Modul 3
-Påvirkninger af hjerne og bevidsthed

Som sygeplejevikar vil du ofte blive bestilt til en fast vagt. Som fast vagt passer du patienter med særlige behov, der gør, at de behøver denne »intensive« pleje. En meget hyppig årsag til fast vagt er påvirkning af hjerne og bevidsthed. Patienten fejler måske andre ting foruden sin hjernelidelse, eller han er indlagt af helt andre årsager. Ligegyldigt hvad, vil selve hjernepåvirkningen spille en stor rolle for din pleje af patienten og for jeres kommunikation.

Når du har læst dette kapitel, skal du have en grundlæggende viden om

- hvordan og hvorfor du observerer bevidsthedspåvirkede patienter
- hvilke observationer, du skal gøre dig hos epilepsi patienter
- hvorfor og hvordan du håndterer demente og alzheimerpatienter, når de er indlagt.
- apoplexi og observationer og pleje i forbindelse hermed
- hvordan du hjælper syns- og hørehæmmede under indlæggelse.

Du skal være i stand til at handle relevant ud fra dine observationer og vide, hvornår du skal tilkalde en sygeplejerske.

Opbygning og funktion

Nervesystemet kan grundlæggende inddeles i to hovedgrupper – centralnervesystemet (CNS), som består af hjerne og rygmarv, og det perifere nervesystem (PNS), som består af det sensoriske, motoriske og autonome nervesystem.

CNS

Som tidligere nævnt består CNS af hjerne og rygmarv og virker som kroppens datamaskine. Centralnervesystemet er i stand til at løse så komplicerede opgaver, at det kan virke nærmest håbløst at forsøge at forstå, hvordan CNS fungerer. Overordnet kan CNS inddeles i tre hovedfunktioner:

- Et sensorisk system, som modtager og behandler sanseindtryk fra omverdenen og kroppen.
- Et motorisk system, som sender kommandoer til kroppens muskler og kirtler.
- Et motivationssystem, som på baggrund af hukommelse, følelser og intellektuelle overvejelser igangsætter forskellige typer adfærd.

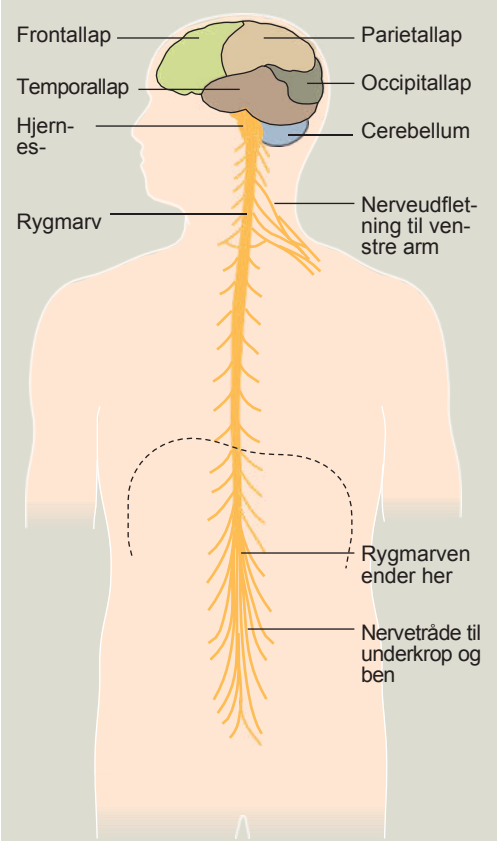
CNS er omgivet af tre hjernehinder (meninges) – dura mater, arachnoidea og pia mater. I subarachnoidalrummet flyder cerebrospinalvæske, som virker støddæmpende for hjernen.

Hjernens overflade består af hjernevindinger og dette lag af vindinger kaldes cortex cerebri. Cortex inddeles i frontallap, temporallap, parietallap og occipitallapper. Hver hjernelap har en funktion. Fx findes et tale-, sprogforståelses-, syns-, høre-, motorisk og et sensorisk center.

Ved skader i CNS kan ovenstående centre beskadiges og dermed føre til fx lammelse, syns- eller sprogforstyrrelser.

PNS

Det sensoriske nervesystem sender information om tilstand i og uden for kroppen til CNS.



Figur 3-1 Hjerne med centrene på

Disse nervebaner kaldes afferente – tilførende nervebaner. Det motoriske nervesystem leder impulser fra CNS ud i kroppen. Informationer fra sanseceller analyseres fortløbende, så aktiviteten i kroppens muskler og endokrine kirtler hele tiden dirigeres og justeres. Disse nervebaner kaldes efferente nervebaner – fraførende.

Det autonome nervesystem inddeles i det sympatiske nervesystem (sympaticus) og det parasympatiske nervesystem (parasympaticus). Disse to nervesystemer styrer motoriske nervebaner til hjerte, kirtler og glat muskulatur og aktiveres i henholdsvis krise- og hvilesituationer.

