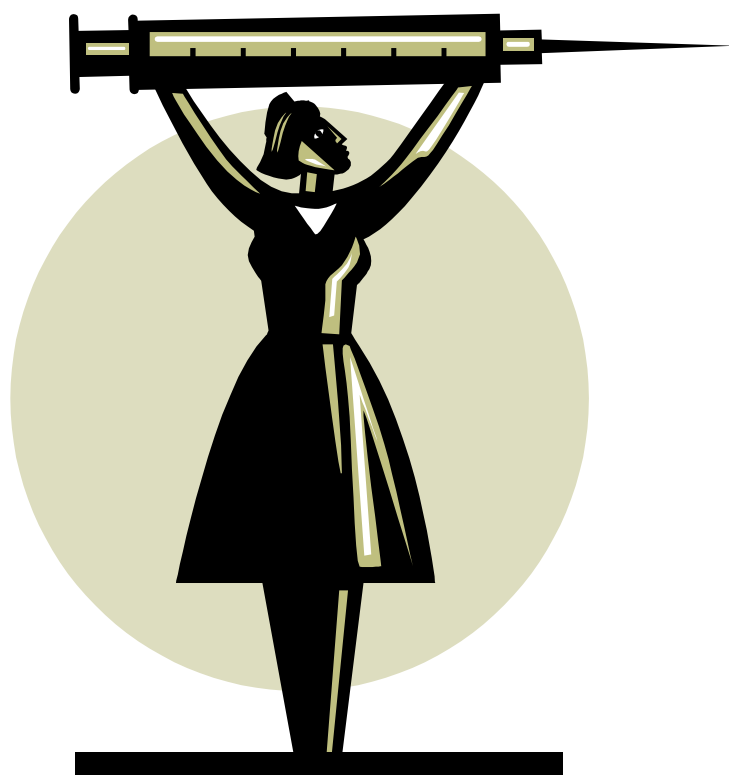


# **Introduktionsmateriale nyansat plejepersonale Neuro, hoved og halskirurgisk senge afsnit NHH**



**Revideret maj 2017**

## INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Forord .....	3
2. Kort om Neuro-, hoved og halskirurgisk afdeling NHH.....	4
2.1. Personalet .....	6
2.2. Plejeform / Teamorganisering – kort introduktion.....	7
2.3. Uddannelse og undervisning .....	9
3. Ansvars- og kompetenceområde for den tilknyttede mentor .....	10
4. Ansvars- og kompetenceområde for kliniske undervisningsansvarligsygeplejerske.....	11
5. Oplæringsperioden.....	12
6. Oplæringsprogram .....	13
6.1 Den første uge i afdelingen/introduktion .....	13
6.2. Kort om Neurokirurgiske sygdomme og lidelser .....	14
6.3. Kort om Øre-, Næse-, Halskirurgiske sygdomme og lidelser .....	16
6.4. Kort om kæbekirurgiske sygdomme og lidelser .....	18
6.5. Kort om øjen sygdomme og lidelser.....	19
6.6. afkrydsningskemaer: .....	20

## **1. Forord**

Dette materiale er udarbejdet til nyt plejepersonale under oplæring i sengeafsnit NHH. Materialet er tænkt som en hjælp både for dig som nyansat, men også for det personale, som varetager oplæringen, således at planlægning, opfølgning og evaluering bliver målrettet dit behov som nyansat.

Udover de tilknyttede mentorer, vil både dit team og det øvrige personale være ansvarlig for din introduktion og oplæring. Det er ligeledes også dit eget ansvar, at oplæringen følges.

De første uger tilstræber vi, at du hovedsagligt har dagvagter. Når du skal i vagt, vil du være som ekstra personale de første aftenvagter eller nattevagter, således du kan introduceres til døgnrytmen og arbejdsopgaverne i den enkelte vagt.

Vi håber, at du sammen med de øvrige medarbejdere i afsnittet vil bidrage til at skabe et fortsat godt samarbejde og arbejdsklima, således afsnittet kan yde den bedst mulige behandling og pleje til patienterne.

## **2. Kort om Neuro-, hoved og halskirurgisk afdeling NHH**

Sengeafsnit NHH er en afdeling, der varetager sygepleje og behandling af patienter med lidelser relateret til enten neurokirurgi, kæbekirurgi, øre- næse-hals kirurgi eller øjenkirurgi.

**Neurokirurgisk afdeling** består af et sengeafsnit NHH, et operationsafsnit K-OP og et ambulatorium (10 sal).

**Øre-næse-halskirurgisk afdeling** består af et sengeafsnit NHH, et dagskirurgisk afsnit, et operationsafsnit og et ambulatorium.

**Kæbekirurgisk afdeling** består af et sengeafsnit NHH og et ambulatorium herunder operationsstue.

**Øjenkirurgisk afdeling** består af et sengeafsnit NHH, 2 ambulatorier (stueetagen + 8. sal) samt et operationsafsnit

Afsnit NHH har 27 sengepladser. Der er en intermediær stue (701), hvor der fortrinsvis ligger neurokirurgiske patienter (max 3 patienter), der har behov for konstant overvågning i døgnets 24 timer.

Afsnit NHH modtager primært patienter fra Region Nordjylland samt enkelte patienter fra hele Jylland. Indkaldte og akutte patienter modtages direkte i afdelingen eller via de 4 ambulatorier.

Sygeplejen i sengeafsnit NHH ledes af afsnitsledende sygeplejerske Hildur Hamper. Det neurokirurgiske speciale ledes i samarbejde med administrerende overlæge Helga Gullisano. Øre-næse-hals specialet ledes i samarbejde med administrerende overlæge Henrik Jacobsen. Øjenspecialet ledes i samarbejde med overlæge Carl Uggerhøj Andersen. Det kæbekirurgiske speciale ledes i samarbejde med overtandlæge Janek Dalsgaard Jensen.

Der er i sengeafsnit NHH ansat to sygeplejersker med særlig klinisk funktion UUU. Vibeke Graveres har fokus på udvikling og Kirsten Vinther har fokus på undervisning og uddannelse. Der er i alt 5 kliniske vejledere (Trine Laursen, Line Glenstrup, Lene Rasmussen, Mette Fabricius og Kirsten Vinther), der varetager vejledning til sygeplejestuderende. Der er 2 ansvarlige praktikvejledere (sosa Maren Lis Gregersen og

sygeplejerske Heidi Christensen), der varetager vejledning til sosa eleverne.

Du kan på [www.aalborg-sygehus.dk](http://www.aalborg-sygehus.dk) under **afsnit og ambulatorier** finde supplerende oplysninger omkring de forskellige afdelinger samt hvilke sygdomme og lidelser der er relateret til de 4 forskellige specialer:

- **Neurokirurgisk afdeling**
- **Øre-, næse-, halskirurgisk afdeling**
- **Øjenområdet**
- **Kæbekirurgisk afdeling**

## **2.1. Personalet**

I sengeafsnit NHH er der ansat ca. 40 sygeplejersker og tre social- og sundhedsassistenter. Der er ligeledes 4 sekretærer i afdelingen, der er placeret i receptionen ved de røde elevatorer.

Der arbejdes fortrinsvis i to holdskift, idet personalet vælger imellem dag/aftenvagt og dag/nattevagt. Der er ansat enkelte faste aftenvagter. De resterende vagter fordeles ligeligt mellem det øvrige personale.

I afsnittet er der desuden tilbud om 12 timers vagter i weekenderne, når man har været ansat i afsnittet i ca. 1 år, mod til gengæld at få fri i flere weekender.

