

Behandling och rehabilitering – svår hjärnskada med långvarig medvetandestörning

Vid behandling och rehabilitering av patienter med svår hjärnskada med långvarig medvetandestörning samarbetar flera yrkeskategorier i interprofessionell teamsamverkan. Teamarbete är positivt för att öka vakenheten och för att förhindra flera medicinska problem och komplikationer. Interprofessionellt teamarbete bör påbörjas redan på intensivvårdsavdelning och med sammanhållen vårdkedja kan rehabiliteringen fortgå utan avbrott när patienten flyttas i vårdkedjan.

Detta dokument kompletteras med dokumentet Behandling av lätt, medelsvår och svår hjärnskada (interprofessionellt), Folkhälsa och sjukvård, rehabilitering neurologi

1. Öka medvetenhet, vakenhet och orientering

Patienter som drabbats av svår hjärnskada med långvarig medvetandestörning har nedsatt vakenhet/arousal och störd medvetenhet/awareness. Med arousal menas vakenhet vilket kliniskt innebär förekomst av spontan eller framkallad ögonöppning över tid. Arousal är skiljt från begreppet medvetenhet, med vilket menas förmåga att processa inifrån- och utifrån kommande signaler, det vill säga att vara medveten om egna tankar, känslor och sinnesintryck samt kunna uppmärksamma och interagera med omgivningen. Awareness är ett annat ord för medvetenhet.

Minska oro

- Hjärnskadan kan medföra att patienten är motoriskt orolig och agiterad särskilt i det akuta skedet, i uppvaknandefasen. Beteende orsakat av oro kan börja yttra sig i medvetandenivå RLAS 3 men yttrar sig mest vid nivå RLAS 4. Oro kan ofta relateras till konfusion, förvirring, rädsla, nedsatt kroppskontroll och sjukdomsinsikt. Oro påverkas av inre och yttre stress.
- Uttryck för oro kan vara att patienten försöker klättra ur sängen, har svårt att vara stilla, drar i slangar och grindar samt ropar, skriker eller stönar.
- Grad av agitation skattas med ABS, agitated behavior scale, som även kan användas för uppföljning och utvärdering av behandling.
- För att hjälpa en motoriskt orolig eller agiterad patient är det viktigt med ett medvetet och professionellt förhållningssätt i behandlingsteamet runt patienten.
- Stabilisera medicinska och fysiologiska faktorer som kan bidra till oro, exempelvis syrebrist, luftvägssekret, infektion, smärta, klåda, blås- och tarmträngningar, hunger, törst med mera.

- Infektionsbehandling, behandling av smärta och tonusökning, optimering av elimination och nutrition med mera. Bädda på golvet om risk finns att patienten faller ur sängen. Använd bolltäck och kuddar för att markera kroppens gränser och minska rädsla av att vara ”konturlös”. Täck infarter och katetrar. Använd Affolterteknik (se under känsel) och tänk på positionering, lugnande, varsamma och trygga händer.
- Patienter med hjärnskada är känsliga för sinnesstimuli och har nedsatt förmåga att filtrera. Överstimulering leder till förvirring och ökad oro.
- Reducera yttre stressorer som ljud, ljus, beröring, kyla, aktivitet och samtal i rummet. Öronproppar, hörselskydd och solglasögon kan användas för att dämpa ljud och ljus även inomhus och dämpa ljus och mörklägg vid vila. Markera med ”stör ej-skylt” på dörren vid vila.
- Att vårdas inneliggande innebär varje dag en rad aktiviteter och moment involverande en mängd olika personalkategorier. Ständiga störningar skapar onödigt stress vilket kan förstärka oro och agitation. Veckovis planering med träningsaktiviteter, undersökningar och vila ska schemaläggas. Det är viktigt att strukturera och att ha regelbundna rutiner och samordning av aktiviteter. Prioritering och vid behov omprioritering är nödvändigt för optimal aktivitetsnivå, dygnsrytm och sömn.
- Motoriskt oroliga patienter mobiliserar sig ofta själva. Mobilisering lindrar även oro och agitation. Utgå från patienten och gör aktiviteter som fungerar. Oroliga patienter mår bra av att komma ut i friska luften och få naturlig sinnesstimulering. Börja där patienten befinner sig och öka tiden utanför rummet successivt.
- Det är påfrestande att vara orolig och agiterad men även att se en annan individ må dåligt. Om anhöriga och personal uttrycker frustration över att inte kunna lindra patientens oro ökar ofta patientens oro ytterligare.
- Arbete med hjärnskadade med beteendepåverkan, oro och aggressivitet kräver nära samverkan i teamet och god medvetenhet om hur vi hushållar med personalens resurser. Att avlösa varandra ofta underlättar för att behålla lugn och konsekvens i rummet.
- Stärk, bekräfta och bejaka patienten när det fungerar. Fortsätt med aktiviteter som lugnar och upplevs positivt, undvik aktiviteter som inte fungerar.

