

Prosedyre for skjerming

Kunnskapsgrunnlag:

- Målet med rehabiliteringen av pasienter i en PTF fase er å legge til rette for bedret funksjon ved å benytte intervensjoner som bidrar til at pasienten kommer ut av PTF på best mulig måte så raskt som mulig. Det primære målet med skjerming er å unngå overstimulering av en sårbar hjerne som ikke klarer å sortere sanseinntrykk og der igjen unngå en eventuell forverring av agitasjon, irritabilitet, søvnforstyrrelser, emosjonelle symptomer og i noen tilfeller aggresjon.
- Forankring (informasjon om tid, sted og situasjon) bygger på prinsippene om feilfri læring som er en retningslinje for hvordan en læringssituasjon kan organiseres slik at muligheten for å gjøre feil reduseres eller elimineres (Baddeley & Wilson, 1994). Læringsprinsippet bygger blant annet på tidlige studier av barn med alvorlige lære vansker som viste at dersom det gjøres feil under læring, er det vanskeligere å huske det som har blitt lært (Cullen, 1976). Feilfri læring kan være en effektiv tilnærming for pasienter som har problemer med å lagre minneinntrykk for det som har skjedd etter at skaden har inntruffet. Flere studier har vist at feilfri lærings-teknikker gir positiv effekt på hukommelsesoppgaver for personer med ervervet hjerneskade (for eksempel Hunkin et al, 1998, Page et al, 2006, Squires et al, 1997).
- Det er ønskelig at pasienter i PTF blir på sykehus til de er ute av denne fasen. Om det skulle bli nødvendig å skrive ut en pasient i PTF må man forsikre seg om at familie/institusjon har nok kunnskap til å ivareta pasienten (Ponsford et al, 2014).

Definisjoner:

- Skjerming: en systematisk ivaretagelse av mennesker med særlige behov for beskyttelse mot overstimulering.
- Prosessperm: skriftlig informasjon om tid, sted og pasientens situasjon som personalet bruker til å informere pasienten. Dette for at personalet skal informere pasienten på samme måte og med samme informasjon.

Formål:

- Skjerme pasienten mot overstimulering og redusere risiko for økt uro, agitasjon, forvirring og aggresjon.
- Bedre orientering

Omfang:

- Seksjon for hjerneskade

Ansvar:

- Det tverrfaglige teamet

Fremgangsmåte:

Primære tiltak	Fremgangsmåte	Ansvarlig	Link
1-1-oppfølging	<ul style="list-style-type: none">• De fleste pasienter i PTF har behov for 1-1-oppfølging fra personalet. Dette innebærer at det til enhver tid er et navngitt teammedlem med kompetanse i forhold til PTF som har ansvar, og som er i umiddelbar nærhet til pasienten.• Det bør tilstrebes at pasienter i PTF følges av fast personale.• Pasienter i PTF bør ofte, men ikke alltid, kunne bevege seg rundt som han selv ønsker og følges utendørs i skjermede omgivelser	Det tverrfaglige teamet	

Ivareta pasientens sikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> • Når pasienten er i PTF, er han/hun oftest ikke samtykkekompetent og vil oftest ikke kunne ta gode avgjørelser om egen sikkerhet og behandling. • Pasienten overvåkes på skjerm når personalet ikke er tilstede på rommet for å unngå at pasienten kan komme til skade, og for å redusere rømningsfare. • For å unngå fallskader, kan pasienter i PTF sove på madrass på gulvet. 	Det tverrfaglige teamet	
Balanse mellom hvile og aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> • Hvile og aktivitet tilpasses den enkelte pasient • Behandlingsplan og dagsplan skal være oppdatert for å sikre en strukturert dag 	Sykepleier	
Redusere stimuli i aktiviteter	<ul style="list-style-type: none"> • Kompleksitet i aktiviteter og oppgaver skal tilpasses funksjonsnivå, og det skal tilrettelegges for mestringsopplevelser. • Aktiviteter skal primært foregå på pasientens rom eller i skjermede omgivelser inntil annet er bestemt etter tverrfaglige drøftinger. 	Det tverrfaglige teamet	Link: skjermingsrutiner

	<ul style="list-style-type: none"> • Begrense antall teammedlemmer inne på rommet, helst bare 1-2 om gangen og avtal på forhånd hvem av personalet som leder og som fører samtalen. Vær rolig og bruk god tid. • Måltidene spises på pasientrommet eller skjermet på annet egnet rom • Reduserer pleietid/ aktiviteter til 15-30 min ut fra pasienten kapasitet 		
<p>Redusere stimuli på rommet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ha det ryddig på rommet og avklare i teamet hva som kan ligge fremme av informasjon og bilder. • Alt det pas kan se, høre eller føle og som kan få pasient til å tenke <i>er</i> stimuli, derfor skal det være så lite som mulig i rommet. Dette innebærer at man fjerner alle unødvendige møbler, timeplaner, aviser og blader. Tilgang til TV, radio, telefon etc. skal være vurdert av det tverrfaglige teamet. Lydnivået skal holdes til et minimum • Pasienten bør ha tilgang til klokke (på vegg) og kalender med dato, måned og 	<p>Sykepleier</p>	

