

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

95% af alle tryksår kan forebygges

TRYKSÅR
SKYLDES ALTID
TRYK

SIDE 25

DE FIRE KATEGORIER
AF TRYKSÅR

SIDE 29

SYGEPLEJERSKER
SPILLER VIGTIG
ROLLE

SIDE 30

NÅR SKADEN
ER SKET

SIDE 33

NY PRAKSIS

KOL-patienter.

Ambitiøst projekt kan minimere antallet af genindlæggelser.

SIDE 10

PEER REVIEWED

Brystkræft.

Forstadier. Mange kvinder har svært ved at forstå diagnosen.

SIDE 40

FAGLIGT AJOUR

Iltbehandling.

Iltbehandling er snarere bestemt af vaner end af en konkret vurdering.

SIDE 56

PÅ SPIDSEN

Sundhedspleje.

Nu bryder forskningen igennem og skaber belæg for den faglige indsats.

SIDE 75

Redaktionspanel

Det eksterne redaktionspanel bistår redaktionen i den løbende udvikling af *Sygeplejersken Fag&Forskning*. Panelet er tværfagligt, og medlemmerne har deres professionelle virke i forsknings- og udviklingsmiljøer på sundhedsområdet. De deltager ulønnet og udpeges for to år ad gangen.

HELLE SCHNOR

Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d., ansat som postdoc i Psykiatrisk Center Glostrup. Forsker i sundhedsfremme og fysisk aktivitet blandt og sammen med mennesker med psykiatriske sygdomme i samarbejde med UCSF og Metropol. Arbejder i praksis og forskning med at styrke det tværsæktorielle samarbejde mellem behandlings- og socialpsykiatrien og for at skabe samarbejde med idrætsforeninger. Er medlem af DASYS' bestyrelse og formand for DASYS' forskningsråd.



ALLAN FLYVBJERG

Direktør, Steno Diabetescenter København. Tidligere overlæge, professor, dr.med. og formand for Diabetesforeningen samt tidligere dekan ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet. Har stået bag op mod 600 videnskabelige publikationer om diabetes og følgesygdomme og har modtaget adskillige internationale priser for sit bidrag til diabetesforskningen.



ERIK ELGAARD SØRENSEN

Professor i klinisk sygepleje og forskningsleder ved Klinisk Institut, Aalborg Universitet, og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, sygeplejerske, cand.cur. og ph.d. Har bidraget i opbygningen af et samarbejde med Aalborg Universitet i forbindelse med etablering af Aalborg Universitetshospital. Han har bl.a. været engageret i forskning med særlig vægt på sygeplejefaglig ledelse, operationssygepleje og sygeplejerskers forskningskapacitet.



KIRSTEN LOMBORG

Professor ved Aarhus Universitet, Institut for Klinisk Medicin og Institut for Folkesundhed, ph.d., cand.cur. og sygeplejerske. Leder af Forskningsprogrammet Patientinvolvering ved Aarhus Universitetshospital. Kursusleder for tilvalgsfag i patientinvolvering ved de sundhedsvidenskabelige kandidatuddannelser på Aarhus Universitet. Medlem af en række ekspertråd og videnskabelige udvalg, herunder formand for Novo Nordisk Fondens Komité for Sygeplejeforskning.



MARI HOLEN

Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d., lektor ved Center for Sundhedsfremmeforskning, Institut for Mennesker og Teknologi ved Roskilde Universitet. Forskningsinteressen gælder mødet mellem sundhedsvæsenet og patienten i bred forstand, især hvordan sygdomsidentitet og institutionsidentitet udspiller sig i det kliniske felt. Arbejder med kvalitativ metodologi og trækker på sociologisk teori. Forsker aktuelt i brugerinddragelse, ulighed i sundhed og i sammenhænge på tværs i fremtidens sygeplejerskeuddannelse.



REDAKTION

.....

Chefredaktør
MORTEN JACOBSEN
mja@dsr.dk
Telefon: 4695 4110

Redaktionschef
JAKOB LUNDSTEEN
jlu@dsr.dk
Telefon: 4695 4180

Fagredaktør
JETTE BAGH
jb@dsr.dk
Telefon: 4695 4187

Redaktionssekretær
HENRIK BOESEN
hbo@dsr.dk
Telefon: 4695 4189

Redaktionssekretær
LOTTE HAVEMANN
lha@dsr.dk
Telefon: 4695 4179

Art Director
MATHIAS N JUSTESEN
mnj@dsr.dk
Telefon: 4695 4280

Journalist
CHRISTINA SOMMER
cso@dsr.dk
Telefon: 4695 4264

Journalist
ANNE WITTHØFFT
awi@dsr.dk
Telefon: 4695 4108

Journalist
KRISTINE JUL ANDERSEN
kja@dsr.dk
Telefon: 4695 4278

Journalist
DITTE-MARIE RUNGE
dmr@dsr.dk
Telefon: 4695 4112

Journalist
DIANA MAMMEN
dma@dsr.dk
Telefon: 4695 4109

Distribueret oplag
1. januar – 30. juni 2016:
76.716 ekpl.
Medlem af Danske Medier

Tryk
ColorPrint

Annoncer
Dansk Mediaforsyning
Elkjærvej 19, st.
8230 Åbyhøj
Telefon: 7022 4088
Fax: 7022 4077
info@dmfnet.dk

Manuskriptvejledning
www.dsr.dk/
manuskriptvejledning

Udgiver
Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 3315 1555
redaktionen@dsr.dk
www.sygeplejersken.dk
ISSN 2445-9461



Fag&Forskning udkommer fire gange om året som et tillæg til Sygeplejersken. Fag&Forskning sætter fokus på den nyeste forskning og udvikling inden for sygeplejen.

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendes i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

.....

Foto side 62 og 67: Kenneth Lysbjerg Koustrup, Ritzau Scanpix / Bylinefotos side 22: Nils Lund Pedersen / Illustration, foto og grafik side 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 38, 40, 50, 56, 68 og 70 : iStock

OVERBLIK

Ny
Praksis

Genindlæggelser skal forhindres

KOL. Det var derfor, hun ville være sygeplejerske. Erkendelsen kom, da sygeplejerske Marie Brinch returnerede til hospitalsafdelingen efter at have fulgt en nyudskrevet KOL-patient helt ind i hjemmet og havde sat ham i sin gode stol.

Patienter med KOL, som udskrives fra det medicinske sengeafsnit på Hospitalsenheden Horsens, følges helt hjem af to sygeplejersker. Ordningen

sikrer, at alt det praktiske omkring patienten kommer i orden. For mange nyudskrevne KOL-patienter er det angstprovokerende at skulle vende hjem; følge-hjem-ordningen skaber ro omkring patientens situation og nedsætter behovet for genindlæggelser.

LÆS SIDE

10



Tryksår opstår hyppigst over et knoglefrem-spring, hvor knoglerne ligger tæt på huden, og der kun er lidt fedt. For at sikre systematik i forebyggelse og behandling arbejder forskere og sundhedsprofessionelle verden over med fire kategorier af tryksår. Kategorierne er inddelt efter, hvor dybt og dermed også alvorligt tryksåret er. På billedet ses et tryksår under hæl i kategori 2. Kendetegn her er bl.a. et overfladisk sår med en rød sårbund.

Foto ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL

Gigtpatienter screenes for hjerte-kar-sygdomme

SCREENING. Forskning viser, at patienter med leddegigt har en øget forekomst af hjerte-kar-sygdomme. Derfor screener man disse patienter på Gigthospitalet i Gråsten, og rigtig mange patienter kontakter efterfølgende egen læge.

Kontakten fører til, at en stor del af patienterne ændrer livsstil, som fører til forbedringer af blodtryk og kolesteroltal. Også mange patienter med diabetes kommer i behandling.

LÆS SIDE

18

Marte Meo-metoden styrker forholdet mellem mor og barn

MARTE MEO. Det er vigtigt for den fremtidige sundhed, at barnet allerede fra den allerførste tid efter fødslen føler sig trygt. Og sensitivitet giver tryk-hed. Moren skal derfor være nærværende og møde barnets følelser og reaktioner.

Gennem videooptagelser styrkes relationen mellem mor og datter, når sundhedsplejersken hjælper til med at sætte ord på følelser og handlinger.