Mødetiderne er følgende:

- Sygeplejersker/SSA møder fra 07.00 - 15.00
- Elever og studerende møder fra 07.00 - 15.00
- 3-4 sygeplejersker/SSA møder fra 07.00 - 15.15
- 5 sygeplejersker og 1 SSA fra 15.00 - 23.00
- 4 sygeplejersker fra 23.00 - 07.00

I afsnittet tilstræbes der at afholde teamkonferencer efter frokost.

Der afholdes 4-5 personalemøder årligt. Derudover afholdes der hver mandag kl 13.00 – 13.30 tavlemøder ledet af afsnitsledende sygeplejerske Hildur. På disse møder drøftes diverse udfordringer og undren relateret til sygeplejen. Fastansat personale prioriteres at deltage i personalemøder samt tavlemøder. Afdelingsledelsen afholder løbende fastlagte møder med de 4 teamkoordinatorer.

I afsnittet er der et bredt tværfagligt samarbejde, idet plejepersonalet samarbejder med læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, talepædagog, neuropsykolog, socialrådgiver, bandagist, sekretærer, portører og rengøringsassistenter.

Der afholdes dagligt to konferencer i hvert speciale, henholdsvis om morgenen og eftermiddagen, hvor læger, ledelse og sygeplejersker deltager.

## **2.2. Plejeform / Teamorganisering – kort introduktion**

Neurokirurgisk sengeafdeling har indført teamorganisering for at kunne yde en høj specialiseret sygepleje til de indlagte patienter og for at imødegå tidens krav om fleksible og individuelle patientforløb. Formålet med teamorganiseringen er tillige at give personalet øget indflydelse på arbejdets tilrettelæggelse og mulighed for at udvikle såvel faglige som personlige kompetencer.

### **Organisering**

Teamorganisering foregår udelukkende i plejegruppen. Der er 4 team, med ca. 12 personaler i hvert team. I hvert team er der personale med forskellige kompetencer, så man kan supplere hinanden i teamet. Alle er tilknyttet et fast team.

Team 2 varetager primært plejen til patienter med ØNH lidelser og øjenlidelser. De øvrige tre teams varetager primært plejen til patienter med neurokirurgiske lidelser og kæbekirurgiske lidelser. Der er et team knyttet til intermedierstuen 2 måneder ad gangen. NHH er en fælles afdeling, hvor vi alle hjælper hinanden. I vagter og ved sygdom samarbejder de 4 teams og hjælper hinanden.

### **Teamkoordinator**

Hvert team udpeger selv en teamkoordinator. Denne skal være en sygeplejerske, idet vedkommende skal kunne handle indenfor de 4 virksomhedsområder: at udføre, at lede, at formidle og at udvikle sygeplejen. Teamkoordinatoren har overblik over teammedlemmernes kompetencer og ressourcer. Det er en fordel at teamkoordinator har mange dagvagter for derved at opnå den største kontinuitet i hverdagen for teamkoordinator og teamet.

### **Daglige rutiner**

Teamkoordinatorer mødes dagligt ca kl.8.30 sammen med den daglige leder for at aftale rækkefølgen af stuegang og afvikling af dagens øvrige aktiviteter i afsnittet. Nye patienter forsøges tildes en stue/team til næste dag. Personalet fordeles på stuerne til næste dag.

### **Fordeling af personale**

Arbejdsplanen udarbejdes således, at der er et passende antal personer på arbejde dagligt

i hvert team. Derved opnås den størst mulige kontinuitet i dagligdagen i plejen af patienterne.

Ved sygdom, vagter og afvikling af ferie kan det være nødvendigt at flytte personalet fra eget team til et andet team. Den tildelte person skal tilbage til sit eget team, så snart det er muligt.

Når personalet bytter vagter udenfor eget team, skal man arbejde i det team, som den, man har byttet vagten med, er tilknyttet.

Teamet, der er på intermedierstuen skal så vidt muligt også være der i vagterne.

Faste vagter skal dog have mulighed for at have vagter udenfor intermedierstuen i den periode teamet er tilknyttet intermedierstuen

### **Ansættelser af nye medlemmer til teamet**

Teamkoordinator eller en person fra teamet er med til ansættelsessamtale. Der udpeges 1-2 personalemedlemmer, som skal være mentor for den nyansatte. Alle i teamet er ansvarlige for, at nyt personale bliver oplært og føler sig velkommen. Det er vigtigt, at nyt personale og teamet får talt om gensidige forventninger og løbende giver feedback til hinanden.

### **Teammøder**

Hvert team skal afholde regelmæssige teammøder. Teamet har udarbejdet mål og samarbejdsaftaler. I samarbejdsaftalerne vil der være lavet aftaler om hvem der på skift indkalder til møder, udarbejder referater og er ordstyrer. Hvert team har en elektronisk teammappe. Deltager man i teammøder udenfor sin arbejdstid afregnes det med time til time betaling.

### **Sygeplejefaglig vejledning og supervision**

Ved vanskelige patientforløb vil teamet kunne modtage sygeplejefaglig vejledning ved ambulatoriesygeplejerske + sygeplejefaglig vejleder Elin Eriksen eller sygeplejerske + sygeplejefaglig vejleder Kirsten Thorup Vinther.



### **2.3. Uddannelse og undervisning**

Afsnittet har en omfattende uddannelseskapalet, idet vi modtager sygeplejestuderende på hhv. 1., 2. og 6. semester, social- og sundhedsassistentelever samt erhvervspraktikanter. Der vil løbende være 4 sosa-elever samt 4 sygeplejestuderende. Sygeplejestuderende er tilknyttet et fast team og en klinisk vejleder. Social - og sundhedsassistenteleverne er tilknyttet et fast team og en ansvarlig praktikvejleder. Der bliver arrangeret undervisning målrettet studerende og elever.

Alle nyansatte på Aalborg Sygehus tilbydes deltagelse i den fælles personaleintroduktion / centralintroduktion. Der er desuden forskellige kurser f.eks. i blodsuktermåling og it arbejdsplads.

Alle nyansatte skal introduceres til PRI-systemet, således den nyansatte kan orientere sig angående Politikker, Retningslinier og Instrukser.

Der arrangeres løbende undervisning for personalet i udvalgte temaer. Dette kan være både i forhold til sygeplejefaglige- lægefaglige eller tværfaglige områder. Undervisere kan være både interne eller eksterne.

I afsnittet findes der forskellige arbejdsgrupper. Disse grupper arbejder hovedsageligt på at forbedre/udvikle sygeplejen til den enkelte patient og dennes pårørende samt at udvikle personalet. Der arbejdes i øjeblikket i følgende grupper: Ernæringsteamet, Smerteteamet, Ryggruppen, Tumorgruppen, Palliationsgruppen, SAH-gruppen, NPH-gruppen, Kranietraumegruppen, Mundhulekirurgi, Halskirurgi, kæbekirurgi, øjenkirurgi.

Plejepersonalet har alle i foråret 2015 deltaget på en temadag omkring forebyggelse af vold. Der er udarbejdet et materiale angående forebyggelse af vold samt en retningslinje og actioncard i det tilfælde et plejepersonale oplever voldelige hændelser. (vedhæftet som bilag)

### **3. ansvars- og kompetenceområde for den tilknyttede mentor**

Alle nyansatte tilknyttes en mentor fra sit team. Den tilknyttede mentor samt teamet er medansvarlige for din oplæring og for at du får den optimale hjælp og støtte gennem introduktionsperioden.

Du og mentor har pligt til fortløbende at holde hinanden orienteret om, hvor langt du er kommet i uddannelsesplanen samt hvorledes du trives på sengeafsnittet.

Mentor samt team skal tage del i din sociale integration.

#### **4. Ansvars- og kompetenceområde for kliniske undervisningsansvarligsygeplejerske**

Sende introduktionsmateriale til den nyansatte.

