

Problemanalyse

Apopleksi

Et apopleksi tilfælde kan være forårsaget af enten en blodprop i hjernen (iskæmisk) eller hjerneblødning (hæmoragisk). Apopleksi er af World Health Organization (WHO) defineret som pludseligt opstået fokale neurologiske symptomer pga. forstyrrelser i hjernens blodcirkulation, der varer mere end 24 timer eller fører til døden[1]. Hvis varigheden er under 24 timer, betegnes det som transitorisk cerebral iskæmi (TCI), hvor de fleste tilfælde varer under 1 time[2] uden permanent hjerneskade [3].

(Billeder)

Iskæmisk apopleksi forekommer hyppigst[2] og opstår, når en hjernearterie blokeres af en blodprop (infarkt), der stopper tilførslen af blod til et bestemt område i hjernen, hvilket ses på figur xx. Infarkterne dannes primært pga. åreforkalkning enten ved en trombe, der dannes på stedet, eller emboli fra hjertet. Nervecellerne skades efter få minutter pga. stoppet blodtilførsel og vil gå tabt [5].

Hæmoragisk apopleksi skyldes hovedsageligt forhøjet blodtryk eller i sjældnere tilfælde bristede svagheder på arterier (aneurismer) eller misdannede kar[5]. Hæmoragisk apopleksi opstår, når en hjernearterie brister og lækage af blod danner en blodansamling (hæmatom), der beskadiger det omkringliggende væv og forøger trykket i hjernen, hvilket ses på figur xx. Blødning i selve hjernen (intracerebral hæmoragi) kommer af forhøjet blodtryk, der danner et pres på de små arterier, som får dem til at bryde[4] og forekommer i 10-12% af tilfældene[2]. Blødning i rummet mellem de to hjernehaler (subaraknoidalrummet) skyldes bristning af et aneurisme på en pulsåre i hjernen [5] og forekommer 3-5% af tilfældene[2]. Symptomerne ved subaraknoidalblødning er generel tab af hjernefunktion, da der forekommer et øget pres på hjerneskallen, hvorimod ved intracerebral hæmoragi er hæmatomet lokaliseret et bestemt sted i hjernen og forårsager nedsat funktion ved én bestemt hjernefunktion[4].

Diagnosticering

Når en patient med akut apopleksi indlægges, er grundig undersøgelse nødvendig for at identificere, hvilken form for apopleksi der er tale om. Dette trin er afgørende for det efterfølgende forløb, da behandling samt rehabilitering skal planlægges herefter.[1]

Anamnese

For at blive bekendt med patientens egen subjektive vurdering af det hidtidige sygdomsforløb, optager lægen en anamnese. Her skal sygdomsforløbet beskrives detal-

jeret, og der skal desuden spørges ind til faktorer, som kan have været medvirkende til udviklingen af apopleksi såsom livsstil og sygdomme, herunder f.eks. diabetes og hjerteproblemer.[1]

Klinisk undersøgelse

Den kliniske undersøgelse udføres for at vurdere hvor alvorligt et sygdomstilfælde, der er tale om. Undersøgelsen udføres ud fra en standardiseret skala, da dette gør det muligt for andre læger at undersøge patienten på samme måde senere i forløbet. Resultatet af undersøgelsen er en samlet score udregnet fra resultatet af de enkelte undersøgelser. Det er således hurtigt at vurdere om der er fremskridt hver gang undersøgelsen foretages.[1] Der findes flere forskellige skalaer, som lægen kan anvende til at foretage den kliniske undersøgelse, herunder Scandinavian Stroke Scale, European Stroke Scale og Hemispheric Stroke Scale. Fælles for skalaerne er, at de alle undersøger både bevidsthedsniveau samt motoriske og kognitive egenskaber hos patienten[2, 3, 4, 5].

