

1. Afdelingen

Min følgevagte var på [REDACTED] bedre kendt under Gastroenterologisk afdeling. Gastroenterologi er læren om tarmsystemet og dets sygdomme og handler faktisk om alt lige fra mundhulen til endetarmen, inklusiv de tilhørende kirtler (spyt-kirtler, bugspytkirtlen, leveren samt de mange små kirtler, der findes i selve tarmen). Afdelingen på [REDACTED] har sit speciale indenfor svære leverpatienter og diabetikere.

2. Patienten

Patienten Karen (fiktivt navn) er i slutningen af 50'erne og er tidligere alkoholiker, hun har som følge af sit alkoholforbrug ødelagt sin lever og er nu indlagt med stadie 2 leverkoma. Hun blev indlagt ca. 1 uge før min følgevagte med abstinenser, der udviklede sig til leverkoma. Fysisk formår Karen meget svagt at hjælpe til, hendes koma er endnu ikke i stadie 3 eller 4, men hendes cerebrale status er meget dårlig og hun opfatter til tider ingenting og kan andre gange være meget lidt med. Min sidste dag på følgevagte var Karens kalium-niveau i blodet for lavt og med risiko for hjertestop blev hun overført til Kardiologisk afdeling.

3. Ernæring og udskillelse

Karen er i leverkoma, og som følge deraf kan hun ikke selv synke hverken mad eller drikke. Hun har derfor fået lagt en ventrikel sonde ned i maven gennem næsen og spiserøret (Esophagus). Det er vigtigt at være opmærksom på, at denne stadig er placeret i ventriklen inden der gives ernæring (her 100 mL 20 % glukose + 100 mL P-drik hver 2. time) gennem sonden. Dette gøres ved at komme luft ind igennem slangen og lytte efter med et stetoskop på maven. Dette frembringer en 'boble' lyd, der så indikerer en rigtig placering, hvis den ikke er placeret rigtigt tilkaldes sygeplejersken. Karen er grundet sin sygdom meget immobil og kan derfor ikke selv komme af med sin afføring, derfor gives der 30 mL laktulose hver 2. Time indtil der er afføring. Der skal være afføring en gang i hver vagte, og det fremgår af komaregime, om der har været afføring eller ej. Karens afføring bliver undersøgt, hvis den afviger fra sin 'normale' grøngule farve. Karens afføring var meget 'selvlysende' grøn min sidste dag, hvorfor vi tog en afføringsprøve til D+R, jeg nåede desværre ikke at få svaret, men det kunne ligne clostridia, hvilket ville medføre, at Karen skulle i isolation. Karens urin er porterfarvet, hvilket man typisk ser hos leverpatienter. Her er det igen vigtigt at holde øje med mængden af urin, derfor føres der væskekema over dette.

4. Beskrivelse af sygeplejehandlinger

Udover kommunikationen (som bliver diskuteret senere) er de vigtigste sygeplejehandlinger hos Karen at udføre komaregime, hvilket indebærer at skulle tage BT, P, TP, SAT, BS. Dette gøres når man møder ind i vagte og en gang senere på vagten. Karen skal også vendes efter et skema hver 2. time. Derudover er det vigtigt at overvåge Karens udskillelse, udføre nedre toilette, tjekke efter for

begyndende decubitus, tjekke acitesdrændet, sørge for ernæring og udskillelse samt at udføre sengebade. Karen skal også have omfattende mundhygiejne, da hun ikke lukker sin mund, hun skal derfor løbende fugtes med dansk vand og rengøres i munden, hvilket er ret besværligt, da hun har dysphagi. Karens leverkoma skal også vurderes undervejs, her er det den cerebrale status, der er i fokus.

Kommunikation

Karens kommunikation er meget begrænset og til tider helt fraværende, det er derfor vigtigt hele tiden at forsøge at skabe kontakt med hende, for vi ved reelt set ikke, hvor meget hun rent faktisk tager til sig. Da jeg først kom ind til Karen snakkede jeg til hende og fortalte, at jeg hed [REDACTED] og ville tage mig af hende i løbet af dagen, Karen reagerede med at spørge, hvor hun var. To gange lykkes det Karen selv at komme til bevidsthed og f.eks. spørge til hvor hun var, men hendes kommunikation er meget svag og hun er meget konfus. Efter en forklaring af hvor hun er begynder plejen, og da Karen er ved bevidsthed beslutter jeg mig for, at hun skal hjælpe til så meget hun nu selv kan. Dette er for at undgå at Karen lukker sig fuldstændig inde i sig selv og for at aktivere hende. Karens hjælp er meget begrænset, så den er ikke til for at hjælpe mig i at udføre mine sygeplejehandlinger, men for at undgå, at Karens psykiske tilstand forværres, og at hun afskæres fra virkeligheden. Når Karen ikke er ved bevidsthed er kommunikationen envejs.

5. Vurdering af plejens indvirkning på patienten

Karens pleje gør, at hun er i live i dag. Hun er stærkt ødemiseret, og har derfor tendens til hurtigt at få mærker på kroppen, der kan udvikle sig til decubitus, dette forhindrer Karens pleje. Hendes IV-indgang observeres og forhindrer tromboflebitis. Hendes ernæring er, hvad der giver Karen energi og livskraft. Blodprøverne, der tages 4 gange i løbet af døgnet sørger for, at hun har de rigtige værdier, da det ellers kræver en ændret plejestruktur. Komaregime, der køres ca. Hver 4. time fortæller os, om der er nogle ændringer hos Karen og forhindrer yderligere sygdomme hos Karen. Karens sygepleje er meget omfattende og er, hvad der ikke blot holder hende i live, men også sørger for, at hun ikke får det værre men bedre.

Forslag og yderligere tiltag

Karens leverkoma gør, at hun absolut intet kan gøre for at hjælpe til. De tiltag, der er nødvendige for Karen er derfor alle gjort brug af. Afdelingens speciale i svære leverpatienter var også meget tydelig og jeg følte ikke, at det der blev gjort for patienten var insufficient, tværtimod synes jeg, at de var enormt dygtige og vil egentlig gerne komme derud igen.

Det kunne have været spændende at følge hendes videre forløb, både på kardiologisk afdeling, men også leverkomaen.