Modtage den nyansatte samt sørge for at den nyansatte kommer igennem programmet for den første uge.

Planlægge og afholde eventuelt introduktionskursus (afhængig af antal nyansatte) samt øvrigt undervisning

Samtaler med den nye sygeplejerske, hvor de forskellige temaer og afkrydsningskemaer gennemgås.

Tilrettelægge den videre introduktion ud fra de behov den nyansatte måtte have.

Give relevante informationer videre til afdelingsledende sygeplejerske.

Være ressourceperson for den nyansatte.

Være opmærksom på hvordan den nye trives i afdelingen.

## **5. Oplæringsperioden**

Vi håber meget at dette materiale vil kunne hjælpe dig med at have overblik og struktur for din oplæringsperiode i afsnit NHH. I næste afsnit følger først en kort oversigt over hvad der er vigtigt at blive introduceret til den første uge du er på afdeling. Dernæst følger en kort præsentation af afsnittes forskellige specialer efterfulgt af afkrydsningsskemaerne. Sidstnævnte anbefaler vi, at du jævnligt gennemgår både selv og sammen med dit team/mentor.

Efter to til tre måneder vil afdelingssygeplejerske Hildur Hamper tage initiativ til en samtale med dig angående din trivsel i afsnittet. Klinisk Undervisningsansvarlig sygeplejerske vil om muligt også deltage til denne samtale, hvor de forskellige temaer og afkrydsningsskemaer vil blive gennemgået med henblik på, hvor langt du er i din oplæring.

Har du specielle ønsker om undervisning eller savner du vejledning i det praktiske arbejde, er det vigtigt, at du meddeler det til dit team. Ellers er du også meget velkommen til at kontakte sygeplejerske med særlig klinisk funktion Kirsten Thorup Vinther.

Vi glæder os til at møde dig og ser frem til et godt samarbejde 😊

## **6. Oplæringsprogram**

### **6.1 Den første uge i afdelingen/introduktion**

Velkomst og præsentation af personalet, som er på vagt.

Gennemgang af uddannelses/introduktions program.

Sengeafsnittets holdning til sygeplejen – Mål for sygeplejen.

Rundvisning i højhuset – relevante samarbejdspartnere

Rundvisning i afdelingen, herunder gennemgås køkkenfunktionen og regler for depotvarer.

Anskaffelse af id-kort, uniform, og evt. omklædningsrum.

Forventninger til den nyansatte.

Gennemgang af/orientering om (Kryds evt. selv af):

<ul style="list-style-type: none"><li>○ Patientkategorier</li><li>○ Døgnrytmen</li><li>○ Plejeform</li><li>○ Fordeling af patienter</li><li>○ Clical suite</li><li>○ Fortrykte plejeplaner</li><li>○ Informationsmateriale i afdelingen</li><li>○ Diverse pjecer og vejledninger</li><li>○ Kontorets indretning</li><li>○ Telefonsystem</li><li>○ Kaldesystem</li><li>○ Personsøgersystem</li><li>○ Journaler til indkaldte og akutte</li><li>○ Tavler</li><li>○ Diverse it-koder</li><li>○ Brandinstruks</li><li>○ Følge personalet på stuen</li><li>○ Gennemgang af sengepladsens indretning</li><li>○ Introduceres til arbejdet på stuerne, herunder at man har ansvaret for alt på stuen, herunder opfyldning og oprydning.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Gennemgang af medicinrum, Herunder afsnittets regler m.h.t. medicingivning, brug af medicinmodulet og bestilling af medicin</li><li>○ Introduceres til skyllerum og orienteres om hygiejne</li><li>○ Introduktion til depotrum, bestilling af varer</li><li>○ Arbejdsplan</li><li>○ Arbejdsfordelingsplan</li><li>○ Ønskeliste</li><li>○ Regler om afspadsering og overarbejde</li><li>○ Regler om bytning af arbejdstid</li><li>○ Regler for syge-rask melding</li><li>○ Gavekasse</li><li>○ Katastrofeliste/plan. Den nyansatte indskrives.</li><li>○ Tavshedspligt – aktindsigt</li><li>○ PRI (politikker, retningslinier og instrukser)</li><li>○ Litteratur i afdeling, herunder undervisningsbøger</li></ul>
---	--

## **6.2. Kort om Neurokirurgiske sygdomme og lidelser**

På Neurokirurgisk Afdeling indlægges ca. 60 % af patienterne akut.

Alle operationer udføres på Neurokirurgisk operationsafdeling på 1. sal og ambulante for- og efterundersøgelser foregår på Ambulatoriet på 10. sal.

De neurokirurgiske behandlingstilbud kan opdeles i 6 sygdomsgrupper i forhold til patientforløb, kompetencebehov samt samarbejdspartnere.

### **Degenerative rygsygdomme**

De degenerative rygsygdomme omfatter diskusprolaps, rodkanalstenoser og stenose (forsnævring) af spinalkanalen, instabilitet, deformitet samt reumatiske degenerative forandringer. Karakteristisk for disse tilstande er, at de giver anledning til smerter i ryggen samt smerter og funktionsforstyrrelser i arme eller ben på grund af kompression af rygmarv eller nerver.

### **Neuroonkologi**

Neuroonkologi omfatter primære og sekundære svulster i det centrale og perifere nervesystem samt spinalkanalen. Den kirurgiske behandling tilsigter enten en komplet eller en delvis fjernelse af svulsten samt diagnostik via udtagning af svulstmateriale til histologisk undersøgelse. Behandlingskompleksiteten er steget markant de seneste år i takt med stigende evidens for effekten af kirurgi på overlevelse og livskvalitet.

Afdelingen har ugentlige neuroonkologiske konferencer sammen med onkologerne, pædiaterne og lejlighedsvis neurologer samt kvartalsvise konferencer i neuropatologi.

1. november 2008 blev kræftpakken for hjernesvulster introduceret. Kræftpakken initieres oftest via Neurologisk Afdeling og såfremt det enkelte forløb kører efter planen, tager den primære udredning/behandling 4-7 hverdage inden der foreligger en diagnose. Kræftpakken har udløst bevillinger til operationsudstyr og peroperativ brug af fluorescens (som er en radiologisk metode).

For at opkvalificere patientforløbene hos patienter, der indlægges med en svulst i hjernen fungerer ambulatoriesygeplejerske Elin Eriksen som forløbskoordinator for denne gruppe patienter.

### **Vaskulær neurokirurgi**

Vaskulær neurokirurgi omfatter kirurgiske sygdomme relateret til hjernens og rygmargens karsystem, herunder spontane blødninger. Behandlingen foregår i tæt samarbejde med neuroradiologer, da cerebrale aneurismer behandles såvel endovaskulært med coils (ca. 60 %) som kirurgisk (ca. 40 %).

Alle coilbehandlinger foregår i et tæt samarbejde med Neurokirurgisk og Neuroradiologisk Afdeling på Århus Sygehus.

### **Funktionel kirurgi**

Funktionel neurokirurgi omfatter kirurgisk korrektion eller modulering af nervesystemets funktion. Der er typisk tale om tilstande, der normalt behandles medicinsk, men hvor denne behandling ikke har været tilstrækkelig effektiv eller har været forbundet med uacceptable bivirkninger.

Det drejer sig eksempelvis om tilstande som epilepsi, bevægeforstyrrelser (Parkinsons sygdom, dystoni, medfødt eller erhvervet spasticitet), lammelser (aktuelt dropfod), smerter, vaskulær kompression af kraniennerver (trigeminusneuralgi, hemifascielle spasmer, glossopharyngeus neuralgi) og autonom dysfunktion. Patientgruppen omfatter såvel børn som voksne. I Aalborg anlægges der baclofenpumper og bagstrengselektroder.

