig miljø for opptrening. Sånt kan gå utover livsgnisten og motivasjonen, tror han. - Jeg har fått skriftlig fra helseminister Bent Høie at ingen slagrammede under femti år skal være på sykehjem, men det blir ikke bestandig fulgt opp, avslutter Amundsen.



# SPRÅKVANSKER

## Hvordan kan jeg som helsefagarbeider møte problemet?

Artikkelen er skrevet av logopedene Hege Beate Bakken, Anne Mette Mortvedt, Nina Høeg, Malin Dalby Silkstone og Eva Nordset



Språket er viktig for alle mennesker. Det er gjennom språket vi kan gi uttrykk for våre tanker, meninger og behov. Når vi snakker med andre utveksler vi erfaringer, kunnskap og meninger; vi opprettholder vennskap og stifter nye bekjentskaper. Språket er et av de viktigste verktøyene du som helsefagarbeider har for å kommunisere med brukerne, og det er gjennom kommunikasjonen man legger grunnlaget for et godt samarbeid med den enkelte. I samtale med brukerne kan det komme fram informasjon som er viktig for å gjøre en bedre jobb. Noen ganger er helsefagarbeideren den eneste personen som brukeren har kontakt med i sin hverdag.

Mange helsefagarbeidere møter personer som har problemer med språket i jobben sin, og vanskene kan gjøre det utfordrende å samhandle med brukerne. Årsakene til språkvanskene kan være svært forskjellige. Noen mennesker har en medfødt språkvanske. Andre har hatt en normal språkfunksjon tidligere i livet, men opplever senere å få en ervervet språkvanske. Så hva gjør du når du møter personer med språkvansker i arbeidet ditt? Det er dette som er temaet for denne artikkelen. Vi vil prøve å gi noen konkrete råd som kan hjelpe deg, og vi vil gi tips om hvor du kan lese mer om språkvansker og kommunikasjon.

### SPRÅKVANSKEN AFASI - HVA ER DET?

Afasi er en språkvanske som oppstår på grunn av en ervervet skade i hjernen, vanligvis etter en skade i venstre hjernehalvdel. Hjerneslag er den vanligste årsaken til afasi, men språkvanskene kan også oppstå som følge av andre sykdommer i hjernen eller ytre hodeskader. Afasi innebærer vansker med å forstå språk og å produsere språk (for eksem-

pel å snakke og skrive). Både talespråket og skriftspråket kan bli rammet.

**For å oppsummere, kan vi si at afasi kan medføre vansker med å bruke språket muntlig, å forstå hva andre sier, og å lese og skrive.**

I hvilken grad språket blir rammet og hvilke sider ved språket som blir rammet varierer mye fra person til person. Et uttrykk som ofte blir brukt for å beskrive dette er: «har du møtt

en person med afasi, så har du møtt én person med afasi».

Afasi er en vanske som rammer språket, og må derfor skilles fra talevansker og andre former for kommunikasjonsvansker (se tekstboks 1 for nærmere omtale av dette).

### HVORDAN BLI EN GOD KOMMUNIKASJONSPARTNER TIL EN SOM HAR AFASI?

Afasi er altså en vanske som rammer språket og det kan

som sagt arte seg på ulike måter. Det finnes ikke noe enkelt svar på hvordan man får til god kommunikasjon, og det finnes ikke én oppskrift som passer alle. Det er gjerne menneskene rundt personen med afasi som kan hjelpe og støtte den afasirammede, slik at han kan forstå og gjøre seg forstått. Det vil derfor være svært nyttig å kjenne til noen råd som er aktuelle å bruke i samtale med personer med afasi. Når vi tar i bruk rådene kan vi være med på å gjøre kommunikasjonen god og meningsfull.

Det er imidlertid viktig å presisere at ikke alle rådene vil gjelde for samtlige som har afasi. Her gjelder det å prøve seg fram sammen for å finne best mulige løsninger for den enkelte. Underveis er det viktig å huske på at dette kan være en utfordrende oppgave. Selv med kjennskap til ulike råd, kan du oppleve at det er vanskelig å få til en god samtale. Kanskje vil man ikke lykkes hver gang, men det viktigste er å prøve!

Når den ene samtalepartnern er har en språkvanske, kan det ta tid å finne fram til en god måte å snakke sammen på. Den prosessen det er å bli kjent med hverandre og å etablere en relasjon, må skje på tross av de språklige utfordringene. I en studie fra 2007 ble tid, kontinuitet, og helsepersonellens kommunikative ferdigheter trukket fram som viktige faktorer for å lykkes med kommunikasjonen med personer med afasi<sup>1</sup>.

