

Sørlandet sykehus HF

KLINIKK FOR SOMATIKK,
KRISTIANSAND

Avdeling for fysikalsk medisin
og rehabilitering

Alvorlig ervervet hjerneskade og tidlig rehabilitering

Metodebok

Enhet for Spesialisert rehabilitering

trygghet når du trenger det mest



Forord

Sørlandet sykehus, Enhet for nevrologisk rehabilitering, tidligere Spesialsykehuset for rehabilitering SSR (Kongsgård), har i perioden 2005- 2007 gjennomført prosjektet «Tidlig start, det er klart!». Prosjektet har vært finansiert på midler fra Helse og Rehabilitering. Landsforeningen for trafikkskadde (LTN) har vært eier av prosjektet.

Prosjektet hadde som formål å igangsette rehabilitering for personer med alvorlig ervervet hjerneskade(ATBI) så tidlig som mulig.

I prosjektet har Ambulant rehabiliteringstjeneste (ART) ved SSR samarbeidet med pasienter, pårørende og personalet på akutt sykehusene i tidligere Helse Sør, samt kommunale representanter.

Hensikten var å sette fokus på målretta og individuelt tilpasset rehabilitering i tidlig fase etter skade.

I dag gir SSHF, Enhet for nevrologisk rehabilitering og ART dette tilbudet til pasienter hjemmehørende i Agderfylkene, Telemark og Vestfold.

Det er en klar oppfatning av at tidlig oppstart av rehabilitering er viktig for å begrense varige utfall og å forbygge komplikasjoner. Tidlig rehabilitering er med på å legge til rette for økt funksjonsnivå, størst grad av mestringsevne og kan dermed ha stor betydning for den skaddes og pårørendes opplevelse av «å ta livet tilbake» og grad av livskvalitet på sikt.

I akutt fase er pasienten innlagt på akutt sykehus, oftest nevrologisk eller ortopedisk avdeling. Noen har også forut vært innlagt på Ullevål Universitetssykehus. Det som kjennetegner pasienten i denne fasen er at hans tilstand er varierende medisinsk.

Ved å ha fokus på rehabilitering parallelt med ivaretagelse akuttmedisinsk, aktiveres rehabiliteringsprosessen på et tidligere tidspunkt.

Retningslinjene i dette heftet gir en kort innføring i forståelse av hvordan en konkret kan legge til rette for et tidlig og godt rehabiliteringstilbud for pasienter som har fått en alvorlig traumatisk hjerneskade.

Innholdet retter seg i første omgang mot det tverrfaglige personale som ivaretar denne pasientgruppen i den akutte fase i rehabiliteringsforløpet.

Det er et ønske at den også kan ha nytteverdi for kommunalt personale seinere i forløpet samt for pårørende og pasientens nettverk.

Utarbeidet av:
Spesialsykepleier Johanne Seim
v/ Ambulant rehabiliteringstjeneste, ART
Enhet for spesialisert rehabilitering, SSHF
Rev. utgave mars 2018

Innhold

Forord	3	4.0 Etterord	30
1.0 Alvorlig ervervet hjerneskade og tidlig rehabilitering	6	5.0 Referanser	31
1.1 Alvorlig ervervet hjerneskade.....	6	6.0 Vedlegg	32
1.2 Tidlig oppstart av rehabilitering	6	Vedlegg 1 – GCS	33
1.3 Redusert bevisst tilstand	7	Vedlegg 2 – Kriterier for VT og MBT	34
Koma	7	Vedlegg 3 – CRS-r	35
Vegetativ tilstand (VT).....	8	Vedlegg 4 – EFA (skjema med subscore)	36
Minimal bevisst tilstand (MBT)	8	Vedlegg 5 – Veileder-Utagerende atferd hos hjerneskadde	37
Post Traumatisk Forvirringsstilstand (PTF)	10	Vedlegg 6 – Skjerming	40
Kognitiv funksjon.....	11	Vedlegg 7 – GOAT	41
2.0 Rehabiliteringsprinsipper	18	Vedlegg 8 – CAP SKÅRING.....	42
2.1 Rehabilitering og tverrfaglig samarbeid	18	Vedlegg 9 – Prosessdagbok	43
2.2 Skjerming.....	19	Vedlegg 10 – Guiding	44
2.3 Struktur	20	Vedlegg 11 – Munnstimulering	45
2.4 Sansestimulering	21	Vedlegg 12 – Orofacialstimulering	46
Syn	21	Vedlegg 13 – Døgneklokke	47
Hørsel	22	Vedlegg 14 – Opplysninger om pasient før skade	48
Lukt	22	Vedlegg 15 – Leiring	50
Smak	23	Vedlegg 16 – Gjennombevegelse.....	52
Følesansen	23	Vedlegg 17 – Ståtrening.....	56
Muskel - og leddsans.....	24	Vedlegg 18 – Samarbeidsrutiner	57
2.5 ABC konseptet.....	25	Vedlegg 19 – Medisinske kriterier for overflytting.....	59
Affolter.....	25	Vedlegg 20 – Rehabiliteringsplan.....	60
Bobath	26		
Coombes.....	26		
2.6 Pårørende	27		
3.0 Virkemidler til bruk i tidlig fase.....	28		
3.1 Alvorlig traumatisk hjerneskade og overflytting av pasienter fra Ullevål Universitetssykehus	28		
3.2 Samarbeidsrutiner ved overføring av pasient fra akutt sykehus til Enhet for nevrologisk rehabilitering, SSHF	28		
3.3 Samarbeid med hjemkommune.....	28		
3.4 Individuell plan.....	29		
Kriterier for bruk av IP	29		
Ansvar	29		
Brukermedvirkning	29		
3.5 Måltrettet arbeid	29		

1.0 Alvorlig ervervet hjerneskade og tidlig rehabilitering

1.1 Alvorlig ervervet hjerneskade

Ervervet hjerneskader er en fellesbetegnelse på skader som oppstår etter fødsel i den del av sentralnervesystemet som innbefatter hjernen.

De to hyppigste årsakene til ervervede hjerneskader er hjerneslag (vaskulære skader) og traumatiske skader.

Traumatisk hjerneskade er en skade av hjernen som følge av et ytre traume (hendelse) mot hjernen.

Videre kan ervervet hjerneskade oppstå som følge av surstoffmangel (anoksi/hypoksi) pga. hjertestans eller nærdrukning, subarachnoidalblødninger (SAB), hjernetumor, betennelsestilstander, forgiftninger av hjernen eller forårsaket av andre sykdommer.

Definisjon av Alvorlig hjerneskade:

Glasgow Coma Scale (GSC) 3-8

Bevissthetstap > 36 timer

Post traumatisk amnesi (PTA) > 7 dager

I gruppen alvorlig hjerneskade inkluderes:

Pasienter som i akuttfasen vurderes å ha en alvorlig hjerneskade

Pasienter som i subakutt fase vurderes å ha en hjerneskade med alvorlige konsekvenser(1).

Subakutt medvirker varighet av bevissthetstap og posttraumatisk amnesi inn for vurdering av prognose(2).

Pasienter med alvorlig ervervet hjerneskade kan være i en gradert bevisst tilstand også etter at den intensive behandlingen er over. I en gradert bevisst tilstand vil alle sensomotoriske og kognitive funksjoner være påvirket. Pasienten kan også ha andre skader i tillegg til hjerneskaden, for eksempel bruddskader. Samtidig er ofte de medisinske

utfordringene i den akutte fase mange og sammensatte og krever tett medisinske oppfølging.

1.2 Tidlig oppstart av rehabilitering

Akutt fase omfatter livreddende behandling med tungt fokus på medisinske kriterier og akutt behandling av alle aktuelle skader. Iverksetting av rehabilitering må alltid tilpasses den enkelte pasients medisinske tilstand og starter opp så snart tilstanden tillater rehabiliteringstiltak.

Pasienten kan fortsatt være uten bevissthet (koma) eller være i en gradert bevisst tilstand.

Tidlig rehabilitering bør starte på intensiv avdeling ut fra kunnskap om «jo tidligere jo bedre». Tidlig rehabiliteringsrettede tiltak som i hovedsak innebærer målretta stimulering er med på å redusere komplikasjoner, halvere sykehustiden og innvirke på bedre funksjon og utkomme på sikt(3).

Iverksetting av rehabiliteringstiltak må alltid avklares med medisinsk ansvarlig lege.

Overordna mål ved tidlig rehabilitering:

1. Stimulere de ulike sansene
2. Orienterer pasienten
3. Opprettholde bevegelse
4. Forsøke å øke pasientens våkenhet

Det utarbeides i dag reviderte medisinske overflytningskriterier av pasienter mellom akuttsykehus og rehabiliteringsenheter/sykehus.

Visjonen for Enhet for spesialisert rehabilitering er:

«Ta livet tilbake»

1.3 Redusert bevisst tilstand

Bevissthet kan karakteriseres som en persons evne til å orientere seg mot seg selv og sine omgivelser og til å respondere på omgivelsesfaktorer(4). Det vil si i hvor stor grad pasienten er seg selv bevisst og om grad av selvbevissthet.

Mange av pasientene har hatt en periode hvor de har vært i koma eller medikamentelt sedert komatøse.

Noen gjennomgår en bedring fra å være komatøs til økende grad av selvbevissthet. Mange pasienter gjenvinner full bevisst tilstand, mens hos noen kan selvbevisstheten bli varig svekket. Konsekvenser av en alvorlig ervervet hjerneskade kan være hele livet.

Her omtales kort de ulike graderinger og kartleggingsverktøy:

Koma

Koma representerer en tilstand med:

- manglende aktiverbarhet og manglende responsivitet
- hvor øynene er kontinuerlig lukket
- hvor det ikke er forståelige responser til miljømessige eller indre stimuli.
- det er ingen evidens for søvn/våkenhetscykluser på EEG
- adferdsresponsen er helt og holdent utrykk for refleksiv aktivitet

Alle kravene under må være tilfredstilt ved klinisk undersøkelse:

- Ingen spontan eller stimulusutløst åpning av øynene
- Ingen following av kommando
- Ingen forståelig tale
- Ingen målretta bevegelse
- Ingen entydige forsvarsbevegelser eller evne til å lokalisere ubehagelig stimuli(5)

Koma varer minst en time og sjelden lenger enn 2-4 uker og etterfølges enten av vegetativ tilstand, eller gjenvunnet bevissthet helt eller delvis som ved minimal bevisst tilstand.

Glasgow coma scale (GCS)

GCS (Glasgow coma scale) er et redskap basert på en publikasjon av Teasdale & Jennett 1974, for vurdering av bevissthetstap. Vurderingen skal være fra skadetidspunkt. Dersom pasienten sedert, må en være oppmerksom på at dette påvirker tilstanden.

Skalaen består av 3 akser, hvor øyeåpning, språkfunksjon og motorisk respons vurderes og gjenspeiler pasientens bevissthetsnivå (vedlegg 1).

Vegetativ tilstand (VT)

VT og MBT betegnes ofte som «den 1. oppvåkningen».

VT defineres som en klinisk tilstand ved fraværet av tegn til bevissthet i likhet med koma. Det observeres ingen konsistente adferdsmessige observerbare uttrykk for selvbevissthet, spesifikk gjenkjenning av eksterne stimuli eller konsistent evidens for oppmerksomhet, intensjon eller lært respons.

I motsetning til koma vises spontan åpning av øynene, det fremkommer søvn/våkenhetsrykluser på EEG og pasienten er som oftest uavhengig av kunstig respirasjon og/eller annen livsoppretholdende behandling.

Alle kriteriene nedenfor må tilfredstilles:

- Ingen sikre tegn til opprettholdt, reproducerbar, målrettet eller intensjonalt adferdsmessig respons på visuelle, auditive, taktile eller smertefulle stimuli
- Ingen sikre tegn til språkforståelse eller språklige ytringer (kan ha grynting, svelging, tyggebevegelser og lignende)
- Tilstedeværelse av periodisk våkenhet manifestert ved søvn/våkenhets sykluser (for eksempel åpne øyne i perioder)
- Tilstrekkelig bevarte autonome funksjoner til at pasienten overlever ved adekvat medisinsk omsorg
- Inkontinens for både urin og avføring
- Varierende grad av bevarte ryggmargs- og hjernenervereflekser (6).

Minimal bevisst tilstand (MBT)

MBT defineres som en tilstand med alvorlig endret bevissthet, hvor pasienten demonstrerer minimale, men sikre atferdsmessige tegn på selvbevissthet eller bevissthet om det ytre miljø (vedlegg 2)

Minimal bevissthet

Det kreves entydig evidens for en eller flere av følgende adferdsresponsen:

- Pasienten følger enkle kommandoer
- Ja/Nei respons verbaliseres eller gestikuleres (behøver ikke være riktig)
- Forståelig verbalisering
- Bevegelser eller affektiv adferd som opptrer i kontingent relasjon til relevante ytre stimuli og som ikke kan tilskrives refleksiv aktivitet. Alle eksemplene nedenfor gir tilstrekkelig evidens for kontingent adferdsrespons:
 - episoder med gråt, smil eller latter som respons på emosjonelt ladete språklige eller visuelle stimuli, men ikke på emosjonelt nøytrale temaer eller stimuli
 - vokalisering og/eller gester som inntreffer i direkte relasjon til det språklige innholdet i kommentarer eller spørsmål
 - griping etter gjenstander på en slik måte at det demonstreres en klar sammenheng mellom gjenstandens lokalisering og bevegelsens retning
 - berøring eller holding av objekter på en måte som er tilpasset gjenstandens størrelse og form
 - visuelle følgebevegelser eller opprettholdte blikkfiksinger som inntreffer i direkte relasjon til et stimulus i bevegelse eller et tydelig visuelt stimulus (7).

Viktige observasjoner å gjøre daglige registreringer på:

- Kan pasienten følge kommando? Kan han avslutte kommando når du ber han om det?
- Har han følgebevegelser med øyne etter gjenstander eller personer i rommet? Blikkfiksering?
- Kan han gripe etter gjenstander?
- Kan han bruke redskaper adekvat?
- Viser han gjenkjenning av pårørende?
- Gjører han forsøk på kommunikasjon?
- Hvor adekvat er kommunikasjonen?
- Episoder med gråt, smil eller latter som adekvat respons til visuelt og/eller språklig stimuli?

Følgende faktorer bør tas hensyn til ved utredning:

- Pågående hydrocephalus og/eller metabolsk eller hormonelle forstyrrelser
- Sedativ effekt av medikamenter som ved behandling av epilepsi, motorisk uro, spasmer
- Nedsatt syn, hørsel, følesans
- Fysiske begrensninger i form av lammelser, spasmer og kontrakturer
- Nevrologiske utfall som afasi, neglekt, apraksi, perseverasjon osv.

Coma recovery scale revised (Crs-r)

Dette er et kartleggingsverktøy som ble utviklet av Giacino m.fl. i 1991. Skalaen ble utviklet for å kartlegge pasienter i det laveste funksjonsnivå som VT og MBT. Det gjøres registreringer og skåringer ut fra tilstedeværelse og fravær av spesifikke atferdsresponser til systematiske sensoriske stimuli på auditive, visuelle, motoriske, oralmotoriske, kommunikative og aktiveringsfunksjoner.