2. Strukturera miljö och dygnsrytm

Miljö

Hjärnskadade patienter behöver regelbunden vila även dagtid då det bör vara helt tyst och stilla i rummet. Dämpa ljuset, stäng ute ljud och markera med en ”Stör ej-skylt” på dörren att vila pågår. Öronproppar, hörselskydd och solglasögon kan användas.

Att drabbas av en svår hjärnskada innebär i det akuta stadiet, att från att ha haft kontroll över sitt liv hamna i en överklig situation som är svår att greppa.

Vakenhet och medvetenhet är nedsatt, patienten tar inte in och tolkar yttre stimuli

och han/hon har därmed inte en adekvat uppfattning om sin situation. Det är därför viktigt att anpassa miljön runt patienten för att ge trygghet och känsla av sammanhang. Åtgärderna skall inriktas på hela människan i en helande miljö för sinne, kropp och själ (4). Miljön skall utformas för att ge lugn och balans för patient och anhörig men även för personalen som skall genomföra sitt arbete.

Ljud i omgivningen upplevs ofta skrämmande för den som har nedsatt vakenhet. Personal som arbetar lugnt och tyst ger trygghet. Det gör också ljud som personen känner igen och blir lugn av, t ex. rinnande vatten. Lugn favoritmusik under korta stunder kan minska oro, väcka sinnen och öka känslan av sammanhang, men musik hela dygnet blir för mycket intryck till hjärnan. God sömn är av stor betydelse för återhämtningen. Eget rum rekommenderas. Fönster i rummet som personen kan se ut genom ger stimulans, dagsljus och dygnsuppfattning. Ljuset i rummet bör vara möjligt att justera för att ge en lugn miljö men också god arbetsmiljö för personalen att utföra sina uppgifter i.

Färgsättning och enstaka konstverk ger avkoppling. En bild som patienten lätt ser och kan tolka positivt, på väggen eller i taket, kan hjälpa till med orientering och ge lugn.

Också personalen utgör en viktig faktor för en helande miljö. Genom att vara lugna och stödjande ger de den trygghet som behövs.

Stödja närståendes delaktighet och kontakt med patient, dagbok.

Anhöriga är viktiga i den tidiga fasen av rehabiliteringen. De betyder ofta mycket för patientens trygghet, de har kunskap om patienten och kan vara kontakt mellan patient och personal. De skall ges möjlighet att besöka patienten när de vill och gärna erbjudas en avskild plats när de behöver återhämtning. Teknologi som t exempel videosamtal, kan erbjudas för att möjliggöra för anhöriga, som inte kan närvara, att kommunicera med patienten.

Under hela rehabiliteringsprocessen används dagbok där både närstående och personal skriver dagliga anteckningar, om möjligt tillsammans med patienten. Dagboken används för att hjälpa patienten att veta vad som hänt, för orientering i tid, minnesträning och informationsöverföring mellan behandlingsteamet och närstående. Dagboken börjar användas på intensivvården och följer patienten genom vårdkedjan.