LÆS SIDE

14

Forebyg tryksår med grundlæggende sygepleje

Tryksår, ødelagte celler i et eller flere af hudens tre lag, er smertefuldt for både patienter, pårørende og samfundsøkonomien.

Selv om ca. 95 pct. af alle tryksår kan forebygges, udvikler mange patienter og borgere stadig tryksår, måske pga. manglende politisk fokus, tidspres og sparsom viden blandt personalet. Forsker forudser, at udviklingen med stadigt kortere indlæggelser og flere multisyge og behandlingskrævende borgere i eget hjem kan få antallet til at stige i især primær sektor.

Sygeplejersker spiller en central rolle i både det opsporende og forebyggende arbejde, og når skaden er sket. Her er en systematisk tilgang og grundlæggende sygepleje som personlig pleje, hudbedømmelse, mobilisering og korrekt ernæring væsentlige indsatsområder.

Det dokumenteres af både internationale studier og konkrete resultater fra bl.a. Odense Universitetshospital og de 18 kommuner, som arbejder med den såkaldte tryksårspakke fra Isikrehænder.dk

Tryksår rammer især ældre, men i teorien er alle sengeliggende eller stillesiddende borgere og patienter i høj risiko, da især nedsat mobilitet, manglende følesans og medicinsk udstyr kan medføre tryksår. Der er beskrevet over 200 forskellige risikofaktorer for opståen af tryksår. En enkelt faktor resulterer næppe i tryksår, det er snarere kombinationen af forskellige risikofaktorer, som sammen med et ydre tryk er afgørende for, om der opstår et tryksår.

LÆS SIDE

22

KOST.

Det er vigtigt, at sundhedsprofessionelle har let adgang til sund kost, vand og snack og holder deres pauser med henblik på at få tilstrækkeligt kostindtag.

LÆS SIDE 38

Syg eller rask – hvad betyder diagnosen?

Forstadier til kræft eller duktalt carcinoma in situ. For den enkelte kvinde en alarmerende diagnose, for hvad betyder den? Hvor syg er jeg, hvordan skal sygdommen behandles, og hvad skal der ske efterfølgende? Er jeg syg, eller er jeg rask, når behandlingen er afsluttet? Et spørgeskema blev sendt til 574 kvinder for at kortlægge deres smerter, føleforstyrrelser, psykologiske belastning og rehabiliteringsbehov et til tre år efter operationen. 473 kvinder svarede. Resultaterne af deres besvarelser viste, at de havde symptomer på linje med kvinder, som havde fået diagnosen invasiv brystkræft. Kvinderne med forstadier ønskede derfor tilbud om systematisk rehabilitering, f.eks. i form af samtale med sygeplejerske eller læge, møde med kvinder i samme situation m.m. For sygeplejerske og andre professionelle betyder fundene, at der skal være opmærksomhed på, hvordan disse kvinder bedst kan hjælpes.

LÆS SIDE

40

Fagligt
Ajour

Ekstrakt

Risiko for lejringskader

Operationer i tyk- og endetarm er ofte langvarige, og det betyder, at patienterne har en øget risiko for lejringskader. Et kvalitetsarbejde har vist, hvor udbredt gener er hos patienter, der gennemgår disse operationstyper. Den første postoperative dag havde mange smerter, føleforstyrrelser og nedsat motorisk kraft. Mere end halvdelen havde smerter i nakke, hals og skulder og føleforstyrrelser og nedsat kraft i overekstremiteterne. Resultaterne har ført til en målrettet intervention, hvor der ikke anvendes skulderstøtter, når patienten lejres.

LÆS SIDE 68

Sygepleje tilbage til det basale

En relation mellem patient og sygeplejerske og empati og indlevelse hos sygeplejersken. Egenskaber, der karakteriserer personcentreret sygepleje, men som ikke nødvendigvis kan komme til udtryk i et travlt sundhedsvæsen. Her bliver opgaver af instrumentel karakter ofte prioriteret på bekostning af kontakt, inddragelse og støtte.

Forskere arbejder med at undersøge integration af fysiske, psykosociale og relationelle elementer i mødet mellem patient og sygeplejerske og de rammer, sygepleje udøves i. Uden belæg og argumentation, ingen politisk bevågenhed, og måske heller ikke tilstrækkelig faglig opmærksomhed. Med andre ord: Tilbage til det basale, hvilket ikke er ensbetydende med, at faglig viden er overflødig. På ingen måde.

LÆS SIDE 50

Håb og drømme som alle andre

Interview med 50 retspsykiatriske patienter viser, at de gerne vil tale om deres håb og drømme for fremtiden, og at de på en del områder har de samme ønsker som mennesker udenfor murene: Uddannelse, job, kæreste, familie eller genetablering af kontakten til børn fra tidligere forhold, dvs. grundlæggende menneskeligt behov.

LÆS SIDE 62

Samtaler kan øge livskvalitet hos hjertesygge

Hjertesygge patienter med psykiske symptomer som angst og depression kan hjælpes af non-farmakologiske tiltag, viser et bachelorprojekt.

Farven på tallerkenen er ikke ligegyldig

Kommer der farver på glas og tallerkener, så spiser ældre demente mere, end hvis maden serveres på hvide tallerkener og gennemsigtige glas.

LÆS SIDE 74

For meget ilt kan være skadeligt

En-tre liter ilt på næsekateter og så afsted til observationsafsnittet efter operation. Sådan tager iltbehandling sig ofte ud, men et studie af iltbehandling hos 93 voksne lungeraske patienter viser, at bestræbelserne på at undgå hypoxi (for lav ilttilførsel) kan føre til hyperoxi (for

høj ilttilførsel) og dermed bl.a. skadelige følgevirkninger på lungevævet. En række data indgik i studiet, som konkluderer, at patienterne kan have fordel af en individuel vurdering af behovet for ilt, og at et anbefalet mål for saturation bør være 94-98 pct.

LÆS SIDE 56



Sundhedsplejersker i kommunerne har med bekymring været vidne til nedskæringer i antallet af hjemmebesøg.

LÆS SIDE ... 75

Brug den forskning, vi har

Forskning i sygepleje er et relativt nyt fænomen i Danmark. Derfor kan forskningsmiljøerne fortsat blive mere solide og forskningen mere udbredt.



Tekst **JETTE BAGH**,
cand.cur., fagredaktør

Der bliver skrevet meget om tendenser i sygeplejen, og patienter og pårørende er i den forbindelse for alvor kommet på rollelisten. De skal inddrages og involveres ikke blot i egen behandling og pleje, men også i forskning. Flere ældre, mere teknologi, ulighed i sundhed, sårbare grupper, faglig ledelse og opbygning af stærke forskningsmiljøer i sygeplejen er andre aktuelle emner. Og nu kommer vi til det: Den forskning, der allerede findes, skal bruges. De forskningsmiljøer, der allerede findes, skal styrkes.

Når en sygeplejerske møder et problem – en udfordring – i sygeplejen, altså snubler over et område, som skaber undren, skal hun helt naturligt spørge sig selv: Hvad ved vi om det her i forvejen? Hun skal ikke nødvendigvis studere sig til minus fem på begge øjne, men søge viden hos kvalificerede kolleger i faglige fællesskaber og opbygge viden, der gavner patienterne.

Nyuddannede sygeplejersker er ramt af virkeligheden, ser det ud til. Bachelorprojekter er ikke, hvad de har været, de er under forandring mht. fokus og metode. Den fænomnologiske tilgang er ikke ude af billedet, men bliver p.t. suppleret af systematiske reviews i mindre målestok og af kvantitative metoder. Flere sygeplejersker og studerende ytrer ønske om mere undervisning i kvantitative metoder – og således skifter verden farve.

I Danmark begyndte forskeruddannelserne med Margarethe Lorensen. Hun tog i USA som den første danske sygeplejerske i 1976 en ph.d.-grad. I 1986 fulgte Lis Adamsen, som blev uddannet på Københavns Universitet, og i 1989 blev Agnes Bjørn ph.d. fra Manchester University i UK. Siden kom mange flere til, og i 2017 erhvervede ni sygeplejersker ph.d.-graden – måske flere, for nogle glemmer at skrive sig på listen. Aktuelt er der ifølge samme liste 201 sygeplejersker i Danmark, som har en ph.d.-grad i bagagen.