Diagnostisering er svært krevende og feildiagnostisering kan forekomme. Diagnostisering skjer ved hjelp av blant annet Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Se kriterier som må være oppfylt (Vedlegg 3).

På bakgrunn av gjentatte målinger med CRS-R sammen med observasjoner og registreringer fra praksis, kan tilstanden diagnostiseres. Fordi pasienten i denne fasen er svært trettbare og varierende i våkenhet, må det gjøres målinger på ulike tidspunkt over tid og når pasienten er best fungerende.

CRS-R kan administreres av veiledet og opplært tverrfaglig personale, men alltid i tett samarbeid med lege og psykologspesialist.

Early functional abilities (EFA)

Dette er en skala som gir mulighet for en differensiert beskrivelse og dokumentasjon av kliniske observasjoner og registrerbare forandringer innenfor 4 funksjonsområder. (vedlegg 4)
Det er et tverrfaglig verktøy der de enkelte faggrupper kan bedømme og vurdere de

funksjonsområder som hører til deres monofaglige ansvarsområder.

Den er utviklet av G.Heck m. fl. i et samarbeid mellom 2 rehabiliteringsklinikker i Tyskland og Sveits i 1996 .

Behandlingslinjer ved Koma, VT og MBT:

1. Adekvat medisinsk behandling og pleie
 - God sykepleie med fokus på ivaretagelse av grunnleggende behov som bl.a. ernæring, søvn, eliminasjon, munnhygiene
 - Forbygge og behandle adekvat komplikasjoner som: infeksjoner, trykksår, hjerte-lungekomplikasjoner, gastrointestinale og urinveisrelaterte komplikasjoner, autonom dysfunksjon, osteoporose
 - Profylaktiske tiltak for å unngå økt muskeltonus, spasmer og kontrakturer,
 - Overvåke og behandle evt utvikling av hydrocefalus
 - Forholdet mellom nytteverdi og bivirkning av medikament overveies nøye.
 - Profylaktiske tiltak for å unngå økt muskeltonus, spasmer og kontrakturer
2. Biologiske behandlingsmetoder - i medikamentell forsøksvis behandling har bl.a. dopaminantagonister vært benyttet.
3. Sensorisk stimulering i ADL(dagliglivets aktiviteter)og systematiske stimuleringsmetodikk samt regulering og balanse av stimuleringsnivå.
4. Etske vurderinger med fokus på fagetiske retningslinjer som omhandler respekt for pasientens rettigheter og verdighet, kompetanse, ansvar og integritet.
5. God ivaretagelse og samarbeid med pårørende- bred involvering og psykososial intervensjon for familien
6. Støttetiltak for personalet- eks veiledning (8)

Post Traumatisk Forvirringstilstand (PTF)

PTF er en forbigående forvirringstilstand etter skade(traume) av hjernen som karakteriseres av intellektuell og atferdsmessig forstyrrelse.

Tilstanden kalles også den «2.oppvåkningen». Den kan også benevnes som post traumatisk amnesifase (PTA)

PTF er den perioden etter skade hvor pasienten er desorientert for tid, sted og situasjon og mangler dag til dag hukommelse (2).

I denne perioden er pasienten forvirret, og desorientert. Han har vanskelig for å lagre og gjenkalle informasjon i hukommelsen, han kan være sterkt motorisk urolig og fremstå personlighetsmessig som svært forandret. Dette kan være en svært belastende periode, særlig for de pårørende.

Perioden er forbigående og tilstanden bedres underveis. Pasienten klarer etter hvert å orientere seg mot omgivelsene, og de personlighetsmessige og følelsesmessige funksjoner vil i større grad normaliseres(9).

Det kan i denne tiden være nødvendig med en holdningsplan og en struktur i forhold til hvordan en håndterer atferd- og reguleringsforstyrrelser(10)+(vedlegg 5).

Pasienter i denne fasen kan lett komme til å bli overstimulert fordi «informasjonsfilteret» ikke fungerer effektivt. Dvs. at pasienten ikke klarer å sortere bort uvesentlig informasjon fra egen kropp og omgivelsene.

Overstimulering kan føre til forlengelse av PTF-fasen.

Følgelivninger av overstimulering kan ses først senere på dagen eller dagen etter i form av økt forvirring, rastløshet og noen ganger aggresjon. Derfor er det av betydning at pasienten skjermses.

Skjerming av pasienten i denne fasen er helt avgjørende. (vedlegg 6)

Viser til beskrivelse av skjermingstiltak i kap. 2.2

Kartleggingsredskaper i PTF fase:

Galveston Orientation & amnesia test (GOAT)
Målemetoden ble utviklet av Levin, O'Donnell og Grossmann i 1979 og er den mest utbredte test for vurdering av varighet av PTF periode. Kjernen i GOAT er spørsmål som knytter seg til pasientens orientering i tid, sted og personlige data med særlig fokus på krav til orienteringsevne(vedlegg 7).
En vil også få et bilde av lengden av en evt. retrograd amnesiperiode.

Confusion Assessment Protocol (CAP) er et screeningsverktøy utarbeidet til norsk av Sunnaas sykehus, i samarbeid med forfatter Mark Sherer. Denne brukes ved mistanke om PTF, når grad av PTF må vurderes og ved bedring av PTF. GOAT inngår i denne protokollen.

CAP vektlegger både systematisert innhenting av observasjoner i klinikk så som fluktuering av symptomer, søvnforstyrrelser, agitasjon med mer i tillegg til at kognitiv svikt og desorientering kartlegges.(vedlegg 8) Dette vurderes da samlet av teamet rundt pasienten sammen med lege og eller psykologspesialist.

Når man konkluderer med at PTF perioden er opphørt, kan en ta i bruk mer kognitive kartleggingsverktøy og tester.

Kognitiv funksjon

Når pasienten er ute av PTA-fasen, vil det bli mer synlig hvilke vedvarende utfall hjerneskaden har gitt. Videre rehabilitering blir å kartlegge disse og iverksette tiltak for spesifikk trening av ferdigheter samt ta i bruk kompenserende teknikker og evt. hjelpemidler.

Kognisjon handler om å:

- motta og bearbeide informasjon
- huske og lære
- tenke i form av organisering og reorganisering av informasjon
- bruke språket og å kommunisere
- Være oppmerksom

Kognisjon er ensbetydende med erkjennelse og kognisjon blir brukt om det å tilegne seg og bruke kunnskap.

Kognitive utfall gir vansker med å bearbeide informasjon. Dette handler om å velge ut, forså, lagre, gjenhente og resonnere og kommunisere i forhold til den informasjon som er tatt inn. Kognitive utfall er ofte usynlige og kan være vanskelig å avdekke og forstå(11).

Kognitive utfall er svært vanlig etter en hjerneskade (12 + 13).

Skade kan virke påvirke evnen til:

- Oppmerksomhet/konsentrasjon
- Hukommelse
- Apraksi
- Initiativ/motivasjon
- Orienteringsevne
- Tidsoppfattelse
- Struktur og planlegging
- Psykomotorisk tempo
- Innsikt
- Visuelle vansker
- Språk og kommunikasjon
- Neglekt
- Perseverasjon
- Agnosi
- Reguleringsfunksjoner
- Psykiske reaksjoner

Her omtales meget kort noen av de mest vanlige utfall:

Oppmerksomhet og konsentrasjon

Evne til å rette oppmerksomhet mot noe, over tid, uten å bli distraherert, kan bytte fokus mellom to eller flere objekter/områder og evner å bearbeide flere ulike informasjoner til samme tid.

Observasjoner:

- Hvor sterke stimuli må til før reaksjon?
- Hva slags type stimuli trengs?
- Hvor lenge klarer han å holde oppmerksomheten?
- Er han lett å distrahere?
- Virker han fjern, sløv?

Tiltak:

- Ro rundt hver enkelt aktivitet
- God tid
- Minimalisere verbal kommunikasjon
- Begrense antall stimuli, ett gjøremål om gangen
- Ryddige og strukturerte omgivelser
- Søke blikkontakt ved formidling
- Trene konsentrasjon over tid
- Hvile mellom de ulike aktiviteter
- Trene dagligdagse aktiviteter(ADL)

Hukommelse

Evne til å huske og evne til nyinnlæring og å gjenhente tidligere innlært kunnskap gjennom gjenkjenning og gjenkalling. Vi har flere typer hukommelse. Vanligvis skiller vi mellom langtidshukommelse og korttidshukommelse. Hukommelsen påvirkes gjensidig av evnen til oppmerksomhet og konsentrasjon.

Observasjoner:

- Problemer med å huske navn, avtaler, ansikter?
- Husker han det han ser eller hører?
- Husker han bilder eller figurer?
- Er allmennkunnskaper inntakt?
- Husker han av seg selv eller ved hjelp av holdepunkter?
- Er han orientert for tid, sted og situasjon?

Tiltak:

- Orienterer pasienten for tid og sted og situasjon
- Timeplan/dagsplan
- Huskedagbok/prosessdagbok/7.sans (vedlegg 9)
- Faste rutiner
- Besøksbok
- Sensomotorisk stimulering/ fysisk aktivitet
- Samtale
- Aktiviteter som trener hukommelse, spill, bruk av bilder med mer

Apraksi

Nedsatt evne til å utføre en praktisk handling tross intakt muskelstyrke og sensibilitet. Ideen bak handlingen er forstyrret med påfølgende manglende evne til å planlegge handlinger (ideasjonell apraksi). Dette gir seg utslag i problemer med å vite hvordan en bruker redskaper. Det kan også være at ideen er der, men i praksis klarer en ikke å få kroppen til å utføre en korrekt og velkoordinert handling (ideomotorisk apraksi).

Observasjoner:

- Problemer ved bruk av redskaper, i ADL situasjoner?
- Problemer med å utføre handlinger på kommando?
- Problemer med å justere bevegelser og kraftbruk?

Tiltak:

- Veiledning, guiding, peke, «mime», imitere
- verbal støtte i form av kommandoer/instruksjoner
- ADL trening, terpe, gjenta til det sitter
- Ro, tid, tålmodighet
- Strukturert handlingsplan, samme handlingsrekkefølge
- Samtale, informasjon

Initiativ/motivasjon

Evne til å la seg engasjere selvstendig i en målretta og hensiktsmessig atferd.

Observasjoner:

- Er der problemer med igangsette spontant en aktivitet, handling eller samtale?
- Problemer med å starte eller komme videre i en aktivitet?
- Problem med handlingsrekkefølgen?

Tiltak:

- Tilrettelegge, gi «puff», stikkord underveis
- Gjentakelser, forklare hvorfor
- Innarbeide og drille tidligere automatiserte handlinger evt. guiding(vedlegg 10).
- Timeplan/dagsplan.
- Struktur. Faste tidspunkt for avtaler og aktivitet.

Orienteringsevne

Viten og forståelse om faktiske forhold, om egen situasjon, tid, sted og situasjon.

Evne til orientering påvirkes av bl.a. evne til hukommelse, innsikt, konsentrasjon/oppmerksomhet og bevisshetsnivå.

Observasjoner:

- Desorientert ift tid, sted og egen situasjon?
- Desorientert ift. personer og familie?
- Klarer ikke forholde seg til tidsbegreper og planlegge deretter?

Tiltak:

- Bruk av synlig klokke, kalender
- Bruk av prosessdagbok
- Ro, forutsigbarhet
- Dagsplan/ukeplan
- Begrense antall personale
- Besøksbok, begrense antall besøkende

Tidsoppfatning.

Evne til å holde oversikt over dato og klokkeslett.
Omhandler også en «indre klokke» som forteller oss hvor lenge 5 min er, når på dagen det er osv.

Observasjoner:

- Vansker med å holde styr på dato og klokkeslett?
- Vet ikke når på dagen det er?
- Tiden kan føles ekstra lang eller ekstra kort?
- Beregner feil tid til å nå avtaler?

Tiltak:

- Klokke og kalender synlig
- Bruk faste tider, skriftliggjør og hold avtaler

Struktur og planlegging

Evne til å organisere, planlegge og fullføre en oppgave.

Observasjoner:

- Lite målretta handlinger?
- Kaos i aktiviteter?
- Setter i gang for mange ting om gangen?
- Problemer med rekkefølgen i en aktivitet?
- Blir lett distraheret av andre?

Tiltak:

- Strukturert dagsprogram
- Trene i ADL, trene deler i en aktivitet og rekkefølge
- Tilrettelegging i aktiviteter

Psykomotorisk tempo

Reaksjonstid fra en tar i mot informasjon via sanseorgan, til bearbeiding, tenkning og planlegging og utførelse av handling.

Observasjoner:

- Tiden det tar før svar på stimuli, latenstid?
- Langsommere bevegelser, treghet?
- Bruker lang tid i gjøremål?
- Problemer med å fungere i sosiale sammenhenger, når mange snakker, følge med i samtalen og delta?

Tiltak:

- Gi tid, ro, unngå forstyrrelser
- Trene i ADL
- Trene i aktiviteter som krever en viss grad av tempo, som puffe til ballong, ballspill/lek
- Samtale

Innsikt

Kunnskap om egne ferdigheter og evner samt vurdering av utførelse og egne prestasjoner underveis i en aktivitet.

Observasjoner:

- Er han ukritisk i forhold til egen situasjon og mestring av situasjon?
- Forstår han følger av skade?
- Benekter han problemer?
- Kan han foreta aktiviteter som kan skade han selv, f.eks. reise seg og falle?

Tiltak:

- Innsiktsbearbeiding vha. prosessdagbok, samtale, tilbakemelding «feedback»
- Konfronter dersom nødvendig

Visuelle vansker

Synsvansker er vanlig etter en hjerneskade. Det kan gi seg utslag i bl.a. neglekt, ubalanse i samordning av øynenes bevegelser, synsfeltutfall og agnosi. Med agnosi menes nedsatt evne til å oppfatte og tolke og gjenkjenne synsinntrykk.

Observasjoner:

- Problemer med å kjenne igjen ansikter?
- Problemer med å finne igjen gjenstander i skuffer og skap?
- Ser dobbelt, uklart?
- Overser gjenstander, kroppsdel?

Tiltak:

- Ta i gjenstanden, benevne med navn
- Bruk av bilder med navn
- Merking av gjenstander, orden i rommet
- Sørg for god belysning, unngå sterkt sollys og reflekser
- Synsundersøkelse av øyelege/ortoptist
- Vurdering av synspedagog

Språk og kommunikasjon

Tap av verbalt språk pga. skade i hjernens språksenter, skader i muskler som formulerer lyder som ordene er bygd opp av eller pga av andre kognitive skader samt gradert bevissthet innvirker på evne til kommunikasjon.

