

Omvårdnad – svår hjärnskada med långvarig medvetandestörning

Vid behandling och rehabilitering av patienter med svåra hjärnskador 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)

Innehåll:

1. Respiration
2. Åtgärder för att optimera andning
3. System 22
4. PEP
5. CPAP
6. Cough assist
7. Hemventilator
8. Trakeostomi
9. Dekanylering
10. Cirkulation
11. Kontroll av vitala parametrar
12. Venösa infarter
13. Trombosprofylax
14. Åtgärder vid djup ventrombos och lungemboli
15. Trycksår, åtgärder för att förhindra trycksår
16. Operationssår
17. Nutrition, Nutritionsbedömning och vätskebehov
18. Sväljfunktion och vätskebehov
19. Åtgärder vid dysfagi
20. Munvård, Åtgärder för en god munhygien
21. Nutrition via nasogastrisk sond eller perkutan gastrostomi, PEGÅtgärder för en fungerande blås och tarmregi
22. Dygnsrytm
23. Smärta, Åtgärder vid smärtbehandling

Omvårdnad Jönköping

Omvårdnad Västervik

1. Respiration

Skador i hjärnan medför en ökad risk för respiratorisk insufficiens. Vid hjärnskada kan sänkt vakenhet påverka ventilationen negativt. Vid hjärnstamsskada kan andningsdrive och andningsmönster påverkas.

En nedsatt andningsfunktion på grund av skador i hjärna eller halsryggmärg gör att förmågan att djupandas, syresätta blodet samt framförallt att vädra ut koldioxid minskar. Även förmågan att effektivt kunna hosta upp slem minskar och risken för lunginflammation ökar. Slem och atelektaser påverkar saturationen negativt. Lungembolism medför nedsatt saturation. Risken för lungembolism är förhöjd vid vid immobilisering av annan orsak.

Se även under punkt 5 Behandling rehabilitering

2. Åtgärder för att optimera andning

Inhalationsbehandling med luftrörsvidgande läkemedel kan krävas för att vidga luftvägarna. Inhalationsbehandling med natriumklorid är ett annat skonsamt sätt att lösgöra segt sekret. Slemlösande läkemedel används i perioder med mycket segt sekret, det gör dock luftvägssekretet tunt och bubblig vilket kan öka aspirationsrisken. Viktigt att frigöra luftvägarna via näsan genom att hålla rent och använda näsdroppar/olja vid behov.

Aktiv mobilisering har en positiv effekt på fysisk funktion och resultatet av vården. Att tidigt använda mobiliseringsprotokoll kan vara ett sätt att öka säkerheten på. Mobilisering minst två till tre gånger per dag till rullstol (Jatabstol/Combilizer) och/eller tippbräda är av stor vikt för lungfunktionen. Regelbunden lägesändring och goda vilopositioner är också betydelsefullt. Rörelseträning med armarna påverkar andning och sekretmobilisering positivt. Manuellt stöd över diafragma kan underlätta hostning när buk- och bålmuskulaturen är försvagad.

Vid utandning mot ett motstånd ökar tidalvolymen och den funktionella residualvolymen. Motståndsandning underlättar sekretmobilisering genom att stängda luftvägar öppnas, sekret lösgörs och transporteras högre upp i luftvägarna för att avlägsnas genom hostning/ huffning eller sugning via mun eller trac[SA1] kealkanyl. Minskade atelektaser medför ett effektivare gasutbyte mellan alveolerna och blodet, vilket ger en förbättrad saturation.

Andning mot ett motstånd kan utföras på ett flertal olika sätt, beroende på patientens neurologiska funktion, grad av medverkan samt tolerans för utrustningen. Vid val av andningshjälpmedel, se nedan.

3. System 22

Dolema mini-pep (System 22) består av ett munstycke, T-stycke, en backventil och ett motstånd 1,5-6mm.



Mini-pep - andningstränare med munstycke

Vid utprovning av motstånd väljs ett motstånd som möjliggör 10-15 andetag i tre omgångar med ett utandningstryck på ungefär 10-15 cm H₂O. Behandlingen bör upprepas varannan timme eller upp till 8 gånger per dag. Vid kroniska tillstånd bör träningen utföras 2-3 gånger per dag. Utgå från den enskilde patientens behov.

Instruktion:

Inandning - andas genom masken/ munstycket i normal takt men med djupare andetag.

Utandning – andas ut med lätt tryck men utan överdriven kraft. Påminn patienten om att inte andas ut för kraftigt eller för länge eftersom det minskar lungvolymen.

4. Pep/RmtTM



PEP = Positive Expiratory Pressure

Vid motståndsandning med mask eller på trakeostomi används Pep/RmtTM.