	år.		
Døgnrytme	<ul style="list-style-type: none"> Tillat lange hvileperioder, ikke prøv å korrigere søvn-våkenhets syklus, og vekk ikke pas for unødvendige aktiviteter i starten av PTF-fasen. Etter hvert bør man tilstrebe en normal døgnrytme med forutsigbarhet og fast døgnrytme. 	Det tverrfaglige teamet	
Skriftlige skjermingsrutiner	<ul style="list-style-type: none"> Rutiner for skjerming skal skrives ned og legges i DIPS og i timeplanperm på vaktrom Rutinene vurderes kontinuerlig av det tverrfaglige teamet 	Psykolog, ergoterapeut, sykepleier	Link til skjema <i>Skjermingsrutiner for pasient</i>
Evaluerer påvirkning av stimuli	<ul style="list-style-type: none"> Evaluerer om besøk, trening/stimulering øker trettbarheten eller øker aggresjon og tilpass stimuli til optimalt nivå 	Det tverrfaglige teamet	
Avledning	<ul style="list-style-type: none"> Avledning eller skifte av aktivitet benyttes ved behov ved perseverering eller tilløp til aggresjon. 		Link til Prosedyre for aggressiv atferd
Kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"> Hver gang en fra personalet kommer inn i rommet, skal hun/han presentere seg, informere hvorfor 	Det tverrfaglige teamet	

	<p>vedkommende er kommet og hva som skal skje.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unngå å stille spørsmål. Bruk enkle setninger – unngå unødig snakk. Vær tydelig i din kommunikasjon. Sørg for at du har pasientens oppmerksomhet. Ikke vær redd for taushet. • Trening av funksjonsutfall gjennomføres uten bruk av komplekse instruksjoner 		
Forankring	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessperm- skriftlig informasjon om tid, sted og ulykke/skade som skal hjelpe pasienten til å bli orientert om egen situasjon. • Start med lite og konkret innhold og utvid etter hvert som pasienten tolererer mer informasjon (eksempelvis hvor pasienten bor, sivilstatus, barn og arbeid) • Innholdet i prosessperm går gjennom flere ganger daglig, som definert av teamet. • Forankring skjer og ved behov i alle daglige situasjoner (hvem er jeg, hvem er du , tid, sted og situasjon) • Album : Vurdere om det er hensiktsmessig med 	<p>Psykologen avgjør hvor mye informasjon som skal stå i permen og ergoterapeuten lager permen</p>	<p>Link til mal for <i>Prosessperm</i></p>

	ett album med bilder av familie/venner fra før ulykken Bilder av: <ul style="list-style-type: none"> • Bolig/rom • Familie/venner med navn og relasjon • Bilder av pasient fra ulike kjente situasjoner/ferie 		
Supplerende tiltak	Fremgangsmåte	Ansvarlig	Link
Inkludering av pårørende	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon til pårørende om hvordan vi jobber med skjerming rundt aktuell pasient. 	Spl- tjenesten	Prosedyre for pårørende

Referanser og vedlegg

Baddeley, A., & Wilson, B.A. (1994). When implicit learning fails: amnesia and the problem of error elimination. *Neuropsychologia*, 32(1), 53-68.

Cullen, C. N (1976). Errorless learning with the retarded. *Nursing Times*, 28, 33-36.

Hunkin, N. M., Squires, E. J., Parkin, A. J., & Tidy, J. A. (1998). Are the benefits of errorless learning dependent on implicit memory? *Neuropsychologia*, *36*, 25–36.

Page, M., Wilson, B. A., Shiel, A., Carter, G., & Norris, D. (2006). What is the locus of the errorless-learning advantage? *Neuropsychologia*, *44*, 90–100.

Ponsford, J, Janzen, S, McIntyre, A, Bayley, M., Velikojna, D., Tate, R. (2014): INCOG Recommendations for Management of Cognition Following Traumatic Brain Injury, Part I: Posttraumatic Amnesia/Delirium. *J Head Trauma Rehabil* Vol. 29, No. 4, pp. 307–320

Squires, E. J., Hunkin, N. M., & Parkin, A. J. (1997). Errorless learning of novel associations in amnesia. *Neuropsychologia*, *35*, 1103–1111.