Observasjoner:

- Vansker med å finne de rette ordene, telegramstil (ekspressiv afasi)?
- Sier noe annet enn det han mener?
- Talen er flytende men uforståelig innhold, forveksler ord og lager nye ord (impressiv afasi)?
- Blander ja og nei?
- Vansker med å forstå alt som sies?
- Ordflom uten mening (global afasi)?
- Vansker med lesing og/eller skrivning?
- Lammelser i ansikt, munn?
- Apraksi – oralt eller på talenivå?

Tiltak:

- Bruk av tydelig tale med normal stemmeføring, unngå lange setninger, bruk kjerneord som formidler budskapet
- God blikkontakt, bruk av mimikk, peke, mime
- Ro i situasjonen, god tid
- Bruk aktivt opplysninger om pasientens tidligere liv i samtale
- Veiledning av pårørende
- Bruk av bilder
- Taletrening, trene munnmotorikk
- Ansikt – og munnstimulering (vedlegg 11+12)
- Synge
- Bruk av tekst, lese, skrive dersom pasienten har evnen intakt
- Vurdering og trening av logoped
- Finne felles kommunikasjons f. eks ja/nei ved tommel opp/ned eller blunke/riste på hode

Neglekt

Redusert evne til å motta og behandle sansestimuli fra affisert side av kroppen eller fra omgivelsene.

Observasjoner:

- Vasker, kler kun ene siden av kroppen og glemmer resten, barberer halv ansiktet?
- Uoppmerksom på affisert hånd, tar ikke med seg affisert fot i bevegelse?
- Går/kjør på dørkarmer, ting underveis?
- Ser kun halve klokka, spiser halvdelen av mat på tallerkenen?
- Hode/kroppen ofte vendt bort fra affisert side?
- Leser halvesetninger?

Tiltak:

- Stimuli i størst mulig grad fra affisert side/ kroppshalvdel, ved stell/påkledning, måltider, plassering av seng i rommet osv.
- Påminne, guide gjennom aktivt bruk av affisert kroppshalvdel
- Informasjon og innsiktbehandling gjennom erfaring
- Trene bruk av visuell oppmerksomhet mot affisert side i praktiske situasjoner
- Plasser gjenstander på pasientens affiserte side
- Trene lesing ved bruk av ankerfeste mot affisert side, for eksempel rød linjal/strek(anker) ved setningens begynnelse
- Trene balanse og midtlinjeorientering
- Viktig å være oppmerksom på at det ved alvorlig neglekt kan være forvirrende for pasienten å få mye informasjon og stimuli fra affisert side og hvor mye må tilpasses i hvert tilfelle

Perseverasjon

Gjentagelse av det samme handlingsmønster, vansker med å skifte oppmerksomhet mellom flere oppgaver eller endre bevegelse. Gjentagelse av ord eller meningssammenhenger.

Observasjoner:

- Klarer han å følge handlingsrekkefølgen?
- Blir han hengende fast i en handling, bevegelse eller ord/setning?

Tiltak:

- Oppfordre han til selv å komme videre
- Bruk god tid
- Avbryt og hjelp videre ved muntlig instruksjon, peke på eller guide

Reguleringsfunksjoner

Handler om de funksjoner som gjør oss i stand til å engasjere oss i selvstendig, målretta adferd og som har med personlighet å gjøre. Skader i frontallapp er mest vanlig årsak til endringer i disse prosessene(10).

Observasjoner:

- Passivitet?
- Kritikkløshet?
- Manglende innsikt?
- Impulsivitet, «kort lunte»?
- Regresjon (atferd som ikke tilsvare alder)?
- Tilbakemelding fra pårørende ift. endring/likheter?

Tiltak:

- Tilrettelegge omgivelsene ved å skape ro og trygghet i situasjonen.
- Skjerme, lage struktur og sørge for forutsigbarhet
- Samtale med pasienten om endringer i væremåte og hvordan trene opp funksjonen eller lære seg kompensierende teknikker
- Gi positiv tilbakemelding på mestring og de gode egenskapene
- Personalets holdninger må være preget av respekt, åpenhet og ærlighet
- Prøv å tone ned situasjonene før den når et punkt med fysisk aggresjon, bruk avledning, unngå skjening og nedlatende holdning, men vær bestemt og tydelig ift. enkel grensesetting, finn ut hva som er årsak til oppførsel, smerter, frustrasjon, utrygghet?
- Lage en holdningsplan til bruk av personale hos pasienten på hvordan forholde seg i ulike situasjoner, slik at den blir felles og forutsigbar (vedlegg 5)

Psykiske reaksjoner

Følelsesuttrykk pga endra livssituasjon er vanlige og det er mange måter å uttrykke følelser på. Disse kan variere fra følelsesmessig flathet til nedsatt kontroll over følelsene og følelsesuttrykk kan bli mer overdrevet enn ønskelig. Noen er klar over endringene og kan uttrykke det, andre viser ingen oppfatning av hvordan de reagerer eller ikke. En vil se både følelsesuttrykk som er normale for situasjonen og andre som er annerledes og kan ha sin årsak i selve lokalisasjon av hjerneskaden.

Observasjoner:

- Labilitet?
- Sorg, nedstemthet?
- Sinne?
- Lav toleranse for frustrasjoner?
- Depresjon?

Tiltak:

- Samtaleoppfølging
- Avklare hvor han er i prosessen, om han er mottakelig for hjelp til bearbeiding og hvordan denne skal gis
- Tilstedeværelse og åpenhet
- Samtale og informasjon til pårørende

2.0 Rehabiliteringsprinsipper

- Rehabilitering og tverrfaglig samarbeid
- Skjerming
- Struktur
- Sansestimulering
- ABC- konseptet

2.1 Rehabilitering og tverrfaglig samarbeid

Tidlig rehabilitering av personer med alvorlig hjerne-skade krever en tverrfaglig innsats. Hensikten er å gjen-skape det høyest mulige mentale og fysiske funksjons-nivå som mulig og å gjeninnføre pasienten i sosiale, utdanningsmessige og arbeidsmessige relasjoner slik at pasient og pårørende lærer å mestre de endrede livsvilkårene som hjerneskaden har medført (14).

Rehabilitering kan sees på som pasientens prosess mot et selvstendig liv der fagpersonene bidrar med sin fagkunnskap og pasient/pårørende med sin brukerkompetanse. Hjelpemidlene har derfor en viktig rolle i forhold til å bistå pasienten i prosessen med å få et eget liv som er mest mulig i tråd med pasientens egne ønsker, i tillegg til å gi behandling og forebygge komplikasjoner. (15)

Rehabilitering defineres som: «... arbeid med å bistå mennesker som på grunn av sykdom, skade eller lyte har midlertidige eller varige funksjonsnedsettelse, til å gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevne/ mestringssevne, og/eller med å legge forholdene til rette i miljøet rundt menneskene med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser»

Rehabilitering forutsetter tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid i team er en metode for å oppnå gode resultater. Tverrfaglighet gir strukturert og systematisk samarbeid. Viktige forutsetninger her er vilje til samarbeid, god dialog og fleksibilitet, respekt for hverandres kunnskap og kompetanse og det å se og legge til rette for pasientens mål mer enn egne profesjonsmål (14).

Tydelige mål og felles forpliktende tiltak er viktige forutsetninger for å lykkes.

I tidlig oppstart av rehabilitering kan det være nyttig å danne et lite team av aktuelle fagpersoner for å sammen utforme mål og strategi. Det kan i første omgang handle om å lage en plan der en sammen med pårørende definerer hovedmål, delmål, tiltak og ansvar, samt tidspunkt for evaluering (vedlegg 20). Det kan også være nyttig med ukemål. Med utgangspunkt i denne lages en ukeplan som viser konkrete aktiviteter som middel for å nå målene.

Kartleggingsredskaper som for eksempel GCS (Glasgow coma scale), CRS-R (Coma recovery scale revised) GOAT (Galveston orientation & amnesia test), EFA (early functional abilities), FIM (Functional independence measure). Vi gjør oppmerksom på at det kreves opplæring og/eller sertifisering i bruk av flere av disse kartleggingsredskapene.

Tiltak:

- Dannelse av et team rundt pasienten
- Primærgruppe/primærmøter. Tid til å snakke sammen, utarbeide mål og tiltak og evaluere fortløpende. Oppsett av dags/ ukeplan.
- Pårørendesamarbeid. Nært samarbeid og dialog med pårørende som aktivt deltakende i prosessen.
- Aktuelle kartleggingsredskaper

I behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneskade, må personalets tanker og væremåte være preget av:

- Normalitet
- Likeverd
- Respekt
- Verdighet
- Tilstedeværelse
- Håp/ motivasjon(17)

2.2 Skjerming

En ervervet hjerneskade av alvorlig grad, vil alltid medføre en akutt reduksjon i bevissthetsnivå. I mange tilfeller har pasienten også hatt en periode i koma.

Det som kjennetegner en person i «oppvåkning»/PTA er blant annet forvirring, desorientering og hukommelsestap.

Det sees ofte at pasientens grad av våkenhet varierer gjennom dagen og fra dag til dag. Han er i stor grad trettbar, har nedsatt kapasitet og er lett å distrahere og kan bli urolig.

På bakgrunn av dette er det av betydning at pasienten skjermes.

Tiltak:

- Pasienten plasseres på et rom i avdelingen som ligger bort fra støy og uro.
- Minimaliser antall personale rundt pasienten
- Det kan med fordel lages et lite tverrfaglig team rundt pasienten eller opprette primærkontakter.
- Være bevisst lysforhold i rommet ved å skille dag fra natt, bruk dempet belysning ved uro, unngå sterkt sollys og reflekser.
- Begrense antall lydstimuli i rommet. Dette gjøres ved for eksempel at bare en snakker til pasienten om gangen. Mye kommunikasjon kan med fordel gjøres nonverbal.
- PC, mobil, radio og tv bør brukes med stor forsiktighet. Bruk av pasientens egen musikk kan prøves ut, men bør ikke være bakgrunnsstøy for annen aktivitet.
- Begrens besøk til å være 1-2 personer over kort varighet.
- Begrens visuelle inntrykk. Ha kjente ting rundt pasienten. Ha orden i rommet.
- Gi ett stimulus om gangen.
- Gi pasienten tid til å oppfatte og respondere.
- Forankringsrutiner: hvem er jeg, hvor er jeg, hva har skjedd, hva skal skje osv.
- Ved aktivitet utenfor rommet, for eksempel på treningssal, må en sørge for at pasienten i størst mulig grad skjermes for støy og visuelle inntrykk.

2.3 Struktur

Struktur gir forutsigbarhet og orden. At dagen har sin rytme, at aktiviteter kommer i samme rekkefølge og utføres på en bestemt måte, er med på å gi gjenkjenning og forståelse.

Dette er viktige elementer i rehabiliteringen som bidrar til økt trygghet for pasienten i en ellers kaotisk og uforståelig verden. Ved å lage struktur er en med på å redusere dette kaoset.

Tiltak:

- Dagsplan gir en struktur på dagen som er mest mulig lik gjennom uken.
- De ulike aktiviteter foregår til mest mulig samme tid og har en fast prosedyre.
- Hvilepauser mellom de ulike aktiviteter gjennom dagen.
- Kortvarige aktiviteter pga. nedsatt kapasitet, oppmerksomhet og konsentrasjon.
- Prosessdagbok som følger pasientens forløp. Den er med på å forankre pasienten i tid og sted og er et hjelpemiddel for å trene hukommelse og forståelse, innsikt og initiativ.
- Ta utgangspunkt i trening i kjente ADL situasjoner. Velg ut aktiviteter som skal trenes på og "drill". Lag gjerne en prosedyrebok som inneholder informasjon omkring håndtering av pasienten som skal gjøres likt fra gang til gang.
- Registrering av søvn, våkenhet, uro med mer gjennom døgnet vha døgnklokke (vedlegg 13).

2.4 Sansestimulering

Dette er en metode som brukes ved tidlig stimulering av pasienten. Hjernen må ha hjelp til å sortere stimuli (10).

Etter en hjerneskade kan pasienten være mer sensitiv for enkelte sansestimuli og kan overreagere og en må dermed dempe stimuli. Andre kan ha det være motsatt slik at de nesten ikke reagerer på stimuli og må ha ekstra tydelige stimuli for å reagere og oppfatte. Sansestimulering har til hensikt å skape erindring og å «vekke» pasienten.

- Ved å legge til rette for tilpasset sansestimuli, gir man pasienten mer ro, unngår unødige spenninger og angst reduseres.
- Stimuli med fast berøring, rolige bevegelser og trykk gjennom leddene virke beroligende. Dette hjelper pasienten til å oppfatte kroppen sin bedre. Denne typen stimuli kan ikke overdoseres.
- De pårørende er meget sentrale i å gi sansestimulering og trenger råd og veiledning. De har en avgjørende rolle med å være forbindelsesleddet mellom fortid og nåtid. De er tett på pasienten gjerne mange timer daglig.
- Det bør innhentes opplysninger om pasienten før skade av pårørende. Dette vil være for å få et bilde av pasientens roller, vaner, interesser, væremåte med mer (vedlegg 14).
- Be pårørende ta med bilder, album, private eiendeler, favorittmusikk, håndveske, mobiltelefon, parfyme/etterbarberingsvann mm.
- Sansestimulering er noe pårørende kan gi et viktig bidrag til!

Syn

Dersom pasienten overreagerer på synsstimuli, kan vanlig lys oppleves ubehagelig. Det kan også bety at synsmessige stimuli beveger seg for hurtig.

Synet henger tett sammen med balansesansen og overstimulering kan gi utslag i kvalme og svimmelhet.

Pasienten kan lukke øynene spontant for å redusere ubehaget. Det trenger ikke bety at pasienten er uinteressert i det som foregår rundt han.

- Vurdere om pasienten er overfølsom for lys eller ikke.
- Noen kan ha nytte av mørke briller eller mer dempet lys i rommet.
- Unngå lys som beveger seg hurtig, som tv.
- Aksepter at pasienten ønsker å ha øynene lukket.
- Varier mellom lys og mørke.
- Se på kjente fotografier og eiendeler. Kan kombineres med samtale som er med på å orientere pasienten.
- Bruk kalender og klokke som pasienten kan se og orientere seg ut i fra.

Hørsel

Å være følsom og over reagere ved støy er vanlig etter en hjerneskade. Hjernen klarer ikke å sortere stimuli, bearbeide og tolke lyd som før og lyden kan i tillegg oppfattes annerledes. Det er viktig å være oppmerksom på at hørselen er den første sansen som reagerer på omgivelsene. Ikke snakk over hodet på pasienten eller diskuter hans situasjon inne hos pasienten. En vet aldri hvor mye pasienten kan høre og oppfatte.

