



UNGE SLAGPASIENTER FALLER UTENFOR

Slagsykepleie. Sykepleier har en viktig rolle i kartlegging, behandling og oppfølging av unge slagrammede.

KARTLEGGINGSTUDIE

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55149



Nadine Probst, sykepleier, klinisk spesialist, slagenheten på Bærum sykehus.

Et hjerneslag inntreffer plutselig og ofte uten forvarsel. Selv om gjennomsnittsalderen ved hjerneslag er over 70 år, er det flere unge som opplever å få et hjerneslag.

MIDT I LIVET. De unge som rammes er ofte i utdanning eller jobb, har forsørgeransvar og er midt i et aktivt liv. Det er vist at de med flere kardiovaskulære risikofaktorer har høyere risiko for nytt slag og høyere dødelighet enn andre. Riktig diagnose, tidlig rehabilitering, igangsetting av forebyggende behandling og planlegging av videre rehabilitering skjer gjennom tverrfaglig samarbeid i slagenheten. Liggetiden etter et hjerneslag reduseres stadig, og det er derfor viktig at sykepleiere i slagenheten bidrar til god kunnskap om, kartlegging av og målrettede tiltak mot risikofaktorer.



Anne Wergeland, slagsykepleier og spesialsykepleier, Bærum sykehus



Hege Ihle-Hansen, dr. med. jobber og forsker på Bærum sykehus

UNGE RAMMES. Hvert år rammes over 15.000 mennesker i Norge av hjerneslag hvorav om lag 12 000 er førstegangsslag. Hjerneslag er, etter iskemiske hjertesykdommer og kreft, den tredje vanligste dødsårsaken i Norge og den hyppigste årsaken til funksjonshemming hos voksne (1). Dødeligheten i akutfasen er rundt 10 prosent. Blant dem som overlever har rundt to tredjedeler varig funksjonshemming



Brynjar Fure, dr. med., forskningsleder ved Ullevål sykehus

mens over halvparten har preget kognisjon (2;3). Grunnet forventet økt levealder i befolkningen i de kommende år, forventes forekomsten av hjerneslag å øke (4). I tillegg ser vi en økning av unge med hjerneslag (5). Yngre defineres ofte som de under 50 år (6).

SYMPTOMER. Hjerneslag er en heterogen gruppe, og inkluderer cerebrale infarkter (rundt 80–85 prosent), intracerebrale blødninger (rundt 10–15 prosent) og subaraknoidalblødninger (rundt 5 prosent). De vanligste symptomene på et slag er halvsidige lammelser i ansikt, arm og/eller ben, balanseproblemer, nummenhet/endring i følesansen, taleforstyrrelser, synsforstyrrelse og kognitive problemer.

RISIKOFAKTORER. Kartlegging av vaskulære risikofaktorer og årsaken til slaget er viktig for riktig akuttbehandling, sekundærprofylakse, for å optimalisere rehabiliteringen og begrense nevrologisk følger tilstand (7). I slagenheten jobber vi teambasert og tverrfaglig. Alle yrkesgrupper, inkludert slagsykepleier, er involvert i kartlegging av risikofaktorer, tidlig rehabilitering, forebygging av komplikasjoner og planlegging av videre forebyggende behandling og rehabilitering. Modifiserbare risikofaktorer assosiert

med hjerneslag er høyt blodtrykk, fysisk inaktivitet, røyking, diett med lavt innhold av frukt, grønt og fisk, diabetes, hyperkolesterolemi, høyt alkoholkonsum, depresjon og stress (7-10). Antall tradisjonelle risikofaktorer øker faren for nye slag og gir økt dødelighet etter hjerneslag hos unge (11;12). Det er imidlertid sjelden pasientene får langtidsoppfølging etter hjerneslaget. Det finnes få tilbud, og mange strever.