Videre undersøgelser

Ved den videre undersøgelse vil der udføres en scanning for at undersøge, om patienten er ramt af en hjerneblødning ¹ eller en blodprop. Scanningen laves desuden for at lokalisere det ramte område. Scanningen der udføres er enten af typen MR eller CT afhængigt af, hvad der er mest hensigtsmæssigt i den givne situation. Dette vurderes ud fra forskellige kriterier, herunder lægens mistanke om, hvilket område af hjernen, der er ramt, samt hvor længe symptomerne på apopleksi har optrådt. I visse tilfælde kan lægen vælge at anvende begge scanningstyper. Derudover skal patientens blodtryk måles jævnligt i den akutte fase for at sikre, at det falder gradvist til et normalt niveau i løbet af nogle timer til et døgn. Hvis blodtrykket pludselig falder meget, kan dette være et udtryk for en blodprop i hjertet. Det er derfor afgørende at følge udviklingen med jævnlige blodtryksmålinger.[1]

Under forløbet bør andre faktorer også kontrolleres, herunder lungefunktion, blodsukker og kropstemperatur. Disse faktorer kan enten give information om apopleksien, eller de kan være væsentlige for patientens fremtidsprognoser og følger efter sygdomsforløbet. [1]

Følger af apopleksi

Apopleksi kan forekomme pludseligt og uden mulighed for, at den ramte kan forberede sig på følgerne og deres eventuelle reduceret fysiske evner og formåen. Dette kan være tilfældet ved andre kroniske sygdomme, hvor progressionen ofte sker gradvist. Derfor kan der være flere og/eller alvorlige følger af en hjerneblødning eller blodprop. Muus2008

Der findes forskellige måder, hvorpå patienten bliver hæmmet, hvilket både kan være sproglige følger, som afasi, og ikke-sproglige følger. Af de ikke-sproglige følger kan der forekomme; nedsat opmærksomhed eller lammelse i dele af kroppen,

¹FiXme Note: ret evt til latinske betegnelser - det må vi lige blive enige om

neglekt, manglende funktion i arme og hånd og apraksi. Desuden kan patienten opleve mangel på sygdomserkendelse og manglende initiativ. Der kan forekomme en kombination af flere af følgerne på samme tid. ChristensenZielke2008Sundhed.dk

Hvilke problemer patienten oplever, som følge af apopleksi, afhænger af, hvor apopleksien forekommer i hjernen, da der er flere forskellige blodårer, der leverer blod til hjernen. Det har derfor stor betydning, hvilken blodåre apopleksien rammes i, for hvilke områder, og dermed hvilke funktioner, der bliver hæmmet eller skadet. Derfor er omfanget af hæmmelsen eller skaden afhængig af f.eks. tiden, der går uden ilt, størrelsen af blødningen, trykket i blodåren og hvor apopleksien rammer. Michael-Titus2010

De sproglige konsekvenser, som følge af apopleksi, kaldes afasi. Afasi opleves efter en måned hos 20% af de ramte og forekommer oftest ved skade i venstre temporal- og frontallap. De sproglige følger af apopleksi kan skade funktionen til at skrive og tale, men også evnen til at forstå og læse andres tale og skrift. I hvilken grad de sproglige funktioner er berørt kan varierer mellem de apopleksi ramte, da nogle oplever formuleringsproblemer, mens andre oplever global afasi. Dette gør, at de ramte i nogle tilfælde er helt ude af stand til at kommunikerer verbalt eller kun kan fremsige enkle ord med en vis usikkerhed omkring ordenes betydning. De sproglige konsekvenser kan midlertidig bedres med tiden, og flere patienter opnår et kommunikationsniveau, som gør det muligt at begå i hverdagen. Muus2008