- Vurder og registrer hvordan pasienten reagerer på lyd
- Skjerm pasienten for unødvendig støy og demp lyd, også stemmевolum.
- La det være perioder med total stillhet.
- Bruk kjent lyd som stimulerer hørsel, for eksempel bruk pasientens egen musikk. Vær oppmerksom på at musikken ikke står på til enhver tid, og heller ikke som "bakgrunnsmusikk" til andre aktiviteter.
- Forklar pasienten hvor han befinner seg og hvorfor, hvem du er og hva som skal skje. Dette er med gi forankring dvs. forståelse og trygghet.
- Fortell om dagligdagse hendelser
- Snakk normalt til pasienten, selv om han ikke svarer.
- Pårørendes funksjon er viktige her fordi de er det forbindelsesledd til pasientens tidligere liv, har felles historie osv. Det å høre kjente stemmer og stemmer som forteller om en kjent verden, om felles opplevelse og lignende er svært viktig.

Lukt

Luktesansen kan være endret og det kan være ganske ubehagelig for pasienten. Nedsatt luktesans, kan gjøre at ikke maten smaker som før eller har en annerledes smak. Dette kan medvirke til å miste appetitten. Luktesansen kan i liten grad stimuleres frem, men kan komme tilbake av seg selv etter en tid pga. fornying av luktereseptorer.

- Dersom luktesansen er overfølsom, kan vanlig lukt bli altfor sterk og må begrenses.
- Bruk forskjellige kjente lukter for sansestimulering som kaffe, deodorant, blomster
- Frisk luft i rommet kan øke oppmerksomhet og våkenhet

Smak

Vær oppmerksom på at smakssansen kan være endret, likesom følesansen i munnen. Smak og luktesansen virker sammen.

- NB. Pasienten bør vurderes for dysfagi og klareres for smaksstimulering eller igangsetting av tilrettelagt måltid av logoped eller annen kyndig person.
- Dersom smaksstimulering skal igangsettes, bør det utføres av et fåtall personer som kan følge med utvikling og progresjon.
- Smaksstimulering av ulike smaker i dråpeform, variere mellom surt/søtt, salt, bittert, variere mellom varmt/kaldt og bruk smaker en vet pasienten har likt.
- Igangsette munnstimulering og ansiktsstimulering (vedlegg 11 +12)
- Sørg for godt munnstell.

Følesansen

Når følesansen overreagerer kan impulser gjennom f.eks. lett berøring være ubehagelig. Ofte ser en at dette er mest tydelig i ansiktet, i munnhulen og på hendene. Derfor kan det også gi seg utslag i at pasienten reagerer med å trekke seg vekk fra berøringen. Huden er vårt største sanseorgan og gir oss en oppfattelse av kroppen og omverden. Stimuli som beveger seg på huden, oppfattes lettest. Kroppskontakt og berøring gir normalt gode følelser som varme, nærhet og omsorg.

Tiltak

- Dersom pasienten reagerer på berøring, kan det å berøre på en fast måte påvirke de dype muskelsanser i ledd og muskulatur og hemme overfølsomheten.
- Ved underreagering av følesansen, er der derimot behov for kraftig sansestimulering for at hjernen skal kunne oppfatte stimuli.
- Bruk av leiring og leiringsputer som er faste og som er med på å fortelle pasienten hvor kroppen er og hvor omverden begynner (vedlegg 15)
- Varier liggestilling ofte.
OBS. Kontrakturprofylakse.
- Sitte på sengekant eller i rullestol/annen stol.
Varier tippefunksjon
- Kuledyne kan gjøre motorisk urolig pasient rolig.
- Guiding(vedlegg 10)

Muskel - og leddsans

Økt spenning i muskulatur kan være et resultat av skade i hjernen slik at kroppen blir stiv. Dette kan medføre motstand mot bevegelse og leddene kan bli holdt i unormale stillinger.

Skader kan i andre tilfeller føre til for lite spenning, som gjør at musklene blir slappe og kroppen har mindre kraft til å holde seg oppe mot tyngdekraften. Begge situasjoner påvirker leddenes stilling. Det kan føre til kontrakturer i enkelte eller flere ledd som ved økt spenning eller overbelastning og ustabilitet som ved lav spenning.

At pasienten blir mobilisert og stimulert sensomotorisk virker positivt ved å øke våkenhetsgrad, dempe tonus dersom høy spenning og forebygger kontrakturer. Mobilisering er også med på å forebygge trykksår, stabilisere blodtrykk, øke sirkulasjon, bedre blære/tarmfunksjon og gi psykisk velvære.

Stillingsforandringer og gjennombevegelse samt ståtrening har positiv påvirkning på skjelettet, leddstilling og muskulatur. (Vedlegg 15, 16, 17)

Tiltak

- Muskelspenning og leddsans kan stimuleres gjennom bevegelse, bøy og tøy. (vedlegg12)
- Konferer med fysioterapeut for individuell tilpasning.
- Bruk rolige/langsomme bevegelser da spastisitet øker ved stress.
- Bruk fast underlag som benk, matte el.lign.
- Hyppige stillingsendringer, liggende, sittende og stående. Bruk av ståseng/benk eller ståbord når dette er tilrådelig.
Avklar medisinsk antall grader ved oppstart og underveis.
- Vær oppmerksom på smerte ved bevegelse.
- Trene i ADL situasjoner der kroppen får bevege seg mest mulig adekvat.
- Vær oppmerksom på skade av hud og ledd.

2.5 ABC konseptet

Behandlingsprinsippene som en benytter i spesialisert rehabilitering av hjerneskadde i Norge i dag, avviker ikke vesentlig fra ABC- prinsippet som det ofte refereres til. Konseptet tar utgangspunkt i hypoteser og kunnskap om hjernens funksjon, spesielt vedrørende innlæring.

ABC står for Affolter- Bobath-Coombes, og innholdet er guiding, stimulering av motorikk og holdning, ansikt - og svelgstimulering.

Her kommer en liten innføring som kan være nyttig å ha som utgangspunkt ved tilrettelegging av rehabilitering også i akutt fase.

Affolter

Utviklet av Affolter, Felicie, nevropsykolog, Sveits. Konseptet bygger på en psykologisk forståelsesramme og er meget brukbar for pasienter som har problemer med persepsjon som omfatter det å oppfatte, tolke og handle på stimuli (18).

Pasienten har kanskje «glemt» hva en kopp skal brukes til. Ved å guide pasienten i utførelsen av for eksempel å holde om koppen og føre kopp til munn, kommer det en sammenheng mellom årsak og virkning. På den måten kan pasienten gjenlære hva en kopp er til. Aktiviteten tar altså utgangspunkt i problemløsning. For å kunne problemløse må pasienten kunne ha en oppfatning av seg selv og omverden. Pasienten må gis informasjon om:

Hvor er jeg?

Hva jeg har med å gjøre?

Hva skal jeg?

Guiding er et viktig redskap her (vedlegg 10).

Guiding kan forstås som ledet kroppsbevegelse og en skiller mellom 2 former for guiding, elementær og pleiende.

Ved bruk av *elementær eller aktiv guiding* håndleder hjelperen pasienten i utførelse og problemløsning av en hverdagsaktivitet. Hensikten er at pasienten

skal bli i stand til å planlegge, initiere, strukturere og avslutte handlinger på egen hånd. Denne form for guiding fremmer sansestimulering og hukommelse, normal bevegelse og utførelse av handling.

Krav til hjelperen er at denne har god kjennskap til normal bevegelsesmønster. Guiding bør helst være ordløs, fordi ord forstyrrer konsentrasjonen og kan skape frustrasjoner. Guiding foretas gjennom målretta aktiviteter som personlig hygiene, tannpuss, barbering, av- og påkledning, spising osv. Elementær guiding avsluttes når pasienten overtar handlingen selv. Det kan være lurt å velge ut noen deler i en aktivitet det skal trenes på. Når pasienten mestrer, går en videre til neste aktivitet.

Pleiende guiding er guiding der hjelperen gjør alt i aktiviteten, altså ingen håndledning. Pasienten er passiv. I aktiviteten forsøker hjelperen å gi sanseinformasjon om hva som skal skje og hvordan. Dette gjøres ved å gi kort verbal informasjon om hva som skal skje, for eksempel ved påtrekk av bukser, for så gi et fast håndtrykk på det sted aktiviteten skal foregå, for eksempel høyre fot. En trekker på buksene med rolige, glidende bevegelser, samtidig med at kroppen hele tiden har god kontakt med underlag og at det gis informasjon med fast trykk 2-3 ganger på stedet aktiviteten foregår for eksempel h. hofte. Skift mellom vekselvis høyre og venstre sidetrykk under påkledningen. Hensikten er at pasienten får meningsfull taktil-kinestetisk informasjon.

Pleiende guiding må læres ved demonstrasjon og er ikke lagt ved som vedlegg.

Hos mange pasienter er det aktuelt å skifte mellom disse to guidingsformene gjennom en aktivitet.

Bobath

Kommer fra Bertha Bobath, fysioterapeut, og Karel Bobath, nevrolog og psykiater, Tyskland.

Konseptet bygger på forståelse av kroppens endring i muskelspenning(19) Etter en hjerneskade er ofte tonus forstyrret, enten for høy eller lav. Med utgangspunkt i normalt bevegelsesmønster forsøker en å gjenskape så smidige og normale bevegelser som mulig. Dette anvendes i forflytning, i dagligdagse aktiviteter(ADL) ved leiring (vedlegg 15) og gjennombevegelse (vedlegg 16). Målet er å gjøre tonus så normal som mulig, forbygge skader på ledd og muskler og minimere feilstillinger. Begge kroppshalvdeler integreres tross lammelser.

Leiring omfatter ulike stillinger, enten liggende, sittende eller stående. Hensikten er å normalisere tonus, stimulere til aktivitet i muskulatur, øke persepsjon ved å gi stimuli og informasjon taktilt. Ved å leire pasienten er en med på å forebygge liggesår, utvikling av spastisitet, kontrakturer, lungebetennelse og forebygge trombose. Leiring gjøres for eksempel når pasienten skal hvile i seng eller stol om dagen og sove om natten. Til leiring er det nyttig med faste puter, pølser, vanlige puter og dyner.

Coombes

Kommer fra Kay Coombes, talepedagog, England
Utviklet utfra Bobath konseptet.

Konseptet har som formål å bedre pasientens ansikt, munn og svelgfunksjoner. Det kalles også F.O.T.T(Facial-Oral-Tract-Theraphy). Behandlingen sikter mot normalisering av ansiktsmotorikk, munnmotorikk, svelgfunksjon og bedring av evne til verbal og nonverbal kommunikasjon(20). Ansikts - og munnstimuleringer viktige elementer her (vedlegg 11+12). Selve undersøkelsen av svelgfunksjon bør gjøres av en med F.O.T.T.kompetanse, ofte ergoterapeut eller logoped. Denne avgjør behandlingstiltak og strategi for eksempel i forhold til oppstart av smaksstimulering og spising.

Tiltak ut i fra ABC-konseptet

- Guiding i ADL (dagligdagse aktiviteter)
- Leiring
- Gjennombevegelse
- Mobilisering
- Ansikts – og munnstimulering, evt. utarbeide spiseinformasjon
- Tilrettelegge miljø og omgivelser, se tiltak under struktur og skjerming

2.6 Pårørende

Det å være pårørende til en som plutselig har fått en alvorlig hjerneskade, er en spesielt krevende situasjon å være i og noe av det vanskeligste en kan oppleve.

Skaden kommer ofte uventet og uten forvarsel, og mange opplever situasjonen som sjokkartet. De er svært ulikt hvordan vi mennesker reagerer i en slik situasjon og her finnes ingen ens oppskrift.

Familiemedlemmer reagerer ofte ulikt og kan være på ulike stadier i kriseforløpet og håndtering av denne. Det er vanlig med angst og en følelse av at alt er uvirkelig, som i et mareritt. Nedsatt hukommelse og konsentrasjonsevne er også vanlig, og en må gjerne ha samme informasjon flere ganger. Det som er felles er usikkerheten om fremtiden og om den skadde blir bra igjen. Som fagpersoner har vi ikke noe sikkert svar å gi på dette så tidlig i forløpet, men må bare vente og se. Håp og tro på bedring er noe av det viktigste å gi og ha.

Atferden hos den som er i PTA, kan være skremmende og urovekkende for pårørende, men symptomene kan tolkes positivt fordi det vitner om en fortsatt mental oppvåkning.

Å gi kunnskap og god informasjon underveis i hele rehabiliteringsforløpet samt ivareta pårørendes egne behov, bidrar til å gi økt kunnskap og trygghet, gir muligheter til krisebearbeiding og er med på å forebygge utbrenthet og sykdom hos pårørende på sikt.

Dersom barn er nære pårørende, må en sørge for at de blir godt ivaretatt og får den informasjonen de trenger. Skole og barnehage bør være informert om situasjonen som har oppstått i familien.

Helsesøster kan bl.a. bidra med støttesamtaler. Det finnes kommunale familiesenter der familien kan få samtaleoppfølging, råd og veiledning. Noen har også egne samtalegrupper for barn/unge. De fleste sykehusavdelinger og kommuner har nå eget barnansvarlig personell.

Øvrig familie, venner, naboer og arbeidskolleger har store og betydningsfulle ressurser i seg og kan bidra positivt i rehabiliteringsarbeidet. Å samle nettverket til et uformelt møte for samtale og informasjonsdeling, gir en felles forståelse omkring situasjonen og om hvordan de kan gi gode bidrag i prosessen for den skadde og hans familie.

Tiltak

- Pårørendemøter: sikre at pårørende får god og grundig informasjon underveis, gjenta denne dersom behov, evt. skriftliggjør/referat.
- Ha jevnlig tilbakemeldingsrutiner, gjerne på forhånd avtalte tidspunkt for samtale.
- Gi kunnskap om hjerneskade, rehabiliteringsprinsipper, forløp med mer slik at pårørende får forståelse for de ulike tiltak og metoder.
- Informasjon om pasientorganisasjoner og likemannsordning
- Innhente opplysninger om personen før skade, (vedlegg 14)
- Bruk pårørende som aktivt deltagende dersom de ønsker dette. Gi informasjon og opplæring av hva de selv kan bidra med, for eksempel sansestimulering.
- Tilby samtaleoppfølging med for eksempel psykiatrisk sykepleier, kriseteam, prest med mer.
- Gi avlastning og avkobling, gjør avtaler
- Formidle kontakt med sosionom for informasjon og bistand i forhold til rettigheter, stønader, økonomi med mer
- Lag en besøksbok og regulerer besøk. Max 2 pers. pr. gang og kort varighet anbefales.
- Barn som pårørende: Vær spesielt oppmerksom på barn som nære pårørende og deres situasjon og behov for informasjon og samtale. Bidra med råd og veiledning til foresatte om hvordan snakke med barn om det som har skjedd. Se www.barns-beste.no og www.snakketøyet.no
- Arrangere nettverksmøte.

3.0 Virkemidler til bruk i tidlig fase

3.1 Alvorlig traumatisk hjerneskade og overflytting av pasienter fra Ullevål Universitetssykehus

Det ble i 2005 opprettet en egen Enhet for tidlig rehabilitering på Ullevål universitetssykehus med et traumemotak for ATBI pasienter.