ÅRSAKER. Årsakene til hjerneslag hos unge voksne skiller seg noe fra årsakene hos eldre (11;13). Hos pasienter under 40 år er det særlig karotidisseksjon som er hyppig, mens det for de over 40 år er arteriosklerose, småkarsykdom og kardiale embolier som dominerer (11). Særlig hos yngre kan det via en åpentstående åpning mellom høyre og venstre hjerteforkamre (foramen ovale) komme små embolier/blodpropper fra dype vener i bena over i hjernens sirkulasjon, en såkalt paradoks embolisering (14). Høyt blodtrykk og diabetes er tradisjonelt sett oftere assosiert med småkarsykdom, mens røyking antas mest relatert til storkarsykdom (15).

Hos yngre er hjerneslag hyppigere hos kvinner enn hos menn. Dette antas å ha sammenheng med graviditet, fødsel, amming og p-piller. Andelen med atrieflimmer hos

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Risikofaktorer ved hjerneslag hos unge og eldre pasienter er veldig forskjellige. Unge slagrammede er i en annen fase i livet og faller ofte litt ut av systemet etter utskrivelse fra slagenheten. Derfor er det ekstra viktig å få kartlagt årsaker, risikofaktorer og starter rask behandling, samt at man setter i gang god sekundærprofylakse. Informasjon, motivasjon til varig forandring og tett oppfølging av livsstilomlegging etter utreise fra sykehuset er nødvendig og burde vektlegges mer.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hjerneslag
- Alkohol
- Blodtrykk
- Ernæring
- Livsstil

de under 50 år er forventet mindre enn 2 prosent (16). Hos yngre pasienter med hjerneinfarkt har imidlertid de fleste en eller flere av de kjente risikofaktorene (17).

VÅR STUDIE. Som ledd i et større forskningsprosjekt om risikofaktorer og kognitive endringer etter hjerneslag, kartla avdelingens slagsykepleiere risikofaktorer for hjerneslag hos yngre. Kunnskap om risikofaktorer er viktig både i utredning av mulige årsaker til hjerneslag og for igangsetting og oppfølging av best mulig forebyggende behandling.

Fra februar 2007 til juli 2008 ble pasienter med førstegangs hjerneslag eller TIA (transitorisk iskemisk angrep/drypp) innlagt i slagenheten på Bærum sykehus, Vestre Viken HF, inkludert i hovedstudien. Sykehuset har ansvaret for rundt 165 800 personer i Asker og Bærum kommunene.

INKLUSJON. Slagsykepleier i slagenheten vurderte alle pasienter for inklusjon i studien og deltok i informasjonen om prosjektet, inklusjonen og innhenting av sykdomsopplysninger. Videre bidro slagsykepleier til kartlegging av vaskulære risikofaktorer gjennom måling av vekt og høyde for beregning av body mass index (BMI) og måling av midje og hofte for beregning av midje-hofteforhold. De tok også opp pasientens forhold til røyking og kartla andre livsstilsfaktorer som stress, alkoholvaner, kost og trening. Høyt blodtrykk ble definert som behandlet blodtrykk før hjerneslaget og hyperlipidemi som totalkolesterol >5,0 og/eller LDL > 3,0 (18).

MÅLINGER. Slagsykepleiere målte nevrologiske utfall med National Institute of Health Stroke Scale dag 0–2 (19). Funksjon ble målt ved Barthel ADL-index dag 3 og ved utreise og modified Rankin Scale (mRS) (20;21). Dette ble brukt både som grunnlag for vurdering av slagets utvikling og alvorlighetsgrad, og for å planlegge videre rehabilitering og eventuelle behov for hjelp

og tilrettelegging. Diagnosen hjerneslag med subklassifisering etter årsak ble stilt av slaglege. Studien var godkjent av regional etisk komité (REK) og datatilsynet (NSD).

RESULTAT. Av de totalt 227 pasientene som ble inkludert i studien, var 15 yngre enn 50 år. Av disse hadde 10 (67 prosent) hjerneinfarkt, 3 (20 prosent) TIA og 2 (13 prosent) intracerebral blødning. Gjennomsnittsalderen blant de unge var 44,7 år, fra 25 til 50 år (SD 6.4), og 9 var kvinner. Bakgrunnsdata er vist i tabell 1.