Observation af hjerne- eller bevidsthedspåvirkede patienter

Når man skal observere en patient for påvirkning af hjerne eller bevidsthedsniveau, er det først og fremmest væsentligt at vide, hvad man skal se efter, hvad er normal reaktion ved påvirkning af hjernen og hvilke symptomer, der kræver handling med det samme.

Bevidsthedsniveau

For at observere bevidsthedsniveauet hos en patient bruges ofte Glasgow Coma Scale (GCS). Her vurderes øjenåbning, motorisk respons samt verbal respons.

Vågenhed inddeles i

- spontan øjenåbning (4)
- øjenåbning ved tiltale (3)
- øjenåbning ved smertestimuli (2)
- ingen reaktion (1).

Motorisk respons inddeles i

- følger ordrer (6)
- målrettet respons (5)
- afværger ved smertestimuli (4)
- abnorm fleksion (3)
- ekstension (2)
- ingen reaktion (1).

Verbal respons inddeles i

- orienteret (5)
- konfus men kan svare (4)
- usammenhængende (3)

- uforståelige lyde (2)
- ingen respons (1).

GCS-scoringsmodellen bruges primært til patienter, der har været udsat for et traume. Det vil sige faldulykker, trafikulykker, hjernerystelser (på grund af risiko for udvikling af en blødning) eller andre ulykker, der har givet slag mod hovedet. Patienter, som allerede har fået konstateret en blødning, bliver også vurderet efter GCS for at observere en evt. udvikling af blødningen eller opståen af ødem.
Ved ændringer i GCS score skal sygeplejersken kontaktes. Husk af få præcise retningslinjer til hvornår sygeplejersken skal kontaktes
Hos bevidsthedspåvirkede fx comodio vurderes også hovedpine, kvalme, opkast og pupilreaktion.

Hovedpine

Hovedpine vurderes mange steder efter en VAS-skala. Den kan bestå af fem smileys, som repræsenterer forskellige ansigter fra glad til sur. Eller den kan bestå af tallene 110, hvor 10 skal repræsentere den værst tænkelige hovedpine, patienten kan forestille sig. Patienten skal så vælge enten en smiley eller et tal, og ved hjælp af dette kan udvikling af hovedpinen vurderes. Ikke alle patienter er i stand til at benytte denne vurderingsmetode, og det er derfor vigtigt, at observation af hovedpine samtidig beskrives. Ser patienten smertepåvirket ud, ligger han krummet sammen under dynen, rynker han panden, er han lysskyg, kan han holde til at gå rundt etc.

Kvalme

Kvalme og opkast kan være symptomer på øget tryk i hjernen, og det er derfor vigtigt at spørge patienten herom. En voldsom hovedpine kan også give kvalme og opkast.

Pupiller

Normalt er pupiller lige store (egale) og reagerer ved at trække sig sammen, når de udsættes for lys. Denne sammentrækning sker hurtigt og begge pupiller reagerer ved at trække sig lige meget sammen og lige hurtigt.
Ved trykpåvirkning i hjernen vil pupillerne udvides og kan blive lysstive – undlade at trække sig sammen ved lyspåvirkning. Pupildifferens kan forekomme – dvs. at pupiller ikke længere har samme størrelse. Disse symptomer er tegn på, at »noget« trykker på nerven, som skal få pupillerne til at reagere.

Trykpåvirkning

Ved trykpåvirkning af hjernen ses en stigning af BT og sent i forløbet evt. også faldende P.
Også respirationen kan påvirkes af trykpåvirkning. Respirationspåvirkning er et meget kritisk symptom og sker oftest først, når patienten er ved at inkarcerere (se nedenfor).

Inkarceration

Inkarceration betyder, at hjernen er udsat for så voldsomt tryk, at den trykkes ned mod hjernestammen. I sådanne tilfælde vil respirationen påvirkes og lyde meget snorkende/prustende, og patienten vil være ukontaktbar. Dette er en meget kritisk tilstand.

Observationsskemaer

Afhængig af patientens diagnose bruges forskellige observationsskemaer.
Det er væsentligt for, hvilke observationer man gør sig, samt hvor hyppigt man bør observere, at man gør sig klart, hvilken diagnose patienten observeres for.

Sygdomme

Flere sygdomme giver skade eller påvirkning af hjernen samt dens funktioner. I det følgende redegøres kort for sygdomme samt relevante observationer og handlinger i forbindelse hermed.