### **Neurotraumatologi**

Neurotraumatologi omfatter skader på det centrale og perifere nervesystem samt hoved- og rygsøjleskader enten som isolerede traumer eller hos multitraumatiserede patienter. Behandlingen af columna frakturer med mistænkt eller konstateret læsion af rygmarg og/eller cauda equina foregår alle i Neurokirurgisk regi i enten Aalborg eller Århus.

### **Hydrocephalus**

Hydrocephalus (vand i hovedet) er en tilstand med hindret afløb af hjernens væske. Hos børn kan lidelsen være både medfødt og erhvervet. Hos voksne drejer det sig oftest om erhvervede sygdomme, som f. eks følger efter subaraknoidalblødning eller normaltrykshydrocephalus (NPH) hos ældre personer. Neurologisk/Neurokirurgisk Afdeling i Aalborg udreder og behandler patienter fra det meste af Jylland.

### **6.3. Kort om Øre-, Næse-, Halskirurgiske sygdomme og lidelser**

På Øre-, Næse-, Halskirurgisk Afdeling er 40 % af aktiviteterne akutte undersøgelser, operationer og indlæggelser. Øre-, Næse-, Halskirurgisk ambulatorium og operationsafsnit er beliggende i den gamle røde bygning mod Hobrovej på Sygehus Syd.

De Øre-, Næse-, Halskirurgiske behandlingstilbud kan opdeles i 8 sygdomsgrupper.

#### **Ansigtstraumer**

PRI- instruks for læger. [Aftale vedrørende behandling af ansigtstraumer](#)

Komplicerede ansigtsfrakturer behandles i samarbejde med tandlæger og øjenlæger.

Ansigtsfrakturer kan være blow-out fraktur, fraktur af sinus frontalis, mandibelfrakturer, nasoetmoidal fraktur og næsefraktur. Afhængig af fraktur-typen varetages behandlingen af ansigtsfrakturer enten af Kæbekirurgisk Afdeling eller Øre-, Næse-, Halskirurgisk Afdeling.

Enkelte fraktur-typer behandles som et samarbejde mellem de 2 afdelinger.

#### **Hals og luftveje**

Kirurgiske indgreb for sygdomme relateret til thyreoidea (skjoldbruskkirtel) og parathyreoidea (bi-skjoldbruskkirtel)

Glandelfjernelse (Lymfeknudejernelse)

Halscyster

#### **Mund og svælg**

Toncillektomi (Fjernelse af mandler) Foregår oftest i ambulant regi. Børn indlægges efter indgrebet

Drøblen (Uvula)

Rekonstruktion efter fjernelse af ondartet svulst (FAMM)

#### **Næse- og bihuler**

Bi-, pande- og kæbehuler (Sinus ethmoidales/maxillaris/frontalis)

Næseskillevæg (Septumdeviation med nedsat luftpassage)

#### **Spytkirtler**



Ørespytkirtler (Parotis)

Underkæbespytkirtler (Submandibularis)

### **Stemmebånd**

Kikkertundersøgelse af halsen (Direkte laryngoscopi)

### **Ører**

Udvidelse af øregang

Knoglebetændelse i øret (Otosklerose)

Betændelse i knoglen bag øret (Masteoidit)

### **Øvre spiserør**

Kikkertundersøgelse af spiserøret

Udposning på spiserøret

Udvidelse af spiserøret

I alle af ovenstående organer kan der forekomme godartede og ondartede tumorer.

#### **6.4. Kort om kæbekirurgiske sygdomme og lidelser**

Kæbekirurgisk ambulatorium og operationsstue varetager alle forundersøgelser, operationer samt ambulante undersøgelser/opfølgninger.

Patienten møder fastende i afsnit NHH og klargøres til operation. Efter opvågningen kommer patienten retur til NHH mhp pleje og observation postoperativt. Indlæggelsen er ofte 1-2 døgn.

De kæbekirurgiske patienter vi hyppigst møder i NHH vil høre under følgende områder:

#### **Ansigtsfrakturer**

Mandibel

Maxil

Zygoma

Orbita

blow-out fraktur

#### **Maxil og/eller mandible osteotomi**

deling og flytning af over- og/eller underkæben

#### **Ortodontisk udvidelse af overkæben = SARME**

#### **Tandabces**

## **6.5. Kort om øjen sygdomme og lidelser**

Øjenambulatoriet varetager alle forundersøgelser, akutte indlæggelser i dagtiden samt ambulante pleje og behandling. Der er både et ambulatorium i stueetagen samt på 8. sal. Mange patienter bliver færdig behandlet i ambulatoriet. Følgende sygdomme er dem vi hyppigst møder hos de indlagte øjenpatienter i afsnit NHH.

### **Glaukom (grøn stær)**

(Åbenvinklet, snærvinklet og sekundær)

### **Keratitis (betændelse i hornhinden)**

### **Amotio retinae (nethindeløsning)**

Vitrektomi

### **Øjentraumer - Fjernelse af øjet (Exenteration/enucleation)**

### 6.6. afkrydsningskemaer:

<b>Den neurokirurgiske patient</b>	<b>Introduceret af (navn)/dato</b>	<b>Udført dato og noter</b>
Neurologisk status til patienter med ryglidelser		
Neurologisk status til patienter med hovedlidelser		
Glasgow Coma Score/observationsskema/clinical suite		
Sygepleje til patienter med lidelser i columna:		
- Lumbal prolaps		
- Lumbal stenose		
- Cervical prolaps		
- Cervical stenose		
- Columna frakturer		
Sygepleje til patienter med cerebrale lidelser:		
- Subarachnoidal blødning (SAH)		
- Subduralt hæmatom (SDH)		
- Epidural blødning (EDH)		
- Kontusionsblødning		
- intra cerebrale blødninger		
- Tumor cerebri		
- Kranietraume		
- Hydrocephalus – akut		
- Normaltrykshydrocephalus NPH		
Dræn – pleje, observationer, fjernelse		
- sub galealt		
- sub duralt		
Pleje og observationer - eksterne dræn		
Pleje og observationer - camino trykmåler		
Samarbejde med Neurokirurgisk ambulatorium		
Samarbejde med NOTIA/Modtage patient fra NOTIA		
Samarbejde med operationsafsnittet		
Rehabilitering:		
- Henvielse og visitation		
- Tværfaglige teammøder		
Tværfaglige samarbejdspartnere		
- Fysioterapeuter		
- Ergoterapeuter		
- Neuropsykolog		
- Præst		

- Socialrådgiver		
- Talepædagog		
Klargøringskema/Narkoseskema		
Pjecer		

<b>ØNH kirurgiske patient</b>	<b>Introduceret af (navn)/dato</b>	<b>Udført dato og noter</b>
<b>Sygepleje til patienter med epistaxis</b>		
- Assistere til oprensning i næsen		
- Skift / anlæggelse af ballon / meche		
- Forholdsregler ifm. aktivitet og kost		
- Handlinger ift. reblødning		
<b>Sygepleje til tonsillektomerede patienter</b>		
- Kontrol af svælg for blødning		
- Handlinger ift. postoperativ blødning		
- Forholdsregler ift. kost og aktivitet		
- Smertebehandling		
<b>Sygepleje til patienter med absces</b>		
- Assistere til spaltning/dilatation/skyl af absces		
- Forholdsregler ift. akut operation		
- Observation af respiration		
- Forholdsregler ift. kost		
- Smertebehandling		
<b>Sygepleje til patienter med thyreoidealidelser</b>		
- Assistere til indirekte laryngoskopi		
- Akut hævelse på halsen og spaltning af cicatrisen		
- Observationer efter thyreoidektomi		
- Postoperative infektioner		
<b>Sygepleje til tracheostomerede patienter</b>		
- Kanyle - rensning og pleje		
- Taleventil		
- Hudpleje omkring stomi		
- Akut blødning fra kanyle		
- Akut respirationsbesvær		
- Sugning		
- Oplæring af patient i kanylepleje og sugning		
- Trykmåling ved tracheostomi med cuff		
- Udskrivelse med kald i hjem og stomamateriale		
<b>Sygepleje til patienter med mundbundscancer</b>		
- Postoperative observationer		

