Modul 4
-Personlig hygiejne

Et af menneskets grundlæggende behov er at være ren og velplejet.
Det er meget individuelt, hvad den enkelte lægger i at få opfyldt dette behov. Nogle ældre mennesker er fra den generation, hvor man ikke tog bad hver dag, og er vant til at foretage etagevask ved et vandfad. Eller kun at bade en til to gange om ugen. Andre mennesker bader enten hver dag eller flere gange om dagen, alt efter hvad der skal til, for at den enkelte føler sig ren og velplejet.
I vores samfund dyrker og plejer man sin hud og krop i højere grad end tidligere. Både mænd og kvinder går til kosmetologer, stylister og frisør langt hyppigere end tidligere.
Når man er syg, afkræftet og almen svækket kan det virke uoverskueligt at varetage sin egen personlige hygiejne, og det at modtage hjælp kan få mange til at føle sig til ulejlighed eller besvær.
Ofte har patienter i en sådan situation svært ved at se konsekvenserne af at vælge til eller fra over for tilbud om pleje og hjælp til opgaverne. Nogle ældre, demente og psykisk syge er ikke altid i stand til selv at vurdere, varetage og definere deres behov.
Når du har læst dette kapitel skal du have en grundlæggende viden om
- hvilke faktorer der påvirker patientens behov for hjælp til personlig hygiejne
- i hvilken grad du skal yde hjælp til den enkelte patient
- principper for rent og urent.

Du skal kunne
- forberede og udføre brusebad og sengebad
- forberede og udføre nedre toilette hos både mænd og kvinder
- hjælpe patienter med anden pleje, så som skæg og neglepleje
- hjælpe patienter med mundpleje og protesepleje
- udføre speciel mundpleje.

Pleje af kroppen

Generelt

Den personlige pleje har flere formål. For det første skal døde hudceller og snavs fjernes, herudover er formålet øget velvære, samt forebyggelse af dårlig lugt fra hud og slimhinder og forebyggelse af infektion.
Patienter, som er indlagt, skal have hjælp til personlig hygiejne i større eller mindre grad alt efter deres egen-kapacitet og deres sygdomsproblematik. I hovedreglen hjælpes patienten til at varetage de opgaver, han under normale omstændigheder selv ville udføre. Det er personalets opgave i samarbejde med patienten, at vurdere til hvilke opgaver og i hvilken grad, patienten skal hjælpes, samt under hvilke omstændigheder dette skal ske. Dette vurderes i forhold til de behandlingsmæssige hensyn såsom frakturer, fast sengeleje, infektionsrisiko (isolation) mm. Der skal også tages hensyn til patientens fysiske formåen: Kan patienten støtte på sine ben? Kan han sidde oppe? Kan armene løftes? osv.
Når du skal hjælpe en patient med personlig hygiejne, er det vigtigt, at du hele tiden inddrager patienten og løbende informer og vejleder.
I forbindelse med personlig hygiejne observeres huden, slimhinderne og patientens almene tilstand (jf. relevante kapitler for gennemgang af disse observationer). Det er oplagt i denne situation at spørge ind til fx udskillelse og defækation, samt smerter,

kvalme, ubehag og velvære.

Blufærdighed

Når du skal hjælpe patienten med personlig hygiejne, er det vigtigt, du tager højde for patientens blufærdighed. De fleste af os vil opleve det ubehageligt, at andre skal hjælpe med så personlige forhold som at blive vasket, specielt nedre toilette (se senere).
Der er flere måder, hvorpå personalet kan mindske ubehaget i forhold til blufærdighed. Dels kan du huske at afskærme omkring patienten, sende oppegående patienter og pårørende ud fra stuen. Desuden kan du afklæde patienten mindst mulig ad gangen. Det kan også for personalet, specielt yngre og nyuddannede, være lidt svært i forhold til plejen af det modsatte køn.

Patientens grad af selvhjulpenhed

Den selvhjulpne patient

Den selvhjulpne patient er oppegående og kan selv varetage de fleste plejeopgaver.
Derfor er det vigtigt at spørge ind til, om patienten er blevet vasket, om hun ved, hvor badeværelse eller bruserum er lokaliseret, og ligeledes at være opmærksom på at lægge rent tøj og håndklæder frem. Hvis patienten har operationssår, skal du være opmærksom på, at disse skal observeres, og er der pvk, skal denne også observeres, og plasteret skal skiftes. Sengen skal redes.

Den delvist selvhjulpne patient

Patienter kan have behov for delvis hjælp. Det kan være til nedre toilette, hvis de har kateter, svamp eller ikke selv fysisk vil være i stand til dette.
Det er en god ide at udføre nedre toilette i sengen, da du har bedre arbejdsforhold og mulighed for at observere hud og omgivelser, særligt hvis der skal smøres med diverse cremer. Patienter med decubitus eller patienter, som er opereret i nedre regioner, vil også have fordel af at få udført toilette i sengen. Derefter kan patienten hjælpes op og ud på toilettet enten som gående eller på en bækkenstol, hvor de måske selv vil kunne udføre de resterende handlinger.
Der kan også være situationer, hvor patienten selv ved sengen kan vaske sig, her vil det optimale være at finde alle de remedier frem, som skal bruges, og huske at skærme af.
Nogle patienter kan måske selv etagevaske sig på badeværelset, men skal have hjælp til vask på ryggen eller til at få tørret tæerne. Det kan også være, at de blot skal have hjælp

Forberedelse til brusebad
Husk at medbringe tøj, håndklæder, shampoo, vaskeklude, creme og toilettaske.