Registrering af patientens cerebrale status foregår i ews

D BEVIDSTHED MIDLERTIDIG ACCEPTABEL VÆRDI _____ KRONISK VÆRDI _____ INIT._____ DATO._____	ÅRVÅGEN/ NORMAL SØVN (A)	0	0	0	0	0	0
	NEDSAT BEVIDSTHED (V,P, U)	3	3	3	3	3	3

Eller specielt fremstillende observation skemaer

Glasgow Coma Scale (GCS)

	Point	Dato kl.	Dato kl.	Dato kl.	Dato kl.	Dato kl.	Dato kl.	Dato kl.	Dato kl.	Dato kl.
Initialer										
Øjne										
Åbner øjnene spontant	4									
Åbner øjnene på opfordring med høj stemme	3									
Åbner øjnene ved tryk på negleroden	2									
Ingen øjenåbning selv ved tryk på negleroden	1									
Motorisk respons										
Følger simple opfordringer	6									
Skubber undersøgerens hånd væk	5									
Trækker berørt arm eller ben tilbage	4									
Bøjer arm / strækker ben	3									
Strækker arm og ben i pronation	2									
Ingen respons	1									
Verbal respons										
Taler, svarer korrekt og er orienteret	5									
Konfus og desorienteret	4									
Meningsløs tale	3									
Kun lyde ingen forståelige ord	2									
Ingen lyde	1									
Sum score										

GCS udfyldes samtidig med smertevurdering

Demens

Demens er betegnelsen for en række symptomer på svigt i hjernen. Det viser sig først og fremmest ved svigtende hukommelse og nedsat evne til at fungere i hverdagen. Demens giver også problemer med koncentration, regnefærdigheder, orienteringsevne og sprog.

En demenssygdom begynder ofte snigende, og det kan i begyndelsen være svært at afgøre, om der er tale om sygdom, men efterhånden giver sygdommen udtalte problemer med at klare hverdagen. Nogle demente ændrer sig psykisk og får svært ved at omgås andre mennesker. Andre bliver urolige, overdrevent mistænksomme, vredladne, initiativløse eller får hallucinationer. De demente kan helt miste evnen til at leve i eget hjem og må bo på plejehjem.

Demenssygdommen påvirker også de pårørende, som dels må se deres familiemedlem blive stadigt mere dement og dels må påtage sig et stort plejeansvar.

Alzheimer

Alzheimers sygdom fører langsomt, men sikkert til total intellektuel og psykisk opløsning, almindeligvis i løbet af 7-9 år. I begyndelsen ses de sædvanlige demenssymptomer: glemsomhed og følelsesmæssig uligevægt (irritabilitet og gråd). Efterhånden svigter hukommelsen helt, og der bliver problemer med at foretage sig almindelige dagligdags ting som at holde sig ren, tage tøj på, finde rundt og beskæftige sig. Ordforrådet mindskes for

efter 4-5 år at indskrænkes til enkelte ord og sætninger, der siges uden sammenhæng med situationen. De nære familiemedlemmer kan ikke mere genkendes. Efter 6-8 år er personen totalt hjælpeløs, urenlig, foretager de samme meningsløse bevægelser eller udstøder de samme få ord uden mening.

Sygeplejeopgaver ved demens og Alzheimers sygdom

Som det fremgår af beskrivelserne af demens og Alzheimers sygdom har disse patienter behov for meget pleje under indlæggelse. Plejen til disse patienter må tilrettelægges ud fra udviklingen af sygdommen.

Ofte er disse patienter endnu mere påvirkede af deres sygdom under indlæggelsen, end de normalt ville være. Dette skyldes dels selve årsagen til indlæggelse – altså en sygdom og dels, at de befinder sig i uvante omgivelser.

Patienten kan sandsynligvis ikke finde rundt, kan ikke huske grunden til indlæggelsen og er derfor ofte på vej til at forlade sygehuset. Samtidig kan den uvante situation skabe frustration og vrede, som kan være vanskelig at håndtere. Udover dette skal den demente ofte have hjælp til mange ADL-funktioner (activities of daily living), altså personlig pleje, spisning, toiletbesøg etc.

Når man omgås demente er det vigtigt at lade den demente opleve så få nederlag som muligt, men samtidig lade den demente have oplevelsen af, at de »klarer sig selv«.
Man skal altså hele tiden være »et skridt foran«. Fx kan man sætte et navneskilt på døren, samt et skilt på toiletdøren. Undgå at give for mange valgmuligheder til den demente, men forsøg at guide på en måde, så den demente føler, at han er den, der bestemmer. Det kan være kompliceret, særligt hvis den demente har tendens til vrede. Det er dog vigtigt at huske, at vreden ofte udløses af afmagtsfølelsen.

Den demente husker ofte sin barndom og ungdom, arbejde eller andet, som har fyldt meget i hans liv, ganske tydeligt. Ofte vil samtaler om disse emner skabe tryghed og glæde hos den demente.

Det giver sjældent mening at forsøge at korrigere den demente – ofte har man størst succes ved at følge med i den verden, den demente befinder sig i.

Det er en god ide at finde på afledningshandlinger, som den demente ikke opfatter som kommandoer.