Årsakene til slagsykdommen fordelte seg med 5 (33 prosent) med småkarsykdom, 2 (13 prosent) med karotisdisseksjon, 1 (7 prosent) med kardioembolisk sykdom grunnet PFO og 7 (47 prosent) med ikke-

«Dødeligheten i akuttfasen er rundt 10 prosent.»

klassifiserbar slagsykdom.

Risikofaktorer er også oppgitt i tabell 1. Andelen med behandlet høyt blodtrykk var 20 prosent, én hadde kjent hjertesykdom, mens 73 prosent hadde økt fettinnhold i blodet. Videre var nær halvparten dagligrøykere og to tredjedeler hadde BMI over 25. PFO ble påvist hos én, og én hadde diabetes. Ingen av de unge hadde atrieflimmer og ingen drakk alkohol daglig. De fleste var selvhjulpne (mRS = 2, Barthel ADL index 20) ved utreise.

LIK FORDELING. Hos de unge pasientene med hjerneslag var fordelingen av infarkt og blødning lik den vi så hos eldre pasienter med hjerneslag. Flere hadde småkarsykdom, og andelen pasienter med ikke-klassifiserbar slagmekanisme var høy. Dette er tall som overstemmer med tidligere studier (11).

Relativt få hadde kjent og ble behandlet for høyt blodtrykk før slaget. Et eventuelt ubehandlet høyt blodtrykk er vanskelig å avdekke i akuttfasen av et hjerneslag da

Tabell 1. Bakgrunnsdata for de unge pasientene med hjerneslag, n=15

| N (%) | |
|--|------------|
| Demografiske data | |
| Menn | 6 (40) |
| Gjennomsnittsalder (SD) | 44.7 (6.4) |
| Skolegang > 9år | 14 (93) |
| Fordeling av hjerneslag | |
| Hjerneinfarkt | 10 (67) |
| TIA | 3 (20) |
| Hjerneblødning | 2 (13) |
| TOAST klassifikasjon | |
| Småkarsykdom | 5 (33) |
| Storkarsykdom | 2 (13) |
| Kardioembolisk sykdom | 1 (7) |
| Ikke klassifiserbar sykdom | 7 (47) |
| Risikofaktorer | |
| Atrieflimmer | 0 |
| Behandlet hypertensjon | 3 (20) |
| Diabetes mellitus | 1 (7) |
| Hyperlipidemi | 11 (73) |
| Røyking, daglig | 7 (47) |
| Hjertesykdom | 1 (7) |
| BMI >25 | 10 (67) |
| Alkohol, daglig | 0 |
| Arv | 5 (33) |
| Funksjonsvurdering ved utreise | |
| NIHSS ≤ 4 | 13 (87) |
| Barthel 20 | 13 (87) |
| mRS ≤ 2 | 12 (80) |
| Hyperkolesterolemi=kolesterol>5,0 eller LDL>3; overvekt>25; arv=karsykdom hos mannlig slektninger<55 år og kvinnelige slektninger<60 år. Hjertesykdom=tidligere hjerteinfarkt eller kjent angina | |

blodtrykket oftest er kompensatorisk forhøyet (22). Av andre kardiovaskulære risikofaktorer var det flere som røykte, hadde økt fettinnhold i blodet og forhøyet BMI. I vår populasjon var utdanningsnivået svært høyt, og det kan ha påvirket risikoprofilen. Andelen kvinner var høyere, men tallene er for små for å trekke konklusjoner vedrørende fordeling av risikofaktorer basert på kjønn.

FOREBYGGING. I Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet) anbefales gode leve-

vaner som et ledd i videre forebyggende behandling etter et hjerneslag (7). I dette ligger oppmuntring til regelmessig fysisk aktivitet, minimum 30 minutter daglig, røykestopp, sunn kost med innhold av frukt, grønt og fisk, med lite mettet fett og salt, å unngå overdrevent inntak av alkohol og å tilstrebe normal vekt. Det å endre livsstil etter et hjerneslag kan imidlertid være vanskelig (23). I slagenheten har sykepleiere en tradisjonell og viktig rolle i stell og pleie, vurdering av svelgfunksjon, tidlig mobilisering og forebygging av komplikasjoner (7).