SSHF, Enhet for spesialisert rehabilitering, har i dag en flerområdefunksjon for ATBI pasienter hjemmehørende i Agder, Telemark og Vestfold. Det er etablert en samarbeidsrutine med meldingsvarsel og informasjonsoverlevering mellom Ullevål og Enhets for spesialisert rehabilitering, (vedlegg 18)

3.2 Samarbeidsrutiner ved overføring av pasient fra akutt sykehus til Enhet for nevrologisk rehabilitering, SSHF

Noen pasienter med alvorlig ervervet hjerneskade, blir overflyttet fra Ullevål direkte til sine hjemmehørende akutt sykehus. Dette på grunn av at tilstanden ikke er medisinsk stabil nok og derfor ikke kan overflyttes direkte til Enhet for spesialisert rehabilitering. Det er utarbeidet gjeldende medisinske overflyttingskriterier fra akutt sykehus til Enhet for spesialisert rehabilitering. (vedlegg 19)

3.3 Samarbeid med hjemkommune

Det er viktig at hjemkommune får tidlig kontakt og informasjon om pasienten, selv om en ikke vet hvordan følgene vil bli på sikt.

- Dette gjøres via PLO meldinger(elektroniske pleie og omsorgsmeldinger) hvor meldingsutveksling og informasjon deles fortløpende under rehabiliteringsoppholdet mellom SSHF og hjemkommune.
- Til hjemkommunener uten PLO, brukes skriftlige meldinger til tjenestekontor/bestillerenhet der en avklarer informasjonsutveksling og tilbakemeldingsrutiner og får oppnevnt en saksbehandler.
- Aktuelle fagpersoner/saksbehandler inviteres til fagmøte/samarbeidsmøte og tilbud om hospitering før utskrivelse.
- Ambulant rehabiliteringstjeneste(ART) ved ESR, kan bidra ut mot kommunen med undervisning og råd/veiledning etter utskriving(24).

3.4 Individuell plan

Individuell plan er et samarbeidsdokument og alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få utarbeidet en Individuell Plan dersom de ønsker det. Den som ønsker en plan skal medvirke i planarbeidet og er eier av planen. Retten til Individuell plan utløser ingen flere tjenester enn ellers, men er et dokument som skal bidra til at pasienten opplever et mer helhetlig, koordinert og mest mulig tilpasset tjenestetilbud i din hverdag. Planen skal ikke utarbeides uten samtykke fra den det gjelder (21).

Kriterier for bruk av IP

- Behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Sammensatte problemer
- Flere etater/yrikesgrupper involvert

Ansvar

Det tjenestenivå/ tjenesteyter som først oppdager behovet for Individuell Plan har ansvar for å igangsette arbeidet med denne. Arbeidet skal kun igangsettes om pasienten ønsker det.

Brukermedvirkning

Det skal sikres optimal grad av brukermidvirkning gjennom hele prosessen. I den utstrekning pasienten ønsker det, eller ikke er i stand til å ivareta egne behov, skal også pasientens representant/pårørende trekkes inn i arbeidet.

3.5 Målrettet arbeid

Det er nyttig å utforme mål sammen med pasienten og pårørende til bruk under oppholdet på akuttsykehus og videre i rehabiliteringsforløpet. Her utformes hovedmål og delmål, samt tiltak, ansvar og evalueringer.

Det å ha en rehabiliteringsplan er et nyttig redskap og rettesnor for det tverrfaglige arbeidet og for å sammen jobbe mer effektivt for å oppnå pasientens mål (vedlegg 20).

Under et rehabiliteringsopphold er det nødvendig å prioritere noen behandlingstiltak framfor andre. Derfor må behandlingen utformes med utgangspunkt i tett kommunikasjon mellom pasient og pårørende og det tverrfaglige teamet. Ved betydelig kognitiv svikt kan dette innebære store utfordringer. Målene må kontinuerlig vurderes på nytt opp mot pasientens evne til å delta i målsettingen.

Rehabiliteringstiltak tar hensyn til

- personlige faktorer (personlighet, interesser, mestringsevne, alder, yrkessituasjon mm.)
- symptombildet (utfall, symptomer, endringer etter aktuelle skade)
- tidsaspektet (dvs. hvor pasientens befinner seg i rehabiliteringsforløpet) hvor endringer kan skje raskt, spesielt tidlig i forløpet

4.0 Etterord

Dette er ment å være en kort teoretisk innføring og beskrivelse av aktuelle retningslinjer til bruk tidlig i rehabiliteringsprosessen. Vedleggene er ment å være et redskap og en veiledning til bruk i den praktiske utførelsen. Det kan være lurt å opprette en egen «prosedyreperm» til hver enkelt pasient, som inneholder beskrivelse av aktuelle tiltak tilpasset den enkelte. Slik kan alle som er hos pasienten gjennom døgnet følge de samme rehabiliteringsprinsipper og rutiner. Dette har vist seg å være svært nyttig for pasienten for å bl.a. kunne gjenkjenne, huske og forstå og det å ta i bruk tidligere innlærte ferdigheter jfr. mål for rehabiliteringen:

- Stimulere de ulike sansene
- Orienterer pasienten
- Opprettholde bevegelse
- Forsøke å øke pasientens våkenhet

For mer utfyllende teoretisk kunnskap om hvert enkelt emne som omtales, anbefales vedlagt litteraturliste/referanseramme.

Lykke til!

Kontaktperson:
johanne.seim@sshf.no

5.0 Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet. Et reddet liv skal også leves : - om rehabiliteringstilbudet til mennesker med alvorlig hjerneskade (IS-1279). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
2. McMillan TM, Jongen EL, Greenwood RJ. Assessment of post-traumatic amnesia after severe closed head injury: retrospective or prospective? J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1996;60(4):422-7.
3. Sörbo A. Outcome after modern neurosurgical care and formalised rehabilitation following severe brain injury. Göteborg: Institute of Neuroscience and Physiology, Section of Clinical Neuroscience and Rehabilitation, The Sahlgrenska Academy at the University of Gothenburg; 2010. Available from: <http://hdl.handle.net/2077/22103>.
4. Wilson FC, Graham LE, Watson T. Vegetative and minimally conscious states: Serial assessment approaches in diagnosis and management. Neuropsychological Rehabilitation. 2005;15(3-4):431-41.
5. Giacino J, Whyte J. The vegetative and minimally conscious states: current knowledge and remaining questions. J Head Trauma Rehabil. 2005;20(1):30-50.
6. Giacino JT, Kalmar K. The vegetative and minimally conscious states: a comparison of clinical features and functional outcome. The Journal of head trauma rehabilitation. 1997;12(4):36-51.
7. Giacino JT, Ashwal S, Childs N, Cranford R, Jennett B, Katz DI, et al. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. Neurology. 2002;58(3):349-53.
8. Løvstad M, Schanke A-K. Alvorlig nedsatt bevissthet etter ervervet hjerneskade. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2007;44(6):741-9.
9. Bjerre Andersen L, Pedersen GF. Etter bevidstløshed : information og råd til pårørende. Brabrand: Forlaget '94; 2003.
10. Krogstad JM, Tornås S. Reguleringsvansker etter ervervet hjerneskade. Nesoddtangen: KReSS, Sunnaas sykehus; 2002.
11. Gammeltoft BC. Skjulte handicaps : hos personer ramt af hjerneskade : en sansemæssig-kropslig tilgang. 3. ed. Haslev: Fa. Gammeltoft; 2011.
12. Krogstad JM, KreSS. Hva er ervervet hjerneskade? Nesoddtangen: KReSS, Kognitiv rehabiliteringsenhet, Sunnaas sykehus; 2016. Available from: https://www.sunnaas.no/Documents/Brosjyrer/Hva_er_ervervet_hjerneskade.PDF.
13. Solbakk A-K, Schanke A-K, Krogstad JM. Hodeskader hos voksne ; diagnostikk og rehabilitering. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2008;45(9):1098-107.
14. Wekre LL, Vardeberg K, Skogan AH, Hagen MI. Lærebok i rehabilitering : når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforl.; 2004.
15. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator 2011 Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>.
16. Helsedirektoratet. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Helsedirektoratet; 2017. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>.
17. Bredland EL, Vik K, Linge OA. Det handler om verdighet og deltakelse : verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. 3. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
18. Affolter F, Bischofberger W. Behandling af perceptionsforstyrrelser : Affolterkonseptet. Kbh.: Munksgaard; 1996.
19. Bobath B. Adult hemiplegia : evaluation and treatment. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1990.
20. Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg : undersøgelse og behandling efter Coombes-konseptet. København: FADL; 2005.
21. Helsedirektoratet. Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov 2018. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>.
22. Helsedirektoratet. Barn som pårørende (IS-5/2010) 2010. Available from: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende>.
23. Helsedirektoratet. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten (IS-2587) 2018. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder>.
24. Helsedirektoratet. Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS-1947). Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/189/Avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet-IS-1947.pdf>.

6.0 Vedlegg

Her er samlet ulike praktiske redskaper til bruk i arbeidet.

Disse er hentet fra ulike steder, bøker, hefter, kurs mm.

1. Glasgow coma scale/GCS
2. Kriterier for VT og MBT
3. Coma recovery scale- reviced/CRS-R
4. Early Functional Abilities /EFA
5. Veileder til utagerende atferd
6. Skjerming
7. Galveston orientation & Amnesia test/GOAT
8. Confusion assesment protocol/CAP
9. Prosesdagbok
10. Guiding
11. Munnstimulering
12. Orofacialstimulering
13. Døgnklokke
14. Opplysninger om pasient før skade
15. Leiring
16. Gjennombevegelse
17. Ståtrening
18. Samarbeidsrutiner
19. Medisinske kriterier for overflytting
20. Rehabiliteringsplan

Koma-skala (Glasgow Coma Scale)

	Undersøkers test	Pasientens reaksjon	Oppnådd poeng
Åpning av øynene = E	Spontant	Åpner øynene av seg selv	4
	Tale	Åpner øynene når han blir bedt om det med høy stemme	3
	Smerte	Åpner øynene når han blir kløpet	2
	Smerte	Åpner ikke øynene	1
Beste motoriske reaksjon = M	Instrukser	Følger enkle instruksjoner	6
	Smerte	Dytter vekk undersøkers hånd når han blir kløpet	5
	Smerte	Trekker bort en del av kroppen når undersøker klyper ham	4
	Smerte	Beveger kroppen på en inadekvat måte ved smerte	3
	Smerte	Kroppen blir stiv i en utstrakt stilling når undersøker klyper ham	2
Verbal respons (tale) = V	Smerte	Har ingen motorisk reaksjon ved klyping	1
	Tale	Kan føre en adekvat konversasjon og gjøre rede for hvor han er, hvem han er og måned og år	5
	Tale	Virker forvirret og desorientert	4
	Tale	Snakker forståelig, men uten fornuftig innhold	3
	Tale	Lager lyder som man ikke kan forstå	2
	Tale	Lager ingen lyder	1

REGISTRERING

Pasient: _____

Fødselsdato: _____

DATO									
E									
M									
V									
SUM									

Vegetativ tilstand:

- Alle kriteriene nedenfor må tilfredstilles:
- Ingen sikre tegn til opprettholdt, reproducerbar, målrettet eller intensjonal adferdsmessig respons på visuelle, auditive, taktile eller smertefulle stimuli,
- Ingen sikre tegn til språkforståelse eller språklige ytringer,
- Tilstedeværelse av periodisk våkenhet manifestert ved søvn/våkenhets sykluser (for eksempel åpne øyne i perioder),
- Tilstrekkelig bevarte autonome funksjoner til at pasienten overlever ved adekvat medisinsk omsorg,
- Inkontinens for både urin og avføring,
- Varierende grad av bevarte ryggmargs- og hjernenervereflekser (Giacino og Whyte, 2005, s. 33, min overs.).

Minimal bevissthet:

- Det kreves entydig evidens for en eller flere av følgende adferdsrespons:
- Pasienten følger enkle kommandoer
- Ja/Nei respons verbaliseres eller gestikuleres (behøver ikke være riktig)
- Forståelig verbalisering
- Bevegelser eller affektiv adferd som opptrer i kontingent relasjon til relevante ytre stimuli og som ikke kan tilskrives refleksiv aktivitet. Alle eksemplene nedenfor gir tilstrekkelig evidens for kontingent adferdsrespons:
- episoder med gråt, smil eller latter som respons på emosjonelt ladede språklige eller visuelle stimuli, men ikke på emosjonelt nøytrale temaer eller stimuli
- vokalisering og/eller gester som inntreffer i direkte relasjon til det språklige innholdet i kommentarer eller spørsmål
- griping etter gjenstander på en slik måte at det demonstreres en klar sammenheng mellom gjenstandens lokalisering og bevegelsens retning
- berøring eller holding av objekter på en måte som er tilpasset gjenstandens størrelse og form
- visuelle følgebevegelser eller opprettholdte blikkfiksinger som inntreffer i direkte relasjon til et stimulus i bevegelse eller et tydelig visuelt stimulus (Giacino m.fl., 2002, s. 350-351, min overs.).

JFK COMA RECOVERY SCALE - REVIDERT ©2004																			
Skåringsark																			
<i>Dette skåringsarket bør bare benyttes sammen med "CRS-R ADMINISTRASJONS- OG SKÅRINGSVEILEDER" som gir instruksjoner for standardisert administrasjon av skalaen.</i>																			
Pasient:					Diagnose:					Etiologi:									
Skadedato:					Innleggesdato:														
		Dato																	
		Uke		ADM	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
AUDITIV FUNKSJONSSKALA																			
4 - Konsekvent bevegelse på kommando *																			
3 - Reproduserbar bevegelse på kommando *																			
2 - Lokalisering mot lyd																			
1 - Refleksiv blinking på auditiv stimulus ¹																			
0 - Ingen																			
VISUELL FUNKSJONSSKALA																			
5 - Gjenkjenning av gjenstand*																			
4 - Lokalisering/strekking i retning av gjenstand *																			
3 - Visuell følgebevegelse * ²																			
2 - Blikkfiksering *																			
1 - Refleksiv blinking på visuell stimulus ³																			
0 - Ingen																			
MOTORISK FUNKSJONSSKALA																			
6 - Funksjonell bruk av gjenstand [†]																			
5 - Automatisk motorisk respons *																			
4 - Manipulering av gjenstand *																			
3 - Lokalisering mot ubehagelig stimulering *																			
2 - Tilbaketrekking med rask fleksjon ⁴																			
1 - Abnormalt bevegelsesmønster																			
0 - Ingen/slapp																			
ORALMOTORISK/VERBAL FUNKSJONSSKALA																			
2 - Forståelig verbalisering *																			
1 - Vokalisering/oral bevegelse																			
0 - Ingen																			
KOMMUNIKASJONSSKALA																			
2 - Funksjonell: Riktig [†]																			
1 - Ikke-funksjonell: Intensjonal *																			
0 - Ingen																			
AKTIVERINGSSKALA																			
3 - Oppmerksomhet																			
2 - Åpning av øyne uten stimulering																			
1 - Åpning av øyne med stimulering																			
0 - Ikke mulig å aktivere																			
TOTALSKÅRE																			

Tyder på utvikling ut av MCS[†]

Tyder på MCS *

¹ Auditory Startle

² Visual Pursuit

³ Visual Startle

⁴ Flexion Withdrawal

Vedlegg 4 – EFA (skjema med subscore)

LABEL

Early Functional Abilities (EFA) –scoringsskema

Indlæggelsesdato: _____ **Udskrivesdato:** _____

Dato for vurdering							
Undersøgere							

Vegetative funktioner:

1. Vegetativ stabilitet							
2. Vågenhed							
3. Tolerering af lejring							
4. Adfærd ved udskillelsesfunktion							
Sub-score							

Det facio-orale område:

5. FO-stimulering / mundhygiejne							
6. Synkefunktion							
7. Tungens bevægelser / at tygge							
8. Mimik							
Sub-score							

Sensomotoriske funktioner:

9. Tonustilpasning							
10. Hovedkontrol							
11. Trunkuskontrol / at sidde							
12. Forflytning (siddende til siddende)							
13. At stå							
14. Viljebestemt motorik							
15. Mobilitet i rum / mobilitet i kørestol							
Sub-score							

Sensoriske, perceptuelle og kognitive funktioner:

16. Taktil information							
17. Visuel information							
18. Auditiv information							
19. Kommunikation							
20. Situationsforståelse							
Sub-score							

Total-score (min. 20 / max. 100)							
-----------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

UTAGERENDE ATFERD HOS HJERNESKADDE

AFR, Enhet for spesialisert rehabilitering

Hensikt

Veilederen gir råd i forhold til holdninger og handlinger overfor pasienter med utagerende atferd. Hensikten er at både pas. og personalet skal føle seg mest mulig trygge og ivaretatt, samt ha kunnskap om tiltak.