Case
En ældre dement herre indlægges til observation for anfald. Han er meget urolig og vil hele tiden forlade den »tildelte lejlighed«, da han skal vaske biler, som skal klargøres til næste dags udstilling. Efter flere mislykkede forsøg på at korrigere ham, siger sygeplejersken, at han roligt kan sove om natten, da alle bilerne er klar til udstillingen, og at natpersonalet nok skal gøre resten klar. Herefter falder patienten til ro.

Vi anbefaler at du finder yderligere viden vedr. demens på http://www.videnscenterfordemens.dk/abc/abc-demens-pleje-og-omsorg/ og gennemføre ABC Demens - Pleje og omsorg

Apoplexi

Apoplexi er en fællesbetegnelse for de kliniske symptomer, der optræder ved en vaskulær skade i hjernen forårsaget af en hæmoragi (blødning) eller et infarkt (blodprop). De kliniske symptomer afhænger af, hvilket område af hjernen der rammes. Oftest drejer det sig om halvsidige modsidige lammelser.

Symptomerne på apoplexi kan vise sig ved pludselig eller hurtigt indsættende lammelser og bevidstløshed eller ved svage symptomer som snurren eller prikken i en arm, let

lammelse eller blot lidt besvær med at finde ord. Uanset graden af symptomer er akut indlæggelse vigtig for at få afklaret, om det drejer om en hæmoragi eller et infarkt.

Påvirkning af blodtryk er typisk, og i de første dage efter symptomdebut accepteres et lettere forhøjet blodtryk, da det er vigtigt med rigelig ilttilførsel til det skadede område i hjernen. Samtidig er kroppen i en stresssituation, og det sympatiske nervesystem er aktiveret.

Der kan i sjældne tilfælde være respirationspåvirkning, men det ses primært hos svært ramte apoplexipatienter.

Både hæmoragier og infarkter kan trække ødem (vand) og dermed forårsage tryk på hjernen, som yderligere kan påvirke bevidsthedsniveau og respiration.

Observationer og pleje ved apoplexi

Observationsniveau

Observationsniveauet hos apoplexipatienter vurderes afhængigt af symptomer og påvirkning af patienten. Det første døgn observeres dog minimum hver eller hver anden time for udvikling af symptomer efter fx Scandinavian Stroke Scale (SSS) eller Stroke in Progression (SIP). Samtidig måles vitale værdier som BT, P, SAT, TP og respirationen inkl. RF (respirations frekvens). Også blodsukker måles hyppigt det første døgn, da et forhøjet blodsukker giver risiko for yderligere infarkter.

Infarkter og hæmoragier kan give forstyrrelser i tarmsystemet og urinvejene, og det er vigtigt at være opmærksom på, at patienten har både diurese og afføring. Det kan være nødvendigt at anlægge KAD (kateter à demeure) eller engangskateterisere (SIK)

Symptomer

Som tidligere beskrevet findes flere centre i hjernen. Symptomer ud over lammelser vil finde sted afhængig af det skadesramte område.

Husk
Det er vigtigt at informere sygeplejersken om ændringer i de vitale værdier samt udvikling af symptomer.

Afasi

Ved skade i taleog/eller forståelsescentret vil en patient have en større eller mindre grad af afasi. Evnen til ikke at kunne formulere ord eller tankeindhold kan være skadet (ekspressiv afasi). Forståelsen er intakt, men talen er langsom og besværet (ikke-flydende/Broca afasi). Ligeledes kan evnen til at opfatte talt eller skrevet sprog (impressiv afasi) være skadet. Talen kan være flydende og velartikuleret, men giver ingen mening (flydende/Wernicke afasi). Ved affektion af alle sprogelementer bruges begrebet global afasi.

Ved pleje af patienter med afasi er det vigtigt at finde ud af, hvilken form for afasi patienten har og kommunikere i henhold hertil. Ved Broca afasi kan patienten bruge billeder eller skrevet sprog til at udtrykke sig. Patienter, hvis sprogforståelse er intakt, men evnen til at udtrykke sig gået tabt, vil ofte opleve frustration over ikke at kunne formidle sit budskab. Ligeledes vil det være uden mening at bruge for meget verbalt sprog til en Wernicke afasiramt patient. Ordene giver ingen mening for patienten. Her vil det være hensigtsmæssigt at forsøge sig med at vise billeder og guide patienten til den handling, man ønsker udført.

Apraksi

En anden hyppig skade er apraksi – defekt udførelse af en formålsbestemt handling. Fx ved patienten, at det er en tandbørste, han har i hånden, men kan ikke påbegynde tandbørstningen. Samme problematik kan ses i påklædningssituationer. Denne skade er ikke forårsaget af motoriske problemer, men af kognitive forstyrrelser.

Case

En ældre dame indlægges med et infarkt. Hun er svært præget af flydende afasi. Da hun bliver spurgt, hvad hun vil have til morgenmad, ser hun undrende og let frustreret ud og svarer: »sol og måne – det ved du da«. Da hun ser morgenmaden, er hun i stand til at give udtryk for, hvad hun ønsker.