Pep/Rmt ventil - motståndsandning med mask eller på trakeostomi

När patienten har svårt att medverka i motståndsandning med munstycke används mask med RMTventil. Vid användande av mask är det viktigt att masken sluter tätt kring mun och näsa. Vid behandling av medvetandesänkt patient bör en manometer kopplas mellan RMT-ventilen och motståndet för att få rätt motstånd, se utprovning av system 22. Vid motståndsandning på trakeostomi skall trakealkanylen vara kuffad. För utprovning av motstånd, se system 22.

5. CPAP

Vid behandling med CPAP, (Continuous Positive Airway Pressure), sker andning mot ett luftflöde med ett konstant övertryck såväl vid in- som utandning. Det ökade trycket öppnar upp luftvägarna så att luften når oventilerade delar av lungorna, vilket underlättar andningsarbetet och slemmobiliseringen.

Minskade atelektaser medför ett effektivare gasutbyte mellan alveolerna och blodet, vilket ger en förbättrad saturation. När luftvägsförträngningar öppnas upp är det lättare för patienten att transportera upp slem.

Vid lungödem pressas vätska från lungorna tillbaka till blodet tack vare det ökade trycket i luftvägarna.

et ökade intrathorakala trycket minskar det venösa återflödet till hjärtat. Detta är positivt vid hjärtsvikt och lungödem. Vid användande av CPAP ska kontroller göras de tre första dagarna för att se hur patienten mår under behandlingen. Blodtryck, puls, saturation och andningsfrekvens registreras före, under och efter behandlingen. CPAP kan användas med eller utan syrgas. Behandlingstiden bör anpassas individuellt utifrån vad patienten tolererar men man bör sträva efter att behandla cirka femton minuter per gång. Antal gånger per dag är också individuellt, vanligtvis 2-3 gånger per dag. PEEP-motstånd och eventuell syrgas ordineras av läkare.

Lämna aldrig patienten ensam under behandling på grund av risk för kräkning. Behandlingen utförs med fördel i sittande position.

6. Cough assist

Vid försvagad andningsmuskulatur, luftvägssekret och nedsatt hoststöt kan Cough Assist, hostmaskin användas. Hostmaskinen ger en mekanisk inblåsning och utsugning av luft till och från lungorna vilket medför att slem evakueras, lungblåsor blåses upp och gasutbytet förbättras.

7. Hemventilator

Hjärnskadade med omfattande pares av buk- och bålmuskulatur inkluderande diafragma kan behöva vila andningsmuskulaturen samt få hjälp med ventilationen, utvädringen av koldioxid via en hemventilator några timmar på dagen, hela natten eller mer sällan stora delar av dygnet. För att undvika luftvägsinfektioner måste slangset och filter rengöras och bytas regelbundet. Befuktare och syrgas kan kopplas till vissa ventilatorer.

8. Trakeostomi

Trakeostomi utförs vid behov av att hålla fri luftväg, vid behov av andningsstöd som hemventilator och/eller för att underlätta slemmobilisering.

Vid andning genom en trakealkanyl passerar luften ej de övre luftvägarna. Detta ger problem med befuktning av inandningsluften samt begränsar kommunikationsförmågan. En trakealkanyl utgör en direkt infart till de nedre luftvägarna vilket ökar risken för infektion i luftvägarna. Det är därför viktigt med daglig mun- och trackvård samt korrekt sugteknik för att undvika slemhinneskada och kolonisering med bakterier i luftvägarna.

Vid nedsatt sväljförmåga används en trakealkanyl med kuff och en så kallad suction aidkateter. Kuffen minskar risken för aspiration av saliv, maginnehåll och

slem. Genom suctionaidkatetern aspireras saliv och slem som ansamlats ovan stämbandsnivå. Innan urkuffning ska försök till aspiration via suctionaidkatetern göras. Mängden sekret ger viktig information om sväljförmågan och ska dokumenteras.

Trakealkanyl med kuff skall kuffas om en gång per arbetspass för att undvika trycksador i trachea.

9. Dekanylering

Vid avvecklande av en trakealkanyl som suttit en längre tid ersätts en kuffad kanyl av en okuffad. Talkanyl appliceras på tracken, initialt under kortare stunder, för att öka motståndet och möjliggöra kommunikation. Härefter sker byte till en trakealkanyl med mindre diameter. Slutligen tillsluts, ”proppas” kanylen under noggrann observation. När saturationen är tillfredsställande och andningen inte är ansträngd efter 24 timmar med ”proppad” kanyl är dekanyletering aktuellt.

10. Cirkulation

Svårt hjärnskadade kan ha störningar i den autonoma regleringen, särskilt vid hjärnstamsskada. Detta tar sig uttryck i ett lättutlöst stresspåslag med intermittent pulsstegring, förhöjd andningsfrekvens, temperaturstegring och profusa svettningar.

Stresspåslag kan utlösas av såväl yttre stimuli som beröring, förflyttning, kyla eller inifrån kommande retningar som magknip, smärta eller sekret i luftvägarna. Behandlingsbara orsaker till symtomen såsom vätskebrist, infektion, smärta eller lägesberoende obehag bör uteslutas och i förekommande fall åtgärdas. Den autonoma instabiliteten brukar stabiliseras med tiden men kan kräva läkemedelsbehandling exempelvis med propranolol (Inderal).