Professorer i sygepleje er der 19 af, nogle af dem dog med arbejde i udlandet og fire med tilføjelsen emerita. De øvrige er at finde på universiteter, universitetshospitaler og på specifikke afdelinger. Deres midler, miljøer og strategier er ikke tilgængelige i en samlet oversigt. Et fagligt selskab for professorer kunne måske fungere som et faktisk støtteben og på et nationalt plan formidle deres indsats og mål. Hvem ved.

17 år tager det i gennemsnit, før forskning bliver implementeret i praksis, men de nysgerrige kan skyde genvej og undersøge, hvad f.eks. *Fag&Forskning* byder på. Ny praksis, Trialog, Journal Club, Peer Review og Fagligt Ajour er genrer, der formidler forskning i større eller mindre målestok. Idéen bag tidsskriftet er at nå en bred gruppe danske sygeplejersker, for forskere i sygepleje har deres nicher og tilhørende tidsskrifter.

Margarethe Lorensen døde i 2005, men hun får det sidste ord, hentet i Dansk Kvindebiografisk Leksikon ... "etablering af sygeplejeforskning kræver indflydelse, uddannelse og økonomiske ressourcer". Sådan var det, og sådan er det. Men godt begyndt er halvt fulden. ☉

Forebyggelse VS behandling...



heel up
all up
seat all
all on

Our brands

Tryksår kan opstå på 2 timer... Grib ind i tide.!

Forebyggelse med Heel Up Medium kr. 94,-* **Ingen forebyggelse kr. 0,-**
Mulig besparelse kr. 126.879,-** **Mulig udgift kr. 126.973,-****



*Gennemsnitspris for behandling kilder: Dealey Report 2012



*Stk. pris v. køb af 12 stk. excl. moms og levering

Med Levabo®'s fleksible en-patient produktsortiment, er det muligt at foretage en hurtig og effektiv lejring af patienten, inden der opstår skade på de udsatte områder.

Mød os på:



Bella Center
Copenhagen, DK
Stand C2-048
15-17 May 2018

download kalkulator på www.levabo.dk
brug dine egne tal og se din besparelse

Forkortet produktinformation for Champix® (vareniclintratartrat) Filmovertrukne tabletter, 0,5 mg og 1 mg

Indikationer: Rygeophør hos voksne. **Dosering*:** Dag 1-3: 0,5mg 1 gang dagligt. Dag 4-7: 0,5mg 2 gange dagligt. Dag 8 og resten af behandlingen: 1mg 2 gange dagligt. Patienten bør fastsætte en dato for rygestop. Behandlingen bør sædvanligvis begynde 1-2 uge før denne dato. Patienter bør behandles i 12 uger. Patienter, der med succes er stoppet med at ryge efter 12 ugers behandling, kan overveje at tage yderligere 12 ugers behandling mhp. at fastholde rygestopet. En gradvis metode til rygestop kan overvejes til patienter som ikke kan/vil stoppe på en gang. Patienterne skal reducere rygningen i løbet af de første 12 ugers behandling og stoppe ved afslutningen af behandlingsperioden. Derefter fortsættes behandlingen i yderligere 12 uger til i alt 24 ugers behandling. Motiverede patienter, som ikke tidligere er lykkedes med at stoppe under Champix behandling eller som er begyndt at ryge igen, kan have gavn af et nyt rygestopforsøg med Champix. Patienter, der ikke ønsker eller kan fastsætte en ophørsdato indenfor 1-2 uger, bør tilbydes, at påbegynde behandlingen og derefter vælge deres egen ophørsdato indenfor 5 uger. Let til moderat nedsat nyrefunktion: Dosisjustering ikke nødvendig. Svært nedsat nyrefunktion: 1 mg 1 gang dagligt efter 3 dages dosisjustering (0,5 mg 1 gang dagligt). Nedsat leverfunktion: Dosisjustering ikke nødvendig. Ældre: Dosisjustering ikke nødvendig. Børn: Anbefales ikke til børn og unge under 18 år. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for indholdsstofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen*:** Dosisjustering kan være nødvendig hos patienter, der samtidig anvender theophyllin, warfarin og insulin. Nedtrykthed, dog sjældent med selvmordstanker eller selvmordsforsøg kan være en følge af nikotinophør. Klinikere skal være opmærksom på mulig fremkomst af alvorlige neuropsykiatriske symptomer ved rygestopforsøg både med og uden behandling. Hvis alvorlige neuropsykiatriske symptomer opstår under vareniclin behandling skal behandlingen omgående seponeres. Rygestop med eller uden farmakoterapi kan resultere i en exacerbation af underliggende psykisk lidelse og der bør udvises forsigtighed ved tidligere psykisk sygdom. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af patienter med krampes i anamnesen eller tilstande der kan sænke krampetærsklen. Der er ingen klinisk erfaring med behandling af patienter med epilepsi. Lægen bør altid informere patienten om, at man kan opleve irritabilitet, rygetrang, depression og/eller søvnløshed efter endt behandling og lægen bør overveje nødvendigheden af aftrapning. Der er set overfølsomhedsreaktioner herunder angioødem samt Stevens-Johnsons syndrom og erythema multiforme. Kardiovaskulære hændelser: Patienter, der tager Champix, skal informeres om at kontakte lægen, hvis der opstår nye kardiovaskulære symptomer, eller hvis eksisterende kardiovaskulære symptomer forværres, og om omgående at søge læge eller skadestue, hvis de oplever tegn og symptomer på myokardieinfarkt eller angina pectoris. **Interaktioner*:** Der er ikke set lægemiddelinteraktioner af klinisk betydning. **Graviditet og amning*:** For en sikkerhedsskyld bør vareniclin ikke anvendes under graviditet. Det vides ikke om vareniclin udskilles i moderermælk. Beslutningen om hvorvidt amning skal fortsættes/standses eller hvorvidt behandling med vareniclin skal fortsættes/standses bør tage højde for fordelene for barnet ved amning sammenlignet med rygeophør for moderen. **Trafikfarlighed*:** Vareniclin kan i mindre eller moderat grad påvirke evnen til at føre bil eller betjene maskiner, da der kan forekomme svimmelhed eller søvnløshed under behandlingen. **Bivirkninger*:** I de kliniske forsøg er der ikke skelnet mellem hvorvidt bivirkningerne var forbundet med nikotinophør eller med den anvendte forsøgsmedicin. De kliniske forsøg omfatter ca. 5.000 patienter. Hyppigste bivirkning var kvalme, som oftest forekom tidligt i behandlingen og var mild til moderat. **Meget almindelige bivirkninger:** Nasopharyngitis, kvalme, hovedpine, drømmeforstyrrelser, søvnløshed. **Almindelige bivirkninger:** Bronchitis, sinusitis, vægtstigning, nedsat/øget appetit, søvnighed, svimmelhed, dysgeusi, dyspnø, hoste, gastrosofageal refluxsygdom, opkastning, forstoppelse, diarré, udspilet abdomen, abdominalsmerter, tandpine, dyspepsi, flatulens, mundtørhed, træthed, udslett, pruritus, artralgi, myalg, rygsmerte, brystsmerte, abnorm levertest. **Ikke almindelige bivirkninger:** Krampes, svampeinfektion, virusinfektion, selvmordstanker, aggression, panik-angreb, abnorm tankegang, rastløshed, humørsvingninger, depression**, angst**, hallucinationer**, øget/nedsat libido, forhøjet blodtryk, hestestigning, tremor, letargi, hypæstesi, konjunktivitis, øjensmerter, tinnitus, myokardieinfarkt, angina pectoris, takykardi, palpitationer, øget hjertefrekvens, inflammation i de øvre luftveje, tilstopning af luftveje, dysfoni, allergisk rhinitis, øvre-luftvej-hoste-syndrom, halsirritation, tilstoppede bihuler, hæmatokesi, gastritis, ændret tarmmotilitet, ructus, aftøs stomatitis, gingival smerter, erytem, akne, hyperhidrose, nattesved, muskelspasmer, muskuloskeletale brystsmerte, pollakisuri, nykturi, menorrhagi, ubehag i brystet, influenzalignende symptomer, pyreksi, asteni, utilpashed, hyperglykæmi. **Sjældne bivirkninger:** Nedsat antal blodplader, diabetes mellitus, polydipsi, psykose, søvngænger, abnorm adfærd, dysfoni, bradyfreni, cerebrovaskulær hændelse, hypertension, dysartri, koordinationsforstyrrelser, hypogæusi, forstyrrelse i den cirkadiske søvn-vågencyklus, skotom, misfarvning af sclera, mydriasis, fotofobi, myopi, øget tåresekretion, atrieflimren, ST-segment-depression og formindsket T-bølge-amplitude i ekg, laryngeal smerte, snorken, hæmatemesa, unormal afføring, tungebelægninger, alvorlige hudreaktion, herunder Stevens-Johnsons syndrom og erythema multiforme, angioødem, ledstivhed, costochondritis, glykosuri, polyuri, udfilåd, seksuel dysfunktion, kuldefølelse, cyster, abnorm sædtest, forhøjet C-reaktivt protein, nedsat calcium i blodet. ** frekvenserne er estimeret ud fra et observationelt kohortestudie efter markedsføring. **Overdosering*:** Understøttende behandling efter behov. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Pfizer Ltd, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Storbritannien.