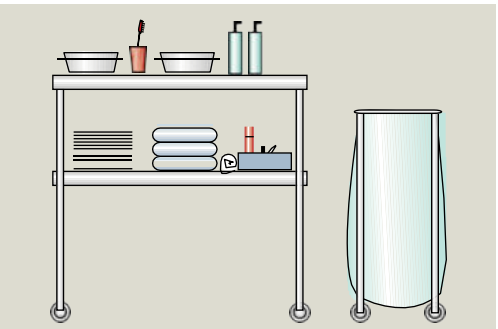
Fremgangsmåde
- Gardiner/badeforhæng trækkes for.
- Patienten afklædes.
- Temperaturen på brusevandet tilpasses udfra patientens ønske, afprøv på armen.
- Patienten kan eventuelt selv holde brusehovedet, og ellers må du være opmærksom på at bruse væk fra patientens hoved.
- Patienten indsæbes. Det er en god ide, mens du sæber ryggen at lade vandet løbe på maven og omvendt, således at patienten ikke bliver kold. Nogle gange kan patienten selv vaske større dele af kroppen.
- Sæben skylles grundigt af (vigtigt også i hudfolder).
- Patienten tørres grundigt, husk alle hudfolder, og smøres ind i creme.
- Patienten hjælpes i tøjet og derefter tilbage på stuen.
- Sengen redes.
- Husk oprydning i bruserum, følg afdelingen instruks så der er klar til næste.

til at få underbenklæder, strømper eller eventuelt støttestrømper på. Som sagt må man vurdere den enkelte situation i samarbejde med patienten.

Patienter, der næsten er helt selvhjulpne, kan godt blive lidt overset, da man måske ikke er opmærksom på de små detaljer, som de ikke selv kan udføre. Samtidig er de tilbageholdende med at bede om hjælp. Sengen skal altid redes.

Forberedelse til sengebad
Det vigtigste er forberedelserne til sengebadet. Alle de remedier der skal bruges samles på et rullebord.

Rekvisitter til sengebad:
- to vaskefade (et hoved og et halefad)
- engangsvaskeklude 10-15 stk.
- sæbe
- hudplejemidler
- tandbørste/tandpasta/tandkrus og kapsel
- barbergrej
- håndklæder
- rent tøj
- rent sengetøj
- engangshandsker
- affaldsposer
- snavsetøjskurv.


Figur 7-1 Rekvisitter til sengebad

Brusebad
Brusebad er set fra et hygiejnisk synspunkt at fortrække, da der anvendes rindende vand. Det at komme i brusebad opleves af mange patienter som et tegn på bedring og velvære. Den hjælp, som patienten behøver til brusebad, er vekslende. Nogle patienter kan have behov for, at du går med og er i bruserummet, det kan fx skyldes, at de er angste, lider af svimmelhed, er nyopererede eller andet.
Andre patienter skal hjælpes 100% med badet og skal eventuelt køres ud i bruserummet på en bækkenstol. Patienter med gips eller forbindinger kan have behov for, at disse bliver afdækket før brusebad. Hvorvidt patienten må tage brusebad med fx kroniske bensår, epidurale smertekateter, CVK m.m. må vurderes af sygeplejersken, og du skal derfor altid spørge, inden du går i gang.

Sengebad
Se video på din FADLprofil om armvask
Det er svært at angive faste retningslinjer for et sengebad. Det skal vurderes i den enkelte situation, om patienten skal sengebades og i hvilket omfang.
Man bør nøje overveje nødvendigheden af et sengebad, da fordelene ved at komme ud af sengen (med hensyn til immobilitet – se senere) og fordelene ved et brusebad (se tidligere) vejer tungt. Hvis du er i tvivl, så spørg på afdelingen.

Sengebad

Sengen afskærmes med gardin eller skærme.

Det kan være en fordel at fjerne ekstra puder og tæppe fra sengen samt tage dynen ud af betrækket. Dynebetrækket kan herefter bruges til at tildække patienten. Husk, at dyne og puder ikke må røre gulvet, ligesom de ikke må lægges over ejendele eller tøj. I stedet kan du lægge dem på et rent bord eller stol eller tage fodgærdet af i den ene side, så du kan dreje det ud og herefter hænge dem herpå.

Hovedfadet gøres klart med varmt og tempereret vand. Det er individuelt, om patienten ønsker at blive vasket med sæbe, men ligegyldigt hvad, så kom *aldrig* sæbe direkte ned i vandet, påfør det på vaskekluden. Når vaskekluden er fugtet i vandet, vrides den let, så vandet ikke drypper ud over det hele. Det er altid vigtigt, at sæben vaskes grundigt af, og at du tager en ny vaskeklud løbende (det er ok at bruge 10-15 stk. ved et sengebad)

Start altid med ansigtet med undtagelse af de situationer, hvor der er afføring i sengen, i så fald tages dette naturligvis først.

Hvis du udfører hele sengebadet fra den samme side af patienten, så husk altid at vaske den side af kroppen, der er længst væk fra dig, først. Alternativt kan du gå om på den anden side af sengen og vaske den anden halvdel, når den ene halvdel er vasket.

Vask af ansigt/hoved

Læg et håndklæde under patientens hoved, før du starter.

Ansigtet vaskes (eventuelt uden sæbe – spørg patienten!). Start med øjenomgivelserne, kluden føres fra næseroden mod øret så øjenlåget strækkes udefter. Hele ansigtet vaskes, husk både inden i og bag ørerne. Der skal aldrig vaskes længere ind i øret end vaskekluden kan nå (aldrig med vatpind). Ved næseåbningen kan der samles skorper af slim, som bør fjernes med en fugtig klud.

Hos bevidstløse patienter dryppes øjnene med viskøse øjendråber eller salve for at undgå udtørring, da de ikke blinker med øjenlågene. Huden tørres grundigt, og der smøres creme i ansigtet efter patientens ønske.