11. Kontroll av vitala parametrar

NEWS, National Early Warning Score, innebär kontroll av andning, puls, blodtryck kroppstemperatur och vakenhet. MEWS är ett hjälpmedel i bedömningen av vitala funktioner och kontrolleras en gång/ arbetspass om läkare ej ordinerat annat.

MET, Medical Emergency Team Calling Criteria används vid Västerviks sjukhus, vilket innebär kontroll av andning, cirkulation, neurologi, RLS och observation av annan försämring av patients tillstånd. MET används dagligen som ett hjälpmedel i bedömningen av vitala funktioner och METlarm startas vid försämring av någon av vitalparametrarna, det vill säga ansvarig läkare kontaktas.

12. Venösa infarter

PVK, perifer venkateter, är vanligt förekommande vid infektioner som kräver behandling med intravenöst antibiotika. En CVK, central venkateter, anläggs när det planeras för en mer långvarig tillförsel av kärletande läkemedel, när det finns behov av att tillföra större mängder vätska, och/ eller behov av en längre tids parenteral nutrition. Inläggning och avlägsnande av CVK dokumenteras i särskild dokumentationsmall. Odling från CVK-spets bör ej ske rutinmässigt.

13. Trombosprofilax

Immobilisering och förlamning medför en ökad risk för djup ventrombos, DVT, och lungembolism. Profylaktisk behandling med antitrombosstrumpor (stödstrumpor) har eventuellt viss effekt för att förebygga uppkomst av DVT hos immobiliserade patienter med pareser. För att få rätt kompressionseffekt är det viktigt med korrekt utprovning av storlek på strumporna. Vid på- och avtagningen av strumporna ska benen inspekteras och eventuella komplikationer uppmärksammas, exempelvis svullnad, rodnad, värmeökning palpationssmärta eller tecken till sår.

Vid immobilisering till följd av skada eller sjukdom i nervsystemet ges farmakologisk profylaxbehandling med lågmolekylärt heparin i injektionsform enligt rutin. Behandling pågår i tre-sex månader efter skadetillfället eller till optimal mobilisering plus sex veckor.

Vid misstanke om DVT sker utredning med ultraljud, duplex via Klinfys. Vid misstanke om lungemboli ska spiral-DT genomföras skyndsamt via Röntgenavdelningen.

14. Åtgärder vid djup ventrombos och lungemboli

Vid stark misstanke om eller fastställd DVT eller lungemboli skall behandlingsdos av lågmolekylärt heparin sättas in omgående via avdelningsläkare. Om DVT eller lungemboli misstänks på jourtid skall jourläkare kontaktas för bedömning och ställningstagande läkemedelsordination. Kompressionsstrumpa utprovas via sjukgymnast eller undersköterska.

Lungembolisering är ett potentiellt livshotande tillstånd varför en patient med lungemboli kan behöva utvidgad övervakning, syrgasbehandling och behandling med CPAP.

15. Trycksår

Trycksår uppstår på grund av tryck som försämrar den lokala blodcirkulationen och därmed syre- och näringstillförseln i huden och underliggande mjukdelar. Trycksår förekommer främst vid nedsatt rörelseförmåga och känselnedsättning. Urin- och/ eller avföringsinkontinens och nedsatt nutritionsstatus samt temperaturstegring ökar känsligheten ytterligare. Trycksår är en viktig indikator på bristande omvårdnad och suboptimal rehabilitering och kan leda till tidskrävande, kostsamma och plågsamma komplikationer. Därför är det av största vikt att förhindra att trycksår uppstår.

15.a Åtgärder för att förhindra trycksår

Daglig inspektion av hudkostymen för tidig upptäckt av tecken till tryckrelaterad skada. Regelbunden justering av vilopositioner varannan till var fjärde timme enligt vändschema, oftare om riskfaktorer föreligger. Användande av hjälpmedel för tryckavlastning/ tryckfördelning såsom luftmadrass, tryckavlastande dynor till rullstol och ortoser. Stor observans vid användning av tönjningsortoser vilka kan orsaka tryckskador. Röda märken från tönjningsortoser bör försvinna inom en

timma efter att ortosen tagits av annars krävs en justering av dessa. Adekvat tillförsel av vätska och nutrition viktigt liksom behandling av infektion och feber.

Se mer på webbplats:

- Folkhälsa och sjukvård i Jönköpings län, vårdstöd, rehabilitering, program och riktlinjer, vilopositioner
- Vårdgivarwebb Region Östergötland, viloställningar

16. Operationssår

Operationssår observeras dagligen och läggs om med lämpligt förband. Tecken på infektion, rodnad, svullnad, värmeökning, smärta i sårområdet identifieras, dokumenteras och rapporteras till avdelningsläkare liksom feber. Sårödling tas vid misstanke om infektion.