Påkalla uppmärksamhet

Patient med störd vakenhet och medvetenhet har inte förmåga att påkalla hjälp. Personal i rummet bör vara uppmärksam på kommunikativa signaler.

3. Vakenhetshöjande sinnesstimulering

Det sensoriska nervsystemets uppgift är att förmedla information om den yttre och inre miljön till det centrala nervsystemet. Rehabilitering av svårt hjärnskadade patienter bör innehålla stimuli som aktiverar hela det sensoriska nervsystemet. Patienten har nedsatt förmåga att söka och ta emot information genom alla sina

sinnen och blir lätt trött vilket innebär att sinnestimulering bör vara målinriktad och även innefatta vila.

Närståendes information om vanor och intressen är viktigt för att om möjligt hitta motiverande sätt att stimulera till ökad vakenhet och aktivitet. Sinnesstimulering bör ske medvetet och strukturerat med träning under korta pass och vila mellan olika aktiviteter. Begränsa mängden stimuli men det är gynnsamt med multimodal stimulering till exempel taktil och auditiv stimulering samtidigt. Tidpunkt på dygnet och tillvägagångssätt är av betydelse när vi önskar öka vakenhetsgraden på en patient med störd medvetandegrad. Berätta för patienten vem du är, vad som ska hända och vad du gör vid alla möten, omvårdnads- och behandlingssituationer. Stimulera, iaktta och bekräfta vad du ser. Uppmuntra patienten och utvärdera.

Hörsel

Hörseln är ett viktigt informationssinne och ersätter synen vid synnedläggning eller om något hinder finns. Hörseln är ofta det sinne som först återkommer vid medvetandestörning. Vid stimulering: Eliminera störande ljud och placera ljudkällan nära personen. Stimulera med olika ljud under kortare stunder, t ex med favoritmusik, bjällra eller telefonsignal. Förlängda eller upprepande ljud gör dem lättare att lokalisera och vibrationer förstärker ljudet. Undvik skarpa ljud. Andra sätt att stimulera med ljud kan vara att läsa dagstidning, gärna från patientens hemort, böcker, fakta tidningar och dylikt, lyssna på inspelning av anhörigas röster, vardagliga ljud från olika miljöer som ljud i köket och naturliga ljud från utemiljö som trafik. Välkända röster får lättare fram reaktioner hos patienten.

Sinnen stimuleras genom bild och musik. Ljud från instrument och vibration exempelvis från en trumma kan utlösa motorisk respons. Favoritmusik kan likaså höja arousal och motivera till aktivitet.

Observera tecken på öronrelaterade problem med hörseln. Beteenden som kan vara tecken på detta är att patienten trycker på örat eller får sämre balans.

Syn

Synen står för 85-90% av sinnesintrycken som når hjärnan. De intryck vi får från synen har ofta en överordnad och integrerande funktion över övriga sinneskanaler. Synen är viktig för kommunikation, verklighetsuppfattning, motivation samt viljan att förflytta sig. Hjärnskada leder ofta till synnedläggning och synfältsbortfall. Rörelsehinder kan både påverka ögonrörelser och möjligheten att styra huvudet mot objektet.

Hindra inte synfältet med hjälpmedel. Kompensera föremåls placering vid brist på ögonrörelser.

Se över kontrast, anpassa ljusförhållanden och tänk på eventuell nattblindhet eller ljuskänslighet.

Stimulera genom att t ex titta på sig själv i spegel, titta på olika föremål, olika former, vardagliga saker och redskap som är kända för patienten. Använd färgstarka saker, bilder i böcker och i fotoalbum. Visa saker från olika håll, se om personen följer med blicken, tänk på att avståndet är rätt. Ögats förmåga till accomodation försämras med ålder.

I bild kan tankar och känslor kommuniceras ickeverbalt.

Undvik bländande belysning. Punktbelysning kan hjälpa personen att fokusera.

Lukt och smak

Smak och lukt är nära förknippade med varandra. Upplevd smak är både smak och lukt. Lukter kan påverka personer starkt individuellt.