En anden konsekvens af apopleksi er neglekt. Neglekt er en følge, hvor den ramte ikke er opmærksom på egen krop, dvs. den ramte opfatter ikke den ene side af kroppen. Neglekt kan forekomme på to måder; en visuel neglekt og en kropslig neglekt, som ofte forekommer samtidig. Ved visuelle neglekt mangler patienten sanseindtryk fra den påvirket side af f.eks. er patienter ikke opmærksom på den ene side af teksten, når de skal læse, på trods af at selve synet er normalt. Derudover kan patienten opleve, at man kun spiser fra den ene del af tallerkenen. Ved den kropslige neglekt har patienten manglende kropsbevidsthed. Patienter med kropslig neglekt har ofte normal følelse i den syge side af kroppen - indtrykkene bemærkes men registreres ikke i hjernen. Patienten glemmer at klæde den syge side af kroppen ordentligt på eller barberer kun halvdelen af ansigtet. En alvorlig følge af dette er, at patienten kan udføre ubevidst skade på sig selv, f.eks. ved at støde ind i ting med den syge side eller ikke være opmærksom på, at benene ikke kan bære. Derved kan der på længere sigt forekomme ergonomiske skader andre steder i kroppen. Sundhed.dk

Endvidere kan apopleksi skade sensoriske såvel som motoriske funktioner. Dette opleves som manglende funktionerne i arm, hænder, ben og fødder. De motoriske og sensoriske konsekvenser er de hyppigst forekommende følger hos apopleksi ramte og kan medføre, at patienten har problemer med at udføre orienterede handlinger. Dvs. at patienten kan have problemer med forholdet mellem egen krop og ting omkring sig, med kropdelenes indbyrdes forhold og de kan have problemer med højre og venstre. Desuden oplever nogle patienter at have problemer med at afstandsbedømme. De motoriske følger kan medføre upræcise bevægelser, general stivhed i bevægelserne, problemer ved opstart af bevægelser, langsommere bevægelser, færre spontane bevægelser samt rystelser. Patienten kan derved risikere at være ude af stand til eller har store problemer med at gå uden hjælp. Sundhed.dk DSfA2009

Balance og Pusher syndrom

Som følge af apopleksi oplever patienter problemer med balancen. Balancen er vigtig for mennesker, da den opretholder kropstillingen ved hjælp af ukontrollerede bevægelser, hvilket også er med til at bevægelse er muligt uden fald. For at opretholde balancen bliver kropsvægten så vidt mulig fordelt omkring kroppens akse og de vægtbærende ledder, såsom fødder i oprejst position og gluteal musklerne i siddende position. Nichols 1997 For apopleksi ramte patienter opleves der ofte problemer med balancen i den transversale retning i det frontale plan, hvor patienterne hænger mod deres syge og svage siden uden de er opmærksomme på det. Dette kaldes for "Pusher Syndrom". Da patienter med Pusher Syndrom ikke registrerer, at deres krop hænger, kan dette være med til at besværliggøre funktioner i dagligdagen og giver øget risiko for faldeulykker. Derudover har patienten ofte problemer med at læne sig fremad, samt risiko for faldeulykker i både stående, gående og siddende stilling. Karnath 2003

Samfundsmæssige omkostninger

I Danmark opstår 12.000 tilfælde af apopleksi årligt. Apopleksi er den sygdom, hvor der kræves flest plejedøgn i sundhedssektoren [1]. Omkostningerne for patienter med følger af slagtilfælde er både direkte og indirekte omkostninger. De direkte omkostninger er udgifter til medicinering, sundhedsomkostninger ved behandling i hospitalsvæsenet, praktiserende læge og speciallæge, hospitalsindlæggelse og rehabilitering både fra et samfundsmæssigt, regionalt og kommunalt perspektiv [2]. De indirekte omkostninger består af udgifter for tabt arbejdsfortjeneste, tabt produktivitet og ekspertise for samfundet som følge af fravær, tidsforbrug, fremtidige relaterende omkostninger og sundhedsomkostninger til personer med hjerneskade ved forlænget levetid [2].