17. Nutrition

Ett gott nutritionsstatus är av största betydelse för att optimera läkning och rehabilitering. Vid tillstånd där födointag försvåras till exempel vid sänkt medvetande, svalgpares, dysfagi, illamående och svamp i munhålan är det angeläget att tillgodose patientens näringstillförsel på annat sätt. Under den tidiga katabola fasen efter svår skada eller sjukdom i nervsystemet reduceras kroppsvikten med 10-40%. Efter ett antal veckor till månader inträder en anabol fas då vikten ökar och risk för övervikt uppstår om inte näringstillförseln modifieras.

17.a Nutritionsbedömning och vätskebehov

Nutritionsbedömning görs inom en vecka från inskrivning. BMI, body mass index, och energibehov fastställs. Riskfaktorer för nedsatt nutrition identifieras med hjälp av ett bedömningsformulär. Nutritionsbedömning uppdateras vid förändring. För att säkerställa att energi- och vätskebehov uppfylls ska kost och vätskeintag registreras och viktkontroll utföras 1-2 gånger per vecka. Rond med dietist sker varje vecka.

18. Sväljfunktion och vätskebehov

Hjärnskada kan medföra sväljningssvårigheter. Nedsatt motorik och sensorik i mun och svalg försvårar hanteringen av mat och dryck. Svalgpares kan försvåra slutning av luftvägarna vid sväljning samt göra det svårt att transportera ner hela tuggan till matstrupen vid sväljning. Matrester kan bli kvar i svalget och riskera att komma ner i luftvägarna när dessa öppnas igen efter sväljningen. Det är även vanligt med nedsatt hostreflex och/ eller nedsatt kraft i hoststötarna vilket ytterligare begränsar förmågan att skydda luftvägen mot mat, dryck och saliv.

Även trakeostomi och/ eller ventilatorvård kan mekaniskt påverka sväljningen då koordination av andning och sväljning försvåras när ventilatorn styr andningen. En track begränsar till viss del utrymmet i övre delen av luftvägen samt försvårar höjning av struphuvudet vid hostning.

När vakenhetsgraden är tillräcklig görs en sväljbedömning av logoped. Förmåga att hantera och bearbeta olika konsistenser i munnen bedöms samt om aspirationsrisk föreligger. Bedömning görs även av oralmotorik och förmåga att hosta och harkla spontant och på uppmaning.

Instrumentell bedömning av sväljningsförmågan med fiberendoskopi, så kallad FUS sker när behov finns av att i detalj värdera grad av aspirationsrisk samt för uppföljning.

19. Åtgärd vid dysfagi

Initialt ges lätthanterliga konsistenser som tjockflytande vätska, kräm eller puré och när det fungerar bra tunnflytande vätska samt successivt fastare konsistenser. Logoped rekommenderar konsistensanpassning, lämpliga strategier som behov av positionering samt sväljträning och träning med munsärm.

20. Munvård

När mat och dryck ej intas via munnen blir balansen i munhålan störd med risk för svamp och gingivit, tandköttsinflammation. När oralmotorik och sväljning är påverkad ansamlas saliv och slem i munhålan. Om bakterierik saliv aspireras är risken för lunginflammation stor. Dregling medför obehag och hudproblematik på haka och hals. Risk för uttorkning av munslemhinnan är stor vid svår sjukdom/skada.

20.a Åtgärder för en god munhygien

Munvårdsbedömning görs enligt Revised Oral Assessment Guide, ROAG.

Daglig munvård med tandborstning och avlägsnande av beläggning på tunga och slemhinnor förebygger infektion i munhåla och lungor.

Sjuksköterskan/vårdpersonal behöver leda och utföra munvård, förstå konsekvenser av icke utförd munvård samt dokumentera för att skydda patienterna. Muntorrhet förebyggs genom regelbunden smörjning med olja eller oljebaserad lösning. Vatten hjälper ej utan verkar snarast uttorkande. Även läpparna behöver smörjas flera gånger dagligen. Sjukhustandvården bör kontaktas när ordinarie omvårdnadsinsatser ej räcker.

I Västervik kommer en tandsjuksköterska från sjukhustandvården en gång per vecka till avdelningen och bedömer de patienter som omvårdnadspersonalen identifierat som riskpatienter samt de som redan har bristande munstatus vid inskrivning. Tandsköterskan rekommenderar utifrån sin bedömning framtida munvårds åtgärder som dokumenteras av ansvarig sjuksköterska i patientens journal.

21. Nutrition via nasogastrisk sond eller perkutan gastrostomi, PEG

Vid oförmåga att inta näring per os kan näring tillföras via nasogastrisk sond eller PEG (Percutan endoskopisk gastrostomi). PEG är ett alternativ endast när svalgpares eller annan anledning till alternativ nutritionsväg beräknas bli långvarig. I PEG och sond ges sondnäring som vid behov kan kompletteras med näringsdryck.