Vnr	Lægemiddelform og styrke	Pakningsstørrelse
13 05 96	Filmovertrukne tabletter 0,5 mg og 1 mg	11+42 (blister) (Startpakke)
05 80 14	Filmovertrukne tabletter 1 mg	112 stk. (blister) (Vedligeholdelsespakning)

Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk

Udlevering: B Tilskud: Nej

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé dateret den 12. januar 2018.

Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.
champix 055 ASmPC 12januar2018

PP-CHM-DNK-0164

Rygestop: Hjælp dine patienter med at opdage virkningen af CHAMPIX®

- Har signifikant superioritet i tallene for røgfrihed vs. bupropion, nikotinplastre (21 mg) og placebo ved uge 9-12 og uge 9-24¹
- Har ingen signifikant øget risiko for neuropsykiatriske bivirkninger* vs. placebo hos rygere med eller uden tidligere psykiske lidelser¹
- Hjælper patienterne til at blive røgfrie og nikotinfrie ved at blokere for nikotin og nedbringe rygetrangen^{2,3,4}
- Er veltolereret og egnet til de fleste voksne rygere, der er motiveret for at stoppe^{1,3}

Afhængighed af tobak er en tilstand, der kan sammenlignes med en kronisk sygdom. Der er oftest tale om en svær afhængighedstilstand, sammenlignelig med alkoholisme eller misbrug af euforiserende stoffer.⁵

Følg erfaringerne fra din næste patient, så du selv ser resultaterne

Nikotinfrit rygestop³

Indikation: Rygeophør hos voksne³.

CHAMPIX® (Vareniclin) produktinformation er tilgængelig på side xx.

Referencer:

1. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 2016; Vol 387:2507-2520. 2. Jorenby DE, et al. JAMA 2006;296:56-63. 3. CHAMPIX® SmPC, 12. januar 2018. 4. West R, et al. Psychopharmacology 2008;197:371-377. 5. Pisinger CH. Behandling af tobaksafhængighed - Anbefalinger til en styrket klinisk praksis. 2011 Sundhedsstyrelsen.

*16 moderate og svære neuropsykiatriske bivirkninger, herunder: angst, depression, følelse af at være unormal og fjendtlighed (alle vurderet som svære bivirkninger); agitation, aggression, vrangforestillinger, hallucinationer, drabstanker, mani, panikangst, paranoia, psykose, selvmordstanker, selvmordsadfærd og gennemført selvmord (alle vurderet som moderate eller svære).



Undgå genindlæggelse af den svært syge KOL-patient



Udviklingssygeplejerske Karen Bagger Ersgard har gennem mange år arbejdet som klinisk sygeplejerske med KOL-patienter, og hun har desuden beskæftiget sig med udvikling og implementering af nye tiltag for denne patientgruppe. Følg hjem-funktionen er det seneste initiativ, og det er udviklet på baggrund af systematisk review over en række studier.

Ambitiøst følg hjem-projekt skal give den **sikkerhed og tryghed ved udskrivning**, der kan minimere antallet af genindlæggelser.

Tekst **KURT BALLE JENSEN** · Foto **MICHAEL DROST HANSEN**

Hver 10. af de dårligste KOL-patienter, der indlægges som følge af en forværring af sygdommen, vil være afgået ved døden, inden der er gået 30 dage fra udskrivningen. Hver femte vil inden for samme tidsramme være genindlagt.

”Disse tal viser jo i sig selv, hvor vigtigt det er at undgå forværring. Der er tale om patienter, som ofte er meget syge,” forklarer udviklingsygeplejerske Karen Bagger Ersgard, Medicinsk Afdeling på Regionshospitalet Horsens.

For hende er det vigtigt at arbejde med tilbuddene til KOL-patienter efter indlæggelse, og det har de i forvejen på flere fronter længe beskæftiget sig med på afdelingen i Horsens. Målet er at

hjælpe svært syge patienter til at mestre deres sygdom og dermed så vidt muligt undgå forværring.

”Vi har i det aktuelle tiltag ønsket at finde frem til, hvilke interventioner ved udskrivning der kan hjælpe os til at nå dette mål,” fremhæver Karen Bagger Ersgard.

Resultatet blev følg hjem-funktionen, der fra indgangen til 2018 blev implementeret på afdelingen i Horsens, og som allerede har vist de første positive resultater. Men hvordan er man kommet dertil, og hvad indebærer det nye tilbud?

Komplicerede sygdomsforløb

I Danmark er der skønsmæssigt omkring 400.000 patienter med KOL. En stor

del af dem lever med sygdommen uden at have fået diagnosen, mens mellem 100.000 og 130.000 er i medicinsk behandling. Af dem er en del hjemmehjælpsbrugere. Komplikationer og andre sygdomme kan forværre almentilstanden, og eksempler på følgesygdomme kan være afkalkning af knogler, smerter i bevægelsesapparatet, underernæring og psykiske følger som depression og angst.

”Det kan være meget komplicerede tilfælde, og derfor blev jeg også lidt provokeret, da vi fra centralt hold mærkede et stort pres på og forventning til afdelingen om at reducere antallet af genindlæggelser. Det er ikke noget, man sådan lige gør. På den anden side kunne der jo være noget, vi havde overset i vores bestræbelser på at forhindre forværringer og dermed genindlæggelser. De kan ikke alle undgås, men kan vi få tallet ned, vil det jo være rigtig godt for patienterne,” siger Karen Bagger Ersgard om baggrunden for initiativet.

Da hun på et kursus i systematisk review skulle arbejde med en problemstilling og lave en såkaldt protokol, valgte hun at arbejde med interventioner i forbindelse med udskrivning af KOL-patienter. Og da protokollen i december 2014 var godkendt, følte hun, at bordet fangede, og at det systematiske review måtte gennemføres. Medvirkende hertil var også professor Preben Ulrich Pedersen, Aalborg Universitet, som var underviser på kurset, og som blev samarbejdspartner i projektet.

”Over de næste tre år lavede vi review over de forskningsresultater, der foreligger. Der blev systematisk indsamlet evidens fra studier over forskellige former for interventioner i forbindelse med udskrivning, og efterfølgende foretog vi en såkaldt pooling af resultaterne ved hjælp af metaanalyse,” fortæller Karen Bagger Ersgard, som udover en kort periode med orlov samtidig arbejdede som udviklingspsykiaterske.

De interventioner, der blev indsamlet evidens fra, kunne være hjemmebesøg, telefonopfølgning, hotline, telemedicinsk opfølgning, fællesmøder i patientens hjem mv. Reviewet kom til at omfatte 10 studier, og der blev efterfølgende lavet to metaanalyser på en del af dem: dels på genindlæggelse efter 30 dage, og dels på genindlæggelse efter 180 dage.

”I nogle tilfælde var der blevet foretaget flere interventioner, i andre kun en enkelt. Og i nogle tilfælde blev interventionerne foretaget under indlæggelsen, i andre efter udskrivningen – eller begge dele. Fælles for dem var, at patienten skulle støttes i at mestre sin sygdom i så høj grad som muligt. Vi fandt således evidens for, at en systematisk indsats havde positiv effekt på genindlæggelsesfrekvensen efter 30 dage. Antallet af genindlæggelser blev reduceret,” siger Karen Bagger Ersgard.

Individuel vurdering

Elementer som medicin, ernæring og vaccination spiller ind, når genindlæggelse skal forhindres. Det er vigtigt, at patienten kan tage inhalationsmedicinen rigtigt, at patienten ikke bliver underernæret, og at boligens indretning er, så det ikke kræver meget luft for f.eks. at komme op fra en stol.