Hårvask

Håret vaskes efter behov og ønske. Der kan eventuelt benyttes tørvask, som ikke skal skylles ud igen, desuden findes der en speciel »hårvaskebakke« med afløb til en spand, hvor håret kan skylles med vand fra en kande. Hvis patienten ønsker sine egne hårplejeprodukter anvendt, må dette selvfølgelig imødekommes. Efter vask tørres, friseres og sættes håret efter patientens ønske. Hvis håret er langt, kan det eventuelt flettes for at hindre sammenfiltning.

Overkrop og arme

Skjorte og undertrøje tages af patienten og smides i snavsetøjskurven. Hvis patienten er paretisk i den ene arm, tager du armen ud ad skjorten med den raske arm først, da denne er mere mobil. Hvis der er drop i armen, vælges den arm, der ikke har drop, først for at undgå at seponere venflonen.

Læg et håndklæde under armen længst væk fra dig og vask hænder og fingre først og bagefter hele armen (husk at vaske hele vejen rundt). Tør huden og vask overkroppen ned til underbenklæderne. Hvis det er muligt kan overkroppen hæves, så ryggen kan vaskes, ellers må patienten rulles om på siden. Afslut med armen tættest på dig selv. Tør huden grundigt særligt ved hudfolder og på kvinder under brysterne, fugt kan medføre rødme, irritation og eventuelt svamp. Hvis patienten ønsker deodorant hjælpes med dette. Smør eventuelt huden med creme og hjælp patienten en ren skjorte på igen; ved drop og pareser vælger du den afficerede arm først.

Vask af ben
Benene vaskes overordnet på samme måde som overkroppen, men man vasker oven fra og nedefter og venter med fødderne til sidst. Er det besværligt at vaske hele vejen rundt om benet, kan du bøje benet og sætte patientens hæl i underlaget.
Efter vask og tørring kan du smøre huden på benene, og det kan være en god ide at massere cremen ind med en fast strygende bevægelse fra foden og op efter, det understøtter det venøse tilbageløb. Når fødderne er vasket og tørret grundigt mellem tæerne, smøres fødderne ind, dog ikke imellem tæerne, da dette kan øge risikoen for svamp (særlig hos patienter med diabetes).
Vandet fra hovedfadet kasseres til slut.

Det fulde sengebad vil blive beskrevet, men det er ikke alle handlingerne, der er nødvendige eller relevante hos alle patienter.

Nedre toilette og kateterpleje

Se video på din FADLprofil om nedre toilette både for mænd og kvinder
Hvis patienten har kateter, starter du det nedre toilette med at vaske rundt om kateteret – herefter ca. to til tre cm ned ad slangen fra urinrørsåbningen. Det er vigtigt at få fjernet de skorper og urenheder, der sætter sig på kateterslangen op mod urinrøret, dette forebygger urinvejsinfektion. Efter vask af kateter færdiggøres det nedre toilette som beskrevet i den praktiske boks.

Nedre toilette
Halefadet fyldes med tempereret vand, du kan benytte intimsæbe, som er en sæbe med lav pH-værdi og uden parfume. Brug rene handsker, håndklæde og vaskeklude. Underbenklæderne tages af.

Kvinder
For at undgå infektion i urinvejene vaskes altid fra urinrørsåbningen og mod analåbningen (fra rent til urent). Det er nødvendigt at vaske omhyggeligt mellem kønslæberne for at fjerne urenheder og eventuelt sekret. Herefter vaskes lyskerne og pubeshårene.
Hvis urenhederne ikke bliver vasket væk, kan de forårsage svamp og bakterievækst, med irritation og infektion til følge. Sæben skal omhyggeligt skylles eller vaskes væk for at undgå udtørring, kløe og irritation.
Patienten vendes om på siden, hvorefter du vasker balderne først og efterfølgende omkring anus. Huden tørres grundigt, og det må vurderes, i hvilket omfang der skal smøres med barrierecreme eller andet omkring anus og ved halebenet.

Mænd
Kønsorganerne er følsomme, så det er vigtigt at vaske og tørre forsigtigt.
Når penis vaskes, skal forhuden trækkes tilbage, for at alle urenhederne i fugen mellem penishovedet og forhuden kan blive fjernet. Nogle mænd er omskårede, dvs. at forhuden er fjernet. Penishovedet vaskes med strøg væk fra urinrøret (fra rent til urent). Der tørres og efterfølgende trækkes forhuden frem igen (dette er meget vigtigt, da tilbagetrukket forhud kan medføre afklemning af venøst tilbageløb, så både glans penis og forhuden hæver op og giver mange smerter). Penis, pungen og lyskerne vaskes. Med hensyn til sæbe gælder det samme som for kvinder. Mænd vaskes bag på på samme måde som kvinder.

Mundpleje

Se video på din FADLprofil om tandbørstning

Formålet med mundhygiejne er at bevare tænderne hele og funktionsdygtige, rense mundhulen, forebygge infektioner, hindre udtørring af slimhinder og tandkød, øge velværet og give patienten et velsoigneret udseende. Mundpleje må udføres individuelt. De fleste patienter kan selv udføre mundhygiejne og vil fortrække dette, men hos meget svækkede og bevidstløse patienter må du hjælpe med mundhygiejnen. Det er nødvendigt dagligt at inspicere mundhulen for ændringer, belægninger og skorper. Husk at benytte handsker.

Tandbørstning:

Til tandbørstning skal der bruges tandbørste, tandpasta, tandkrus, kapsel og serviet eller håndklæde.

Patienten sættes op i sengen, hvis dette er muligt. Sygeplejersken eller patienten børster tænderne med den klargjorte tandbørste. Det er vigtigt at være opmærksom på, at tandbørstning bagerst i munden kan påvirke brækrefleksen. Efterfølgende skylles munden, og vandet spyttes ud i kapslen. Hvis det skønnes nødvendigt, eller hvis patienten ønsker at få smurt sine læber, kan en læbepomade eller vaseline være godt.