Veilederen er ment å gjelde for ansatt som jobber med personer med pådratte hjerneskader som viser utfordrende utagerende atferd overfor personalet og andre på avdelingen.

Med utagerende atferd menes: Fysisk eller verbal atferd som oppleves som truende og grenseoverskridende (eks. vold, seksuelle fysiske tilnærmelser, verbale truende utsagn og lignende).

Atferden antas å være en del av sykdomsbildet til den hjerneskadde pasienten.

Terapeutisk tilnærming

- Hindre/begrense utagerende atferd
- Tilgjengelighet for rehabilitering
- Normalisert atferd, sosial kompetanse

Forebygge utagerende atferd hos pasient:

- Tilstedeværelse med rolig, nøytral holdning og kommunikasjon.
- Begrense antall personale rundt pasienten
- Begrense stimuli, redusere aktiviteter ut fra pasientens behov.
- Utarbeide individuell holdningsplan (hvordan forholde seg til pasienten)
- Skjerming (enerom, hvile, leiring, minimalisere stimuli)
- Avledning (tur ut, fysisk aktivitet, musikk, terapeutisk berøring)
- Kommunikasjon: Rolig stemmebruk, få ord, enkle beskjeder. I størst mulig grad unngå snakk personalet imellom, avklar ansvar på forhånd.
- Fast struktur/dagsplan. Få aktiviteter, fleksibilitet med pasientens behov i sentrum.
- Forankre pasienten til det som er kjent og trygt for ham. Eventuelt i samspill med pårørende.
- Kommunikasjon: Rolig stemmebruk, få ord, enkle beskjeder. I størst mulig grad unngå snakk personalet imellom, avklar ansvar på forhånd.
- Fast struktur/dagsplan. Få aktiviteter, fleksibilitet med pasientens behov i sentrum.
- Lege vurderer behov for medisinerings.

Observere: Stemningsleie, humør, kroppsspråk

- Hva er triggere i forkant/etterkant?
- Analysere eventuelt intensjon bak atferden.

Pas. som forlater sykehusavdelingen:

- Kontakt vakthavende lege/lege på avd.
- Kontakt enhetsleder
- Kontakt politi 02800 om pas. forlater sykehusavdelingen og vurderes som *til fare for andre eller seg selv (fare for liv og helse)*
- Kontakt pårørende/evt. verger

Tiltak: ved skade på pas. eller personale:

- Førstehjelp og medisinsk behandling
- Noen er hos den skadede (psykisk)
- Melde avvik (både for pas., bygning/inventar og yrkesskade om arbeidsuførhetsdager for ansatt) se skjema på hjemmesiden SSHF (se nederst i denne veilederen).

Ivaretagelse av personalet

Det er arbeidsgivers ansvar å sikre at den som har vært utsatt for fysisk eller verbalt truende adferd ivaretas på en god måte. Nærmeste leder med personalansvar følger opp/legger til rette for oppfølging eks. via Bedriftshelsetjenesten

Enhver ansatt har i tillegg ansvar for å søke hjelp selv, når dette er nødvendig. Leder og/ eller kollegaer gir psykisk førstehjelp.

Nedenfor er momenter som kan inngå i psykisk førstehjelp beskrevet:

- Vise omsorg og ta vare på den som har vært utsatt for en alvorlig hendelse
- Beskytte den involverte mot ytterligere skade
- Gi mulighet for å snakke om hendelsene, men uten press
- Lytte tålmodig på en aksepterende og ikke-dømmende måte
- Formidle ekte medfølelse
- Identifisere grunnleggende praktiske behov og hjelpe til med at disse blir ivarettatt
- Forholde seg til personens bekymringer og prøve å hjelpe til med å løse disse
- Fraråde uheldige mestringsstrategier som for eksempel overdreven bruk av alkohol
- Oppmuntre til deltakelse i normale daglige rutiner og bruk av positive virkemidler for mestring
- Oppmuntre, men ikke tvinge, omgang med familie, venner eller arbeidskolleger
- Tilby personen muligheten for å komme tilbake/ta kontakt ved behov for mer støtte
- Ved behov, henvise til lokalt tilgjengelig støtteapparat eller trente klinikere

Som kollega kan man gi psykisk støtte på følgende måte:

- sikre at den som er rammet ikke er alene etter hendelsen, og respekter om han/hun ønsker å være mer for seg selv.

- skape ro, den ansatte blir sett og hørt

- skape trygghet, (være til stede, være i nærheten, stille og rolig, medfølelse)

Som kollega er det viktigst å være et godt medmenneske for den som har vært utsatt for

vold/utagering. Man kan gjøre følgende:

- vise omsorg og nærvær (tilby å gå en tur, kaffepause/lunsj, tlf.)

- kollegesamtale/støtte (unngå å bagatellisere eller fortelle om egne opplevelser, analysere, forklare eller gi for mange råd. Ikke prat så mye selv, men la den andre styre det eller han/hun har behov for.

- lytt, spør om situasjonen som oppstod. Respekter om han/hun ikke ønsker å snakke om det

Hele teamet kan og bør sammen med enhetsleder ta opp fakta som har skjedd, slik at personalet gis muligheten til samtale seg imellom om det som har skjedd

Samarbeide AFR og KPH (Klinikk for psykisk helse)

- Telefonisk rådgiving (lege eller psykolog tar tlf til KPH og drøfter om innleggelse er aktuelt)

Se også veiledingen fra KPH.

Frivillig innleggelse §4.1 eller 4.2 i Lov om psykisk helsevern (skjema fylles ut)

Tvangsinnleggelse § 3.1 eller 3.2 i Lov om psykisk helsevern (skjema fylles ut)

Tvang

Dersom en pas. åpenbart ikke forstår hva helsehjelpen går ut på, ikke er i stand til å ta en beslutning eller motsetter seg helsehjelpen på en slik måte at det er fare for liv og helse, kan pas. vurderes å ha manglende samtykkekompetanse (beslutningskompetanse).

I slike tilfeller har somatikken lov å benytte tvangshjemmel i kapittel 4a i Pasient og brukerrettighetsloven. Pas. og evt pårørende informeres, eget skjema fylles ut og det journalføres i DIPS

Pas. som er under slik hjemmel, kan tvangsbehandles inntil hjemmel opphører. Vurdering av samtykkekompetanse skal gjøres jevnlig. Det kan vurderes manglende samtykkekompetanse kun på enkelte områder eller totalt. Manglende samtykke kan være flukturerende og bør vurderes med jevne mellomrom avhengig av pas. sykdomsbilde og utvikling. Hele teamet rundt pas. skal være med i denne vurderingen, men bør besluttes av personalet med kompetanse innen mental vurdering. Det er den som utfører helsehjelpen som skal fatte beslutning om manglende samtykkekompetanse

Ulike lover som regulerer tvangsbehandling

- Lov om Nødrett og Øyeblikkelig hjelp: Alle. Overgår alle lover. Gjelder i nødsituasjoner for å redde liv
- Lov om psykisk helsevern: For Klinikk for psykisk helse
- Pas. og brukerrettighetsloven: For somatiske avdelinger
- Sosialhelsetjeneste loven: For medfødte hjernesker og pas. under Habiliteringstjenesten (eks. medfødt psyk.utv.hemming)

Skjema som skal fylles ut ifm personskaade, avvik osv.

Intranett (hjemmesiden til sshf). Av blå faner øverst velges **TQM**. Her logger man inn på vanlig måte. Velg skjema og fyll ut etter valg som fremkommer (selvforklarende)

Vedlegg 6 – Skjerming

		Klinikknivå			Skjema
ATBI - Primæropphold - Skjema for skjerming (eksempel), AFR					Side 1 av 1
Dokumentplassering: II.SOK.AFR.2.1.6.5-11	Godkjent dato: 08.12.2017	Revideres innen: 08.12.2019	Sist endret: 08.12.2017	Revisjon: 0.01	

HENSIKT

Dokumentet skal kvalitetssikre og dokumentere skjermingstiltak for pasienter i post traumatisk forvirringstilstand (PTF) og andre pasienter som i kortere eller lengre tid trenger en grad av skjerming.

MÅLGRUPPE

Ansatte i ESR, som har kontakt med pasienten som trenger skjerming.

Aktivitet	Beskrivelse av tiltak <i>Eksempler. (slettes før bruk til pasient.)</i>			
Hvile	<i>Pasienten er trettbar, så lenge han er i en forvirringsfase må det sikres at han får den hvile han trenger. Alle som skal inn til ham skal henvende seg på vakt-rommet først og sjekke om han hviler/sover, så at han ikke blir unødvendig forstyrret.</i>			
Ro for kvelden	<i>Pas. trenger for tiden ro for kvelden rundt kl.19. Han bør være tilbake på avdelingen og besøk avsluttes kl.18.30 slik at han får mulighet til å legge seg før han blir overtrøtt og urolig.</i>			
Besøk	<i>Besøk bør ikke vare mer enn en halvtime om gangen, og helst ikke mer enn en person om gangen. De besøkende kan gjerne ta minimum en halvtimes pause og så komme tilbake for en ny halvtimes besøk.</i>			
Telefon	<i>Avgrense telefonbruk til en samtale om dagen / telefontid mellom kl.17-17.30.</i>			
Pc, nettbrett, smarttlf	<i>Unngå bruk av pc / pc kan brukes halvtime på ettermiddagen, kl.18-18.30.</i>			
TV, radio, musikk	<i>Tv skal unngås. Pas. kan høre rolig musikk 3 * 15 minutter i løpet av dagen. Husk at musikk er en aktivitet for pasienten. Det skal ikke stå på når man går fra rommet og pasienten har hvilepauser.</i>			
Måltider	<i>Pas. skal spise skjernet på eget rom / pusterommet / sammen med en medpasient og eller pleier på pusterommet. Ved aggressiv atferd bør papp og plastikk servise brukes.</i>			
Felles-arealer	<i>Pas. skal ikke oppholde seg i fellesarealer / pas. kan oppholde seg i korte perioder i fellesarealer sammen med ansvarlig ansatt, når det er få andre tilstede / pas. kan ha trening i rolige omgivelser i ergo- og fysio-terapien. Pas. kan gå rolige turer ute eller.... Unngå vandring i korridorene på avdelingen.</i>			
Aktiviteter	<i>Pas. kan drive med aktiviteter på rommet i 15-20 min. om gangen, som for eksempel spille yatzy, strikke, male, perle, tegne, spille kort, byggesett, lage vafler (aktiviteter må vurderes for den enkelte).</i>			
Utarbeidet av: Mette S Rogild, Anne Grethe Guthe, Vemund Gillestad	Fagansvarlig:	Verifisert av:	Godkjent av: <ikke styrt>	Dok.nr: D43168

GALVESTONE ORIENTATION & AMNESIA TEST (GOAT)

GALVESTONE ORIENTATION & AMNESIA TEST (GOAT)		Feil skår
1	Hva er navnet ditt? (2) Når er du født?(4)	
	Hvor bor du? (4)	
2	Hvor er du nå? (5) sted (5) sykehus	
	Hvilken dato ble du innlagt dette sykehuset? (5)	
3	Hvordan kom du hit?(5)	
	Hva er det første du husker <u>etter</u> skaden?(5)	
4	Kan du beskrive i detalj det første du husker (for eks. dato, tid, besøk etc.)? (5)	
	Hva er det siste du husker <u>før</u> skaden?(5)	
5	Kan du beskrive i detalj det siste du husker <u>før</u> skaden (for eksempel dato, tid, besøk)	
	Hva er klokka nå? (- 1 for hver ½ times avvik fra riktig dato, maks -5)	
6	Hvilken <i>dag</i> er det? (- 1 for hver dag avvik)	
7	Hvilken <i>dato</i> er det? (-1 for hver måned avvik, maks -15)	
8	Hvilken <i>måned</i> er det? (-5 for hver måned avvik, maks -15)	
9	Hvilket <i>år</i> er det? (-10 for hvert år avvik, maks -30)	
SUM feilskårer		

Målt med GOAT. GOAT feilskåre på > 24 indikerer desorientering og teller som *ett symptom på PTF*.

GOAT Test Resultat Kode (sett sirkel rundt ett av tallene) 0 1 2 3 4 5 6 9

0= **Standards Administration**

1= **Arousal Impairment Code** - Ikke I stand til å fullføre del ledd/test grunnet manglende evne til å holde seg våken.

2= **Motor Impairment Code** - Ikke I stand til å gi NOEN form for motorisk respons, eller pasienten er forhindret i å bevege seg

3= **Visual Impairment Code** - Ikke I stand til å se test stimuli (for eks blind) IKKE perseptuelle forstyrrelser.

4= **Phonation Impairment Code**- INGEN tale eller uttalt dysartri eller intubert

5= **Aphasia Code** - Alvorlige språkproblemer som FULLSTENDIG overskygger evnen til å delta i testen

6= **Agitation Code** - Pasienten er ekstremt agitert og samarbeider derfor ikke I testsituasjonen

9= **Test NOT Administered**- Test ikke utført

Hvis flere av disse punktene passer, bruk koden som påvirker utførelsen av testen mest.