Fakta

- Reviewet om KOL-patienter og interventioner ved udskrivning er udarbejdet af professor Preben Ulrich Pedersen, Aalborg Universitet, og Karen Bagger Ersgard, som har en master i klinisk sygepleje. Samarbejdet har betydet, at forskningsresultaterne er kommet ud i praksis.
”Et sådant samarbejde mellem en forsker med en ph.d.-grad og en videbegærlig praktiker er værdifuldt i forhold til at kunne arbejde evidensbaseret i den kliniske praksis og dermed bygge bro mellem forskning og praksis,” mener Karen Bagger Ersgard.
- Implementeringen er støttet med de såkaldte DÆMP-midler, det vil sige midler fra puljen til styrket indsats for den ældre medicinske patient, bevilget af Sundheds- og Ældreministeriet.
- Arbejdet med at lave reviewet strakte sig over tre år, og følg hjem-funktionen, der blev resultatet, blev implementeret på Regionshospitalet Horsens ved indgangen til 2018.
- Reference til abstract: https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2017/08000/Effectiveness_of_structured_planned_post_discharge.14.aspx

”Konklusionen af vores review var imidlertid, at der ikke er en enkelt eller bestemt intervention ved udskrivning, der blot kan overføres til alle KOL-patienter. Hvis forværring og dermed genindlæggelse skal undgås, er det meget individuelt, hvad der skal gøres i forbindelse med udskrivningen. Opgaven består således i at udvikle interventioner, der kan understøtte den enkelte patients mestring i at leve med KOL, og det har ført til følg hjem-funktionen, siger Karen Bagger Ersgard.

I forvejen er der på afdelingen erfaringer med telemedicinsk opfølgning og overvågning, kontrolbesøg i ambulatoriet og samarbejde med det nære sundhedsvæsen. Det er alt sammen noget, der vil blive udviklet yderligere, og foreløbig er følg hjem-funktionen og dens åbning for individuel intervention implementeret for svært syge patienter, der udskrives fra medicinsk sengeafsnit eller akutafdelingen. Og de første erfaringer er høstet:

”Vi skal senere foretage en egentlig evaluering på resultatet, men allerede nu er det vores vurdering, at vi i flere tilfælde har undgået genindlæggelse,” pointerer Karen Bagger Ersgard. ●



I morgen skal du hjem – og jeg følger dig helt ind til din gode stol ...

Patienterne **føler sig trygge, når de bliver fulgt hjem**, og den efterfølgende dialog har i flere tilfælde forhindret genindlæggelse.

Tekst **KURT BALLE JENSEN**
Foto **MICHAEL DROST HANSEN**

KOL-sygeplejerskerne Marie Brinch og Dorte Wittendorff gør klar til at følge patienter hjem. Medicin, papirer mv. samles, og en lille iltflaske medbringes på køreturen.

Fra det medicinske sengeafsnit på syvende etage på Hospitalsenheden Horsens er der en flot udsigt over land og by og fjord. Den kan nydes fra dagligstuen, hvor man kan få sig en kop kaffe, men nogle patienter har ikke overskud til at sætte pris på udsigten. Det eneste de ønsker, er udsigt til et bedre liv, hvor der er styr på deres sygdom.

På afsnittet ligger KOL-patienter, som har det svært. Nogle har flere sygdomme, er måske underernærede

og har ikke meget mod på det hele. Det ved KOL-sygeplejerskerne Marie Brinch og Dorte Wittendorff alt om. De er specialsygeplejersker og arbejder udelukkende med denne patientgruppe. Og netop nu er Marie Brinch i gang med en forberedende samtale med en patient:

”Du skal hjem i morgen,” siger hun, men den ældre mand ser slet ikke glad ud ved at få den besked. Måske er han bekymret for, hvordan det nu skal foregå?

”Men jeg følger dig hjem,” fortsætter Marie med rolig øjenkontakt med patienten.

”Jeg følger dig helt ind, til du sidder i din gode stol. Og så bliver jeg lidt, så vi kan få en snak om det hele,” beroliger hun.

Et andet sted har hendes kollega Dorte Wittendorff været ved at samle alt det, der skal til, for at hun kan følge en anden patient hjem. Hun har alle papirer, medicin mv. i en taske, og hun har også en lille iltbombe, som kommer med til køreturen. Nogle patienter er iltbrugere, og derfor har de også behov for ilt på hjemturen.

Snart skal patienten i kørestol hjælpes ned til bilen og følges hjem. Men først har de to KOL-sygeplejersker tid til en snak om, hvordan de arbejder med følg hjem-funktionen, og hvordan de oplever, den fungerer.

Intensiv dialog

”Det er fortsat udskrivningssygeplejersken, som sørger for alt det praktiske i forbindelse med udskrivning, og som bl.a. sikrer, at vi kan komme ind i hjemmet. Det kan også være den sygeplejerske, der fortæller patienten, at han eller hun bliver fulgt hjem, hvis ikke vi gør det. Patienten kan ofte slet ikke overskue andet end hjemtransporten, og hvordan den skal foregå, så på dette tidspunkt skal vi alligevel ikke informere en hel masse omkring sygdom og medicin,” fortæller Marie Brinch.

For nogle patienter er det slet ikke nogen lettelse at skulle hjem. Det er angstprovokerende ikke at kunne trække vejret, og selve turen til hjemmet kan være noget nærmest uoverskueligt. Meddelelsen om, at de bliver fulgt hjem, kan være med til at skabe ro.

”Ja, sådan oplever vi det. Ofte bliver patienten i kørestol fragtet ned til den bil, vi har til formålet, og så får vi en snak i bilen hjem til patienten. Det er jo ikke tit, at en patient på den måde kan snakke med en sygeplejerske, uden det er relateret til sygdommen, og det betyder, at vi får en personlig relation og nogle gange en hel livshistorie på vejen,” siger Dorte Wittendorff.

Det var hendes kollega Marie, der fik idéen til de små iltbomber til hjemturen. De bruges til de patienter, som permanent får ilt, og er i sig selv med til at lette hjemtransporten. Når bilen holder hjemme ved patienten, går sygeplejersken med ind. Og når patienten har fået sig placeret i sin stol og føler sig godt hjemme igen, snakkes der stille og roligt om tingene:

”Nogle gange er patienten ikke helt færdig med sin antibiotikakur og skal fortsætte med den et par dage eller tre, og nogle gange skal patienten også blive ved med at tage binyrebarkhormoner nogle dage. Det kan slå dem helt ud. De kan godt have styr på den medicin, de normalt får, men når så der er kommet nyt til, kan de slet ikke overskue det. Men det er vigtigt, at de forstår det, og vi bliver ved, indtil vi er sikre på, at det er opfattet,” siger Dorte Wittendorff.

KOL-sygeplejerskerne får en fornemmelse af forholdene i hjemmet, om der er pårørende, der kan kontaktes osv. De kan også kontrollere, om patienten kan tage sin inhalationsmedicin rigtigt, og de måler inflowet. Og hele tiden er der den direkte og intense dialog ansigt til ansigt i patientens egne hjemlige rammer.

”Og så ringer jeg i morgen ...”

”Ofte er der også en ægtefælle til stede, som så er med i snakken, og hvis vi følger hjem til et plejecenter, er der én til stede fra personalet. Under alle omstændigheder kan dette følge hjem-besøg

3 GODE RÅD

Husk, at information om medicin mv. før hjemtransporten måske ikke ”trænger ind”, fordi patienten bekymrer sig om det rent praktiske i forbindelse med hjemtransporten.

Brug den nødvendige tid i patientens eget hjem. Vær sikker på, at der er helt ro på, når information skal gives, og medicin gennemgås. Lad en eventuel ægtefælle være med i snakken. Og bed patienten gentage, hvad der er blevet aftalt.

Lad patienten fornemme, at han eller hun ikke bare slippes. Gør tydeligt opmærksom på, at der ringes dagen efter, og giv et kort med telefonnummer, som kan anvendes inden for en bestemt tidsperiode.

være med til, at der ikke er misforståelser, men at medicinen fremover tages rigtigt. Og vi oplever, at det giver tryghed, også fordi vi som det sidste gør opmærksom på, at vi ringer dagen efter for at høre, hvordan det går,” siger Marie Brinch.