Hvis der ses på omkostninger for de samlede hjerneskadede, vil omkostningerne for en patient efter hjerneskaden indtræden på en 5 årig periode fra 2005-2009 ligge på sundhedsomkostninger for gennemsnitlig 27.200 kroner i aldersgruppen 18+. Det er vanskeligt at vurdere, hvilken betydning denne omkostning vil have, da omkostningerne er beregnet som en sum af Diagnose Relaterede Grupper (DRG)-omkostninger, hvilket vil sige at omkostningerne er opgjort efter forskellige takstsystemer [2]. Ligeledes er der ikke en konkret overgangen fra indlæggelse til at rehabiliteringsforløbet igangsættes, da rehabiliteringen sker ved indlæggelse og derved har en glidende overgang. Denne samlede overgang omtales hjerneskaderehabilitering. Det antages at de kommunale omkostninger ligger gennemsnitlig på 60.000 kr. pr. forløb regnet i 2008-prisniveau [2]. Derudover er der de første to år af behandlingsomkostninger i forhold til hjernebehandlings- og rehabiliteringsforløbet en omkostning på 110.000 kr. [2].

Alt efter sværhedsgraden af hjerneskaden vil der kunne forekomme et produktivitetstab, hvilket vil sige at patienterne som rammes af et slagtilfælde i nogle tilfælde ville være nødsaget til at modtage indkomsterstøttende ydelser, såsom arbejdsløshedspenge, sygedagpenge, førtidspension, efterløn osv. pga. den tabte arbejdsfunktion. Der vil dog være en del af patienterne som i forvejen er på indkomsterstøttende ydelser i form af pension, hvilket afspejles i at alders gennemsnittet

for patienter med hjerneskade er 62,4 år[2]. Produktivitetstab vil for en hjerneskadet patient i det samlede koste samfundet 50.000 kr. årligt, for de første seks år regnet i 2008-prisniveau[2].

Omkostningerne for både den primære sektor dvs. kommunen og sygehusomkostningerne forskellige. Rehabiliteringen vil for den primære sektor i gennemsnit ligge på 600 kr i perioden 2008-2009 og inden for sygehusomkostninger på 3.200 kr i samme periode, begge for patienter med hjerneskade beregnet i 2008-prisniveau [2].

Patienter som får en hjerneskade er omkostningsfuld for samfundet, da der som tidligere nævnt bl.a. kræves en del plejedøgn, da patienterne vil have alvorlige følger som vil kunne forårsage nedsat livsfunktioner. Dette vil foruden behandling kræve rehabilitering og kunne medføre produktivitetstab, hvilket yderligere kan være en omkostning, hvis patienterne har følger af hjerneskaden på længere sigt.

Organisatorisk

I sundhedssektoren arbejder de forskellige dele af organisationen på tværs af hinanden, hvilket vil sige, at der skal være et samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger. Dette samarbejde skal ske både internt på sygehusene, afdelingerne i mellem og kommunalt, mellem forvaltningerne [2]. Dette sammenspil mellem de ovennævnte aktører er vigtigt, da hjerneskadede kræver involvering af flere sundhedsprofessionelle grupper, da der er omfattende og alvorlige konsekvenser ved tilfælde af apopleksi for både patienter, så vel som for pårørende.

De ovennævnte aktører er de organisatoriske enheder der har den centrale rolle i forløbet. Det er ikke muligt at fastlægge en reel/endelig/egentlig(ORD?) organisering af hjerneskaderehabiliteringen i Danmark, da sammenspillet mellem de forskellige aktører er meget flydende og forskellige alt efter hvor i landet man befinder sig og hvor omfattende hjerneskaden er. Denne forskel opleves regionalt, hvor behandlings- og rehabilitering nogle steder i landet foregår på få af sygehusets afdelinger, mens patienter andre steder behandles på et rehabiliteringssygehus efter den akutte behandling er foretaget[2].

