

	Retningslinje Legens arbeidsoppgaver, fase 1 og 2, BHL, Rehabilitering av barn og unge, hjerneskader Kvinne Barn		
	Dokument-ID: 42619 Versjon: 0 Status: Godkjent	Dokumenteier: Edith HB Resen-Fellie Utarbeidet av:	Godkjent av: Odd Bakken

1. Endringer siden forrige versjon

Nytt dokument.

2. Hensikt og omfang

Sikre god og forutsigbar behandling i BHL, Rehabilitering av barn og unge, 1-18 år, med ervervet hjerneskade.

3. Ansvar

Leder ved behandlende avdeling har ansvar for å gjøre dokumentet kjent blant ansatte. Ansatte plikter å sette seg inn i dokumentet og følge dette.

4. Fremgangsmåte

Legens oppgave er å kartlegge skade og utfall, forebygge og behandle komplikasjoner som kan oppstå, samt planlegge videre rehabiliteringsinnsats i samarbeid med det tverrfaglige teamet som etableres for pasienten. Tidlig informasjon til senere ledd i behandlingslinjen må ivaretas via henvisning og møter, evt videomøter.

Det er viktig å kartlegge tidligere utviklings- og sykehistorie hos pasienten som kan være relevant mht rehabiliteringsarbeidet (ADHD, lærevansker, motoriske vansker, ernæringsvansker osv)

Overordnede mål i fase 1 og 2 er tilstrekkelig skjerming og fokus på døgnrytme og nattesøvn, også for å minimere behov for medikamentell behandling i PTF fase. Det er svært viktig å unngå katabol fase og opprettholde vekt/ tilstrebe fysiologisk vektøkning etter akutfasen.

1. Nevrologisk status inkludert GCS vurdering.
 - a. Spastisitetvurdering- vurder skinner og botox. Forebygging viktig- start tidlig ved symptomer. Samarbeid med fysioterapeut mht vurdering av tidspunkt for og valg av tiltak. Botox må settes av kompetent lege fra
Barnehabiliteringen
Sanser – evt nevrofysiologiske undersøkelser og tilsyn øyelege og ØNH lege.
 - c. Autonom dysregulering / akutt dystoni: vurdere baclofen behandling(pumpe)
 - d. Svelgvansker/ dysfagi. Evt hjelp til vurdering fra ergoterapeut/logoped. Vurdere svelgfiling på Rikshospitalet
 - e. Tarm og blærefunksjon :
 - i. Urinveier. Ved blæredysfunksjon - kontroller resturin, evt. følg opp miksjonsliste (ansv. : sykepleier), lege vurderer behov for henvisning til utredning ved urodynamisk laboratorium, rekvirerer nødvendige prøver for utredning av nyrefunksjon (kreatinin, kreatinin clearance). Lege starter evt. medikamentell behandling ved nevrogen blære.
 - ii. Tarmfunksjon. Evt. medisinerer for å oppnå effektiv tarmtømningsregime.
 - f. Hormonelle avvik:
 - i. Hypofysesvikt (etter TBI): Diabetes insipidus, SAIDH, cerebral salt-wasting syndrom. Mål elektorlytter og osmolalitet i serum og urin, før væskeregnskap (inn/ut).
 - ii. Hypocortisolisme: ved hyponatremi, hypotensjon eller hypoglycemi bør elektrolytter og osmolalitet i serum og urin sjekkes. Ved avvik kan cortisol måles, men obs manglende døgnvariasjon hos de yngste pas. Konferer med endokrinolog.
2. Forebygge/ behandle komplikasjoner:
 - a. Infeksjoner
 - b. DVT
 - c. Kramper: medisinerer (helst Valproat eller Karbamazepin) tidlig ved mistenkt epilepsiaktivitet. Behandlingstart på klinisk grunnlag, hvis ikke EEG kan gjennomføres først
 - d. Hydrocephalus

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Legens arbeidsoppgaver, fase 1 og 2, BHL, Rehabilitering av barn og unge, hjerneskader	Utskriftsdato: 22.04.2013
Utarbeidet av: Overlege Hilde Margrethe Dahl	Godkjent av: Odd Bakken
Dokument-Id: 42619 - Versjon: 0	Side 1 av 2

3. Vurdering av skjermingsbehov tidligst mulig (unngå medisineringsbehov)
 - a. Score pasientens kognitive nivå/ bevissthetsnivå gjentatte ganger i PTF, oftest i startfasen. Kan være behov flere ganger pr uke. Testing gjøres av nevropsykolog i samarbeid med lege/sykepleier
 - i. (Coma recovery scale-R, CAP)
 - b. Nevropsykologens vurdering legges også til grunn for tiltak

4. Ved posttraumatisk forvirringstilstand (PTF) må medisinerings vurderes hvis skjerming ikke gir tilstrekkelig effekt:
 - a. Ved betydelig uro/psykotiske symptomer – Zyprexa (2,5 mg x 1 til de minste, 5 mg x 1 til de største.), evt. Risperdal. Prøv å unngå første generasjons antipsykotika (Haldol).
Andre aktuelle medikamenter:
 - b. B-blokkere (dokumenter effekt, spesielt aktuell hvis pas har autonom dysfunksjon i tillegg),
 - c. Sarotex (spesielt aktuell ved kombinasjon med søvnvansker, smerter),
 - d. Antiepileptica (spesielt aktuelt ved kombinasjon med epilepsi, nevrologiske smerter).
 - e. Generelle prinsipper: Start med lave doser og titrer forsiktig. Vurder fortløpende riktig tidspunkt for nedtrapping/seponering!

5. Opprettholde døgnrytme – passe på søvn
 - a. evt medisinerings : Zopiklone, Melatonin. Unngå Diazepam pga halveringstid og akkumulering
6. Ernæring:
 - a. Svelgtest før po utprøving av drikke eller po ernæring(kan utføres av sykepleier)(*Se relatert dokument svelgtest*)
 - b. Tilstrekkelig ernæring i tidlig fase, evt PN i tillegg til sondeernæring, hvis det ikke er vektøkning.
 - c. Avklare sannsynlighet for overgang til po ernæring eller behov for PEG før overflytning til fase 3.

7. Søknad til fase 3-, tidlig kontakt med riktig institusjon. ([Link utskrivingsrutiner fase 2-3](#)).

8. Dersom pasienten ikke har behov for institusjonsrehabilitering, må legen delta i beskrivelse av rehabiliteringsbehov ved hjemreise og overgang til skole/ barnehage ([link utskrivingsrutiner fase 2-4](#))

Relaterte dokumenter

[Vanntest-Svelgefunksjon etter hjerneskade \(INTI3\)](#)

5. Definisjoner

6. Avvik eller dissens

Avvik meldes elektronisk avvikssystem.

7. Referanser

Viser til referanseliste.

Relaterte vedlegg

[Referanser fase 1 og 2, OUS](#)