- Mundpleje		
- Smertebehandling		
- Ernæringsplan og sondeernæring		
- Assistere til anlæggelse af sonde		
<b>Sygepleje til patienter med lidelser i øret</b>		
- Assistere til oprensning af øre, skift af meche mm		
<b>Patienter med lidelser i parotis/gl/submandibularis</b>		
- Postoperative infektioner		
<b>Sygepleje til patienter med lidelser i epiglottis</b>		
- Indlæggelse på Opvågning/RIMA		
- Tubeberedskab		
- Observationer		
<b>Sygepleje til patienter med sjældne lidelser</b>		
- Laryngektomerede patienter		
- Carotisblødning til patient med cancer		
<b>Samarbejdspartnere</b>		
- Fysioterapi til tracheostomerede patienter		
- Fysioterapi til patienter med sternumsplit		
- Ergoterapi til træning af synke og tyggefunktion		
- Talepædagog til patienter med mundbundscancer		
- Palliativt team / Hospice		
- Diætist via "Medic Danmark"		
<b>Samarbejde med</b>		
- Opvågning og intensiv afdelinger		
- H-ambulatorium		
- H-operation		
- H-dagkirurgisk afsnit		
-		
<b>Kost vejledninger</b>		

<b>Den kæbekirurgiske patient</b>	<b>Introduceret af (navn)/dato</b>	<b>Udført dato og noter</b>
<b>Sygepleje til patienter med ansigtsfrakturer</b>		
- Obs for blødning, hævelse og infektion		
- Vejledning i sufficient væske og ernæring		
- kostrestriktioner		
- Mundhygiejne		
- Eventuelle elastikker		
- Observation og behandling af smerter		
- eventuelle dræn		
- ambulantly opfølgning i ambulatoriet		
<b>Sygepleje til patienter med maxil/mandibel osteostomi</b>		
- observation for blødning, hævelse og infektion		
- mundhygiejne		
- vejledning i sufficient væske og ernæring		
- kostrestriktioner		
- obs og behandling af kvalme		
- kommunikation		
- observation og behandling af smerter		
- mobilisering		
- postop kontrol i kæbekir amb		
- ambulantly opfølgning		
<b>Sygepleje til patienter med tandabces</b>		
- observation for blødning, hævelse og infektion		
- obs og behandling af kvalme		
- mundhygiejne		
- sikre suffieint væske og ernæring		
- kost restriktioner		
- smertebehandling		
- ambulantly opfølgning		
-		



<b>Øjenpatienten</b>	<b>Introduceret af (navn)/dato</b>	<b>Udført dato og noter</b>
<b>Sygepleje til patienter med keratitis:</b>		
- øjendrypning		
- hygiejne – forebygge smitte		
- observation af øje		
- observation af eventuel forbindelse		
- smertebehandling		
- planlægge udskrivelse		
- eventuel hjemmepleje		
- ambulantly opfølgning		
<b>Sygepleje til patienter med nethindeløsning:</b>		
- lejring præ- og post op		
- læse/TV restriktioner		
- klargøring til op		
- observation for intra-okulær trykstigning		
- observation af øje		
- observation af forbindelse		
- smertebehandling		
- forholdsregler postoperativt		
- planlægge udskriv - evt hjemmepleje		
- amb opfølg		
<b>Sygepleje til patienter med glaukom:</b>		
- observation for intra-okulær trykstigning		
- smertebehandling		
- øjendrypning		
- planlægge udskriv – evt hjemmepleje		
- amb opfølgning		
<b>Sygepleje til patienter der får fjernet øjet:</b>		
- klargøring til op		
- obs psykiske reaktion		
- pleje og observation af øjenhule/forbinding		
- øjenprotese		
- planlægge udskrivelse - hjemmepleje		
- ambulantly opfølgning		

<b>Generelt</b>	<b>Introduceret af (navn)/dato</b>	<b>Udført dato / noter</b>
Telefonopkald fra tidligere indlagte patienter, registrering samt behandling af disse opkald		
AS 400, fx indlægge og udskrive patienter		
Clinical suite – div funktioner		
Fortrykte plejeplaner		
Pjecer, informationsmateriale		
Døgnrytmen i afdelingen		
DECT-telefoner/kaldesystem		
Kontorets indretning og funktion		
Medicinrum + bestilling af medicin		
Depotrum og bestilling af varer		
Teamorganisering,		
- teammøder		
- mentorordning		
- morgenmøde efter konference		
- samarbejde mellem de 4 teams		
Personalemøder		
Tillidsmand		
Arbejds miljørepræsentant		
Sikkerhedsrepræsentant		
Arbejdstidsplaner		
Gavekasse		
Katastrofeplan		
Afdelingen mål og visioner		
Kompetenceudvikling		
Udvikling af sygepleje		
Undervisning		
Litteratur i afdelingen		

BILAG:

## **Politik og retningslinje i forhold til voldelige hændelser i afsnit NHH på Aalborg Universitetshospital**

Følgende materiale er udarbejdet med afsæt i 3 identiske temadage i foråret 2015 med fokus på vold. Alle i plejepersonalegruppen samt terapeuter med relation til afsnit NHH har deltaget i temadagene.

### **Definition af begrebet vold**

#### **Fysisk vold**

Ved fysisk vold er der tale om episoder, hvor medarbejderne bliver udsat for en aktivt påført voldshandling. Det kan være et angreb mod hovedet eller kroppen. Eksempler på fysisk vold er

Overfald, kvælningsforsøg, knivstik, slag, spark, bid, niv, skub, krads, spyt, benspænd, fastholdelse, og kast med genstande

#### **Psykisk vold**

Ved psykisk vold er der tale om episoder, hvor medarbejderne bliver udsat for trusler eller andre former for krænkende adfærd. Eksempler på psykisk vold er

Trusler om vold, trusler mod medarbejdernes sikkerhed, herunder trusler på livet, trusler om fysisk hærværk, eller trusler, der vedrører medarbejdernes familie, venner eller andre nærtstående personer. Trusler kan også udtrykkes uden ord, fx med knyttede næver, bevægelse af en finger hen over halsen eller i form af tegninger.

Anden krænkende adfærd, fx systematisk fornedrelse, ydmygelser, mistænkeliggørelse, forhånelse eller diskriminerende udsagn. Psykisk vold kan også udøves via elektroniske medier som sms, e-mail og via hjemmesider. (2)

Kilde : Et godt psykisk arbejdsmiljø – Arbejdstilsynet, januar 2014

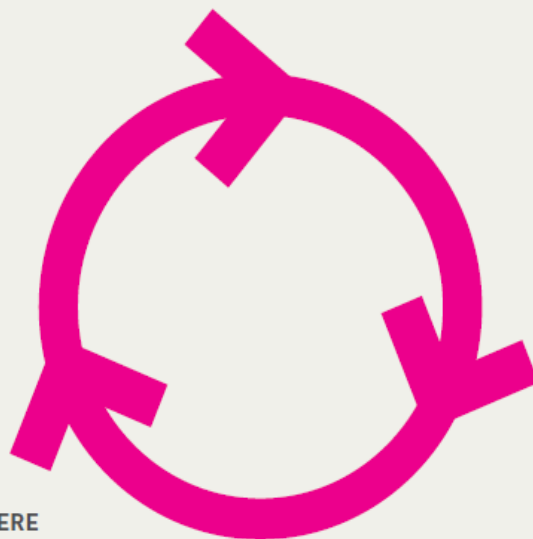
### **Formålet med en voldspolitik i afsnit NHH**