Patienterne sendes som regel til den første del af behandlingen hos neurologiske, geriatriske, neurokirurgiske og medicinske afdelinger på sygehuset[2]. Som tidligere nævnt inddeles patienterne efter sværhedsgrad af hjerneskaden, hvor de sværest ramte, som er patienter med traumatisk hjerneskade og tilgrænsede lidelser, henvendes til Hammel og Hvidovre. Rehabiliteringen kan også ske på rehabiliteringsafsnit på sygehusene i dele af landet[2].

Det primære ansvar ligger hos kommunerne i form af genoptræningsplanens afdækning af rehabiliteringsbehov, dette vil sige at kommunerne holder øje med om dette foregår i praksis, herunder bl.a. patientens genoptræningsbehov. Kommunerne har derudover mulighed for at henvise patienterne til egne tilbud, eller henvise til private[2].

Patienter vil skulle gennemgå et langt og forskelligt forløb alt efter hvilken grad hjerneskaden har været, dette indebærer et samarbejde mellem de forskellige aktører, som har en flydende overgang mellem hinanden. Efter behandlingen på de forskellige afdelinger og sygehus står, som tidligere nævnt, kommunerne for den primære ansvar i forhold til rehabiliteringen og henvisninger for patienten.

Rehabilitering

Når selve slagtilfældet er stabiliseret og behandlet, er det essentielt, at rehabiliteringen af en apopleksi patient indfindes hurtigst muligt - gerne 1 til 2 dage efter slagtilfældet. Rehabiliteringen kan indebære fysisk, erhvervsmæssig eller tale terapi. Motoriske og sensoriske funktionsproblemer kan lede til balancebesvær for patienten i både siddende, stående og gående stilling. Der er afprøvet adskillige farmakologiske midler og behandlingsstadegier for at forbedre hjernens rehabilitering og motoriske funktioner. F.eks. er der afprøvet, at tildele apopleksi patienter det antidepressive middel Prozac (fluoxetin) i kombination med fysioterapi. Derudover er kortikal stimulation afprøvet, hvor området af hjernen, som kontrollerer motorstyring, modtager elektriske impulser fra en implanteret anordning. Denne mulighed har haft blandede succes oplevelser, men er udelukkende blevet afprøvet på patienter, der har oplevet et alvorligt slagtilfælde.

Genoptræningen af en apopleksi patient i Danmark dækker områderne direkte træning af funktioner, reorganisering af netværk (ufrivilligt - hjernens proces), kompenserende strategier, ændringer i miljø, social og psykologisk støtte. Genoptræningen omhandler dog ikke kun træning med en ergo- eller fysioterapeut, da plejepersonale til dagens almindelige gøremål også spiller en stor rolle. Patientens daglige rutiner kan være gået tabt under slagtilfældet, og det er derfor utrolig vigtigt at få patienten tilbage i sit vante miljø. Plejepersonale skal hjælpe patienten til at genfinde denne rytme og hjælpe patienten til eventuelt at udføre dagligdags ting på en ny måde. Det kan ske, at patienten ikke længere er i stand til at beherske begge sine hænder til en opgave, hvorved plejepersonalet skal bistå patienten i indlæringen af kun at benytte en hånd.

Apopleksi patienten skal i samarbejde med lægen, sygeplejersken og andet hjælpepersonale opstille nogle mål for sin rehabilitering. Målene skal hverken være for svære eller for lette, så patienten ikke mister sin motivation til genoptræningen.

Biofeedback

Biofeedback teknologien blev introduceret i slutningen af 1960. Denne teknologi gør det muligt for en patient at opnå bevidst kontrol over en voluntær men latent nervefunktion. Dette sker ved en auditiv eller visuel tegn på, at deres bevægelse har aktiveret en neuromuskulær genvej. Biofeedback teknologien har bl.a. haft stor succes i behandling af apopleksi patienter med fækal- og urin inkontinens. Teknologien kunne også være gavnligt for en apopleksi patient, som har udviklet pusher-syndrom, da dette skaber balanceproblemer pga. følelsesløshed i den ene side af kroppen. Patienten har altså stadig kontakt til hele sin krop, men kan ikke fornemme den ene halvdel. Hvis patienten blev underrettet om, at han/hun havde forkert kropsholdning, som ville lede til at miste balancen, kunne patienten nå at rette op på dette, inden et uheld vil indtræffe.