Slagsykepleieren har med sin kunnskap om risikofaktorer og kjennskap til pasientens egne preferanser i tillegg en god mulighet til å gi individualiserte råd og motivere til livsstilsendring. I dette ligger ikke minst å formidle hvor viktig sunne levevaner er. Kartleggingen av risikofaktorer kan også i seg selv føre til at pasientene blir mer bevisste på nødvendige livsstilsendringer.

ENDRET LIVSSTIL. Våre pasienter ble tilbudt røykeavvenningskurs ved sykehuset og samtale med ernæringsfysiolog. Medikamentell forebyggende behandling ble igangsatt av slaglege. Videre ble rehabilitering planlagt i det tverrfaglige teamet sammen med slaglege, fysioterapeut og ergoterapeut. Slagsykepleier hadde her en viktig koordinerende rolle og kunne i tillegg bidra med spesifikk kunnskap om pasientens forventninger og muligheter. I tillegg er det viktig i dag, med kort liggetid i slagenheten, at alle yrkesgrupper sammen bidrar til skreddersydde og kunnskapsbaserte råd om endret livsstil for best mulig langtidsprognose.

MANGE UTFORDRINGER. Utfordringene for de unge når de kommer tilbake til hverdagen etter et hjerneslag, er mange. Flere erfarer at nedsatt motivasjon, utmattelse (fatigue) og depresjon bidrar til lavere livskvalitet (6). Det å få tid til trening og kostendringer er vanskelig ved siden av jobb, ektefelle, barn og sosiale aktiviteter. Hjerneslag medfører ofte motoriske, sensoriske og synlige eller usynlige kognitive endringer som igjen kan føre til endring i oppgaver og roller. Hjerneslaget kan dermed sies å ramme hele familien. Pårørende opplever ofte seg selv både som omsorgsperson, trener, motivator, trygghetsskaper, avløser og advokat (24). Sykepleiere i slagenheten har et ansvar for å ta med pårørende når hverdagen etter hjerne- slaget skal planlegges, og bør derfor se familien som en helhet (24;25). Det handler både om det å forstå alvoret, det å komme videre, å motivere og å opprettholde.

SLAGSYKEPLEIERS ROLLE. I akutfasen av et hjerneslag kan det være vanskelig å fange opp og huske all informasjon som gis. For å unngå unødvendig utrygghet og bekymringer hos pasient og pårørende, inviteres pårørende til informasjonsmøter med sykepleier og lege både under innleggelsen og ved utreise. Det er viktig med tidlig informasjon om hva som har hendt, behandling, veien videre og det å forme for varig livsstilsendring. Informasjonen må alltid gjentas.

Vanligvis holdes også nettverksmøte med representanter fra kommunen, pasient, pårørende og behandlere på sykehus for informasjonsutveksling, planlegging av den videre rehabiliteringen og oppfølging med tanke på risikofaktorer. Slagsykepleieren har da en viktig rolle som koordinator av all informasjonen som gis.

Mange unge som opplever et hjerneslag har få synlige utfall, er selvstendige i dagliglivets gjøremål og skrives direkte ut til hjemmet. Det er da ekstra viktig at pasienten er kjent med hvilke tilbud som finnes i kommunen, og hvor pasienten og pårørende kan søke råd. Det er også viktig at det legges en plan før utreise om hvordan livsstilsendringer og behandling av risikofaktorer skal følges opp.

OPPFØLGING. Skal motivasjonen til livsstilsomlegging vare, krever det god oppfølging og samarbeid mellom pasient og pårørende, hjemmesykepleien, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, fastlegen og eventuell slagpoliklinikk. Ved sammensatte utfall bør det lages en individuell plan for å sikre videre oppfølging og samarbeid mellom ulike behandlingsnivåer etter utskrivning (26). Vi slagsykepleiere ser at det er ønskelig med livsstilsrådgivere og undervisning via lærings- og mestringssentre og slagskoler. I tillegg kan mange ha nytte av oppfølging i frisklivssentraler. I litteraturen er det også nevnt ønske om rehabiliteringskoordinator som kontaktperson i kommunen til pasient/pårørende (27). Dette er nok noe som muligens er vanskelig å få til. ●