Stimulera lukt genom att låta patienten lukta på för patienten kända dofter som parfym eller rakvatten, vardagliga lukter som kaffe, kryddor, matdofter från köket eller lukter från naturen. Det kan också vara lukter som patienten känner igen från yrkesliv eller fritid som motorolja, massageolja mm.

Stimulera smak genom att placera små mängder på tesked av kallt, sött, surt såvida inga sväljningssvårigheter föreligger.

Känsl

Känsl innefattar känsl för beröring, temperatur, vibration och smärta, känsl för ledposition och muskelspänning, kroppsuppfattning och orientering av kroppsdelar. Utnyttja de dagliga omvårdnads-, förflyttnings- och behandlingstillfällena för att stimulera känsl. Berätta vad du gör och hur de olika kroppsdelarna orienterar sig. Känslstimulering skall ske i lugn takt för att patienten ska hinna uppfatta vad som händer och successivt anpassa tonus i muskulatur.

Använd Affolter-konceptet. Det är ett rehabiliteringskoncept som enligt kliniska erfarenheter har visat användbart och verkningsfullt för personer med nedsatt vakenhet och perceptuella svårigheter. Behandlingen avser att genom taktil-kinestetisk stimulering öka vakenhet och uppmärksamhet, minska muskeltonus och öka aktivitet i vardagliga aktiviteter. Guidning sker via taktil stimulering med så kallad omvårdnads- eller elementärguidning.

Stimuleringen av känsl kan utföras på olika sätt:

- Stimulera huden med olika material och med värme/kyla. Låt patienten känna på olika föremål och redskap som patienten är van att hantera.
- Stimulera i utemiljö med t ex upplevelse av vind och sol mot huden.
- Stimulera med strykningar och massage, t ex taktil massage.
- Stimulera huden vid behandling med kontrakturprofylax.

Stimulera genom att placera patienten i olika positioner som liggande, sittande och stående ställning. Placera positionsstöd och positionskuddar för att förstärka perception av positionen. Tyngdtäcke kan användas.

Efter en längre tid i en position adapterar patienten den taktila informationen vilket kan upplevas obehagligt och till följd ge ökad muskeltonus eller motorisk oro hos patienten. Ändra positioner efter strukturerat dygnsschema.

4. Minska smärta

Eventuell smärta bedöms indirekt genom reflexer, grimaser, tonus, autonoma reaktioner med mera. Behandla orsaken till smärta. Exempel på åtgärder kan vara positionering, mobilisering, kontrakturprofylax, minska ödem, ortos mm.

5. Andning och cirkulation

Nedsatt andningsfunktion på grund av skador i hjärnan medför att förmågan att djupandas, syresätta blodet samt framförallt att vädra ut koldioxid minskar. Komplikationer och problem från luftvägarna hos patienter med svår hjärnskada är inte ovanligt. De vanligaste komplikationerna är pneumoni, atelektaser, sekretstagnation samt koldioxidretention. Slem och atelektaser påverkar saturationen negativt. Dessa komplikationer kan t ex orsakas av nedsatt hostkraft, påverkan på andningscentrum, inaktivitet, svalgparet eller sväljsvårigheter.

Initialt i sjukdomsförloppet är dessa patienter många gånger beroende av respiratorbehandling för att understödja andningen. För att behålla fria andningsvägar kan man behöva trakeostomera.

Person med nedsatt rörelseförmåga behöver mobiliseras för att upprätthålla cirkulation. Med mobilisering menas all aktivitet som förändrar patientens läge från ryggliggande. Tidig mobilisering förkortar sjukhustider och minskar dödlighet. Mobilisering initieras så tidigt som möjligt för att öka vakenhet, förbättra lung- och tarmfunktion, minska risken för trombos och lunginflammation, stimulera motorik samt motverka kontrakturer.

Mobilisering bör struktureras enligt schema under dagen.