Dysphagi

Dysphagi betyder synkebesvær. Dette kan ligeledes være en komplikation efter en apoplexi. Man bør altid sikre sig med en vandtest, at en patient ikke fejlsynker. Denne vandtest bør udføres af sygeplejerske eller under vejledning af en sygeplejerske.

Neglect

Neglect betyder, at en patient ikke registrerer sin ene legemshalvdel eller den ene halvdel af det omgivende rum. En patient spiser fx kun maden på den ene side af tallerkenen eller kan ikke finde tilbage til sin seng, hvis døren er til den »ikke-eksisterende« side. En sådan patient kan let udføre skade på sig selv, når han kun registrerer halvdelen af sine omgivelser.

Neglect kan også medvirke til nedsat sygdomserkendelse. Neglecten kan være så gennemtrængende, at patienten tror, at den lammede kropshalvdel ikke er hans egen og dermed ikke erkender sin sygdom. Dette kan medføre skade på den påvirkede legemsdel, da patienten ingen opmærksomhed har på armen eller benet. Ligeledes kan det medføre et problematisk genoptræningsforløb og medvirke til, at en patient føler sig tilbageholdt/forsøger at forlade hospitalet.

Rum-/retningsforstyrrelse

Rum-/retningsforstyrrelse er et andet symptom, der kan optræde efter en apoplexi. Dette medfører, at en patient ikke kan finde rundt, ikke kender højre fra venstre og har tendens til at fare vild og føle sig fortabt.

Generelt

Når man har med apoplexipatienter at gøre, er det vigtigt at forholde sig til både de motoriske og kognitive forstyrrelser, patienten kan have. De motoriske symptomer er lette at se, men ofte kan kognitive symptomer skjule sig, selvom det ofte er disse symptomer, der er til størst gene for patientens dagligdag og genoptræning.

Lejring

I forbindelse med motoriske symptomer er det vigtigt med korrekt lejring af den paretiske legemsdel for at undgå kontrakturer (se afsnit om immobilitet) og unødige ledsmerter på grund af forkerte stillinger.
Figur 3-2 viser tegninger af korrekte lejringer til patienter med hemipareser.

Guidning

I forbindelse med kognitive symptomer er det vigtigt at guide patienten som en del af træningen og ikke udføre handlingen selv. Så vidt muligt skal patienten selv løse opgaven ved hjælp af såvel verbal som fysisk guidning. Mange steder bruges ABC-konceptet (Affolter, Bobarth og Coombs) hertil.

Epilepsi

Epilepsi er en lidelse, der viser sig ved gentagne nogenlunde ens anfald udløst af unormale elektriske impulser i hjernen.

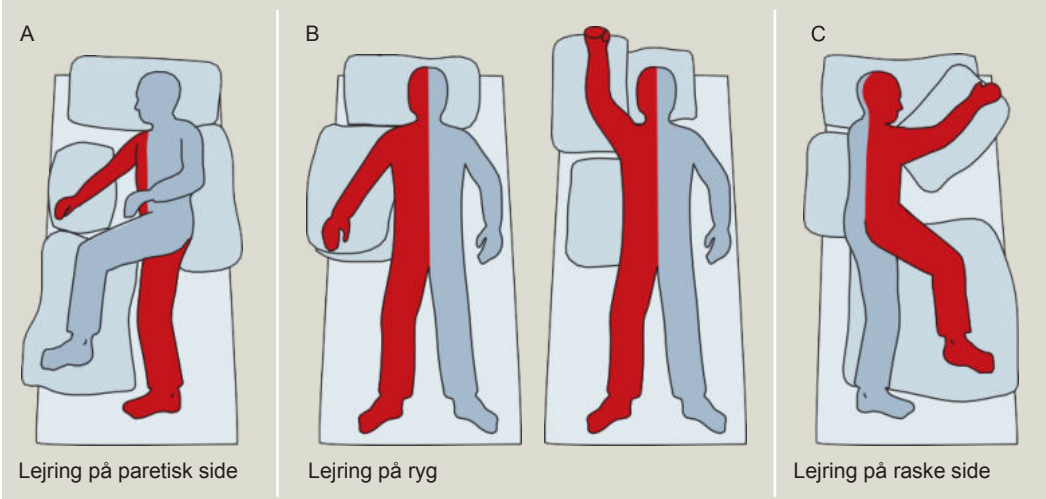
Man kan forestille sig, at hjernen fungerer som en computer via nogle komplicerede elektriske kredsløb. Forudsætningen for, at vi tænker og handler, er aktivering af nogle svage strømme, der løber i dette kredsløb. De elektriske signaler er underlagt viljen, og de handlinger, som de giver anledning til, er som regel hensigtsmæssige. Ved epilepsi medfører den elektriske aktivitet nogle symptomer, der ikke i sig selv har nogen mening. Man kan sige, at computeren/hjernen får sit eget liv.