Parenteral nutrition

När näringstillförsel kortvarigt ej kan ske peroralt eller via sond kan näringsdropp och vätska ges via CVK eller PVK direkt i blodet.

Elimination

Sensibilitetsnedsättning i underlivet, nedsatt peristaltik, påverkad viljemässig kontroll av slutarmuskler i blåsa och tarm, nedsatt reflexaktivitet sakralt eller nedsatt uppmärksamhet för blås- tarmfyllnad är symtom som samtliga påverkar eliminationen. Immobilisering, vätskebrist, kost, läkemedel som opioider eller antibiotikum bland andra eller infektion kan tillfälligt påverka framförallt tarmfunktionen.

Obstipation är vanligt liksom lös avföring med läckageproblematik. Förstoppningsdiarré kan behöva uteslutas med datortomografi av buken, DT.

Blåstömningsproblem är vanligt, med risk för skada på blåsväggen vid överfyllnad. Urinläckage förekommer av flera anledningar. En behandlingsbar orsak är urinvägsinfektion, UVI. Vid oklar urininkontinens och/ eller allmänpåverkan, spasticitet eller temperaturstegring ska infektion uteslutas.

Bedömning av blåstömningsförmågan sker av sjuksköterska med ultraljudskontroll, bladderscan av resurin efter försök till miktion. Vid behov av en detaljerad bedömning av blåstömningsfunktionen genomförs urodynamik via Avdelningen för Kinisk Fysik, Klinfys.

21a. Åtgärder för en fungerande blås- tarmregi

KAD (kvarsittande kateter) avvecklas dagen efter inskrivning om medicinska hinder ej föreligger. Om spontan miktion ej kommer till stånd inom sex timmar initieras regelbunden RIK, Ren Intermittent Kateterisering, initialt var 4:e timma. Steril metod (ren metod används i Västervik) vid RIK minskar risken för urinvägsinfektioner.

RIK är en vedertagen metod för blåstömning när spontan miktion ej är möjlig. När så är möjligt utbildas patienten i självtappning enligt RIK.

För att stimulera till blås- tarmtömning är det viktigt att få sitta på en vanlig toalett. Vid avsaknad av känsel för blåsfyllnad eller sviktande kognitiv förmåga krävs minnesstöd för regelbunden blåstömning.

Urininkontinens kan behandlas med blåsrelaxerande läkemedel. Olika typer av inkontinensskydd används. För manliga patienter kan uridom användas dagtid.

En god tarmfunktion kräver regelbundna avföringsvanor. Laxantia oralt och/ eller rektalt är ofta nödvändigt. Mikrolavemang kan ges varje morgon. Fullständig tarmtömning på morgonen minimerar risk för avföringsläckage under resten av dagen. Magmassage är en kompletterande behandling för att stimulera tarmarnas arbete. Kost och vätsketillförsel optimeras.

Vid obstipation ökas dosen laxantia, eventuellt med tillägg av lavemang.

Vid långvarig diarré eller nedsatt reflexaktivitet i slutarmuskeln, analsphinctern kan analpropp användas för att förhindra läckage och hudproblem.

Urin och avföring registreras dagligen. Avföring registreras enligt Bristolskalan.

22. Dygnsrytm

För att undvika överstimulering, ökad trötthet och huvudvärk bör träningsaktiviteter och vila schemaläggas individuellt. Medicinsk bedömning, kontroller och omvårdnadsaktiviteter bör ske så samlat som möjligt för att undvika täta störningar. Vid hjärnskada bör miljön anpassas och överflödiga stimuli saneras. Öronproppar eller hörselskydd vid vila och solglasögon används för att minska mängden intryck. Lampor och ljud dämpas för att markera kväll/natt.

Läkemedel för att stärka sömnen behövs ofta initialt.

23. Smärta

Smärta kan vara av olika typ: nociceptiv, vävnadssmärta, nervsmärta eller en blandning av dessa.

Efter skada i centrala nervsystemet, hjärna och ryggmärg, är det mycket vanligt med smärta. Nervsmärta kan uppstå i förlamad muskulatur och huden kan bli överkänslig för beröring, kyla eller värme, som uppfattas smärtsamt, allodyni. I den förlamade skuldran uppstår en blandad form av smärta, med såväl nociceptiv, muskuloskeletal som nervsmärta.

Huvudvärk är ett vanligt symptom efter hjärnskada och kan delas in i spänningshuvudvärk, migrän, huvudvärk relaterad till mental och fysisk överbelastning och posttraumatisk huvudvärk där mekanismerna ännu ej är helt klarlagda.

För optimal behandling av smärta bör en smärtanalys med grundlig anamnes och klinisk bedömning av smärtutbredning, smärtekaraktär, dygnsvariation, lindrande- och förstärkande faktorer och sensorisk funktionsbedömning ske. Huden i området bör inspekteras avseende färg, temperatur och behåring.