Andningsgymnastik

Andningsfunktionen kan bedömas med pulsoxymeter, artärblodgas, PEF-mätning, auskultation med stetoskop, andningsmönster, andningsfrekvens och hostkraft.

Andningsträning bör påbörjas så snart patienten klarar att andas av egen kraft. PEP andning med mask eller på trach ökar tillfälligt FRC och gör att större delen av lungan ventileras.

PEP-andning kan också mobilisera upp sputa från de lägre delarna av lungan.

Man kan även koppla motstånd på inandningen för att stimulera till djupare andetag. Vissa patienter med svår hjärnskada kan tidvis behöva hjälp av ventilator för att bibehålla saturationen på lämplig nivå. Många patienter har nedsatt hostkraft vilket medför att de inte kan få upp sekret. Man kan då behöva suga upp slem eller använda hostapparat - Cough assist.

Ett alternativ till ”Cough assist” är ”Suction free” som är ett mer skonsamt sätt till slemmobilisering över tid. Kopplas till 15 liter luft och används på mask. Ger ett extra flöde ut som över tid mobiliserar slem. 15 minuter, 3 ggr/dag.

Thoraxkompressioner och abdominal thrust kan hjälpa till att få upp sputa. Mobilisering och lägesändringar är viktigt för att undvika komplikation från andningsvägarna. Aktiva och passiva armrörelser bidrar till en förbättrad ventilation. FRC höjs då man sitter och ännu mera i stående ställning.

Vid svalgpares och sväljsvårigheter är det viktigt att patienten sitter upp i matsituationen. De som sondmatas via näsan brukar man rekommendera höjd huvudända 30 grader.

Risken för aspiration blir mindre om patienten har PEG.

God munvård, god hygien i samband med sugning och att man håller munhålan fuktig är viktigt för att förhindra komplikationer.

Se även relaterad information – Omvårdnad svår hjärnskada med långvarig medvetandestörning.

Mobilisering

Mobilisering kan vara sittande på sängkant med stöd, sittande i säng, sittande i mobiliseringsrullstol eller komfortrullstol, stående på tippbräda eller annat stående med stöd.

En upprätt position stimulerar huvud och bålkontroll. Det är viktigt att optimera positionering av huvud, bål, armar och ben genom god positionering i säng och rullstol. Använd positioneringsstöd och positioneringskuddar för att ge taktill stimulering och skapa trygghet av stöd vid kroppens gränser. Använd guidning med Affolterteknik och förflyttningshjälpmedel så att patienten sinnen stimuleras vid förflyttningar.

Lättutlösta autonoma påslag är vanligt i tidigt skede och växlar över dygnet men även beroende på aktivitet. Var uppmärksam på hur patienten reagerar avseende puls, saturation, blodtryck och framför allt allmäntillstånd. Att sitta bakåtlutad i en komfortrullstol har en lugnande inverkan eventuellt till följd av förbättrad lungfunktion, att spasticitet bryts och stolen inger trygghet.

Uppesittande i stol medger även förflyttning till träningslokal, utomhusmiljö eller annan berikande miljö. Till mobilisering räknas också medverkan i personlig vård och andra vardagliga situationer.

6. Behålla och förbättra ledrörlighet

För att undvika kontrakturer bör rörligheten i samtliga leder tas ut aktivt eller passivt minst två gånger per dag med kontrakturprofylax. Ledrörligheten kan även underhållas med stretching och töjning genom positionering i olika positioner t ex stående. Vid smärta kan det vara lättare att ta ut rörligheten i varm bassäng. Tänk

på att olika positioner kan påverka spasticitet och därmed underlätta eller försvåra kontrakturprofylax, se under spasticitet.

Prova ut hjälpmedel, ortoser.

Olika former av ortoser kan användas för att få en långvarig positionering/töjning.