Epilepsi deles groft i to hovedgrupper – partielle anfald og generaliserede anfald.

Partielle anfald

Partielle anfald kan atter kategoriseres i simple partielle og komplekse partielle anfald. Under simple partielle anfald involveres kun en lille del af den ene hemisfære. Under simple partielle anfald er patienten vågen, kan redegøre for forløbet og kan føre en normal samtale – er altså ikke bevidsthedspåvirket.

Under komplekse partielle anfald involveres en større del af hjernen eller hele den ene hemisfære. Patienten har bevidsthedspåvirkning under anfaldet.

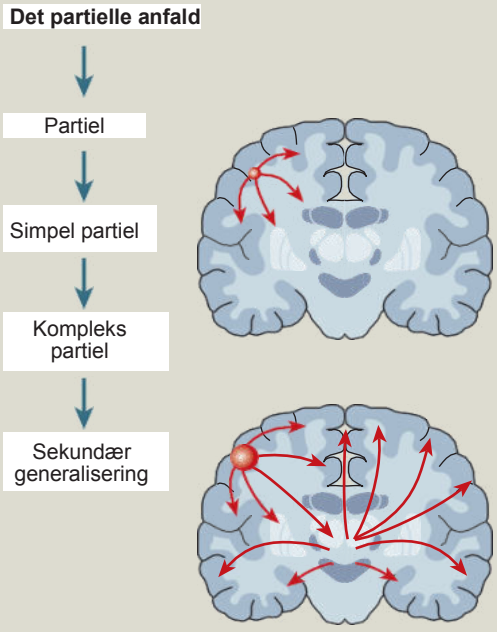


Figur 3-2 Tegning vedr. lejring på paretisk/rask side

Generaliserede anfald

Generaliserede anfald inddeles i primære og sekundære generaliserede anfald.

Ved primære generaliserede anfald involveres hele hjernen lige fra starten af anfaldet. Ved sekundære generaliserede anfald menes, at anfaldet udvikler sig fra fx at være simpelt eller komplekst partielt, inden anfaldet spreder sig til hele hjernen. Ofte sker spredningen af anfaldet så hurtigt, at det kræver meget trænede øjne at kende faserne fra hinanden. Både primære og sekundære generaliserede anfald medfører bevidsthedstab.



Figur 3-3 Spredningen ved de forskellige typer anfald

Case
En kvinde indlægges med ophobede anfald. Hun er vågen og fuldstændig klar over, hvad der sker omkring hende. Der er ingen anfald at se, men hun ringer efter sygeplejersken flere gange i timen og siger, at »nu er det der igen«. Sygeplejersken kan intet se og kan heller ikke fornemme bevidstheds-påvirkning. Et par dage senere laver man alligevel et EEG, som viser, at denne kvinde har en simpel partiel status tilstand.

Status epilepticus

Status epilepticus er en tilstand, hvor det ene anfald afløser det andet, således at man ikke når at komme til sig selv mellem anfaldene. Status epilepticus kan forekomme både ved simple partielle anfald, komplekse partielle anfald og generaliserede anfald. Dette er en livstruende tilstand, som kan medføre hjerneskade på grund af afbrænding af hjerneceller eller på grund af iltmangel. Det er vigtigt at behandle en sådan tilstand så hurtigt som muligt og dermed bremse anfaldsrytmen.

Konvulsive og nonkonvulsive anfald

Man taler om konvulsive og nonkonvulsive anfald. Med dette menes anfald, hvor der enten ses (= konvulsive) eller ikke ses (= nonkonvulsive) trækninger i ekstremiteter eller ansigt.

Observation af epilepsipatienten

Patienter i status kræver hyppig overvågning. Det er oftest lægeordineret, hvor ofte patienten skal observeres, og tit skal patienten være under konstant overvågning. Det er vigtigt at observere for yderligere anfaldsfænomener og i så fald behandle dem hurtigst muligt. Respirationen kan blive påvirket dels på grund af anfald, dels på grund af den medicinske behandling, der er foretaget for at stoppe anfaldene.
Patienter med ophobede anfald eller i status får kun børnehovedpuder på grund af øget risiko for at blive kvalt i hovedpuden under et anfald.

Disse patienter må ikke ligge på maven under søvn, da det er umuligt at vende dem om, hvis de får et anfald.

Observationen af anfaldene og derunder udviklingen af anfaldene – altså hvordan anfaldet ser ud, er meget vigtig for den medicinske behandling. For at beskrive anfald bruges et anfaldsobservationsskema.

Postictal fase

I forbindelse med epileptiske anfald med bevidsthedspåvirkning har epileptikeren en postictal fase – »efter-anfalds« fase. Den kan forme sig på mange forskellige måder afhængig af patient og anfaldstype. Ofte falder epileptikeren i dyb søvn, som kan vare fra

minutter til flere timer. Selve opvågningen kan ligeledes have forskellig karakter. Nogle vågner op og er blot lidt forvirrede og kan ikke huske, hvad der er sket. Nogle vågner op og er bange og forskrækkede. Andre vågner op og er nærmest psykotiske, hallucinerende eller ligefrem lettere aggressive. Denne fases længde er meget individuel og kan ligeledes vare fra minutter til timer og endda i flere døgn.