**I studien kom det også fram at helsepersonell har store muligheter til å bidra positivt til afasirammedes selvfølelse og opplevelse av mestring. Når pasientene lyktes med å gjøre seg forstått og ble respektert som samtalepartnere, hadde dette en positiv innvirkning på deres selvfølelse<sup>2</sup>.**

**Så du som helsefagarbeider kan gjøre en viktig forskjell!**

### EKSEMPLER PÅ GOD KOMMUNIKASJON

Det er viktig for alle mennesker å vise hva vi står for, hvem vi er og hva vi ønsker.

Gjennom kommunikasjonen og samtalen kan vi opprettholde kontakten med menneskene rundt oss. Kommunikasjonen er også vesentlig når vi skal knytte nye kontakter med andre. Samtalen blir brukt som kommunikasjonsform av alle mennesker.

Når vi snakker med personer med afasi, vil det ofte være naturlig at samtalepartnern uten afasi må gå inn og ta mye av ansvaret for kommunikasjonen. I de neste avsnittene vil vi komme inn på fem råd som kan være aktuelle og viktige å bruke i en samtale med en person som har afasi. Vi tror at helsefagarbeidere vil ha nytte av å kjenne disse rådene. Ved å ta i bruk rådene kan man få til bedre samtaler med personer med afasi og innfri flere forventninger hos brukerne.

#### 1. VIS RESPEKT

**God kommunikasjon bærer preg av at de som deltar er likeverdige samtalepartnere. Vi går inn i samtalen med en forventning om at den andre er en interessant person å**

**snakke med, og at han skal behandles som en likeverdig voksen samtalepartner.**

På illustrasjonen ser vi et eksempel på likeverdighet. Begge deltakerne i samtalen skal være bidragsyter og mot-taker. I en dialog veksler vi mellom å lytte til det den andre har å fortelle og å snakke selv. I samtalen er det viktig å rette oppmerksomheten mot temaet slik at vi får fram hva personen med språkvansker vil fortelle, eller spørre om. Å vise respekt innebærer også å være ærlig på at du ikke forstår, og dette kan være vanskelig. Hvis man ikke kommer fram til hva personen mener kan man ta opp temaet i en samtale senere.

Vi har tidligere vært inne på at afasi kan arte seg på ulike måter. Noen personer med afasi har utfordringer med å starte en samtale, og det er vanskelig for dem å få fram det de vil fortelle. Andre derimot snakker mye, og de har problemer med å stoppe. I begge tilfellene må samtalepartnern som ikke har afasi, prøve å legge til rette for at likeverdigheten opprettholdes.

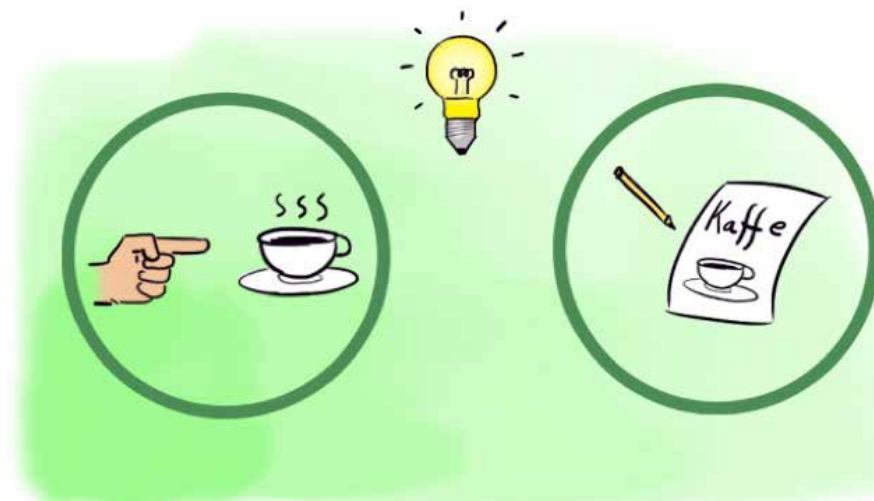
Enkelte ganger kan det for eksempel være nødvendig å si: «...vent litt, nå må jeg si noe...», hvis det er noen som snakker mye. I samtaler med personer som har vansker med å få fram det de vil fortelle, er det ekstra



En likeverdig samtale



Ta deg tid



Vis hva du sier

viktig å bruke god tid. Dette beskriver vi nærmere i neste avsnitt.