- At videreudvikle og systematisere afdelingens voldsforebyggelse og håndtering af voldepisoder
- At vi bliver i stand til at håndtere voldsepisoder, hvis de alligevel opstår
- At der sker en opfølgning på voldelige episoder
- At vi tværfagligt hjælper hinanden med at håndtere disse situationer

# ARBEJDET MED AT FOREBYGGE VOLD ER FORTLØBENDE

## IDENTIFICER, REGISTRER OG EVALUER VOLDEN

Tal om hvad vold er samt hvor, hvornår og i hvilke situationer den forekommer



## FOREBYG AT VOLDSEPIDODER OPSTÅR

Tal om hvordan volden kan forebygges og planlæg arbejdet derefter

## LÆR AT HÅNDBERE VOLDEN BEDST MULIGT

Sørg for at alle medarbejdere er instrueret i, hvordan volden håndteres

Kilde: Et godt psykisk arbejdsmiljø – Arbejdstilsynet, januar 2014

### Voldsforebyggelse

Voldelig adfærd er et problem i hele sundhedssektoren og fremhæves ofte – ikke blot af sundhedspersonale men også i medierne, af forskere og de faglige organisationer. Studier viser, at det hyppigst er plejepersonale, der udsættes for verbale trusler eller fysisk vold fra patienter – dette sker såvel i psykiatrien som akutte somatiske afsnit

Plejepersonalet er den faggruppe, der døgnet rundt er i tæt kontakt med patienter og pårørende. Det vil således være plejepersonalet, der kan observere patienternes adfærd og forudsige truende aggression / eventuel voldelig adfærd.

Den vurdering, der finder sted, er dog ofte mangelfuld og beror på personalets erfaringer og formodninger. Vurderingen foretages ikke på baggrund af en bestemt struktureret metode, som er baseret på viden om årsager til eller tegn på aggressiv og voldelig adfærd

Bruset Violence Checklist (BVC) er et redskab, der kan forudsige aggression og voldelig

adfærd hos patienter over 18 år inden for 24 timer (bilag 1). BVC viser sig at være et validt og anvendeligt instrument, ligesom de prædiktive egenskaber vurderes pålidelige (1).

### **Anbefalinger ved risikopatienter**

Risikopatienter kan fx være: patienter med hjerneskade, post traumatisk amnesi, delirium, demens, ADHD, misbrug, samt patienter med psykiatriske lidelser.

Risikopatienter kan til en vis grad udpeges ud fra lokalisation af hjerneskaden fx frontallapsskadede kan have en voldsom impulsiv adfærd og patienter med skader i høj hemisfære kan have svært ved at orientere sig og sætte grænser for sig selv og egen adfærd.

Disse patienter skal risikovurderes med BVC

- Ved indlæggelsen scores patienten tværfagligt læge/sygeplejerske.
- I de 3 første døgn foretages BVC ved hvert vagtskifte af plejepersonalet.
- Efter 3 døgn foretages BVC efter et klinisk skøn.

Risikovurderingen skal dokumenteres i den elektroniske patient journal samt clinical.

Der udarbejdes en plejeplan/handleplan, når der er moderat eller høj risiko for vold:

Ikke prioriteret rækkefølge

- Der markeres altid på cybertavlen med pink t, at vi har en potentiel voldelig patient, således alle der skal i berøring med patienten er orienteret om eventuel risiko.
- Behov for enestue/rolig stue overvejes løbende
- Aftal at man går 2 ind til patienten
- Trigger skema (se bilag 2)
- Benyt scenskift
- Hvis patienten bliver tiltagende udad reagerende, bør altid overvejes om opgaven eventuelt kan udsættes
- I nattevagt orienteres kolleger, hvor man er.
- Patienter med en høj score tilses af læge, således der hviler et fælles ansvar læge/sygeplejerske imellem
- Behov for skærmning vurderes
- Der anvendes engangsservice til de patienter der scorer 2 eller derover på Brøset

### **Håndtering af voldsepisoder, hvis de alligevel opstår**

Magtanvendelse i NHH

### **Problemstilling**

Der findes intet lovgrundlag for anvendelse af magt eller tvang inden for det somatiske område, og alligevel kan det konstateres, at det undtagelsesvist forekommer, når andre muligheder må anses for at være udtømte.

Der findes regler i lov om tvang i psykiatrien og i serviceloven, hvor brugen af magt på henholdsvis de psykiatriske område og det sociale område er reguleret. Disse regler finder dog ikke anvendelse inden for det somatiske område.

Fraværet af regler indenfor somatikken betyder, at magtanvendelse IKKE er tilladt.

### **Målgruppe**

Plejepersonale og læger tilknyttet NHH

### **Definition af begreber**

Magtanvendelse: enhver form for handling som udføres uden patientens samtykke

Samtykke: kan udtrykkes mundtligt, skriftligt eller nonverbalt.

### **Formål**

Formålet er at sikre at unødvendig magtanvendelse ikke finder sted

### **Beskrivelse**

Alle habile voksne bestemmer selv i hvilket omfang de ønsker at modtage pleje og behandling, når de er indlagt på sygehuset. Hvis ikke de ønsker at modtage pleje eller behandling, skal de informeres om konsekvenserne og i sidste instans, kan man være nødsaget til at bede dem forlade sygehuset.

Problemerne om magtanvendelse opstår derfor oftest i forhold til inhabile voksne og børn, som ikke altid er i stand til at give et samtykke eller ikke forstår konsekvenserne af at undlade at give samtykke. Dette forekommer i perioder i afsnit NHH.

### **Undtagelsen:**

I ganske få tilfælde kan det være i overensstemmelse med lovgivningen at anvende magt, fordi der i straffelovens §§ 13 og 14 findes regler om nødret og nødværge.

Disse regler medfører, at en ellers ulovlig handling ikke straffes, hvis den har været nødvendig for at redde liv, helbred eller væsentlige formueværdier.

### **Generelle principper:**

Hvis man står i en situation, hvor man kan forudse, at det kan blive nødvendigt at anvende magt for at få gennemført en livsnødvendig behandling eller pleje, så bør man følge disse principper:

Mindsteindgrebsprincippet – gør aldrig mere end højst nødvendigt og anvend mindst mulig magt

Proportionalitetsprincippet – er det absolut nødvendigt at udøve magt og hvad er konsekvensen ved at undlade

Socialpædagogisk bistand og omsorg går forud – kan situationen løses på andre måder

Individualitetsprincippet – alle patienter og situationer er forskellige, og der skal altid ske en individuel vurdering i den konkrete situation

Åbenhed – har magt været anvendt eller er det under overvejelse, så tal med patienten, de pårørende og hinanden om det

Principperne er nærmere beskrevet i den sociale lovgivning, og selvom serviceloven ikke finder anvendelse på sygehusene og reglerne alene omhandler voksne med betydelig og varig nedsat psykisk funktionsevne, så bør principperne altid følges, når man ska udøve omsorg for andre mennesker.

### **Ved akutte situationer:**

Det sker, at der opstår akutte situationer, hvor patienter kan blive voldsomme og

udadreagerende, eller ikke kan samarbejde til pleje og behandling. Her kan det være nødvendigt at gribe ind af hensyn til patienten selv, de øvrige tilstedeværende, inventar o.lign. I disse situationer vil man som oftest kunne påberåbe sig bestemmelserne om nødret og nødværge – men man skal være opmærksom på, at der er tale om undtagelsesbestemmelser, som KUN skal anvendes, når der ikke er andre muligheder. Eksempler herpå kan være: sondeanlæggelser, personlig hygiejne, mobilisering, KAD, træning, medicinering osv.