Abstinenskramper

En anden form for kramper er abstinenskramper. Disse ses hos patienter med alkoholeller andet rusmiddelmisbrug. Abstinenskramper er oftest generaliserede anfald med trækninger i alle fire ekstremiteter. Et andet karakteristikum hos denne patientgruppe er, at patienten ofte i den postictale fase er delirøs, dvs. patienten kan være udadreagerende, senge- eller afdelingsflygtig, hallucinerende eller mangle sygdomserkendelse.

Det kan være svært at hjælpe patienten på andre måder end at sikre, at patienten ikke får flere anfald eller kommer til skade. Det er derfor ofte nødvendigt at berolige patienten med medicin. Derudover kan det være nødvendigt, at patienten er under konstant opsyn pga. risikoen for, at patienten kommer til skade eller kramper yderligere.

Husk
Du må aldrig udsætte dig selv for risikoen for at komme til skade ved pleje af en udadreagerende patient. Hent hellere hjælp.

Påvirkning af syn og hørelse

Syn og hørelse er menneskets to vigtigste fjernsanser og et høre- eller synstab kan gøre det vanskeligt at kommunikere med andre, at få nyheder og anden information samt at færdes selvstændigt.

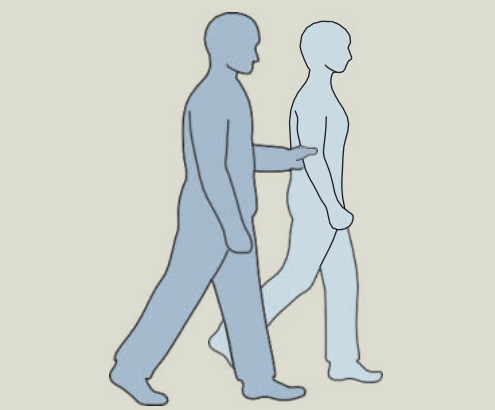
Kommunikationsvanskeligheder kan gøre en undersøgelse eller indlæggelse på et sygehus til en unødigt dårlig oplevelse for patienten. Dette kan man undgå, hvis man er opmærksom på følgende punkter.

At assistere en blind eller synshæmmet person

- Sig, hvem du er, når du møder en synshandicappet.
- Hvis du vil give hånd, så sig, at du gør det.
- Brug altid den synshandicappedes navn, så han ved, at det er ham, du henvender dig til.
- Vend ansigtet mod den synshandicappede, når du taler til ham.
- Brug ordet »se« på helt normal vis.
- Sig dit navn, hver gang du kommer ind i lokalet, og når du forlader det igen.
- Når du skal vise den synshandicappede noget, så undlad at flytte på hans hænder. Lad ham i stedet følge din arm/hånd ned til genstanden.
- Undgå at lade døre eller skabslåger stå halvåbne, og sæt stole på plads efter dig, ellers risikerer den synshandicappede at støde ind i dem.
- Hvis du vil advare den synshandicappede, så undlad at bruge »alarm-udtryk« som fx »pas på!«, medmindre der virkelig er fare på færde. Giv i stedet en besked, der kan bruges, fx »der står en kaffekop lige foran din hånd«.
- Sig, hvad dit ærinde er.
- Efterlad aldrig en helt blind person alene uden et fast holdepunkt. Vis ham i stedet hen til en stol, en væg eller andet, der har en kendt placering.
- Hvis du er i tvivl om, hvorvidt den synshandicappede ønsker hjælp, så spørg! Lad være med bare at gribe fat i ham eller gøre ting for ham. Tit vil han måske helst

klare sig selv.

- Se figur 3-4 for, hvorledes du følger en blind.