#### TA DEG TID

**Det er viktig å bruke god tid i samtaler med personer som har en språkvanske. Fortell gjerne personen du snakker med at dere har god tid, og vis dette med kroppsspråket ditt. Personen du snakker med kan da bli mer motivert til å anstrenge seg for å si noe når han ikke opplever tidspress.**

Under slike forhold er det også lettere å få fram de riktige ordene. Personer med afasi trenger tid for å forstå hva som er blitt sagt og for å formulere et svar. Enkelte som har afasi snakker sakte og i telegramstil, og de kan ha vanskeligheter med å starte en samtale. Tempoet på samtalen er ofte langsommere og det blir gjerne lengre pauser. Vi som samtalepartnere må vise at vi godtar dette.

I en hektisk hverdag for helsefagarbeideren kan den gode kommunikasjonen gå på bekostning av oppgaver som skal gjennomføres innen begrenset tid. I en arbeidshverdag hvor tiden ikke alltid strekker til, kan



Gi oppmerksomhet

enkle strategier som vi her har beskrevet legge til rette for at den afasirammede opplever samtalen mer positivt.

#### GI OPPMERKSOMHET

**For en som har afasi kan samtalen være krevende, og mange av dem opplever det enklere å delta i samtalen hvis det ikke er så mange som er med. Vi som samtalepartnere bør legge til rette for gode samtaleforhold.**

Vi må sørge for at det er ro i rommet, og at det ikke er noe som forstyrrer. Det er utfordrende å snakke sammen når

man må konkurrere om oppmerksomheten fra tv, radio og musikk. Den som har afasi har ofte problemer med å forstå det som blir sagt. Samtalepartnere må derfor se på personen. Vi må gi full oppmerksomhet.

Når man har øyekontakt, kan man også lese ansiktsuttrykket og kroppsspråket. Gjennom denne nonverbale kommunikasjonen får man viktig informasjon, og det blir lettere å gi en god tilbakemelding. Ofte kan man få inntrykk av at den afasirammede ikke forstår det du ønsker å formidle. Da må vi prøve å si det på en annen

måte og gjerne supplere det vi sier med en enkel tegning, et bilde eller gester. Dette blir beskrevet nærmere i neste avsnitt.

#### VIS HVA DU SIER

**Personer med afasi har ofte vansker med å forstå språk i større eller mindre grad, og dette må vi ta hensyn til. Selv om personen tilsynelatende oppfatter hva du sier, så er det ikke nødvendigvis slik.**

Hvis du for eksempel sier: «Vil du ha et eple?»<sup>3</sup>, så kan det for den afasirammede høres ut som: «Vin de na ot ekle?»<sup>3</sup>. Hvis personen har normal hørsel, er det ingen hjelp i å heve styrken på stemmen. Når personer med afasi strever med å forstå det som blir sagt er det nyttig at samtalepartnere tar i bruk flere kommunikasjonskanaler som for eksempel skrift, tegning og bruk av gester.

Gester kan defineres som «bevegelser i ansikt, hodet, armene og overkroppen som brukeren gjør bevisst eller ubevisst med kommunikativ hensikt eller som kan være et bidrag i kommunikasjonen»<sup>4</sup>. Ord og begreper gjengitt i handling kan ofte være lettere å forstå. Eksempler på slike gester

er å vise «drikke» ved å heve hånden til munnen eller å vise ordet «bil» eller «kjøre» ved å mime at man vrir på et ratt. Dette er kanskje ting du allerede gjør mer eller mindre bevisst?

Fortsett å bruke kroppen din og omgivelsene til å vise hva du vil formidle. Pek på eller bruk gjerne gjenstander i rommet. En person med afasi vil normalt ikke ha vansker med å tolke kroppsspråk og ansiktsuttrykk, så tenk derfor over om kroppsspråket ditt er i overensstemmelse med det du sier.

I tillegg til kroppen din og omgivelsene, er papir og blyant nyttige hjelpemidler. Ha alltid papir og blyant tilgjengelig, og skriv gjerne ned nøkkelord underveis i samtalen for å sikre en felles forståelse. Viktig informasjon som for eksempel tidspunkt bør også skrives ned, og en enkel kalender eller ukeplan kan være en god støtte. Dersom du stiller et spørsmål med flere svaralternativer, kan det være til nytte å skrive ned disse på et ark som personen med afasi kan støtte seg på når han eller hun skal svare.