Smärtskattning enligt NRS (Numeric Rating Scale) ska ske och dokumenteras i journal. Patienten graderar aktuell smärtintensitet genom att välja en siffra mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta).

23.a Åtgärder vid smärtbehandling

Farmakologisk behandling ordinerar efter fastställande av smärte typ. Paracetamol räcker ofta mot lättare smärtbesvär och huvudvärk. Opioider och paracetamol krävs ofta initialt mot postoperativ smärta. Antidepressiva läkemedel samt antiepileptika används vanligen mot nervsmärta. Biverkningar i form av förstoppning, illamående, trötthet och förvirring är relativt vanligt. Antiinflammatoriska läkemedel används i begränsad utsträckning på grund av att de påverkar läkning samt ökar risk för gastrointestinal blödning.

Icke-farmakologisk behandling som taktill massage, värme, beteendeterapeutiska insatser, fysisk träning och TENS (Transkutan Elektrisk Nervstimulering) är viktiga alternativ eller komplement till farmaka.

NRS används för utvärdering av insatt smärtbehandling. Utvärderingen sker i regel cirka 30 minuter efter given smärtbehandling.

Omvårdnad Jönköping

1. Senior alert

- Samtycke från patienten efterfrågas först.
- Ansvarig sjuksköterska/undersköterska fyller sen i riskbedömningarna trycksår, fall, nutrition, tandstatus samt urinretention inom 48 timmar.
- Åtgärder fylls i om risker finns, se baksida på Senior Alert-riskanalysen för planerade och pågående åtgärder.
- Skriv därefter GVP:er på riskerna och åtgärderna samt datum för uppföljning.
- Dokumentet sitter kvar i vårdlagspärmen tills utskrivning.
- Vid sista teamet görs en uppföljning av åtgärder av alla teammedlemmar samt patienten. Ansvarig sjuksköterska gular på gula bladet.
- Vid utskrivning sätter vårdlagsansvarig sjuksköterska blanketterna i pärm där det står utskrivning Senior Alert. Detta förs sedan in av ansvariga Senior Alert-sjuksköterskor/undersköterskor.
- Ansvarig sjuksköterska rapporterar risker, åtgärder och rekommenderade fortsatta åtgärder vid vårdplanering och vid utskrivning i omvårdnadsepikris.
- Efter att riskbedömning gjorts förs resultaten in i Cosmic under gemensamma dokument.

Riskbedömning enligt Senior Alert.

2 . Lokal tolkning av FIM-manual

Generella riktlinjer

- Med orimlig tid = avses dubbelt så lång tid. (ta hänsyn till patientens ålder)
- Momentet är inte testat eller patienten kan inte prova=1

A. Äta/dricka

- För nivå 7 krävs att man äter så man blir näringsmässigt tillfredsställd
- PEG som man sköter själv = 6
- Passerad eller anpassad konsistens, förtjockningsmedel, hackat mm räknas som hjälpmedel för att äta säkert = 6
- Behov av näringsdryck = 6
- Hjälpt med t ex öppna förpackningar, dela maten, hälla upp dryck, skala ägg =

B. Övre toalett

- Övre toalett innefattar 4 moment om man bortser från rakning och sminkning:
 - Munvård 25%
 - Hårvård 25%
 - Tvätta händer 25%
 - Tvätta ansiktet 25%
 - Nagelvård och att tvätta sig under armarna bedöms inte här.
- I förberedelser ingår även att ta med sig necessär, rakapparat o dyl.
- Patienten kan sitta eller stå under övre toalett utan att det påverkar bedömningen
- Har man använt elektrisk tandborste före insjuknandet =7
- Om man börjar använda elektrisk tandborste efter insjuknandet = 6
- Notera vid inskrivning om patienten använder el tandborste

C. Dusch/bad

- Patienten står och duschar =7
- Har man använt duschmatta före insjuknandet =7
- Om man börjar använda duschmatta efter insjuknandet = 6
- Om patienten sitter bedöm högst 6. Hårtvätt och tvätt av rygg ingår inte i bedömningen

D. Påklädning överkropp

- Bedömningen gäller både på- och avklädning
- I bedömning ingår att hämta från förvaringsställe vid säng, stol eller garderob
- Bedöm det vanligaste utförandet t ex om BH inte används de flesta dagarna, bortse från BH
- Två klädesplagg = 50 % per plagg (t ex t-shirt och tröja)
- Tre klädesplagg = 33 % per plagg (t ex Bh, t-shirt och tröja)
- Ytterkläder ingår inte i bedömningen
- Om personen behöver hjälp att ta av/på korsett/ortos/protes/kompressionshandskar =5

E. Påklädning underkropp

- I bedömning ingår att hämta från förvaringsställe vid säng, stol eller garderob
- Påklädning kan utföras både sittande och stående för nivå 7. Positionen ska vara säker
- Tänk på att räkna varje strumpa och sko som ett plagg (= 2 strumpor, 2 skor). Sammanlagt med byxa och kalsonger/trosor = 6 plagg för påklädning underkropp 15% per plagg
- Om personen behöver hjälp att ta av/på stödstrumpa = 5

F. Nedre toalett

- Omfattar 3 moment (dra ner kläder, torka sig, dra upp och justera kläder) = 33% på varje
- Bedöm utifrån varje toalettbesök, dvs ej enbart morgonhygien
- Förmåga till förflyttning bedöms inte här

Generellt om blås- och tarmskötsel: Bedöm först hjälpnivå därefter inkontinensfrekvens. Välj den lägsta poängen av dessa två och notera. Förmåga på natt inkluderas i bedömningen.