Tandbørstning bør foretages to gange i døgnet.

Protesepleje

Patienter med protese kan have det svært med at vise sig uden tænderne i munden, derfor kan det være ubehageligt at skulle modtage hjælp til at få børstet protesen. Nogle patienter sover om natten uden protesen i munden og har denne til at ligge i vand eller rensende væske.

Protesepleje

Protesen tages ud af munden, hvis ikke patienten selv kan. Protesen i overmunden kan sidde meget godt fast, den løsnes ved at tage to fingre ind under overlæben bagerst i munden, så den slipper.

Protesen vaskes. Det er meget individuelt, hvad patienten plejer at vaske den med.

Nogle patienter bruger håndsæbe, tandpasta, skurepulver eller vand, benyt det patienten ønsker.

Proteserne er skrøbelige og kan nemt gå i stykker, hvis de tabes i håndvasken. Det kan være en god ide at have en kapsel i håndvasken, som stødabsorption, hvis tænderne tabes.

Nogle patienter børster også deres gummer eller skal have skyllet munden, inden den rene protese sættes på plads.

Hvis patienten har protesen fæstnet på få tænder, tages protesen forsigtigt ud og børstes. Tænderne i munden børstes.

Når protesen skal sættes tilbage i munden, skal du være opmærksom på, at læberne kan komme i klemme.

Proteserne kan give tryksår på gummerne, hvis patienten klager over svie eller smerte, skal gummerne derfor inspiceres.

Speciel mundpleje

Patienter, der er svært svækkede eller er bevidstløse, spiser og drikker sparsomt og har nedsat spytproduktion. Det bevirker, at deres mund og mundhule bliver meget tør og dermed udsat for belægninger, revner og sår. Der benyttes mange forskellige plejemidler og metoder for at forebygge og behandle denne tilstand. Du må forhøre dig hvilke metoder der benyttes de forskellige steder.

De fleste afdelinger benytter en væske som kan være danskvand, brintoverilte,

klorhexidin eller postevand, sammen med mundpinde af gaze eller skumgummi.

Speciel mundpleje
Den fugtede mundpind føres ind bagerst i munden og stryges langs tænder, gummer, kinder og gane. For hvert strøg tages en ny pind. Tungen gnubbes med mundpinden bagerst fra og fremefter. Efterfølgende kan der smøres med læbepomade eller vaseline.

Skægpleje

Fuldskæg og overskæg bør vaskes dagligt i forbindelse med den personlige hygiejne. Klipning og soignering er oftest en opgave for en barber eller frisør, hvis patienten ikke selv kan.
Skæg er en del af patientens identitet, hvorfor dette ikke må fjernes eller klippes uden patientens accept.

Barbering

De fleste mænd barberer sig dagligt og kan i de fleste situationer selv varetage dette. Men nogen kan have behov for hjælp.
Barberingen kan foregå med maskine eller skraber, maskinen er dog nemmest for personalet at håndtere, da der er mindre risiko for at skære patienten.
Hvis afdelingen har en fælles barbermaskine, skal denne efter brug rengøres efter afdelingens instruks.
Det er ikke kun mænd, der barberer sig, mange kvinder barberer deres ben. Der kan være situationer, hvor de skal hjælpes med dette.
Der er også nogle ældre kvinder, der har problemer med skægvækst i ansigtet, som nogle gange ønsker hjælp til at få dette fjernet.

Barbering med skraber
Barberskum smøres på huden i det ønskede område, barberskraberens blad skiftes og bruges forsigtigt på huden med hårenes retning. Ved rynket hud kan det være nødvendigt at stramme huden ud med den anden hånd for at få alle hårene med og ikke lave sår. Efterfølgende vaskes overskydende barberskum af, huden tørres, og der duppes efter ønske med barbersprit.

Neglepleje

Fingerneglene tilses dagligt og renses og klippes, hvis der er behov for dette. Hvis du klipper neglene på fingrene, klippes de rundt. Neglene er nemmest at klippe lige efter bad, da de er blevet blødere.
På tæerne er det sjældent, at man klipper neglene, og hvis patienten har sukkersyge eller kredsløbsforstyrrelser, må du aldrig klippe neglene, dette er en fodterapeuts opgave. I øvrigt må en patient med sukkersyge ikke få fodbad (dette er en specialistopgave). Hos de patienter, som får klippet deres negle, skal man altid klippe neglen lige over
for ikke at få nedgroede negle.

Skift af sengelinned

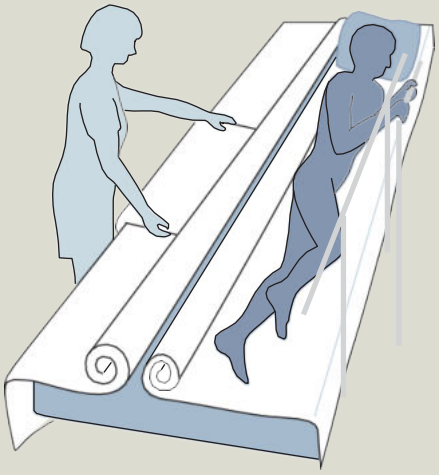
Se video på din FADLprofil om lagenskift
Når du er færdig med at sengebade og klæde patienten på, lægges der rent linned på sengen. Hvis ikke patienten kan komme op og sidde i stol, mens der lægges rent på sengen, må dette gøres med patienten i. Det er altid nemmest at være to personaler om sengeredningen, særligt hvis patienten er meget tung, smerteforpint eller stritter imod.