Selv om personer med afasi som regel har vansker med å forstå skrevne ord og setninger, så vil det å motta informasjonen

på flere måter ofte være en støtte. Skrevne ord, bokstaver og tegninger har den fordel at de er permanente (i motsetning til det vi sier muntlig). Dette gir dermed personen med afasi bedre tid til å tolke innholdet.

**Det kan være hensiktsmessig å benytte små bokstaver når en skriver, for det letter helordslesingen. Det gir større kontraster etter som bokstavene har ulik høyde. Enkelte personer med afasi vil ha utbytte av at du lager en enkel skisse som illustrerer det du sier. Man kan også ta i bruk relevante bilder eller tegninger.**

Ved å kommunisere på ulike måter er vi gode kommunikasjonsmodeller for personen med afasi. Du som samtalepartner kan vise hva du sier, og du kan også oppfordre personen du snakker med til å gjøre det samme, dersom kommunikasjonen stopper opp. Når man forsøker å uttrykke seg ved hjelp av tegning, skrift eller gester kan det være at man finner ordene i prosessen. Å forsøke å skrive første bokstav eller et tall kan være til nytte for noen. Samtidig kan lammelser og klassisk apraksi (vansker



Si en ting om gangen

med å utføre viljestyrte bevegelser) gjøre dette utfordrende å få til for noen.

#### SI EN TING OM GANGEN

**Vi har beskrevet hvordan det å vise hva vi sier, kan være en støtte for personer med afasi. Et annet råd som kan hjelpe er å gi én informasjon om gangen. Gjør det tydelig når du bytter tema, for eksempel ved å rekke pekefingeren i været, eller skrive ned et stikkord på et stykke papir.**

Når vi snakker med personer som har afasi, bør vi i større grad enn vanlig tenke over hvordan vi ordlegger oss. Det er en fordel å unngå lange og kompliserte setninger, fordi dette kan være vanskeligere å forstå. Bruk heller korte og enkle setninger med vanlige norske ord, uten at språket blir barnslig. Det er ofte bedre med flere korte setninger.

Når vi stiller spørsmål bør vi være bevisste på hvordan vi formulerer oss. Det er som regel enklest for personer med afasi å svare på ja/nei-spørsmål. Dersom dette går greit kan vi forsøke å ta i bruk spørsmål med spørreord (for eksempel hvem, hva og hvorfor).

Her er et praktisk eksempel som illustrerer det vi har gjennomgått i dette avsnittet.

#### I stedet for å si:

«Vil du ha kaffe eller te, og vil du ha melk i?»

kan du dele opp setningen slik:

«Vil du ha kaffe?»

«Nei»

«Vil du ha te?»

«Ja»

«Vil du ha melk i teen?»

«Ja»

at ikke samtlige råd vil være relevante for alle personer med afasi. Når du blir kjent med en person, vil du etterhvert finne ut hvilke av disse rådene som passer for den enkelte. Man kan si at afasien kamuflerer kompetansen til personer som har afasi. Det er viktig å anerkjenne at denne gruppen fortsatt har egne tanker og meninger, og det bør legges til rette for at de får komme til orde. Hvis du vil lese mer om dette temaet, anbefaler vi relevant litteratur.



#### OPPSUMMERING

I denne artikkelen har vi sett på konkrete råd som kan være nyttige og viktige når du som helsefagarbeider møter personer med afasi. Rådene kan oppsummeres under overskriftene «vis respekt», «ta deg tid», «gi oppmerksomhet», «vis hva du sier» og «si en ting av gangen». Vi har understreket

<sup>1</sup> Kitzmüller, 2007, s. 49.

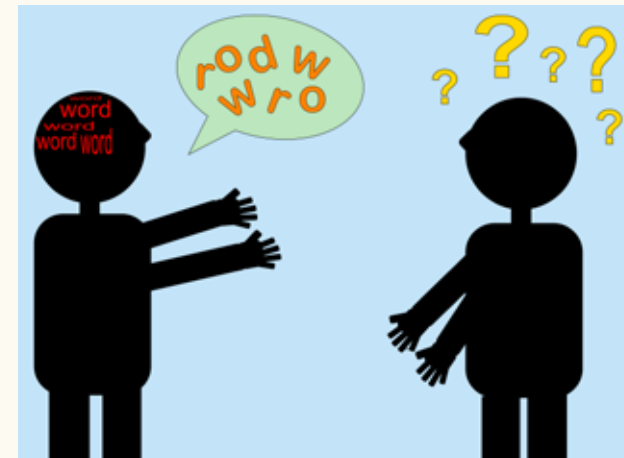
<sup>2</sup> Kitzmüller, 2007, s. 49.