7. Motorik

- Motorik stimuleras och initieras genom manuell guidning där patienten får hjälp att utföra kända rörelser som att cykla på ben- eller armcykel, motordriven cykel, kasta boll eller hålla en mugg.
- Varierande underlag som en mjuk säng, en hårdare bred brits, mattor på golvet eller varm bassäng ger olika respons.
- Utnyttja de dagliga omvårdnads-, förflyttnings- och behandlingstillfällena för att stimulera motorik.
- Använd guidning med Affolter-konceptet, se under känsel.
- Stimulera viljemässiga rörelser.
- Vid passivt rörelseuttag där stramhet/ obehag utlöses i ytterlägen kan en viljemässig motrörelse triggas. Om rörelsen bekräftas och medvetandegörs kan upprepade rörelser leda till spontan aktivitet.
- Lägesändring som långsam rullning från sida till sida i liggande ger taktill kinestetisk stimulering. Om patienten inte kan kommunicera krävs stor uppmärksamhet på reaktioner som mothåll, spänning, uppvisat obehag eller positiva signaler som avslappning.
- För stimulering av funktioner som att greppa, släppa, känna och trycka bort används bollar och andra vardagliga och för patienten kända föremål. Använd till exempel kam, tandborste, frukt eller annat som doftar eller gör ljud. Man uppnår då multimodal stimulering som att känna en frukt samt känna doften när man skalar. Använd guidning enligt Affolterkonceptet.

Tonus

Cirka 75 % av patienter med störd medvetandegrad får tonusrubbningar i form av spasticitet, rigiditet eller dystoni. Symtomen är ofta svårbedömda, tonus kan växla och stereotypa böj- eller sträckrörelser i synergier förekommer.

Ofta är tonusökningen generaliserad och involverar många leder. Det kan te sig mer som en koordinationsstörning, dystoni, och det finns ofta även inslag av motorik då patienten frivilligt eller ofrivilligt pressar, drar, trycker, spänner. Det är viktigt att initiera åtgärder som hämma tonus tidigt i syfte att förebygga kontrakturer.

Tonus i kroppen påverkas av vilken position vi befinner oss i. Genom att placera patienten i en gynnsam position kan man minska en alltför hög tonus.

Ökad extensionstonus: Vid ryggliggande samt vid nackextension stimuleras extensionstonus. För att minska tonus kan patienten placeras i magliggande eller i hjärtsängsläge med flekterade höfter och knän. Vid sittande eller liggande kan

huvudet placeras i neutral position och lätt flekterat. Vid ökad extensionstonus i sittande kan patienten placeras med god höftflexion och rullstolen tildad bakåt med bibehållen höftflexion till en vilsam position.

Ökad flexionstonus: Vid magliggande samt nackflexion stimuleras flexionstonus. För att minska tonus kan patienten placeras i ryggliggande utan att höja huvudändan. Vid behov kan hela sängen tiltas.

Tonus kan minska av mobilisering och genom att låta patienten byta kroppsposition. Exempel på positioner som kan vara tonusdämpande är magliggande, sittande i rullstol, sittande på britskant eller på plint med ett ben på varje sida. Eftersträva 90° flexion i höft, knä och fot. Vid sittande gränslägen på plint finns en person bakom patienten som stöd och ger taktilt input samt en person framför för att ge sinnesstimulering mm. Upprepade stora rörelser som cykling med motordriven cykel eller manuellt rörelseuttag kan också minska tonus. Sittande i komfortullstol.

Spasticitet

God positionering och mobilisering kan dämpa spasticitet liksom långvarig töjning manuellt eller positionering i töjande positioner. Töjning kan också genomföras genom töjande ortoser eller stående på tippbräda/ståfällö. Kontrakturprofylax och rörelseträning med upprepade rörelser kan dämpa spasticitet. Detta kan även genomföras med motordriven cykling. Dagligt rörelseuttag i alla leder är viktigt för att förebygga kontrakturer. Vid töjning med ortoser används t ex ultraflexortoser vilka är följsamma i patientens rörelser och töjer när spänningen minskar. Dessa kan höjas i töjeffekt successivt och bör vara på minst 7 timmar/dygn med successiv stegring av tid. Dessa kan även användas för fotleder vid ståträning på tippbräda.