REFERANSER:

- Ellekjaer H, Selmer R. Stroke – similar incidence, better prognosis. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127:740-3.
- Fjaertoft H, Indredavik B. Cost-estimates for stroke. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127:744-7.
- Fure B. Depression, anxiety and other emotional symptoms after cerebral stroke. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127:1387-9.
- Statens helsetilsyn. Scenario 2030, sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
- Rosengren A, Giang KW, Lappas G, Jern C, Toren K, Björck L. Twenty-four-year trends in the incidence of ischemic stroke in Sweden from 1987 to 2010. Stroke 2013; 44: 2388-93.
- Waje-Andreassen U, Thomassen L, Naess H. Poor prognosis for cerebral infarction in young age. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:1688-9.
- Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
- Kannel WB, McGee D, Gordon T. A general cardiovascular risk profile: the Framingham Study. Am J Cardiol 1976; 38: 46-51.
- O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet 2010; 376: 112-23.
- Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2011; 42: 227-76.
- Naess H. Cerebral infarction in young adults. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 751-3.
- Gjerde G, Naess H. Risk factor burden predicts long-term mortality after cerebral infarction. Acta Neurol Scand 2014; 129: 173-7.
- Fromm A, Waje-Andreassen U, Thomassen L, Naess H. Comparison between Ischemic Stroke Patients <50 Years and >=50 Years Admitted to a Single Centre: The Bergen Stroke Study. Stroke Res Treat 2011; 2011:183256.
- Overell JR, Bone I, Lees KR. Interatrial septal abnormalities and stroke: a meta-analysis of case-control studies. Neurology 2000; 55: 1172-9.
- Bogousslavsky J, Van MG, Regli F. The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke. Stroke 1988; 19: 1083-92.
- Tveit A. Atrieflimmer i Norge 2011. Del 1 av 2: Økning i forekomst og endringer i antitrombotisk behandling og frekvenskontroll. Hjerteforum 2011; 24(3): 10-4.
- Putala J, Haapaniemi E, Kaste M, Tattisumak T. How does number of risk factors affect prognosis in young patients with ischemic stroke? Stroke 2012; 43: 356-61.
- Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. Stroke 2006; 37: 577-617.
- Meyer BC, Hemmen TM, Jackson CM, Lyden PD. Modified National Institutes of Health Stroke Scale for use in stroke clinical trials: prospective reliability and validity. Stroke 2002; 33: 1261-6.
- MAHONEY FI, BARTHEL DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. Md State Med J 1965; 14: 61-5.
- Sulter G, Steen C, De KJ. Use of the Barthel index and modified Rankin scale in acute stroke trials. Stroke 1999; 30: 1538-41.
- Sandset EC, Bath PM, Boysen G, Jatuzis D, Korv J, Luders S, et al. The angiotensin-receptor blocker candesartan for treatment of acute stroke (SCAST): a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. Lancet 2011; 377: 741-50.
- Lawrence M, Kerr S, Watson H, Paton G, Ellis G. An exploration of lifestyle beliefs and lifestyle behaviour following stroke: findings from a focus group study of patients and family members. BMC Fam Pract 2010; 11: 97.
- Kirkevoid M, Ekern KS. Et slag rammer hele familien. I: Kirkevoid M, Ekern KS, red. Familien i sykepleiefaget. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2001: 130-49.
- Martinsen R, Kirkevoid M, Sveen U. Younger stroke survivors' experiences of family life in a long-term perspective: a narrative hermeneutic phenomenological study. Nurs Res Pract 2012; 2012: 948791.
- Individuell plan 2007-Veileder til forskrift om individuell plan. Oslo: Helsedirektoratet, 2007.
- Vesterager D, Klemetsen R, Beiermann C, Eilertsen G. Lærere opp pårørende til slagrammete. Tidsskrift Sykepleien 2013; DOI-nummer 10.4220-sykepleien2012.0163

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no