Skift af sengelinned med patient i sengen Sengehesten slås op og patienten vendes om på siden mod sengehesten, så patienten har noget at holde i og ikke risikerer at falde ud af sengen. Hvis patienten ikke selv kan vende sig om på siden, kan det hjælpe at bøje benet nærmest, således at tyngdekraften hjælper med at vende. Ved at give et lille skub på patientens skulder og det bøjede knæ, kan patienten vendes nemmere. Når patienten er kommet om på siden, skal du være opmærksom på eventuelt at lægge hovedpuden under og rette hovedet op, hvis det er ved at falde ud af sengen– sikr dig desuden, at øret ikke bliver foldet eller klemt. Du kan også rulle dynen sammen og placere denne på den side, patienten vender om mod, hvis han er bange for at falde på gulvet.

Lagnet og stiklagnet løsnes langs kanten, det snavsede lagen rulles sammen og skubbes så langt over mod og ind under patienten som muligt. Det rene lagen foldes ud, og hjørnerne foldes og fæstnes i hovedog fodende, og siden foldes ind under madrassen. Stiklagenet lægges på med det samme. Det rene lagen og stiklagenet rulles og lægges så langt over mod patienten som muligt.

Patienten skal nu vendes om på den anden side, hvor sengehesten slås op. Før patienten drejer, informeres patienten om at skulle ind over rullerne.

Det snavsede lagen fjernes og lægges i snavsetøjskurven. Det rene lagen glattes og foldes ind under madrassen, det er vigtigt, at der ikke er folder på lagenet eller stiklagenet, som kan give trykspor. Derefter skiftes hovedpudebetræk (på alle puder) og dynebetræk, og patienten lejres.



Figur 7-2 Skift af sengelinned med patient i sengen

Opredning af seng

Det snavsede sengetøj fjernes fra sengen og lægges i snavsetøjskurven. Hænderne sprittes, før det rene linned berøres. Dyne og pude lægges på et rent bord eller en stol, mens madrassen redes op.

Lagenet foldes ud over madrassen, placeres med mest op mod hovedgærdet, da det ofte glider ned i sengen med patienten. Lagenet fæstnes ved hovedgærdet, og der laves et hjørne, derefter laves hjørne i fodenden og til slut foldes lagenet under midten. Lagenet strammes og glattes undervejs. Stiklagenet placeres tværs over sengen, ca. midt i sengen og foldes ind under madrassen. Dynebetræk og pudebetræk skiftes.

Oprydning på sengestuen

Se video på din FADLprofil om udskiftning af skraldepose og tøjsæk

Der luftes ud på stuen og ryddes op på sengebordet, gamle drikkevarer fjernes. Husk, at hvis patienten har væskeskema skal drikkevarerne registreres som kasseret. Bordet tørres af.

Affald, snavsetøjskurv, rullebord og vaskefade tages med ud i det urene skyllerum.

Opsamling

- Formålet med personlig hygiejne er at fjerne døde hudceller og snavs samt øget velvære og forbygge dårlig lugt fra hud og slimhinder.
- Hjælp til personlig hygiejne kan være blufærdighedskrænkende.
- Det er et grundlæggende behov at være ren og velplejet.

Check-spørgsmål:

1) Hvordan vil du tage højde for patientens blufærdighed i forbindelse med personlig hygiejne?
2) Hvad vil det sige at være selvhjulpen?
3) Hvad betyder det i praksis at vaske fra rent til urent – overvej eksemplet fra teksten …
4) Hvem skal have speciel mundpleje?

Immobilitet

Legemelig aktivitet er en forudsætning for, at mennesket kan tilfredsstille nogle af de basale behov i dagligdagen. Legemlig aktivitet har betydning for, at alle organsystemerne kan fungere optimalt.
Udover legemlig aktivitet har kroppen behov for at hvile og at være passiv. Hvis passiviteten varer udover behovet, kan det medføre mange komplikationer.
Immobil betyder ubevægelig. Immobilitet bruges som begreb om den tilstand, patienter udsættes for når de fx på grund af deres sygdom i større eller mindre grad ikke kan eller må bevæge sig. Graden og længden af immobiliteten er afgørende for, hvor alvorlige de følger og komplikationer, der opstår, udvikler sig.
Risikoen for komplikationer afhænger af, hvor stor en del af legemet der er immobiliseret. Hvis der er tale om total immobilisation af en patient afhænger komplikationerne af varigheden af immobilisationen.
Ikke alle komplikationer er lige sandsynlige hos alle patienter. Der må tages individuelt udgangspunkt i patientens mobilitet, alder, almentilstand og eventuelle sygdomme.
Når du har læst dette kapitel, skal du have en grundlæggende viden om
- fysiske og psykiske årsager og komplikationer til immobilitet

Du skal kunne
- foretage de nødvendige observationer hos immobile patienter
- handle relevant på dine observationer, herunder vide hvilke forbehold du skal tage ved både aktivering og lejring af immobile patienter
- relatere den viden, du har fået fra bogens øvrige kapitler til at forstå behov hos den immobile patient.

Årsager til immobilitet

Der er mange årsager til immobilitet. For det første bliver mange ældre hæmmet i deres aktivitetsniveau på grund af »aldersforandringer«. Sygdom og indlæggelse er ligeledes en hyppig årsag til immobilitet.

Slidgigt

Slidgigt er en lidelse med forandringer af brusk og knogler i leddet, og ca. 2% af alle over 60 år får eller udvikler symptomer i form af ledstivhed og smerter, som hæmmer deres aktivitetsniveau.

Muskelatrofi

Muskelatrofi (muskelsvaghed) Ses hyppigt ved inaktivitet og giver færre kræfter og dermed indskrænket aktivitet og bevægelse.