Da hun første gang havde været på en følg hjem-tur og kom tilbage til afdelingen, udbrød hun spontant, at nu vidste hun igen, hvorfor hun ville være sygeplejerske. Så tydeligt oplever de to KOL-sygeplejersker den tryghed og sikkerhed, det giver at have den intense snak i patientens eget hjem. Og engagementet lyser da også ud af dem, mens de fortæller. De er dedikerede til arbejdet, fordi de mærker, hvor meget det betyder for patienterne.

Ud over kontakten i form af en opringning dagen efter får patienten et kort med telefonnummer på, som der de følgende fem dage kan ringes til, hvis der er spørgsmål.

”Og vi har da haft eksempler på patienter, som har ringet alle fem dage, og hvor vi er sikre på, at alternativet havde været genindlæggelse,” beretter de to sygeplejersker.

Ifølge udviklingssygeplejerske Karen Bagger Ersgard vil de næste skridt forhåbentlig blive fælles telemøder, hvor hjemmesygeplejersken, KOL-sygeplejersken og patienten er med, og det hele kædes sammen med kontrol i ambulatorium eller hos egen læge, telemedicinsk overvågning eller andre interventioner, som der i forvejen er gode erfaringer med på afdelingen i Horsens. ●

Levende billeder højner kvaliteten af mor-barnrelationen



Ingeborg Hedegaard Kristensen: "Man kan ikke umiddelbart overføre erfaringer eller studier fra lande med en sundhedspleje på et andet niveau end det danske. Derfor er det vigtigt med evidensbaserede danske studier."

For første gang dokumenterer et forskningsprojekt, at **den videobaserede Marte Meo-metode kan styrke relationerne** mellem sårbare førstegangsmødre og deres barn.

Tekst **KURT BALLE JENSEN** · Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

○ Når barnet græder, tager det et følelsesmæssigt initiativ. Det sender et signal, men ser moren barnets signaler, og handler hun på dem? Møder moren barnets følelser og reagerer hun, eller sidder hun måske og snakker og griner, mens barnet græder? Eller den modsatte situation: Barnet pludrer og er glad, men deler moren barnets glæde gennem ord, sensitiv tonefald og ansigtsmimik og griner med? Giver moren respons på barnets signaler?

Sundhedsplejerske Ingeborg Hedegaard Kristensen er ph.d. og master i folkesundhedsvidenskab, og vi møder hende på universitetet i Aarhus i et helt almindeligt mødelokale. Men hun fortæller så engageret, at man føler sig hensat til et puslebord i et privat hjem og ikke til tredje sal i en universitetsbygning.

"Det er så vigtigt for den fremtidige sundhed, at barnet allerede fra den allerførste tid efter fødslen føler sig trygt.

Og vi ved, at sensitivitet giver tryghed. Moren skal være nærværende og møde barnets følelser og reaktioner," forklarer Ingeborg Hedegaard Kristensen. Man mærker, at dette er hjerteblod for hende.

Metodens resultater har overrasket

Det er velkendt, at levende billeder kan fastholde situationer og sige mere end mange ord i vejledningen, og videofeedback efter Marte Meo-metoden anvendes derfor i flere kommuner af sundhedsplejersker med uddannelse som Marte Meo-terapeuter. Men virker det i den vigtige indsats for sårbare førstegangsfødende, og i hvor høj grad? Er metoden et stykke værktøj, der skal sættes yderligere på i bestræbelserne på at fremme den vigtige tidlige relationsdannelse mellem mor og barn?

Det har Ingeborg Hedegaard Kristensen gennemført det første danske viden-

skabelige studie i, og hendes resultater har overrasket flere fagpersoner og baner nu vej for yderligere udbredelse af metoden.

Hver fjerde førstegangsfødende føler sig usikker

”Det er selvfølgelig stærkt tilfredsstillende, at der nu via satspuljemidlerne er skabt grundlag for en sådan forstærket indsats, så resultaterne af forskningen kan få betydning i virkelighedens verden,” siger Ingeborg Hedegaard Kristensen.

Hun er tilknyttet Institut for Folkesundhed, Sektion for Sygepleje, på Aarhus Universitet, men det er ikke mindst hendes egen fortid som aktiv sundhedsplejerske, der har motiveret hende til forskningsprojektet.

”Jeg brugte Marte Meo allerede i min tid som sundhedsplejerske i Brande Kommune, og jeg fik siden erfaringer som først amtssundhedsplejerske og siden regionsundhedsplejerske i Region Midtjylland. På den baggrund mente jeg, at nu var tiden inde til at få foretaget en videnskabelig undersøgelse af, hvordan Marte Meo egentlig virker. En sådan undersøgelse fandtes ikke,” fortæller Ingeborg Hedegaard Kristensen om baggrunden.

Det førte til et fireårigt ph.d.-projekt med start i 2012; et interventionsstudie, der skulle undersøge, om systematisk videovejledning kan fremme relationsdannelse mellem barn og førstegangsfødende i den tidlige periode efter fødslen. Men først skulle målgruppen afgrænses, og der blev indhentet data fra en omfattende spørgeundersøgelse.

Satsede på sårbare førstegangsmødre

Hun ønskede ikke i sit projekt at medtage udsatte familier med misbrug eller psykiske problemer, for dem er der i forvejen fagpersoner omkring. Hun ønskede derimod at satse på sårbare førstegangsmødre og at finde en interventionsgruppe og en matchende sammenligningsgruppe, hvor der enten var tale om manglende tryghed i moderrollen, om symptomer på fødselsdepression eller om for tidlig fødsel. Ud fra det blev der valgt 69 familier, hvor der skulle interverneres, og 209 familier til en sammenligningsgruppe, alle fra én af de tre målgrupper, så der kunne foretages reel sammenligning.

Der blev samarbejdet med 36 sundhedsplejersker og en sammenligningsgruppe på 85 sundhedsplejersker i seks kommuner. Alle sundhedsplejerskerne har Marte Meo terapeutuddannelsen, og de 69 familier fik fire ekstra besøg med anvendelse af videofeedback. Familierne i sammenligningsgruppen fik den almindelige sundhedspleje, og der blev så optaget en tre minutters mor-barn videofilm efter seks måneder, hvor alle desuden udfyldte endnu et spørgeskema.

”I de 69 familier så mor og sundhedsplejerske sammen på videoklip, og der blev vejledt ud fra det. Hvordan opbygges den relation og tryghed, som barnet søger? Er der øjenkontakt, handler moren sensitivt og omsorgsfuldt på barnets signaler, ser moren barnets initiativer og benævner dem, og hvordan er morens stemmeføring og ansigtsmimik? Er barnet aktivt, eller undertrykker det følelser og er passivt? Er dets smil ægte og breder sig langsomt og gerne til blikket, eller er det et falskt smil for at tilfredsstille moren? Det var således alle Marte Meo-principperne, der blev analyseret på fra videooptagelserne og herefter vejledt ud fra,” siger Ingeborg Hedegaard Kristensen.

Tydeligt resultat

Data fra spørgeskemaerne og videoer med mødre og deres seks måneder gamle barn skulle herefter analyseres som led i forskningen. Der blev her

Fakta

- Marte Meo er latin og betyder ”Ved egen kraft.” Metoden er udviklet af Maria Aarts, Holland.
- Forskningsprojektet var et interventionsstudie med arbejdsoverskriften: Fremmer videovejledning efter Marte Meo-metoden relationsdannelse mellem barn og sårbare førstegangsmødre?
- Projektet foregik i samarbejde med sundhedsplejen i Aarhus, Favrskov, Silkeborg, Skive, Skanderborg og Viborg Kommune. Det blev støttet økonomisk af AU RECEIV, Aarhus Universitet (Research Centre for Early Intervention) samt af Folkesundhed i Midten og Novo Nordisk Fonden.

brugt sammenlignelige videoer fra de to grupper, dels videoer fra interventionsgruppen på 69, dels videoer fra en nøjagtigt matchende lige så stor gruppe fra sammenligningsgruppen.

”At resultatet viste sig at blive så entydigt, som tilfældet var, overraskede måske nogle af mine vejledere,” smiler Ingeborg Hedegaard Kristensen, som ikke selv blev helt så overrasket.

”Forskningen dokumenterer dermed, at Marte Meo-metoden virker og kan give en bedre relation mellem mor og barn i netop den periode, hvor det har så afgørende betydning for barnets fremtid og mentale sundhed,” siger Ingeborg Hedegaard Kristensen.