Hvis en patient skulle have gang af biofeedback teknologien kræver det dog, at patienten har en kognitive kapacitet til at følge instruktionerne under behandlings sessioner og fastholde læring fra session til session. Derudover kræves en neurologiske kapacitet til at genskabe frivillig kontrol.

Der findes apparater på markedet til bevægelses-, styrke- og balancetræning, som afgiver et biofeedback til patienten. Der findes f.eks. et hånd dynamometer, som kan benyttes til at måle styrkeforskellen i henholdsvis højre og venstre hånd. Dette kan være fordelagtigt at benytte for en apopleksi patient, som har udviklet pusher-syndrom, da patienten derved bliver opmærksom på styrken i sin følelsesløse side. Herudover findes et smerte algometer, som kan gemme målinger af smerte.

Omkostninger

I 2010 var der i Danmark 18.041 indlæggelsesforløb forbundet med apopleksi. 2.450 af disse var sequelae, som er følgetilstande fra en hjerneskade. De 18.041 indlæggelsesforløb er inddelt i seks kategorier; Apopleksi: Spontan blødning i hjernen, stod for 1547 af tilfældene; Apopleksi: Spontan infarkt i hjernen, stod for 6832 af tilfældene; Uspecificeret apopleksi, stod for 4049 af tilfældene; diverse, stod for 141 af tilfældene; Sequelae, stod for 2450 af tilfældene; TCI, stod for 4860 af tilfældene [1]. Sequelae tilfældene er ikke nødvendigvis et apopleksi tilfælde, men en anden sygdom der forekom på grund af apopleksi [1]. Indlæggelsesforløbene for apopleksi (eksklusiv sequelae) er faldet siden år 2000 [1], hvilket kan ses på Figur 1:

Figur 1, graf fra kilden hvor der ses at tilfældene er faldet

Fordelingen af person, der rammes af apopleksi, er også blevet undersøgt. Det ses her, at mænd står for 9.710 af apopleksi tilfælde, mens kvinderne står for 8.562 [1]. For mændene er 3.436 af tilfældene udgjort af personer under 65 år, mens 6.274 af tilfældene finder sted for personer over 65 år [1]. For kvinderne står personerne over 65 år for 6.300 af tilfældene, mens dem under 65 år står for 2.262 af tilfældene [1]. Det ses ud fra dette, at mænd og kvinder bliver ramt af apopleksi på lige fod, altså er apopleksi et lige stort problem for kvinder som det er for mænd.

Mænds antal af indlæggelsesforløb stiger voldsomt, når de kommer 55 år. Dette ses ved at mænd fra 45-54 år kun havde 948 indlæggelsesforløb, mens mænd fra 55-64 år havde 2.024 indlæggelsesforløb [1]. Resten af indlæggelsesforløbene kan ses på Figur 2 inddelt efter alder.

Figur 2, tabel med tal

Kvindes antal af indlæggelsesforløb følger mønsteret fra mænds, men det stiger ikke lige så voldsomt. Antallet af indlæggelsesforløb fra 45-54 år er på 646, mens det fra 55-64 år er på 1.209 [1]. Det kan ses at der sker en stigning når kvinder bliver over 55, men den er ikke lige så udtalt som mænds stigning. Resten af indlæggelsesforløbene efter aldersinddeling kan ses på figur 3.

Figur 3, tabel med tal

Indlæggelsesforløbene har forskellig længde. Størstedelen af indlæggelsesforløbene er under 15 dage. Det ses ved at 16.460 af indlæggelsesforløbene er under 15 dage. Herefter kommer indlæggelsesforløbene fra 15-28 dage, hvor der finder 1.191 sted af disse. Efter dette er tallet støt faldende, med kun 3 indlæggelsesforløb der er over 150 dage [1].