Når der anvendes tvangsforanstaltninger/nødret, som et led i behandlingen, skal dette notat-føres i journalen. Dette kan ex. vis være medicinering, ”redning”, sengeleje ift. slanger/ledninger.

Vær særligt opmærksom på, at hvis psykiatriloven anvendes, så er det en psykiater, som skal lave behandlingsplanen, og det er psykiateren, som har indberetningspligt! Hvis det er muligt skal de generelle principper, som nævnt ovenfor anvendes.

### **Hjælp:**

Portører: Ved udad reagerende patienter kan portørerne tilkaldes og hjælpe med at afklare situationen og støtte personalet således, at situationen ikke optrappes.

Portører rekvireres online. Opgaven bestilles under ”andet” og som haste. Opgaven må aldrig bestilles som livstruende, da dette kun gælder ved hjertestop eller lignende.

Vægter: Der er en vægter til stede på hospitalet fra 20-06. Vægteren vil kunne tilkaldes, og vil som portørerne kunne hjælpe med at afklare situationen og støtte personalet, således, at situationen ikke optrappes. Vægter tilkaldes på tlf. : **20181972**

Politi: Personalet er ikke forpligtet til at ”redde” patienten, hvis det indebærer fysisk fastholdelse. I alle tilfælde, hvor der er behov for fysisk fastholdelse eller, hvis patienten forlader afdelingen og ikke vil komme tilbage frivilligt, så SKAL politiet kontaktes. Der ringes **112**.

### **Referencer**

Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien

<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=134497>

Bekendtgørelse af lov om social service, Kap. 24

<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=135328>

Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, her under pædagogiske principper

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=135391>

...

### **Medicinering**

Psykofarmakologisk behandling af vold og aggressivitet

#### 1. Delir

Haloperidol 0,5-5mg dgl, olanzapine 2,5-10mg dgl, risperidone 0,5-4mg dgl (*Attard 2008*).

## 2. Demens

Risperidon 0,5-2mg dgl., olanzapin 2,5-5mg dgl. (*Penders 2013*).

## 3. Psykose

Primær behandling er med antipsykotika. F.eks. tabl. Olanzapin 5-10mg (20mg/dgl), tabl. Risperidon 2mg (6mg/dgl), tabl. Haloperidol 2-10mg (20mg/dgl). Ved behov for parenteral medicinering inj. Olanzapin 5-10mg (20mg/dgl, efter 3 dage bør skiftes oral behandling eller andet præparat) eller inj. haloperidol 2-10mg (20mg/dgl). Ved utilstrækkelig virkning kan suppleres med benzodiazepiner, tabl. Oxapax 15-30mg, 2-3x/dgl, inj. Diazepam 2-5mg, 1-3x dgl. (*Wilson 2012*).

## 4. Abstinens

- alkohol chlordiazepoxid (Risolid/Klopoxid) fra 100-200mg/dgl (f.eks. 25-50mgx4) op til 600mg dgl. fordelt på flere doser (*Wilson 2012*). Ved manglende virkning Fenemal 100mg p.n., 1200mg/dgl. (*Lægehåndbogen*). Behandling er altid individuelt, med behov for evt. højere doser.
- Benzodiazepiner: start med ekvipotent dosis Diazepam (udregnes efter relevante skemaer, f.eks. PRI dokument om Benzodiazepiner abstintensbehandling) hos patienter med kendt daglig benzodiazepin forbrug. Ellers diazepam 5-10mg/dgl, dog obs. stor individuel forskel i dgl. dosis(*Lægehåndbogen*).

## 5. Hovedtrauma

Ingen "gold standard". Der er forsøgt med mange forskellige præparater. Propranolol op til 480mg/dgl, antipsykotisk medicin (haloperidol 2-10mg/dgl, quetiapin 50-300mg/dgl), antiepileptisk medicin (valproat 750-2250mg/dgl, carbamazepin 400-800mg/dgl), centralstimulantia (methylphenidat op til 30mg/dgl) (*Chew 2009*).

## 6. Personlighedsforstyrrelse med impulsivitet

Olanzapin 2,5-10mg/dgl, ziprasidon 40-160mg/dgl (*Vita 2011*)

## 7. Ikke-psykotisk agitation/uro

Oxapax 15-30mg maks.x4/døgn, inj. Diazepam 5-10mg i.m. eller evt. i.v. (*Wilson 2012*)



## Referencer

Attard A, Ranjith G, Taylor D. Delirium and its treatment. CNS Drugs 2008; 22(8):631-644  
Chew E, Zafonte RD. Pharmacological management of neurobehavioral disorders following traumatic brain injury – a state-of-the-art review. J Rehabil Res Dev 2009; 46(6):851-878

Lægehåndbogen

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/alkohol/abstinenssyndrom>

Penders T et al. Aggression and violence. An evidence-based medicine (EBM) monograph for psychosomatic medicine practice. Version 10.31.2013

Vita A, De Peri L, Sacchetti E. Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, and placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder. J Clin Psychopharmacol 2011; 31:613-624

Wilson et al. The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. West J Emerg Med. 2012; 13(1):26-34

## Opfølgning på voldelige episoder

I fald en eller flere personaler oplever en voldelig hændelse i afsnit NHH, da skal følgende

retningslinje følges:

### **Psykisk førstehjælp – i krisens første minutter og timer**

Der ydes "krisehjælp" i form af, at kollegaer tager sig af situationen her og nu.

Der ydes omsorg/støtte/assistance til den/de implicerede.

Kollegaer overtager sygeplejen hos den involverede patient.

### **Defusing – umiddelbart efter hændelsen (inden 8 timer)**

Der skal ved alle hændelser, der har karakter af vold afholdes en defusing, hvis ikke der er tid undervejs i vagten, skal denne afholdes ved vagtophør og vagtholdet skal blive.

Det er ikke den/de implicerede der har ansvar for opfølgning. Det er de kollegaer, der har været i vagt med implicerede, der har ansvaret indtil leder tager over. Orientering til leder skal ske førstkommande hverdag, dog tidligere hvis hændelsen har været af større eller voldsom karakter.

På bilag 3 findes action Card til brug ved defusing.

### **Debriefing – få dage efter en voldsom hændelse**

Debriefing er en struktureret samtale for alle implicerede i hændelsen. Leder er ansvarlig for planlægning af denne samtale.

Ved afholdelse af debriefing vil der skabes mulighed for at indkredse mulige temaer, der skal sættes fokus på i fremtidig undervisning/kompetenceudvikling.

Det er vigtigt at være opmærksom på, hvorledes vi kan sikre at alle modtager den hjælp/støtte, der er behov for, især hvis den enkelte ikke selv kan mærke/ytre ønske.

Alle komplicerede patientforløb bør udløse en sygeplejefaglig dialog/debriefing.

Teamkoordinatorerne skal være opmærksomme på, om der er patientforløb, der har gjort særlig indtryk på personalet og bede leder om hjælp til en debriefing om forløbet.

Vi håber, at fokus på vold samt den udarbejdede politik kan styrke den kollegiale opmærksomhed på hinanden.

### **Skytsengel**

Skytsengel kan være et supplement, men der er enighed blandt personalet om, at det ikke er den angivne skytsengel, der er ansvarlig for opfølgning.

Alle personaler skal aflevere navn og tlf. nummer på en pårørende. Dette ikke kun i forhold til at være involveret i voldsomme hændelser, men også hvis der er brug for at kontakte pårørende i andre sammenhænge, hvor personalet kan have brug for dette.

Skytsengel kassen (grøn kasse) findes på afsnitsledende sygeplejerskes kontor.