G. Blåsskötsel

- Om patienten själv sköter framsättning placering och tömning av hjälpmedel/hantering av läkemedel själv = 6. Till exempel urinflaska, uribag, uridom, tappningskateter, blöja, kateter, läkemedel för kontroll eller reglering
- Tillsyn eller handräckning i samband med att patienten använder hjälpmedel vid tömning = 5 (Hjälp med tömning av urinflaska = 5)
- Tillfällig hjälp och handräckning i samband med att patienten använder hjälpmedel vid tömning = 4

H. Tarmskötsel

- Om patienten sköter framsättning placering och tömning av hjälpmedel själv, samt hantering av läkemedel = 6
- Tillsyn eller handräckning i samband med att patienten använder hjälpmedel vid tömning = 5
- Tillfällig hjälp och handräckning i samband med att patienten använder hjälpmedel vid tömning = 4

Generellt om förflyttning

5 = Tillsyn

4 = Handpåläggning

3 = Stöd eller stadga åt patienten

2 = Personal tar över och styr rörelsen

1 = 2 personer

I. Förflyttning: säng, stol, rullstol

- Förflyttningen börjar och slutar i liggande ställning, plan säng.
- Används stolarmstöd eller höjd huvudända på sängen = 6
- Som framsättning räknas att placera glidbräda, vika undan armstöd/benstöd, ta bort bord, låsa stolen = 5
- Som minimal assistans räknas lyfta upp/ner fot/arm på stöd = 4

J. Förflyttning: toalett

Bedöm enbart förflyttningen.

K. Förflyttning: dusch

Bedöm enbart förflyttningen.

L. Förflyttning: gång/rullstol

- Bedöm att gå/köra fram till nästa aktivitet. Om personal behöver hjälpa till att ställa rullstol till rätta, till exempel rätta till vinkel innan förflyttning ut ur toalett, vid passage genom dörr eller matsal. = 4. Om det räcker med muntlig instruktion = 5
- Går 17 m självständigt med eller utan hjälpmedel = 5
- Kör manuellt eller elektrisk rullstol självständigt endast kortare sträckor (minst 17 m) = 5. Bedöm både patientens förmåga till förflyttning via gång och rullstol, för att kunna jämföra samma förflyttningssätt vid inskrivning och utskrivning. Registrera det mest använda förflyttningssättet
- Klarar att köra en rullstol med en lutning på 3 % = en tröskel

M. Förflyttning: trappor

- Tar stöd av ledstång eller sidostöd = 6

N. Förståelse

- Bedöm både patientens auditiva eller visuella förståelse och jämför samma förståelse vid inskrivning som utskrivning
- Glasögon/kontaktlinser, hörapparat = 6
- Situationer då vi kan vara observanta:
 - Dagliga rutiner
 - Larm
 - Läsa av schema. Behov av anpassat schema.
 - Träningssituationer
 - Följa instruktion
 - Behöver informationen upprepas
 - Behöver patienten skriftligt stöd, skrivna alternativ

O. Uttrycksförmåga

- Bedöm patientens auditiva och visuella uttrycksförmåga och jämför samma uttrycksförmåga vid inskrivning som utskrivning. Registrera det mest använda uttryckssättet
- Kroppsspråk och gester räknas som icke muntlig språklig framställning
- Skriver enstaka ord på uppmaning och/eller tar fram kommunikationshjälpmedel =
- Enstaka ord och/eller gester, mycket stort behov av skrivna alternativ eller bilder = 2
- Kommunikerar endast med reflexer och kroppsliga signaler som behöver tolkas av personal = 1

P. Socialt samspel

- Bedöm utifrån patientens personlighet och tidigare aktiviteter/intressen
- Psykofarmaka kan räknas som hjälpmedel

Q. Problemlösning

- Innefattar sjukdomsinsikt.
- Situationer när vi kan vara observanta:
 - Dagliga rutiner, förflyttningar, till exempel låsa rullstolen
 - Följa instruktioner, till exempel förflyttningar, personlig vård, planera/följa dagens schema och träningsprogram/aktiviteter
 - Hur patienten väljer/plockar från buffévagnen, använder/hanterar bestick
 - Uteaktiviteter och grupper- Påkallar hjälpbehov
 - Sköter sin medicinerings under permission
- Delar och sköter sin medicin själv = 7
- Sköter sin medicinerings använder dosett/AP-dos = 6
- Delar och sköter sin medicin själv men behöver tillsyn/uppmaning = 5
- Bälte som patienten inte kan öppna själv eller enskilt patientlarm = 1 (säkerhetsskäl)