Se även relaterat innehåll: Kontrakturprofylax film och bilder

Andra behandlingsmetoder som kan användas för att minska spasticitet är splint, TENS/NMES, kyla och seriegipsning.

Se även:

Folkhälsa och sjukvård i Jönköpings län, vårdstöd, rehabilitering, program och riktlinjer, spasticitet.

Vid spasticiteten bör eventuella utlösande stimuli utredas. Utlösande stimuli kan vara allt som upplevs smärtsamt för patienten, exempelvis urinvägsinfektion, förstoppning, sår, fraktur, ektopisk bennybildning, nageltrång, hemorroider, djup ventrombos och kontrakturer.

När spasticiteten utgör en begränsning eller om kontrakturutveckling ses kompletteras den fysikaliska behandlingen med peroral farmaka, främst Baklofen. Vid kraftig spasticitet där den perorala medicineringsen inte är tillräcklig kan administrering av samma läkemedel ske via en intrathecal pump, Baklofenpump.

Detta bör övervägas så tidigt som möjligt för att undvika sekundära komplikationer.

Vid mer lokaliserad spasticitet kan botulinumtoxin injiceras lokalt i aktuell muskel. Behandlingseffekten är reversibel och behandlingen kan upprepas efter tre månader. I samband med injektion är det viktigt att det följs av åtgärder såsom tøjning, träning, goda vilopositioner och eventuella hjälpmedel (exempelvis ortoser, splint).

Stimulera posturala balansreaktioner och symmetri

Hjälp patienten att känna var kroppen börjar och slutar genom att använda kuddar, stöd och andra referenser. Markera kroppen genom manuellt/ taktilt tryck och beröring.

Sittande träning sker företrädesvis på britskant med trygga referenser som psoas-kuddar på sidorna och med tydligt understöd under rumpa och fötter. Genom att successivt flytta referenser och stöd testas bålbalans och balansreflexer. Provocera ytterligare genom att luta patientens bål åt sidorna, framåt och bakåt. I sittande position kan bäckenets rörlighet bedömas och mobiliseras och samtidigt stimuleras upprättning i rygg och nacke. Använd till exempel arbetsstol med rygg- och armstöd. Att sitta gränsle på en bänk möjliggör positionering av bäckenet i mer framåttippat läge för att uppnå ett rakare sittande. En person finns då bakom patienten som stöd och ger taktilt input samt en person framför för att ge sinnesstimulering mm.

Sitta skraddare på golv eller brits kan normalisera tonus i hållningsrelaterad muskulatur.

Stimulera röst och sväljfunktioner

Utifrån logopedens bedömning och rekommendation stimuleras ansiktsmimik och oralmotorik. Som eventuellt led i sväljträning erbjuds vatten på tesked/mugg flera gånger dagligen liksom smakstimulering. Strukturerad oralmotorisk stimulering kan förbättra ansiktsmimik, sväljförmåga, kommunikationsförmåga och förutsättningar för munvård.

Orofacial stimulering

Utifrån logopedens bedömning och rekommendation stimuleras ansiktsmimik och oralmotorik.

8. Kommunikation

Hitta bästa möjliga alternativ för patienten att kunna ge en bekräftande signal. Använd träning av orsak-verkan och 2-valssituationer.

Orientera patienten genom att tala om namn, datum och vad som hänt upprepade gånger.

9. Kroppsplacering

Vid nedsatt medvetande och vakenhet behöver patientens kroppsdelar placeras i gynnsamma positioner. Positionerna varieras och schemaläggs under dygnet för

att vara gynnsamma för vakenhet, ledrörlighet, spasticitet, känsel, hud (trycksår), andning, cirkulation och smärta. Positioner kan vara liggande på rygg, höger och vänster sida, mage, sittande på sängkant, brits/bänk eller rullstol samt stående med stöd. Använd kuddar, dynor, fast och manuellt stöd för att ge sinnesstimulans och känsla av trygghet. Stabila gränser mellan kropp och omgivning ger känsla av trygghet. Man kan även använda positioneringskuddar, bolltäckor och stöd under madrassen för att ge känsla av gräns kring kroppen.