Knogleskørhed

Knogleskørhed (osteoporose) ses særligt hos kvinder, som er udsatte på grund af nedsat østrogenproduktion i overgangsalderen, østrogen hæmmer normalt osteoklasterne (knoglenedbrydende celler)

Respirationsproblemer

Dette gælder fx astma, bronchitis og COLD. Mange ældre udvikler respirationssygdomme, som hæmmer deres aktivitetsniveau, da de ikke kan få luft.

Kredsløbssygdomme

Kredsløbssygdomme som åreforkalkning (aterosclerose) ved hjertet eller i ekstremiteterne er smertefuldt særligt i forbindelse med aktivitet.

Cancersygdomme
Både smerter, almen svækkelse, knoglebrud som følge af spredning af canceren samt psykiske faktorer kan medføre nedsat aktivitet.

Sår
Mange ældre har kroniske bensår (på grund af kredsløbsproblematikker), som kan være smertefulde.

Andre årsager
Dette kan ses hos alle – men især hos ældre, fx:

- svimmelhed, som kan være på grund af dehydrering, fejlernæring, medicinpåvirkning eller kredsløbsproblemer
- smerter
- nedsat syn
- træthed.

Der er endnu flere årsager til, at patienter bliver immobile. De fleste traumer vil i større eller mindre grad hæmme aktivitetsniveauet, hvad enten der er tale om små »skrammer« eller store skader.
I forløbet efter en operation (den postoperative fase) vil patienten i kortere eller længere tid ofte være immobiliseret. Der kan også være tale om behandlingsregimer, hvor patienterne immobiliseres bevidst, om postoperativ kvalme, smerter og svimmelhed, bevidsthedssvækkelse, almen svækkelse, eller der kan være tale om den afkræftede, døende patient.

- depression
- kedsomhed
- ensomhed
- sorg.

Visse sygdomme vil hæmme i større eller mindre grad, dette gælder fx:

- sclerose
- cerebrale traumer (Apoplexi)
- diskusprolaps
- cancer
- lammelser.

Fysiske komplikationer til immobilitet
Ud over en forringelse i støtte og bevægeapparatet, vil der også i det øvrige organsystem ske nogle ændringer.

Stofskiftet
Immobilitet vil medføre et nedsat stofskifte, da energiforbruget er nedsat. Patienter med feber og sår vil have et øget energiforbrug.

Fordøjelsen
Appetitten kan være svækket af flere årsager som fx smerter, kvalme, dårlig spisestilling, spekulationer, stress m.m. Det betyder, at mange immobile patienter er i risiko for fejlernæring og underernæring. Ved sengeleje mistes proteiner, da kroppen nedbryder proteiner fra musklerne som udskilles med urinen.
Manglende aktivitet vil medføre nedsat peristaltik i fordøjelsessystemet, hvilket kan føre til obstipation.
Samtidig vil der også forekomme atrofi af musklerne i bugpressen, hvilket gør den

normale defækation besværet.

Respiration
I liggende stilling vil diafragma blive påvirket af trykket fra abdominalindholdet, og dette vil besværliggøre vejrtrækningen. Lungekapaciteten nedsættes generelt, og vejrtrækningen vil oftest blive overfladisk. Det kan betyde en nedsættelse af iltindholdet i blodet (hypoxi)
Der vil ophobes slim i bronkierne, som vil lejre sig deklivt (nedadtil) på grund af tyngdekraften, og det er besværligt i liggende stilling at komme til at hoste dette op. Det kan medføre atelektase (delvis sammenklapning af små eller større områder i lungen) og lungebetændelse.

Kredsløbet

Hjertets arbejde
Ved immobilitet vil hjertet blive belastet, fordi de centrale kar vil fyldes med ½ -1 liter ekstra blod fra venesystemet i benene. Hjerteaktionen vil blive forøget med ca. 4-15 ekstra slag i minuttet, og arbejdsbyrden for hjertet øges med 25-30%. Ved længerevarende sengeleje vil det totale blodvolumen dog mindskes, og hjertemuskulaturen vil atrofiere som andre muskler i kroppen.

Ortostatisk blodtryksfald
På grund af det reducerede blodvolumen og manglende stimulation kan de vasokontstriktoriske reflekser ikke fungere ved længere tids sygeleje. Dette kan medføre ortostatisk blodtryksfald, som opstår, når patienten rejser sig, og karene ikke kontraherer sig hurtigt nok. Blodet »bliver« i benene, og patientens blodtryk falder således. Dette ses, når han rejser sig fra liggende stilling, eller hovedgærdet på sengen eleveres. Det betyder, at mobiliseringen kan besværliggøres med svimmelhed og i nogle tilfælde besvimelse.

DVT
Muskel-venepumpen i benene er mindre aktiv under sengeleje, hvilket medfører, at blodet kan stase op i venerne og øge trykket på karret, hvorved veneklapperne ikke kan nå sammen. Samtidig er viskositeten i blodet nedsat, hvilket giver risiko for trombedannelse (DVT = Dyb vene trombose). Symptomerne på DVT vil være ødem, smerter, rødme og varme i benet. Denne tilstand er farlig, da tromben kan løsrive sig og vandre til kapillærerne i lungevævet og give anledning til lungeemboli, og patienten kan dø af dette. Der kan på grund af væskeforskydninger ses inaktivitetsødemer, deklive ødemer, primært i benene og flankerne.

Urinvejene
Der vil de første uger af sengelejet kunne påvises større diureser på grund af den øgede nyregennemblødning. Men samtidig er det besværligt at få tømt sin blære ordentligt i liggende stilling, hvis man ikke har blærekateter. Dette kan føre til ophobning af residualurin i blæren, en tilstand, der både kan forekomme hos patienter med ble, og hos patienter, der tisser i bækken eller kolbe, eller hos patienter, der har svært ved at tømme blæren pga. smerter. Residualurin giver vækstmuligheder for bakterier og øger risikoen for urinvejsinfektion. Der vil også være større risiko for at udvikle nyreog blæresten, da der opstår en kalkudfældning fra knoglenedbrydningen, og urinen vil blive mere basisk.