Utarbeidet av Mark Sherer i 2015, oversatt til norsk av Randi Holsen, Jannicke Falch, Solveig Lægreid Hauger og Susan

CAP SKÅRING:

Resultatet punkt 1-7:

- Resultatet fra hvert skjema /test skåres i henhold til **skåringskriteriene** i veiledningen (se vedlagt).
- For hvert punkt (1-7) føres **CAP skåren** inn på følgende skjema:

	DATO:						
1.	Kognitiv svikt (CI)						
2.	Desorientering						
3.	Agitasjon						
4.	Fluktuering av symptom (DRS-R)						
5.	Søvnforstyrrelse						
6.	Nedsatt våkenhet på dagtid						
7.	Psykoselignende symptom						
	CAP TOTAL SKÅRE						

CAP TOTAL SKÅRE:

- 4 eller flere symptom tyder på forvirring (PTF)
- Når ett av symptomene er *desorientering*, så tyder 3 symptom på forvirring (PTF)

Prosessdagbok

Et "verktøy" til bruk i rehabilitering av hjerneskadde.

Boken følger pasientens rehabiliteringsprosess, brukes daglig og endres i takt med pasientens utvikling. Derav navnet Prosessdagbok.

Hensikt:

- forankre pasienten i tid, sted og situasjon, og videre trene hukommelse, innsikt og initiativ.

Innhold i boken:

Kap. 1: DETTE HAR HENDT

Kap. 2: SKADEN GJØR AT...

Kap. 3: DAGEN I DAG

Kap. 4: MIN REHABILITERINGS PLAN OG DAGSPLAN

Kap. 5: DAGBOK

Bruk av prosessdagbok :

1. Hver formiddag - gjennomgang av prosessdagboken:

- Les sammen med NN kap. 1 og 2
- Skriv sammen med NN ned dag og dato på eget ark i kap.3
- Gjennomgå mål og dagsplan kap. 4.
- Les/snakk om det er skrevet ned fra kvelden før i dagbokdelen i kap. 5
- Skriv kun i stikkord ned i dagbokdelen hva NN har gjort i løpet av dagen du har vært på vakt.

2. Hver kveld- oppsummering av dagen:

- Skriv ned det som har skjedd i løpet av kvelden sammen med NN.
- Oppsummer sammen med NN hva som har skjedd i løpet av hele dagen.

Guiding – elementær/aktiv

HENSIKT:

- Fremme normalt funksjonelt bevegelsesmønster, hemme spastisitet
- Fremme sansestimulering og hukommelse, normal bevegelse og utførelse av handling samt problemløsning.

KRAV TIL HJELPEREN:

- Kjennskap til normalt bevegelsesmønster
- Kroppen skal huske –lære
- Nonverbal/ordløs guiding er mest gunstig fordi ord forstyrrer konsentrasjonen og kan skape frustrasjoner.

Ved bruk av ordløs guiding går en utenom intellektet, stimulerer tidligere automatiserte bevegelser og kroppens egen hukommelse. Det er ikke ord som skal fortelle aktiviteten, men oppfattelsen av bevegelsen gjennom sansene.



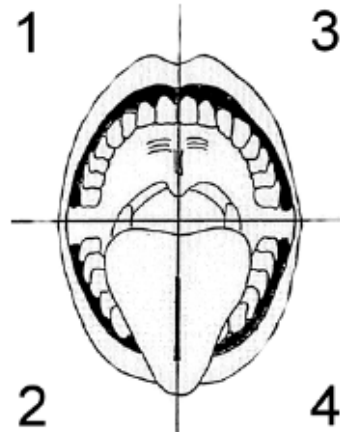
Hvordan:

- Gi kort verbal instruks om hva som skal skje
- Pasienten er hovedaktør. Stå bak eller ved siden av pasienten.
- Pass på at pasientens kropp er korrekt leiret/støttet slik at guiding kan foregå innenfor rammene for normalt bevegelsesmønster.
- Hjelperen leder pasienten gjennom bevegelsen/aktiviteten ved å legge sin h. hånd utenpå pasientens h. hånd, fingerspiss på fingerspiss og ”forteller” hva hans kropp eller hender skal gjøre. Skift mellom høyre og venstre.
- Hjelperen støtter og ”forteller” hvordan bevegelsen er og rytme.
- Hjelperen slutter når pasienten tar over aktiviteten og hjelper videre i prosessen når pasienten stopper opp eller har uhensiktsmessige bevegelser



Minimal verbal kommunikasjon under hele aktiviteten!

Munnstimulering



Med gummihanske på:

Dypp fingeren i vann hver gang før du går inn i munnen til pasienten.

Bruk lillefinger eller pekefinger.

- Pasientens hånd guides opp til ansiktet, en fast berøring av høyre kinn, venstre kinn, overleppe og underleppe.
- Start alltid på den siden som er overaktiv.
- **Marker med et trykk på utsiden** av kjeven på den siden du starter
- Før våt lillefinger inn under overleppen ca. ved midten, gli fast og langsomt langs oversiden av gummen bakover i munnen og frem igjen nesten til midten – **i alt tre ganger frem og tilbake – drei så fingeren utover og trekk bakerste del av kinnnet litt utover. Lukk munnen** for å fremme svelg. Samme prosedyre i nede. Deretter andre side.
- La en våt finger berøre fremste del av **tungen** med ett **lett trykk ned og frem**, gå "ett skritt" bakover med fingeren og gi ett lett trykk, så enda ett skritt bakover med ett lett trykk til midtre del av tungen er berørt.
- **Gi to faste trykk i ganen bak fortennene**, der tungen vil berøre når vi lager en n-lyd.

Det er viktig at pasienten gis anledning til å svelge mellom hver øvelse.

Orofacial stimulering

Arbeidsstillinger

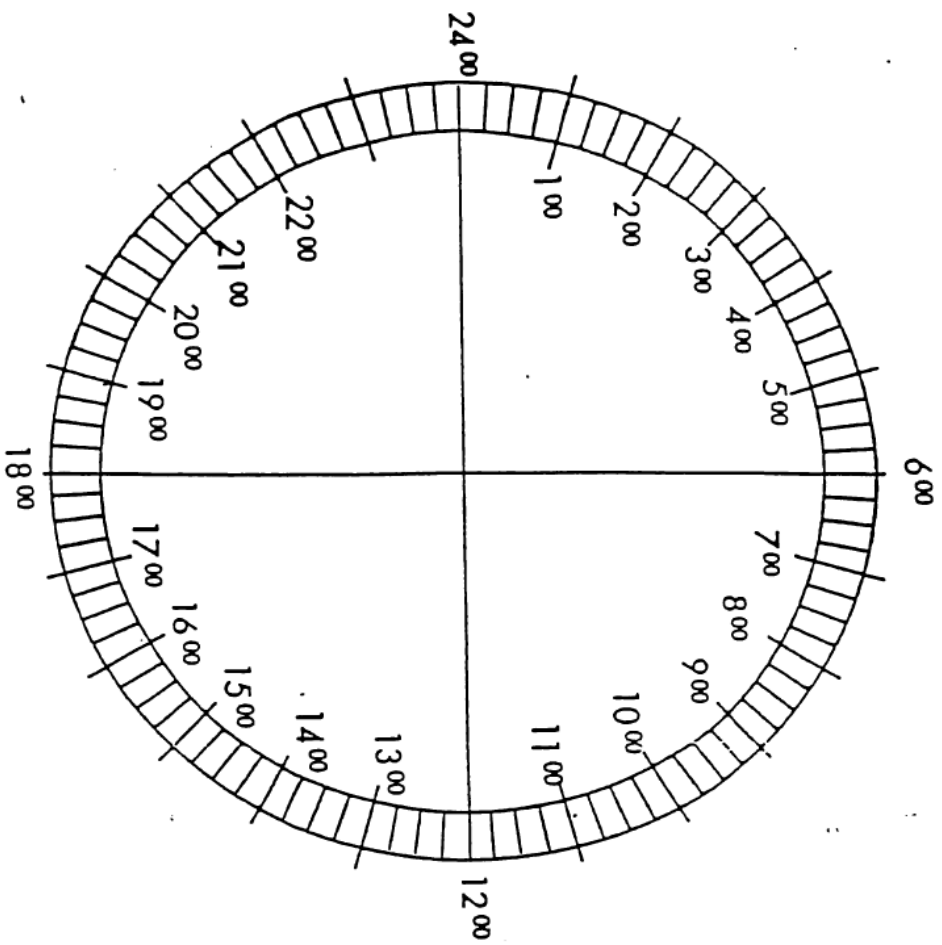
- Sitte på benk, matte eller i seng med pasientens hode i fanget.
- Stå bak hodeenden på seng, benk, stol eller bakovertiltet rullestol.

Oppstart av stimuleringen

- Masser håndflatene (senter for hånd og tunge ligger ved siden av hverandre i hjernen). Tunge vil også da stimuleres. Det er også en behagelig måte for pasienten å bli tilnærmet på.
- Strekk pannehuden fra hårrota ned til øyenbrynene. 5-6 x
- Over og under øynene i retning fra neserota mot tinningene.
- «Kaninmuskelen» strekkes fra neserota og ned til leppene og slipp. 5 -10 x
- Kinnmusklene strekkes skrått mot overleppa.
- «Smilemuskelene» strekkes fra midt i kinnene mot leppene og form trutmunn.
- Strekk ringmuskelen rundt munnen. Opp og nede.
- Musklene på haka strekkes oppover til underleppa.
- «Kosemuskelen» strekkes oppover mot panna fra nescgropa.
- Munnbunnsmuskulaturen under haka masseres med fingertuppene og vibreres. Dette stimulerer tunga.



Massasjen foregår i rolig tempo, kanskje i dempet belysning og med lav rolig musikk.



DØGNKLOKKE

Start på ny klokke kl. 24.00

BLÅTT SOVER

GRØNT VAKEN, ROLIG

GULT VAKEN, UROLIG

RØDT SITTE OPPE I STOL

ANDRE OBSERVASJONER KAN
OGSÅ MARKERES PÅ KLOKKEN

Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering

Navnelapp

Opplysninger fra pårørende

vedrørende PASIENT.....

Pårørendes opplevelse av pasienten i dagliglivet, slik det var før skaden, er informasjon som kan bidra til et bedre rehabiliteringsopplegg for pasienten.

Vi håper du vil bidra til dette ved å svare på noen spørsmål. Dette for å gi nyttige og viktige innspill til oss som personale.

Dette skjemaet vil følge med pasientjournalen.

Du velger selv de spørsmålene du vil svare på.(Bruk gjerne stikkord.)

Personalia/sosialt/interesser:

Navn på pasientens pårørende (familie, nærmeste venner):

Pasientens skole/arbeidssted /annet:

Interesser/hobbyer:

Mat/drikke (favoritter):

Aktuelle TV-program, aviser, blader:

Fritidsinteresser:

SNU ARKET!

Ressurser/egenskaper hos pasienten.

Humør (stabilt/svingende):

Emosjonell funksjon (kontrollert/viser følelser):

Sosial (utadvendt/innadvendt og rolle i fam./blant venner)

Spesielt sterke sider:

Døgnrytme (A/B menneske):

Praktiske ferdigheter:

Struktur i hverdagen (god til å organisere/tar det som det kommer)

Annet som du mener er viktig for oss å vite noe om:

Underskrift og dato av deg som har gitt informasjon og din relasjon til pasienten.

.....

LEIRING AV PASIENT I SENG

PASIENTENS NAVN: _____

FYSIOTERAPEUT: _____

GJELDER FRA (DATO): _____

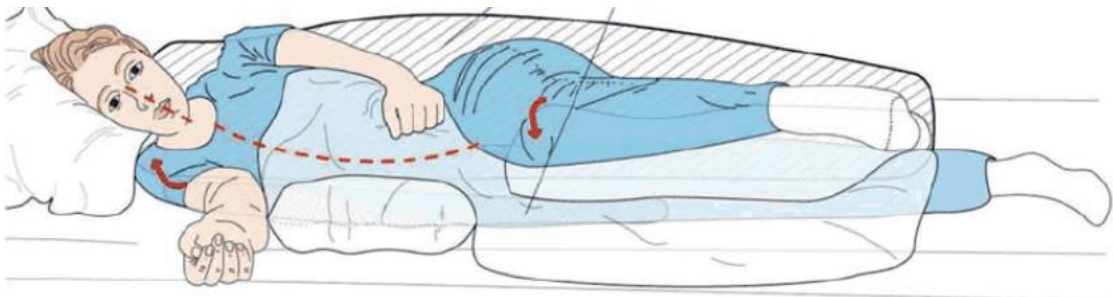
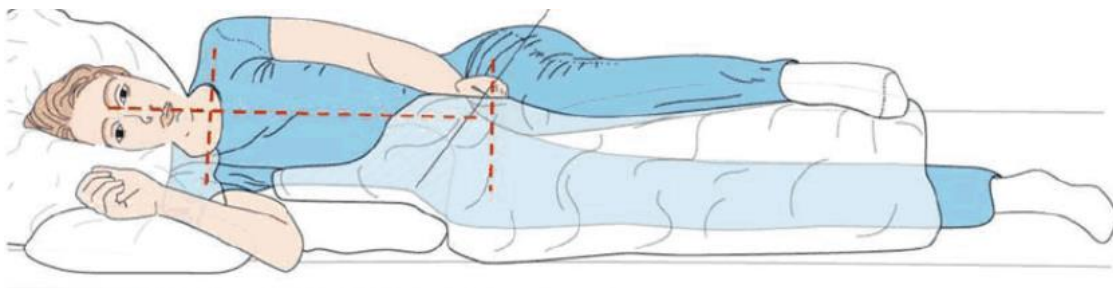
HENSIKT:

- Sikre pasientene best mulig komfort/hvile
- Posisjonere pasienten slik at leddene er sentrerte i nøytral stilling.
- Unngå forkortning eller forlenging av muskulatur.
- Regulere muskeltonus.
- Forebygge komplikasjoner som kontrakturer, trykksår, pneumoni og smerter

OBSERVER PASIENTEN:

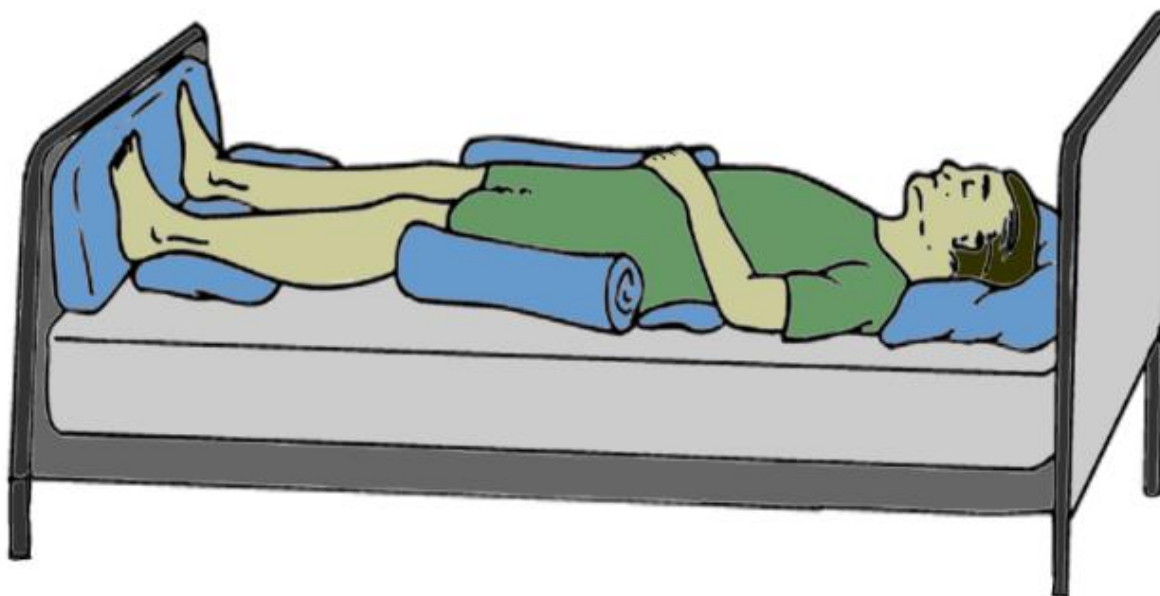
- Er pasienten rolig når han skal hvile? Uro kan være tegn på ubehag i stillingen
- Det kan være behov for hyppig stillingsjusteringer eller endringer

Vi bruker forskjellig leiringsmateriale som puter, dyner og faste skumgummiklosser, til å posisjonere pasienten slik at leddene er sentrerte i nøytral stilling.