Hendes forskning og anvendelse af den i praksis går hånd i hånd: Forskningen blev gennemført i samarbejde med praktikere i seks kommuner, og den medfører nu, at den videobaserede feedback i indsatsen for sårbare mødre ved hjælp af en manual yderligere bredes ud i virkelighedens verden.

Læs en længere version af denne artikel på dsr.dk

Link til videnskabelig artikel:

bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1568-1

"Prøv at se, hvor meget din respons her betyder for Freya," siger Tina Schjødt, mens hun gennemgår små videoklip med Amanda Thandi Østergaard. Tina Schjødt har været sundhedsplejerske siden år 2000 og blev seks år senere uddannet Marte Meo terapeut. Siden 2011 har hun været supervisor og kan uddanne nye terapeuter.



Jeg har nogle video-klip fra sidste gang – skal vi lige se på dem?

Rapport fra et besøg med sundhedsplejerske Tina Schjødt hos førstegangsmor Amanda Thandi Østergaard og hendes lille datter Freya, **som ikke ville falde til ro og sove.**

Tekst **KURT BALLE JENSEN** · Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

Freya er ved at blive skiftet. Hun ligger på ryggen og løfter nysgerrigt hoved og skuldre for bedre at kunne se, hvem det nu er, der kommer ind ad døren.

"Nååh, skulle du lige op og se vore gæster," siger hendes mor Amanda Thandi Østergaard med en rolig, smilende og varm stemme.

Det er slet ikke nogen selvfølge, at lille Freyas mor på den måde snakker med sin syv måneder gamle datter og sætter ord på det, hun gør. Det er ikke alle nybagte mødre, som på den måde benævner deres barns initiativer eller reaktioner, men det har Amanda lært er vigtigt gennem Marte Meo.

Så banker det igen på døren i hjemmet i Sabro ved Aarhus. Det er sundhedsplejerske Tina Schjødt, Aarhus Kommune, som kommer ind med stort smil og taske over skulderen. De to hilser og snakker lidt om løst og fast, og Freya får også nogle ord med på vejen. Så hiver Tina en iPad op af tasken.

"Jeg har nogle klip fra sidste gang. Jeg tænkte, at vi lige skulle se lidt på dem?"

Amanda har Freya på armen og sætter sig i sofaen ved siden af Tina. Lidt efter toner der et skilt frem på skærmen. Her står, hvad målet er: At det skal være nemmere for Amanda at putte Freya og få hende til at falde til ro.

”Ja, jeg er jo alene med Freya, og jeg var ved at gå i stykker, for jeg kunne simpelthen ikke få Freya til at sove. Jeg vandrede op og ned ad gulvet med hende, og når hun endelig faldt i søvn, og jeg lagde hende, vågnede hun straks og begyndte at græde,” fortæller Amanda.

”Kan du se, hvad der sker, når du sætter ord på følelsen her?”

Tina Schjødt er Marte Meo-sundhedsplejerske, og det var Amandas ”normale” sundhedsplejerske, som

foreslog hjælp fra en Marte Meo-terapeut. I Aarhus Kommune har de en regel om, at det ikke skal være den sundhedsplejerske, som normalt kommer i familien, der arbejder med Marte Meo.

”Ja, det er godt at adskille, så det bliver besøg alene baseret på Marte Meo for at sikre, at budskabet er klart,” siger Tina Schjødt.

Seks gange har hun besøgt Amanda og Freya. Hun har optaget den ene gang og så til næste gang analyseret og fundet klip. Dem har hun gennemgået med Amanda, som har fået en ny opgave, og næste gang igen er der så blevet filmet. Sådan er der på skift blevet filmet og givet tilbagemelding på videoklip.

På skærmen er et klip klar til at blive sat i gang. Det viser Freya liggende på puslebordet, mens Amanda giver hende tøj på.

”Så, nu skal du lige have dine sokker på,” siger Amanda med sensitivitet i tonefaldet, men så er Freya utilfreds og græder.

”Ja, nu er du ked af det,” siger Amanda, og hendes stemme er i samme rolige og varme toneleje, mens hun bøjer sig let ned over sin datter. Og så sker det: Freya løfter hovedet lidt, ser på sin mor og holder op med at græde. Det hele sker på få sekunder.

Tina vender blikket væk fra skærmen og ser på den unge mor:

”Kan du se, hvad der sker her, når du sætter ord på følelsen? Du kommer Freyas følelser i møde. Hun er blevet hørt, hun har fået en reaktion, og hun holder op med at græde. Når du benævner Freyas følelser og tilstande, får hun koblet sine følelsesmæssige oplevelser sammen med ord for følelser. Det styrker hendes følelsesmæssige selvregistrering, impuls kontrol og empatiudvikling.”

Fordele ved brug af videoklip

- Det, vi hører, glemmer vi. Det, vi ser, husker vi.
- Billeder er kraftfulde og taler til både følelser og fornuft.
- Vejledningen kan understreges både med billeder og ord og bliver herved meget konkret
- Videoptagelser gør det muligt løbende at evaluere effekten af indsatsen.

Amanda ser rigtig glad ud. Hun kan ikke huske episoden, for det var et øjeblik blandt tusinde øjeblikke. Men på klippet er det tydeligt, hvad der sker, og det er et varmt og smukt klip, som de ser igen, mens Freya fra Amandas skød følger interesseret med og synes, det hele er vældigt ...

En god oplevelse

Der er så meget ro på mellem mor og datter. Amanda har lært at benævne sin datters handlinger og følelser, og det har styrket relationen mellem dem. Det startede med, at hun den første gang skulle sidde på gulvet og sætte ord på det, Freya gjorde, da hun sad og legede.

”Jeg skulle kommentere hendes handlinger, når hun tog en bold, når hun smed den, lige meget hvad, hun gjorde. Jeg følte det lidt, som om jeg sad og snakkede med mig selv, men det gjorde jeg jo ikke.

Jeg snakkede med Freya, og det lærte jeg meget af. Jeg lærte også, at jeg ikke skulle overstimulere hende ved hele tiden at give hende nyt legetøj, hvis hun hellere bare ville sidde og se på sin hånd. Hun skulle have ro til at fordybe sig.”

Videoklippene og tilbagemeldingen fra Tina sporede herefter Amanda ind på i højere grad end hidtil at benævne Freyas følelser og signaler, også når hun var træt.

”Her kan betoningen i sætningen: ’Ja, du er ved at være træt nu’ ramme følelsen, så barnet føler sig mødt. Det er vigtigt, at barnet oplever, at dets reaktion bliver set og anerkendt, og det kan vi vise meget bedre gennem videoklippene end ved blot at sige det med ord,” siger Tina.

Og resultatet viste sig hurtigt: Der kom den rolige og trygge relation mellem mor og datter, der har gjort det så meget nemmere at få Freya til at falde til ro, at det nu er ved at være slut med Marte Meo-indsatsen.

”Vi har aftalt, at jeg ringer om en måned for at høre, hvordan det går,” siger Tina.

”Det har været en god oplevelse. Jeg har gennem Marte Meo fået mere selvtilid som mor og er derved blevet mere tydelig i min kommunikation. Nu ved Freya, hvad der skal ske, når vi lægger os i sengen. Og så har Tina undervejs kun sagt gode ting. Der var ingen bebrejdelser,” siger Amanda.

”Nej, sådan gør vi ikke. Vi viser løsningsorienterede klip, hvor forældrene ser sig selv som rollemodel for det arbejds punkt, der skal optimeres i samspillet. Det, der skal skrues op for,” siger Tina.

Vi nipper til vindruerne fra skålen på bordet, og Tina Schjødt sidder med et lille smil om munden. Hun har erfaringen som sundhedsplejerske og kan mærke, når alt er, som det skal være. Hun pakker sin iPad i tasken, og det synes Freya er ret interessant.

”Ja, den ville du gerne have fingre i Freya,” siger Amanda.

Hun tænker ikke en gang over det mere. Hun kommenterer sit barns handlinger. Marte Meo-metoden har sat hende på sporet i relationen til sit barn. Og der har hun tænkt sig at blive. ●

Screening af gigtpatienter kan eliminere risiko for hjerte-kar-sygdomme



Forsker og sygeplejerske Jette Primdahl: "Der er flere grunde til, at patienter med inflammatoriske gigtsygdomme har større risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme end andre. Sygdommen påvirker blodkarrene, og medicinen kan også forøge risikoen. Og så får gigtpatienter i mange tilfælde mindre motion end andre på grund af gigtsmerter."