Muskler
Når musklerne ikke arbejder, vil de hurtigt miste deres styrke, og massen mindskes (muskelatrofi). Atrofi vil ramme alle musklerne i kroppen. Jo svagere musklerne bliver, des dårligere bliver koordineringen af bevægelserne. Samtidig vil musklerne ofte blive

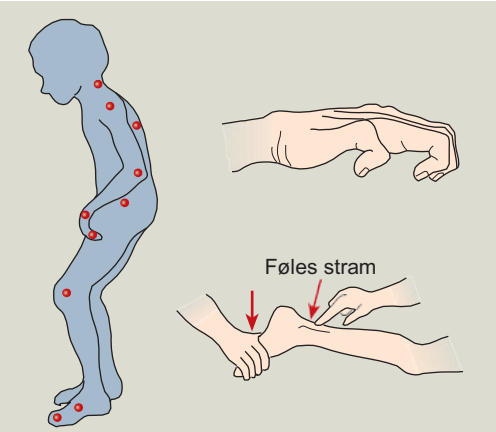
ømme, især rygmusklerne, da de vil blive belastet anderledes.

Knogler
Når knogler ikke belastes i længderetningen (som ved stående stilling), vil knoglenedbrydningen blive større end knogleopbygningen. Man mister calcium, fosfat og proteinstoffer, som udskilles via urinen. Dette sker efter længere tids immobilitet. Denne tilstand vil bevirke, at knoglerne bliver porøse og skøre og derved lettere brækker. Hvis patienten skal mobiliseres igen, vil knoglerne være ømme og smertefulde.

Led
Nedsat bevægelighed i leddene vil medføre kontraktur (skrumpet ledkapsel og ledbånd). Leddets funktion kan genoptrænes, men efter længerevarende inaktivitet vil ledhulen udfyldes med nydannet bindevæv, hvorved der opstår fejlstilling, og i disse tilfælde kan man ikke genoprette leddet.
Kontrakturer kan ses i alle led, men forekommer hyppigst i de større led. De mest udsatte led er fod-, knæ-, hofteog albueled.
Mange patienter udvikler spidsfod efter længerevarende immobilitet, hvor mobiliseringen efterfølgende kan være meget vanskelig.

Huden
Ved inaktivitet er huden mere modtagelig for læsioner og tryksår (jf. afsnit om tryksår).

Psykosocialt
Når man er immobiliseret, er kontakten til omverdenen mindre, dette kan i nogle tilfælde føre til kedsomhed og intellektuel reduktion. Patienten kan meget hurtigt komme til at føle sig til besvær, da plejebehovene oftest er større, da man ved immobilitet har brug for hjælp til flere ting eller normalt.
Søvn og døgnrytmen ændrer sig, man vil ikke nødvendigvis føle den naturlige træthed, og det kan være svært at holde koncentrationen. Mange tanker og bekymringer kan sættes i gang om, hvordan fremtiden vil forme sig, og hvordan den sygdomsmæssige fremtid vil se ud. Depression er ikke en ualmindelig følge af immobilitet.



Figur 7-4 Kontrakturer

Sygepleje til immobilitet
Da immobilitet er forbundet med mange komplikationer, er det vigtigt at have kendskab til disse. Komplikationerne kan i nogen grad forebygges og behandles, men ikke alle.
Når man yder forebyggende sygepleje, vil det være påkrævet, at man i det omfang, det er

muligt, medinddrager patienten og pårørende med vejledning og undervisning, da forebyggelse ofte bygger på problemer, der endnu ikke er opstået. Når patienten selv kan deltage og se formålet med sygeplejehandlingerne, er patienten mere motiveret overfor de krav, der stilles.
Først må man sikre sig, i hvilket omfang patienten må mobiliseres, og hvilke forbehold der skal tages. Dette vil altid være en lægelig beslutning. Sengelejet og aktivitetsniveauet kan fremgå udfra følgende ordinationer:

- E.L (extra lectum). Dette betyder at patienten må være oppe.
- E.L.s (extra lectum in sede). Patienten må være oppe i stol.
- L.e.L (leviter extra lectum) Patienten må være let oppegående.
- T.L (teneat lectum). Dette indebærer fast sengeleje.
- T.L med toilettilladelse. Patienten er fast sengeliggende men må gå toilettet.

Aktivering er et vigtigt led i forebyggelsen og pleje af immobile patienter. Under indlæggelse er dette et samarbejde mellem patient, plejepersonalet, læger, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Sygepleje til den sengeliggende patient

Der kan iværksættes mange sygeplejehandlinger, der aktiverer og forebygger.

Skift stilling

Sørg for, at patienten skifter stilling i sengen, dette kan være lejring fra side til side eller fra liggende til siddende stilling. Her kan patienten benytte sig af sengehest, sengegalge, og du må tilpasse hjælpen efter patientens egne ressourcer. Bare små ændringer i stillingen er med til at stimulere kredsløbet og forebygger ortostatisk hypotension og tryksår.

Øvelser

Hvis patienten kan bruge sine arme, kan der iværksættes små vægte til at træne arme med eller skumgummistykker til at klemme og træne fingrekræfter med. Der kan også fortages øvelser med benene, hvor patienten hjælpes med at bøje ben og fodled, hvilket forebygger spidsfod. Du kan placere puder i benenden af sengen, så fødderne stemmer imod for at forebygge muskelog knogleatrofi og for at forhindre, at led og sener bliver stive.