I ryggeleie bør man sikre at paralytisk underekstremitet ikke ligger utoverrotert og med tærne pekende nedover.

Man kan bruke forskjellig leiringsmateriale. Som for eksempel puter, dyner eller skumgummiklosser.



Gjennombevegelse

Hensikt:

- Vedlikeholde leddbevegelighet og muskellengde
- Gi sensorisk og proprioseptisk stimulering
- Stimulerer til aktivitet
- Forebygge eller dempe smerte
- Øke sirkulasjon i kroppsdelen
- Påvirker muskeltonus

Utgangsstilling: Ryngleie

Utførelse:

- Disse bildene viser et forslag til hvordan man kan passivt gjennombevege en pasient som ikke selv kan bevege seg. Videre viser de hvordan man kan plassere hendene sine og hvilke grep man kan bruke.
- Alle bevegelsene skal utføres i rolig tempo og det skal ikke legges press på.
- Se etter at pasienten ikke gir uttrykk for smerte.
- Der er ingen fasit for hvor mange ganger hver bevegelse bør gjøres, men vi foreslår 10 ganger.

Individuell tilpassing:

Dette dokumentet kan brukes som et utgangspunkt til en prosedyre til tverrfaglig bruk. Eller som et eksempel på hvordan den kan se ut.

Teksten og eventuelt bilder skal tilpasses hver enkelt pasient. Fysioterapeuten har ansvar for at det blir gjort.

Alle aktuelle hjelpepersoner skal ha opplæring. Hvis man er usikker på utførelsen skal ansvarlig fysioterapeut kontaktes.

Prosedyren skal merkes med følgende:

Pasientens navn:

Ansvarlig fysioterapeut:

Gjelder fra dato:

Når den skal utføres:

Gjennombevegelse

Pasientens navn:

Ansvarlig fysioterapeut:

Gjelder fra dato:

Når:

Trunkusrotasjoner



Underekstremitetene

Bøy og strekk i hofter og knær



Bøy og strekk tærne



Tøyning av legg med strakt og bøyd kne



Før beinet ut til siden med strekt kne og etterpå bøyd kne.



Overekstremitetene

Sirkulær bevegelse av skulderbuen



Før armen ut til siden. Unngå drag i armen



Bøy og strekk i albuen



Hold overarmen parallell med overkroppen og før underarmen rolig i fra side til side.



Streck og bøy håndleddet



Bøy og strekk i fingrene



Strek armen opp mot taket



Ståtrening i ståseng/ståbord.

Hensikt


- Øke våkenhetsgrad
- Dempe tonus dersom hyperten
- Forebygge kontrakturer
- Øke tonus dersom hypoton
- Forebyggende på osteoporose
- Forebyggende på trykksår
- Stabilisere blodtrykk
- Øke sirkulasjon
- Bedre nyre-tarm-funksjon
- Gi psykisk velvære

Gjennomføring

- Ta på sko.
- Sørg for at pasienten har føttene godt plassert på fotbrettet.
- Fest stroppene knær, hofter og bryst.
- Hvor ofte:
- Hvor lenge:
- Står i x° . Øk antall grader etter hvert. Gå sakte opp og stopp på veien ved behov.



Ståstativet på bildet, er et Delta2004 Evolution fra Hjelpemiddel-leverandøren AS. Ytterligere informasjon finnes på www.hml.no

		Somatikk Kristiansand		Generelt dokument
Samarbeidsrutiner mellom avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFR) andre avdelinger i SSHF om pasienter med alvorligst hjerneskader				Side 1 av 2
Dokument ID: II.SOK.AFR.1.10-1	Godkjent dato: 28.10.2016	Gyldig til: 28.10.2018	Revisjon: 2.00	

Somatikk Kristiansand\Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering\Organisasjon, ledelse og administrasjon\Administrative rutiner

Hensikt

Heve kompetanse hos personell og kvalitet på tilbud om tidlig rehabilitering for pasienter med alvorligst hjerneskade (se henvisninger).

Igangsette rehabiliteringsprosessen for pasienter med alvorligst hjerneskade.

Få faste rutiner og igangsette tidlig kommunikasjon og samarbeid om tilbudet til disse pasientene.

Beskrive ansvarsfordeling mellom enhet for spesialisert rehabilitering (ESR) og øvrige avdelinger i SSHF.

Gjelder for

Alt aktuelt personell i enhet for spesialisert rehabilitering (ESR), avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering/reumatologi (AFR). Tilsvarende retningslinjer er laget for personell i SSHF.

Grunnlagsinformasjon

Ønske om klare og felles retningslinjer for hvordan samhandling om tilbudet til mennesker med alvorligst hjerneskade bør skje.

Ansvar

Pasientansvarlig lege (PAL), enhetsleder og Ambulant rehabiliteringstjeneste (ART) i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, ansvarlig lege, avdelingsleder, personell på den aktuelle avdeling, SSHF

Handling

- **første kontakt:** Aktuell avdelings ansvarlige lege SSHF melder fortløpende pr. tlf til ansvarlig lege/inntakskordinator i enhet for spesialisert rehabilitering om pasienter med alvorligst hjerneskade. Det er ønskelig at dette skjer snarest mulig etter innkomst.


Ansvarlig lege i ESR avtaler med ansvarlig lege SSHF når visitering skal skje.

SSHF gir melding om pasienten til kommunehelsetjenesten, PLO-melding.

Ansvarlig lege i enhet for spesialisert rehabilitering og ART møtes ukentlig.

- **tværfaglig visitering:**
Ansvarlig lege og personell fra ART deltar i visitering av pasient på aktuell avdeling.

Utarbeidet av: Spesialfysioterapeut Svein A. Berntsen, Spesialergoterapeut Grete Dagsvik, Overlege Gunn Siren Rike, Spesialpsykepleier Johanne Seim Solaas	Fagansvarlig:	Godkjent av: Anne Kari Thomassen	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------------------------------	--

 SØRLANDET SYKEHUS	Samarbeidsrutiner mellom avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFR) andre avdelinger i SSHF om pasienter med alvorligst hjerneskader			Side: 2 Av: 2	
Dokument-id: II.SOK.AFR.1.10-1	Utarbeidet av: Spesialfysioterapeut Svein A. Berntsen, Spesialergoterapeut Grete Dagsvik, Overlege Gunn Siren Rike, Spesialpsykeleier Johanne Seim Solaas	Fagansvarlig:	Godkjent dato: 28.10.2018	Godkjent av: Anne Kari Thomassen	Revisjon: 2.00

Somatikk Kristiansand\Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering\Organisasjon, ledelse og administrasjon\Administrative rutiner

Innholdet i visiteringen for den enkelte pasient avtales og avklares i forkant.

Innholdet ved visitering kan være:

Innhenting av nødvendig informasjon.

Tilsyn av pasient.

Veiledning av personell mht rehabiliteringsprinsipper.

Samarbeid med pasientansvarlig lege/pasientansvarlig sykepleier. Faglig bistand til personell i forhold til å lage en individuell rehabiliteringsplan.

Samtale / kontakt med pårørende.

Kontakt med kommunehelsetjenesten.

- **overflytting:** Ansvarlig lege ved enhet for spesialisert rehabilitering vurderer henvisning og melder når pasienten er klar for overflytting.
Inntaksansvarlig ved ESR fastsetter dato og tidspunkt.
Det er ønskelig at pasienten blir overflyttet før kl 13, innleggelsesdagen.

Det er viktig at oppdaterte medisinske opplysninger og annen oppdatert dokumentasjon følger med pasienten.

Pasientens egne hjelpemidler og utstyr følger med pasienten ved overflytting.

Kryssreferanser

Rapporter fra hjerneskadeprojektet

Eksterne referanser

Definisjon:

"**Alvorlig hjerneskade**": Glasgow Coma Scale (GCS) 3-8, Bevissthetstap > 36timer, Post traumatisk amnesi (PTA) >7dager.

"**Alvorligst hjerneskade**": personer med alvorlig hjerneskade som trenger et spesielt omfattende tilbud, både medisinsk og rehabiliteringsmessig.

Vedlegg 19 – Medisinske kriterier for overflytting

Medisinske kriterier for overflytting fra akuttavdelinger ved SSHF og fra andre helseforetak

Pasienten må være medisinsk stabil og oppfylle følgende kriterier for overflytting til ESR:

1: Sirkulatorisk stabil; Tåler stress ved mobilisering, suging og lignende.

Vasoaktive medikamenter seponert. Autonom dysfunksjon utredet og behandling evt oppstartet.

2: Respiratorisk stabil; Kan få trykkstøtte/CPAP under forutsetning av at det er utført lungefysiologisk vurdering. Videre behandlingstrategi skal være vedlagt.

3: Ernæring: Ved behov for sondeernæring skal det være etablert velfungerende PEG og ventrikelretensjonsproblemstillingen skal være vurdert.

4: Infeksjon: Kartlagt og fallende CRP. Det skal være startet opp målrettet antibiotika. Ved overflytting til ESR overgang til per oral behandling.

5: Motorisk uro/kognitiv tilstand: Pasienter som er suicidale eller utagerende i den grad at de er til fare for seg selv, andre pasienter eller personale, kan ikke overflyttes før disse forhold er brakt under kontroll.

6: Samtlige skader skal være utredet og oppfølging er avtalt

		Somatikk Kristiansand		Retningslinje
Individuell rehabiliteringsplan - Enhet for spesialisert rehabilitering, AFR				Side 1 av 2
Dokument ID: II.SOK.AFR.2.1-2		Godkjent dato: 22.12.2016	Gyldig til: 22.12.2018	Revisjon: 2.01

Somatikk Kristiansand\Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering\Fagprosedyrer og Pasientrelaterte tema\Spesialisert rehabilitering

Hensikt

Retningslinjen skal sikre at pasienten får en skriftlig individuell rehabiliteringsplan som beskriver den enkeltes rehabiliteringsprosess. Rehabiliteringsplanen skal samordne resultater fra utredning/kartlegging i spesialisthelsetjenesten. Planen skal være skriftlig nedfelt og skal inneholde planlagte tverrfaglige tiltak som understøtter pasientens mål og delmål.

Gjelder for

Alle ansatte i Enhet for spesialisert rehabilitering (ESR), Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFR)

Grunnlagsinformasjon

Formålet med prosedyren er å sikre at nasjonale anbefalinger og føringer blir fulgt opp ved bruk av individuell rehabiliteringsplan. Alle pasienter som blir lagt inn til primæropphold i ESR skal ha en individuell rehabiliteringsplan. Pasienter som er inne til reopp hold skal dersom oppholdet får konsekvenser for videre kommunal oppfølging aktivere en tidligere rehabiliteringsplan eller opprette en ny.

Ansvar

Alle faggrupper tilknyttet pasientbehandling ved primær-/ reopp hold.


Handling

Primær sykepleier/-hjelpepleier skal etter å ha gjennomført en forkantsamtale med pasienten opprette en individuell rehabiliteringsplan i Dips. Planen skal opprettes den dagen pasienten kommer. Hver faggruppe har selv ansvar for å sette seg opp på planen og etablere "fagspesifikke" mål med pasienten i sentrum. Dersom flere faggrupper jobber mot samme mål kan man skrive på flere faggrupper som "ansvarlige". Hver yrkesgruppe setter da inn sine fagspesifikke tiltak og evaluerer de underveis i prosessen. På teammøtet presenterer hver faggruppe de målene som er satt. Hver faggruppe legger frem "Hvilke mål de jobber mot?", "Hvor langt de er kommet i arbeidet?" "Hva som er fokus for neste uke?". Dersom målene er oppnådd, evalueres dette og eventuelle nye mål settes inn i planen. Planen skal sluttevalueres dagen før pasientens utreisedag. Hver yrkesgruppe evaluerer sine mål. Planen kan sendes med pasient videre til kommunen dersom pasienten samtykker. Ansvarlig sykepleier/-hjelpepleier på utreisedagen har ansvaret for å avslutte og godkjenne dokumentet. Vedkommende fjerner da også yrkesgrupper som ikke har vært delaktige i utarbeidelse av planen.

Kryssreferanser

Team møte, Enhet for spesialisert rehabilitering, AFR

Utarbeidet av: Gunn Siren Rike, Rein Knoph, Tone næss, Vemund Gitlestad, Trine eriksen, Ingunn Stiland, Marit Mjøbo, Benedikte Haraldsen	Fagansvarlig:	Godkjent av: Anne Kari Thomassen	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------------------------------	--

 SØRLANDET SYKEHUS	Individuell rehabiliteringsplan - Enhet for spesialisert rehabilitering, AFR				Side: 2 Av: 2
Dokument-id: II.SOK.AFR.2.1-2	Utarbeidet av: Gunn Siren Rike, Rein Knoph, Tone næss, Vemund Gitlestad, Trine eriksen, Ingunn Stiland, Marit Mjøbo, Benedikte Haraldsen	Fagansvarlig:	Godkjent dato: 22.12.2016	Godkjent av: Anne Kari Thomassen	Revisjon: 2.01

Somatikk Kristiansand\Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering\Fagprosedyrer og Pasientrelaterte tema\Spesialisert rehabilitering

Teamkoordinator, Enhet for spesialisert rehabilitering, AFR

Forkantsamtale, Enhet for spesialisert rehabilitering, AFR

Samarbeidsmøte mellom pasient, pårørende, AFR og eksterne instanser.

Eksternreferanser

Stortingsmelding 21 – def. av spesialisert rehabilitering

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag (2010)

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015)

NCPM kodeverk 2016 – kap. O