Se även Arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska riktlinjer för positionering i viloställning. Folkhälsa och sjukvård, vårdstöd, rehabilitering, fysioterapi.

10. Närhet och sexualitet

Beröring och närhet är ett basalt behov för alla människor. Vid svåra hjärnskador omgärdas patienten ständigt av personal. Närstående kan känna sig utanför, främmande eller osäkra inför patienten. Att få information om lämpliga uppgifter att utföra så som rörelseuttag, handmassage kan öka närståendes delaktighet och öka möjligheten att närma sig patienten. Att erbjuda möjlighet till avskildhet för patient och närstående är en del i detta.

Lust och sexualitet är ofta inte det primära i den här fasen men det är viktigt att se till varje enskild individ.

11. Hembesök

Hembesök bör genomföras i tidigt skede. Besöket genomförs med fördel i samarbete med arbetsterapeut från kommunen och närstående.

Bostadsanpassning kan vara nödvändigt för att möjliggöra hembesök och permissioner för patienten. Hembesöket ger underlag för planering av kommande boendeform. Om bostadsanpassning är aktuellt ansvarar kommunarbetsterapeut för detta i samråd med kommunens handläggare. Hembesök kan senare ske för att träna i hemmiljö med närstående och assistenter.

12. Hjälpmedel för till exempel transport, förflyttning och kommunikation

När det gäller alla former hjälpmedel ska samarbete ske mellan slutenvård, kommun och hjälpmedelscentral.

13. Informera, undervisa och ge råd till närstående och personal i efterföljande vårdkedja

Vid en hjärnskada med medvetandestörning kan hela livssituationen påverkas, både för patienten och för dennes familj. För att hantera detta är förståelse för vad som hänt och vad som kommer att hända framöver viktigt. Närstående är en betydelsefull resurs i rehabiliteringen och bör få löpande information om bedömning och planering från alla yrkesprofessioner som är inblandade i rehabiliteringen.

Det är viktigt att kartlägga vem som kan föra patientens talan. Vid behov informerar kuratorn om möjlighet att ansöka om god man. Kuratorn kan vid behov bistå med social utredning vid anmälan om behov av god man/förvaltare

och bistå vid olika myndighetskontakter. Kuratorn lämnar också information om eventuell anmälan till Socialstyrelsen eller patientskadeförsäkringen och kan bistå vid anmälan.

Läkarkontakt

Patientens närstående erbjuds tidigt i vårdförloppet ett läkarsamtal. Vid samtalet erbjuds en genomgång av aktuell skada med möjlighet att se röntgenbilder. Information om bedömning och preliminär prognos för återhämtning ges. Fortsatt planering diskuteras samt andra för patient och närstående viktiga frågor. Ny samtalstid erbjuds vid behov.

Psykosocialt stöd

Kurator ansvarar för det sociala utrednings- och behandlingsarbetet och för att sociala aspekter beaktas i vårdarbetet. Kurator och/eller neuropsykolog träffar alla patienter eller någon anhörig för bedömning av behov av psykosocialt stöd. Psykosocialt stöd innebär bland annat samtalsstöd till patient/anhörig för att hantera den förändrade livssituationen men också för att ge en realistisk bild av vilka resurser samhället kan erbjuda i rehabiliteringen och praktiskt bistå i att tillgodogöra sig dessa. Vid behov gör neuropsykologen en bedömning av psykiskt mående, med tanke på eventuell behandling av ångest/nedstämdhet. För patienter med kommunikationsproblem på grund av språkstörning görs bedömningen när patienten etablerat säker ja/nej kommunikation. Möjlighet till samtal med närstående kan erbjudas vid specifika behov.

Utskrivning

Se relaterat innehåll:

- Fortsatt rehabilitering efter utskrivning - svår hjärnskada med långvarig medvetandestörning.