Vejrtrækning

Se video på din FADLprofil om Pep-fløjte
Hvis det er muligt bare at hjælpe patienten op og sidde på sengekanten, forebygger dette pneumonier, atelektaser og sekretophobning på lungerne, da patienten kan hjælpes til at få hostet slim op. Ved vejrtrækningsproblemer kan der udleveres en fløjte med modstand eller en maske, som patienten kan blive instrueret i at bruge eller hjælpes med (se afsnit om respiration). Hvis patienten ikke kan komme op og sidde på sengekanten, eleveres hovedgærdet på sengen. Nogle patienter kan have behov for iltterapi.

Vendeskema

Hvis patienten er meget afkræftet og ikke selv på nogen måde har mulighed for at være med, kan man udarbejde vendeskemaer hvor man hver 2. time vender patienten i sengen for at undgå decubitus. De fleste hospitalsmadrasser er trykaflastende, så man ikke behøver at vende patienten så ofte.

Trykaflastning

Du bør være opmærksom på de tryktruede steder og aflaste disse med puder og andre hjælpemidler (se afsnit om tryksår).

TED-strømper
Patienter, som er sengeliggende, bør udstyres med antitrombose strømper (TED = trombo-embolic detterent), en elastisk, stram strømpe, som i hvile virker understøttende på venepumpen. Dette er dog betinget af, at det arterielle kredsløb kan tåle denne behandling. Iskæmiske underekstremiteter kan få forværring og koldbrand, hvis man påfører en stram strømpe, som kan afklemme blodtilførslen. På hospitaler vil alle immobile patienter få lavdosis af blodfortyndende indsprøjtninger, som forebygger blodpropper i venesystemet. TED-strømpen bør tages af dagligt for at tjekke benene for trykspor efter strømpen eller tryk på hælen.

Blæretømning
Hvis ikke patienten har kateter, skal du sørge for, at der etableres de bedste forhold til blæretømning ved bækkengivning (få patienten op og sidde på bækkenet så hun kan bruge bugpressen). Det forbygger urinvejsinfektioner og stendannelse i urinvejene.

Mave-tarm-funktion
I forhold til defækationen skal du sørge for, at patientens mave-tarm-funktion holdes i orden med de relevante hjælpemidler og tiltag (hydrering, ernæring og laksering) Dette forebygger madlede, kvalme, obstipation og mavesmerter.

Smerter
En meget vigtig sygeplejeopgave er at sørge for, at patienten er smertefri, da smerter hæmmer aktivitet, respiration, appetit og velvære.

Træningsprogram
Der kan i samarbejde med fysioterapeut iværksættes et træningsprogram i sengen. Men visse tilstande er kontraindiceret som akut ledbetændelse, knoglebrud, overrevne ligamenter, led, der er ude af led (luksation) og mange smerter. Det kan være meget forskelligt fra afdeling til afdeling, hvilke træningsprogrammer og procedurer der anvendes.
Mange af ovennævnte sygeplejehandlinger bygger på grundlæggende pleje og observationer og vil godt kunne varetages af en sygeplejevikar i samarbejde med sygeplejersken.

Sygepleje til den mobilitetsbesværede patient
Mange patienter er som nævnt i højere eller mindre grad hæmmet i deres mobilitet.

Igangsætning
Patienten skal opfordres til at være så meget ude af sengen som muligt og deltage i de daglige gøremål (i det omfang, de magter det). I plejemæssige situationer er det vigtigt, at patienten vedligeholder sit funktionsniveau, fx at patienten følges på toilettet i stedet for bækken eller bækkenstol, eller at patienten opfordres til at komme ud af sengen og op til et bord og spise (understøtter samtidig fordøjelsen).

Hjælpemidler
Det er vigtigt at sørge for, at patienten har de rette hjælpemidler, så han bliver mobiliseret. Afdelingernes fysioterapeuter eller ergoterapeuter står for dette, men som sygeplejevikar bliver du måske opmærksom på, at patienten har problemer, og du har derfor et medansvar – i dette tilfælde for at rapportere, hvad der er galt.

Krykstok eller stok
Disse er et godt redskab til patienter, som går lidt usikkert, samtidig kan krykstokke

aflaste underekstremiteterne, hvis man fx har sår på fødderne, brækket eller forstuvet fod/ben.

Talerstol
En talerstol er en høj gangramme på hjul, hvor patienten kan læne sin overkrop over, så patienten primært vil belaste overkroppen. Samtidig støtter denne godt, hvis man er svimmel, har faldtendens eller er nyopereret og skal ud af sengen for første gang.

Rollator
En gangramme/rollator støtter den gangbesværede patient.

Kørestol
Kan være hjælp til de patienter, som måske ikke kan klare at være oppe hele dagen, så de kan komme rundt og se noget andet. Benyttes også til patienter, som ingen gangfunktion har.

Fodtøj
Sørg for, at patienten har godt fodtøj, som sidder godt på foden og ikke er glat eller gnaver.

Du kan godt som sygeplejevikar selvstændigt mobilisere patienter, når du har sikret dig, hvor mobil og hvilke hjælpemidler den enkelte patient har brug for.

Opsamling
- Immobilitet påvirker alle organsystemerne.
- Immobilitet kan give social isolation og depressioner.
- Immobilitet kan medføre atelektase og lungebetændelse.
- Immobilitet kan give blodpropper i lungerne og benene.
- Alle muskler atrofierer ved immobilitet, selv ved få dages sengeleje.
- Man bliver obstiperet af immobilitet.
- Det er svært at tømme blæren i liggende stilling.
- Leddene bliver stive ved

Check spørgsmål
1) Nævn fem årsager til immobilitet
2) Nævn fem komplikationer til immobilitet og overvej, hvilke konsekvenser det kan få for patienten, hvis disse komplikationer opstår.
3) Hvad kan du gøre for at forebygge immobilitetskomplikationer – giv fem konkrete eksempler og overvej, om du ved, hvordan opgaven udføres i praksis …