Figur 3-4 At følge en blind

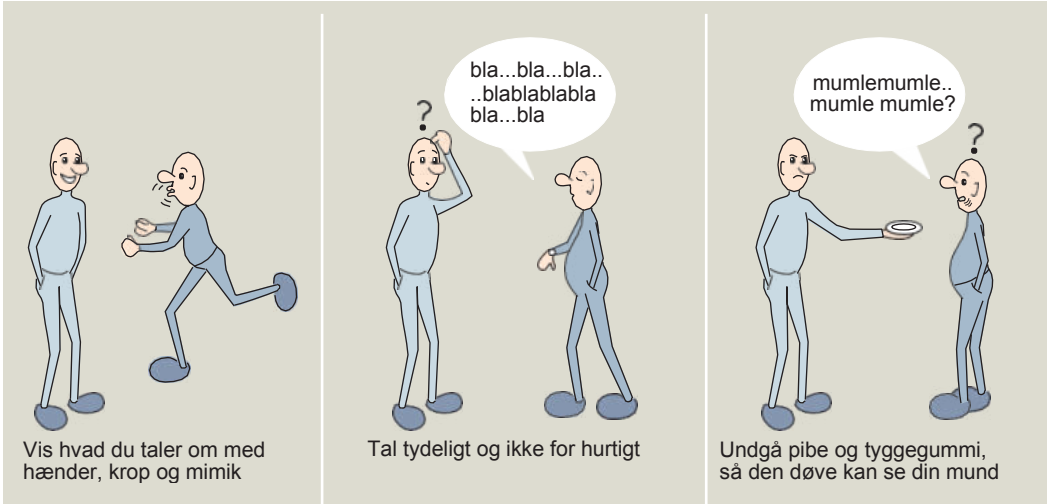
Ukendte lokaler

Hvis I er i et værelse eller et rum, som den synshandicappede ikke kender, kan ledsageren beskrive rummet for ham, hvis han ønsker det. Det letter orienteringen og kan være rart at vide. Fx beskrives rummets størrelse, vinduernes placering og møbleringen i store træk.

Toiletter

Ved brug af et fremmed toilet kan den synshandicappede få brug for en kort orientering om, hvordan toilettet er indrettet, hvor papiret befinder sig, hvordan man skyller, og hvor håndvask, sæbe og håndklæde befinder sig.

Hvis toilettet eller håndklædet er snavset, bør man orientere den synshandicappede om det, så han selv kan tage sine forholdsregler.



Figur 3-5 Gode råd ved kommunikation med døve eller hørehæmmede

At assistere en døv eller hørehæmmet person

- Du skal sikre dig, at et evt. høreapparat er sat i og fungerer.
- Tal tydeligt og direkte vendt mod patienten. Råb ikke ind i høreapparatet.
- Undgå kommunikation i lokaler med meget baggrundsstøj.

- Brug evt. skriftsprog, peg og gestikuler. Skriv hellere for meget end for lidt. Brug kontrastfarver, sort tusch på hvidt eller gult papir.
- Brug enkle og overskuelige sætninger.
- Sørg for, at den hørehæmmede har forstået det, du har sagt. Spørg direkte til forståelsen af det sagte.
- Sørg for, at lyset falder på dit ansigt, når du taler, således at personen får lyset ind i ryggen og dermed ikke blændes.
- Gør opmærksom på emneskift i samtalen. Det giver personen mulighed for at indstille sig på, hvad der tales om.
- Slå undertekster til på fjernsynet.

Case
Johannes er 74 år. Han har ikke været uden for en dør i tre uger, for hjemmesygeplejersken har misforstået hans anmodning om at få en rollator. Hjemmehjælperne er venlige, men de har travlt. Han har vænnet sig til bare at sidde og kigge på. Men han savner en ordentlig snak om en masse ting i hverdagen, fx at det kniber med at se teksterne på fjernsynet, og at han ikke rigtig forstod, hvad lægen sagde om de nye piller.

Vær opmærksom på, at nogle personer har både nedsat syn og hørelse. Og særligt ældre kan have påvirkning af begge sanser.

At disse sanser er påvirkede betyder, at kommunikation vanskeliggøres, og der er risiko, for at personens behov overses. Ligeledes er særligt ældre syns- og hørehæmmede ikke vant til selv at gøre opmærksom på behov eller bede om hjælp.

Opsamling
- Ved traumepatienter vurderes bevidsthedsniveau (GCS), hovedpine, kvalme, opkast, BT, P og pupilreaktion.
- Ved ændringer i GCS-score skal sygeplejersken kontaktes
- Skab tryghed og ensformighed for den demente under indlæggelse.
- Husk at undersøge, om patienten kan synke, før du tilbyder mad og væske.
- Lejring, stillingsskift og mobilisering er en vigtig del i plejen af apoplexipatienter.
- Epilepsi er ikke altid ensbetydende med, at der ses trækninger/kramper i arme eller ben.
- Nogle personer har både nedsat syn og hørelse, det gælder særligt ældre.

Check-spørgsmål
- Hvilke opgaver kan der forekomme hos demente og alzheimerpatienter?
- Hvad er forskellen på et infarkt og en hæmoragi?
- Hvilke observationer og opgaver kan der forekomme hos apoplexipatienter
    - i den akutte fase?
    - i genoptræningsfasen?
- Hvad skal du sikre dig, inden du tilbyder en patient mad og drikke?
- Hvad er dine opgaver, og hvilke observationer skal du gøre dig hos epilepsipatienter?
- Hvilke hovedområder skal du være opmærksom på ved plejen af

Pensum : VIP Delir se Link
http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X586C9C0383F31B32C1257DEF00366128&dbpath=/VIP/Redaktoer/1330.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g

Pensum: VIP Alkoholabstinensbehandling – Visitation,monitorering og scoring
http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XA54C4C34D336C4EFC12579AB00382929&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g