R . Minne

- Situationer när vi kan vara observanta:
 - Känna igen personer, anhöriga, personal
 - Komma ihåg rutiner, träningsprogram, aktiviteter
 - Tillgodoser andras önskemål
 - Använder ledtrådar eller hjälpmedel (dagbok, kalender, mobiltelefon, dator, dag för dag-schema)
 - Följa sitt schema
 - Orientering på kliniken

3. Vårdtyngdsmätning - NPDS

Northwick Park Dependency Scale är en ordinalskala som samlar beroendepoäng som kan överföras i en Care Needs Assessment (CNA). CNA bestäms av antalet personer som ger vård, tiden det tar och frekvensen av åtgärderna under dagen. Därigenom får vi viktig information för att planera omvårdnaden, men dessa data kan även omvandlas i intervallskala, för att sedan kunna planera vårdpersonalens täthet och blandning av patienter på avdelningen.

Northwick Park Dependency Scale används för att mäta vårdtyngden på avdelningen kontinuerligt. Mätningen fokuseras i första hand till att få en överblick över total vårdtyngd och blandning av patienter på avdelningen.

- Genomgång av varje patients omvårdnadsbehov enligt manual ” NPDS Basic Care Needs” som finns i pärm på avdelningsstationen.
- Skattningen fylls i på ämnad tabell som finns bifogad till manualen i pärmen.
- Varje patient får en egen kolumn i tabellen efter sängplats. Summan för varje patient räknas ut och fylls i tabellen. Om en patient har ett CNA >25 markeras summan med rött.
- När samtliga patienter är klara räknas totalsumman för avdelningens vårdtyngd ut och skrivs i ämnad ruta.

- Fyll även i hur mycket personal det varit på dagpasset, aktuell dag.
- Verksamhetsutvecklare ansvarar för att varje måndag ta ut resultatet samt följa kontinuerlig mätning. Vårdenhetschef ansvarar för att se över rådande vårdtyngd samt utvärdera personalbehov inför kommande vecka.

Omvårdnad Västervik

1. Vak, extra tillsyn

Beslut tas av ansvarig läkare om behov av vak eller extra tillsyn behövs för en patient. Beslutet ska om möjligt tas innan patient skrivs in på avdelningen så att extra personal vid behov kan sättas in. Dokumenteras i cosmic.

2 . Senior alert

- Samtycke från patienten efterfrågas först.
- Ansvarig sjuksköterska/undersköterska fyller sen i riskbedömningarna trycksår, fall, nutrition, samt ROAG inom 48 timmar.
- Åtgärder fylls i om risker finns, se baksida på Senior Alert-riskanalysen för planerade och pågående åtgärder.
- Riskbedömningen förs därefter in i patients journal i Cosmic under mall senioralert/vårdprevention samt i kvalitetsregistret av ansvarig sjuksköterska/undersköterska.
- Ansvarig sjuksköterska rapporterar risker, åtgärder och rekommenderade fortsatta åtgärder vid rehab konferenser, vårdplanering och vid utskrivning i omvårdnadsepikris.

3. Swereh

- Samtycke från patienten efterfrågas först och skriftlig information finns tillgänglig och synlig på avdelningen.
- Ansvarig läkare bestämmer diagnoskod utifrån Swereh´s diagnosgrupper. Diagnoskod och patient skrivs in i Swereh av samordnande undersköterska.
- Ansvarig läkare ska fylla i insamlad information om psykiska funktioner, sinnesfunktioner, smärta, neuromuskuloskeletal samt rörelserelaterad funktion. Information om hjärta, kärl och andning. Endokrin information. Information om könsorgan och urinorgan. GCS, RLS, disorders of consciouness vid in och utskrivning.
- Samordnande undersköterska och kontaktsjuksköterskan samlar in patientinformation, inskrivningsdata, försörjning, sömnstörning, matsmältning och ämnesomsättning. Information om könsorgan, urinorgan och tarm samt hud vid såväl in- som utskrivning.

- Ansvarig arbetsterapeut fyller i insamlad information om kognitiva funktioner, psykiska funktioner, fysiska funktioner, ADL-förmåga, röst, tal, språk samt EQ5D vid såväl in- som utskrivning.
- Ansvarig fysioterapeut/sjukgymnast fyller i insamlad information om sinnesfunktioner, smärta, neuromuskuloskelettal samt rörelserelaterad funktion vid såväl in- som utskrivning.
- Ansvarig kurator ansvarar för att Livstillfredsställelse och patientens upplevelse av rehabinsatserna fylls i och samordnande undersköterska ansvarar för att det fylls in i kvalitetsregistret.