### **Anmeldelse af voldsepisoden**

Enhver voldsepisode skal anmeldes som en arbejdsskade

Den voldsramte medarbejder laver hurtigst muligt en skadesanmeldelse sammen med arbejdsmiljørepræsentant eller leder.

Arbejdsmiljøgruppen står for den videre opfølgning. Der vil i den interne ulykkesanalyse være fokus på, hvordan voldsepisoden eventuelt kunne være undgået og hvad vi kan lære af situationen.

Alt nyansat personale skal introduceres for afdelingens politik og retningslinje vedrørende vold.

Alle FADL vagter/vikarer skal ved vaktens begyndelse introduceres i forebyggelse af voldsomme hændelser. Det er vigtigt, at fast personale er opmærksom på, om FADLvagt/vikar har behov for defusing inden de forlader afdelingen, hvis de har været omkring patienter med voldelig adfærd.

Der findes supplerende viden i forhold til opfølgning på voldelige hændelser i Aalborg Universitetshospital pjece "Hjælp til personalet efter traumatiske hændelser"

[http://publikationer.rn.dk/rn/314/http://personalenet.rn.dk/organisation/organisationssider/sundhed/AalborgSygehus/AAS\\_Nyheder/Personaleblad/Personaleblade/Aalborg\\_Universitetshospital\\_nr4\\_2015\\_epage.pdf](http://publikationer.rn.dk/rn/314/http://personalenet.rn.dk/organisation/organisationssider/sundhed/AalborgSygehus/AAS_Nyheder/Personaleblad/Personaleblade/Aalborg_Universitetshospital_nr4_2015_epage.pdf)

### **Referencer**

- 1) Center for kliniske retningslinjer – Clearinghouse. Klinisk retningslinje om forudsigelse af aggression og vold, inden for kort tid, hos voksne over 18 år indlagt på psykiatrisk sygehus. [cited 2015 okt. 7]. Available from: <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer/psykosociale-forhold/kr-tvang-assessment.aspx>
- 2) Et godt psykisk arbejdsmiljø – Arbejdstilsynet, januar 2014

## Bilag 1:

### Brøset Violence Checkliste

Registrerings og observationsskema		LABEL											
Patienternes søvn observeres hver 2 time - registrerer hvordan og hvormange timer patienterne sover													
Registreringen fortsætter i 2 døgn og derefter laves en handlingsplan													
Dato	Klokkeslæt	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4
<b>Søvn</b>	Rolig Søvn												
	Vågen												
	Urolig/rastløs												
<b>Antal sovet ti</b>	(læg antal sovet timer sammen)												
Patienterne skal scores 1 gang i hver vagt klokken 6 14 og 22													
Registreringen laves systematisk over 3 døgn - derefter ud fra klinisk et skøn													
<b>Brøset</b>		<b>6</b>				<b>14</b>				<b>22</b>			
	Forvirring ( 0 point - 1 point )												
	Irritabilitet ( 0 point - 1 point )												
	Støjende adfærd (0 point - 1 point )												
	Verbale Trusler ( 0 point - 1 point )												
	Fysiske Trusler ( 0 point - 1 point )												
	Angreb på ting (0 point - 1 point)												
<b>Samlet Vurde</b>	Max 6 point												
Se bagsiden for yderligere forklaring													

### Forklaring til døgnrytmeforstyrrelser

Ved < 6 timers søvn gennem 2 dage stillingtagen til medicinsk genopretning af døgnrytme ved stuegang

Overveje behov for skærmning

Overveje behov for rolig stue/enestue

### Ordforklaring til Brøset violence checklist (BVC)

Patienterne scores i 3 døgn ved hvert vagt skifte - efter 3 døgn foretages BVC efter et klinisk skøn

**Forvirring** Opfører sig åbenbart forvirret og desorienteret. Kan hænde at patienten ikke er orienteret i tid sted og personlige data.

**Irritabilitet** Patientens bliver let irriteret og tåler dårligt andres tilstedeværelse. Er også r sensitiv for lyde.

**Verbale trusler** Et verbalt udbrud, som er mere end bare hæve stemmen. Til hensigt at skræmme eller ydmyge en anden person.

**Fysiske trusler** Truer en anden person – aggressiv kropsholdning. Griber fat i en anden persons tøj – knytter næve.

**Angreb på ting** Et angreb på genstande - kaster med genstande. Slår, sparker eller skader en genstand.

**Samlet vurdering** o ingen tegn på voldsrisiko

**1-2 moderat risiko for vold** - personalet bør tage forholdsregler  
**2 høj risiko for vold** - personalet bør tage forholdsregler

**Forholdsregler:**

Det markeres altid på cybertavlen , med pink når vi har en potentiel voldelig patient i afdelingen (er lagt ind under de forskellige speciale farver)

Patienterne skal tilses af læge ved høj score - det er et fælles ansvar læge og plejepersonale imellem

Aftal at man går 2 ind til patienten

Overvej behov for skærmning / enestue

Hvis patienter er tiltagende udad reagerende overvej om opgaven kan udsættes

Benyt scenskift

I vagter hvor der er få på arbejde fortæller man hinanden hvor man er

Patienter der scorer 2 eller mere på Brøset skal bruge engangsservice

## Bilag 2:

### Personlighed

Hvordan er du som person?  
(humoristisk, alvorlig, uadvendt mm.)

---

Hvilke ting beroliger dig?  
(musik, berøring mm.)

---

Hvad kan gøre dig vred/udad reagerende

---

Hvordan slapper du bedst af?  
(Mange/få mennesker, lys/mørke mm.)

---

Har nogle af nedenstående forslag hjulpet dig tidligere, hvis du føler kaos, indre uro eller bliver vred?

Sæt kryds ved det, du ved hjælper dig:

Gåture sammen med personalet	At tale med andre patienter
Læse avis eller en bog	Kugledyne
Fodbad	Struktur på hverdagen
Et varmt bad	At få PN medicin (f.eks beroligende)
Et telefonopkald til familien eller ven	Afslapning på din stue
At lytte til musik	At se tv
Fysisk aktivitet	

Kryds de ting af, der kan gøre det svært for dig at kontrollere kaos, indre uro og vrede:

Frustration	TV
Afslag, fx nej fra personalet	Særlige tidspunkter på dagen (hvornår)
Krav (det kan være om en aktivitet)	At være alene
Oplevelsen af fysisk påtrængende personale	Særlige dage (hvilke)
At blive rørt ved	Døren til din stue er lukket /åben
Høj lyd	

Bilag 3:

## **Action Card til brug ved defusing**

Defusing er en delvist struktureret aflastningssamtale, hvor eventuelt voldsom hændelse vendes med kolleger, der har været involveret i hændelsen.

Bør finde sted inden for 8 timer.

Formålet er at skabe forståelse for hændelsen og dæmpe oplevelse af angst og kaos.

Bør foregå i et uforstyrret rum kun med deltagelse af implicerede og eventuel facilitator udefra (fx læge, supervisor, leder).

Rammer for defusing (Der vælges en ordstyrer og tidsrammen aftales, fx 30 eller 60 min).

Samtalen indledes med at ridse formålet med defusing op.

Ordstyrer strukturerer samtalen. Der tages en runde, hvor den enkelte får lov at fortælle sine oplevelser af forløbet/hændelsen – **UDEN AFBRYDELSER !**

Følgende spørgsmål kan ordstyrer bruge:

**Hvad skete der?**

**Hvad tænkte du?**

**Hvad følte du?**

Kriseramte opfordres til at skrive hændelsesforløbet ned.

Defusing afrundes med aftaler om opfølgning (hvem tager kontakt til leder, er der brug for krisehjælp og/eller kontakt til pårørende).