<sup>3</sup> Eksempelet er hentet fra brosjyren Afasi - som lyn fra klar himmel, Afasiforbundet i Norge

<sup>4</sup> Erlenkamp, 2013, s.6.

## Andre kommunikasjonsvansker som man kan få etter en skade i hjernen

Afasi er en vanske som rammer språket, og må derfor skiller fra talevansker og andre former for kommunikasjonsvansker. Det er ikke uvanlig at man får flere slike vansker samtidig. Dysartri er en talevanske, som skyldes lammelser, svakhet eller problemer med å koordinere musklene som brukes når vi snakker. Taleapraksi er en annen form for talevanske, som innebærer vansker med viljestyrt produksjon av tale. Dette medfører blant annet vansker med å uttale språklydene korrekt og i riktig rekkefølge. Taleapraksi forekommer sjelden alene, men sees ofte samtidig med afasi. Etter skade i hjernen kan man også få andre typer vansker som har betydning for kommunikasjonen, slik som vansker med å ta initiativ til samtaler og vansker med å vente på sin tur i samtalen. De vanskene som er beskrevet her vil også ha betydning for kommunikasjonen, men er noe annet enn afasi.



### Relevant litteratur

- Afasiforbundet i Norge sine nettsider: [www.afasi.no](http://www.afasi.no)
- Boka Afasi og samtale – Gode råd om kommunikasjon, Margit Corneliusen, Line Haaland-Johansen, Monica Knoph, Marianne Lind & Eli Qvenild, 2006, Novus forlag.

#### REFERANSER

- Corneliusen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M., Lind, M. & Qvenild, E. (2006). Afasi og samtale – Gode råd om kommunikasjon, Oslo: Novus forlag.
- Erlenkamp, S. (2013). Slutt-rapport for prosjektet Bruk av gester i afasirehabilitering. Hentet fra Sunnaas sykehus HF. Tilgjengelig på <https://www.extraweb.no/internal/rest/public/attachments/4854063>
- Kitzmüller, G. (2007). Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? Nordisk tidsskrift for helseforskning, 3(2), 42-54.
- Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. & Qvenild, E. (Red.) (2010). Afasi - et praksisrettet perspektiv. Oslo: Novus forlag.



# Benytt temahefter i undervisningen

Temaheftene for helsefagarbeidere gir innføring i viktige fagområder på en variert og lettlest måte.

## Slik kan heftene benyttes

- Les om arbeidsplasser der de lykkes ekstra godt, og intervjuer med prominente fagpersoner
- Få forklart helsefagarbeiderens rolle i pasientbehandlingen, og samhandlingen med andre yrkesgrupper
- Bruk de praktiske eksemplene som grunnlag for oppgaver og diskusjoner i klassen
- Gi elevene inspirasjon til å utforske temaet videre på egen hånd

**BESTILL  
KLASSESETT**  
20 eks. temahefter  
**KR 500,-**  
+ porto



## KILDER:

### Harde fakta om hjerneslag

Lhl.no  
Slag.no  
Nhi.no

### Når hjerneslag inntreffer Dette må du vite

Helsedirektoratet.no  
Slag.no  
Lhl.no

### Tegn på hjerneslag i ulike deler av hjernen

Lhl.no  
nhi.no  
forskning.no

### Ulike typer hjerneslag

Slag.no  
Lhl.no  
Nhi.no  
Ndla.no  
Sml.snl.no

### Livsstil påvirker risiko

Slag.no  
Lhl.no  
Helsedirektoratet.no

### Behandling og utredning ved hjerneslag

Lhl.no  
Nhi.no  
Wikipedia.no

### Utfall etter hjerneslag

Hjerneslag Hjem – hva nå?  
Usynlige skader og vansker som følge av hjerneslag  
Brosjyre utgitt av Landsforeningen for slagrammede

Fatigue – den usynlige fienden  
Brosjyre utgitt av LHL Hjerneslag

### Slagrehabilitering

Hjerneslag Hjem – hva nå?  
Usynlige skader og vansker som følge av hjerneslag  
Brosjyre utgitt av Landsforeningen for slagrammede  
lhl.no  
www.slag.no







(Et viktig budskap kan ikke gjentas for ofte...)

**Plutselig vanskelig å  
PRATE  
SMILE eller  
LØFTE ARMENE?**

**RING 113!**

**PRATE  
SMILE  
LØFTE**