Livskvalitet

Dette afsnit er baseret på hjerneskader generelt. Dvs. det ikke er sikkert, at apopleksi er årsagen, men det antages, at de samme udfordringer gør sig gældende hos personer, der fik hjerneskader af apopleksi. Derudover skal det noteres, at det ikke er sikkert, at en apopleksiramt får en hjerneskade.

Det første personer, der har fået en hjerneskade, beskriver er, at hjerneskaden er et brud i deres liv, som de skal lære at forholde sig til [2]. Derudover tager det også tid for nogle ramte at indse, de er blevet ramt af en sygdom, de skal forholde sig til. Hjerneskader går ind og influerer de rantes humør, personlighed, færdigheder, aktiviteter, samt deres sociale relationer [2]. Uvisheden omkring hjerneskaden, som patienten har fået, skaber usikkerhed hos patienten, som han/hun kan risikere at leve med i lang tid [2]. En hjerneskadets identitet ændres også, da patienten ikke er i stand til at udføre de samme opgaver som tidligere. Derfor bliver en hjerneskadet nødt til at skabe en ny identitet, hvilket for mange kan være svært [2]. Kroppens funktionsændringer gør også, at den ramte kommer til at leve et mere inaktivt og hjemmeorienteret liv end før. En yngre patient er mere ramt af denne forandring i forhold til en ældre patient [2]. Apopleksi ramte kan derudover opleve en kropsspaltning, hvor kroppen bliver et fremmede objekt for den ramte. Et objekt, som kan være svært at styre og ikke gør, som patienten vil [2].

Der findes skjulte vanskeligheder for patienter med hjerneskade. Disse omfatter vanskelighed med hukommelse, læsning, regning, samt andre færdigheder, der ikke er let synlige. Disse skjulte vanskeligheder har også en indflydelse på, hvordan patienten opfatter sig selv og kan være med til at nedsætte livskvaliteten for den enkelte [2].

Alle disse kropslige og mentale ændringer gør, at det er svært for en hjerneskadet at vende tilbage til sit gamle hverdagsliv. Forandringerne gør det svært at udføre almindelige huslige pligter, såsom rengøring og personlig pleje [2]. De ramte oplever det også som en svær oplevelse at vende tilbage på arbejde. Dette skyldes, udover de kropslige og mentale ændringer, også den træthed, der kan opleves hos en hjerneskadet. Det er derfor vigtigt at følge sig værdsat på jobbet [2]. Den hjerneskadede patient skal også vende tilbage til sine sociale relationer. Dette kan også opleves som en meget hård oplevelse pga. de forandringer, kroppen har gennemgået [2]. Det ses imidlertid, at familierelationerne bliver tættere, mens relationerne til vennerne bliver mindre. Dette er et problem, da gode relationer kan være med til at forbedre rehabiliteringsprocessen og dermed gøre, at den hjerneskade ramte hurtigere kan komme tilbage til et normalt liv [2].

Ud fra ovenstående kan det konkluderes, at hjerneskadede patienter, heriblandt apopleksi ramte, får en nedsat livskvalitet pga. deres sygdom. Dette kan også ses ved, at apopleksi patienter har dobbelt så stor selvmordsrate som baggrundsbefolkningen [2]. Derudover nævner 16% af apopleksi patienter, at deres livskvalitet er dårlig, 46% synes den er nogenlunde, mens 38% synes den er god [2]. Den nedsatte livskvalitet er noget kan føre til vanskeligheder senere i livet, hvilket selvfølgelig skal prøves at undgås. En forbedret livskvaliteten kan skabes ved hurtigere rehabilitering eller forbedret kropslig funktion, som kroppen mistede ved hjerneskaden.

[1] - Beskrivelse af dataopgørelse for voksne med apopleksi og TCI med tabeller og grafik. [2] - Hjerneskaderehabilitering, Sundhedsstyrelsen