Gigthospitalet i Gråsten **screeener patienter med inflammatoriske gigtsygdomme** for øget risiko for hjerte-kar-sygdomme. De fleste i højrisikogruppen kontakter egen læge.

Tekst **KURT BALLE JENSEN** · Foto **LENE ESTHAVE**

● Patienter med leddegigt har dobbelt så stor risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme som alle andre. Hvad gør man ved det? Hvordan kan man gennem en systematisk indsats formindske denne risiko? Og giver det resultater?

Vi er på Gigthospitalet i Gråsten. Lige inden for døren står et par patienter og taler sammen om, hvordan de har det. De er let foroverbøjede og fortæller om deres smerter, men der er ikke den mindste selvynk i deres stemmer. Det kan virke voldsomt, at gigtplagede mennesker også skal leve med øget risiko for hjerte-kar-sygdomme, men sådan er det.

I 2010 anbefalede den europæiske gigtorganisation EULAR på baggrund af flere forskningsresultater en særlig forebyggende indsats for patienter med leddegigt. Forskningen viste øget risiko for hjerte-kar-sygdomme, og det burde føre til en screening, der blev

implementeret som en del af håndteringen af patienter med leddegigt. Sådan lød anbefalingen, og som det første sted i Danmark tog Gigthospitalet i Gråsten fat på at følge disse anbefalinger. Men hvordan? Og hvordan kunne de implementeres og blive en del af hverdagen?

Sygeplejerske, lektor og forsker Jette Primdahl fik opgaven, da implementeringen af anbefalingerne fra EULAR skulle føres ud i livet.

"Jeg havde erfaringer fra andre projekter med implementering, jeg havde stået for, og blandt de vigtigste erfaringer var, at man skal have alle dem, det involverer, med på råd. Jeg ved jo f.eks. ikke tilstrækkeligt om, hvad det betyder for laboratoriet, når de får ekstra opgaver med analyse af blodprøver i forbindelse med screeningen, og sådan er der mange praktiske ting, der påvirker hverdagen for de forskellige

faggrupper. Derfor nedsatte jeg en tværfaglig gruppe med repræsentation af de faggrupper, som projektet kom til at berøre på den ene eller den anden måde,” fortæller Jette Primdahl.

Screening et halvt år efter diagnosen

Allerede under arbejdet med sin ph.d. om leddegigt-patienter og self-efficacy havde hun konstateret, at en relativt stor del af patienterne havde for højt blodtryk.

”Og det studsede jeg naturligvis over som tidligere hjertesygplejerske,” siger Jette Primdahl.

Derfor påtog hun sig gerne opgaven med at få skabt en systematisk håndtering af risikoen for hjerte-kar-sygdomme hos patienter med leddegigt og senere også patienter med andre inflammatoriske gigt-sygdomme. Og det udviklede sig til et selvstændigt projekt, for hvordan får man så mange som muligt til at sige ja til en screening? Hvordan kan man på én gang involvere patienterne, så de medvirker til at formindske risikoen for hjerte-kar-sygdomme, og samtidig undgå, at de oplever det som en yderligere belastning?

For at undersøge det sidste blev der efterfølgende gennemført et studie med fokusgruppeinterviews med patienter med reumatoid artrit om deres oplevelse af at deltage i screening for hjerte-kar-sygdomme.

”Studiet viste, at nogle er utrygge og føler, at der med risikoen for hjerte-kar-sygdomme kommer yderligere oveni. De har jo i forvejen gigt-sygdommen at kæmpe med. På den anden side er de glade for, at der kan gøres noget, hvis der er behov for det. Vi har besluttet, at der skal gå et halvt år fra det tidspunkt, en patient har fået sin gigt-diagnose, til det tidspunkt, hvor der indkaldes til en screeningssamtale. Der skal være tid til at ”fordøje” diagnosen og få styr på behandlingen, før patienten skal forholde sig til en eventuel screening og risiko for hjerte-kar-sygdomme,” siger Jette Primdahl.

Registerstudie: Screening påvirker livsstil

I september 2011 var de på Gigthospitalet i Gråsten klar til at tage den første patient ind til en screeningssamtale om risikoen for hjerte-kar-sygdomme, og siden har det været en fast implementeret del af indsatsen for gigtpatienter i risikogruppen. Men hvad med resultaterne?

Screeningen og opfølgningen på den kan eventuelt redde liv, men det er ikke muligt at sige, om det har været tilfældet. Hvis en patient ændrer på sin livsstil eller går til sin læge med forhøjet blodtryk, ville det måske være sket alligevel. Et registerstudie viser imidlertid, at screeningerne kun hos 60 pct. er blevet efterfulgt af kontakt til egen læge med henblik på opfølgning.

”Vi har haft 1.300 patienter gennem screeningen. Nogle er afsluttet, fordi egen læge har taget over med kontrol og eventuel behandling, eller fordi patienten har ønsket at stoppe. Andre følger vi stadig. Af de 1.300 er der en god del, som er begyndt at motionere mere, er stoppet med at ryge og er gået ned i vægt. Derudover har vi spottet en del, som har haft for højt blodtryk og for højt blodsukker. Blandt dem, der havde en hjerte-kar-sygdom i forvejen, havde 10 pct. en ikke-konstateret sukkersyge. En del har desuden været tæt på at udvikle sukkersyge,” fortæller Jette Primdahl.

De primære resultater har således ifølge studiet været, at en del i større eller mindre grad ændrer livsstil, og at flertallet af de patienter, som under screeningen blev kategoriseret som værende i højrisikogrup-



Studiet viste, at nogle er utrygge og føler, at der med risikoen for hjerte-kar-sygdomme kommer yderligere oveni.

pen, efterfølgende kontaktede egen læge og for en stor dels vedkommende var i behandling mindre end tre måneder efter screeningen. Der gøres noget ved blodtryk, for højt kolesteroltal eller diabetes, der fanges i screeningen.

Indsatsen fra pionererne i Gråsten virker, men Jette Primdahl er alligevel ikke helt tilfreds:

”Der er stadig 40 pct. af dem, vi opfordrer til at kontakte egen læge, der ikke gør det. Vi må overveje, hvordan vi får dette tal ned,” siger forskningssygeplejersken fra Kong Chr. X's Gighthospital. ●

Fakta

- Registerstudiet af screeningsresultaterne blev gennemført i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis ved Syddansk Universitet.
- I studiet indgik data og besvarelser ved screening og senere opfølgning, og dermed kunne udviklingen følges.
- Registerstudiet viser, at en tredjedel flere end i normalbefolkningen er overvægtige (BMI mellem 25 og 30), og dobbelt så mange er svært overvægtige (BMI over 30). To tredjedele motionerer mindre end de nationale anbefalinger, men efter screeningen er hver femte begyndt at motionere mere.
- Tilbuddet om screeningssamtale gives til patienter med inflammatoriske gigt-sygdomme som leddegigt, psoriasisgigt og rygsgøjlegigt.

Sygeplejerske Kirsten Nørret Hansen forklarer skemaet for en patient. Screeningen er ikke en del af konsultationen, men et frivilligt tilbud om en ekstra samtale hos en sygeplejerske i ambulatoriet. I starten var det alle op til 85 år, som fik tilbuddet, nu er det alle op til 75 år.



Nu har jeg sat colaen på hylden

I screeningen for risiko for hjertesygdomme er samtalen vigtig. **Der er ingen løftede pegefingre**, men hvis patienten selv er med på det, kan der snakkes om livsstil, vaner og mål.

Tekst **KURT BALLE JENSEN**
Foto **LENE ESTHAVE**



”Kender du din højde og vægt?”

Sygeplejerske Kirsten Nørret Hansen ser på patienten. Han er midt i tresserne og har for et halvt års tid siden fået diagnosen leddegigt. Nu er han mødt op til den samtale, han er blevet indkaldt til. Dermed har han sagt ja til den frivillige screening, der er blevet implementeret på først Gigthospitalet i Gråsten og siden på andre hospitaler.

Patienten kender ikke sin vægt og højde præcist, så han bliver vejlet og målt. Han skal også

måles om maven, så taljemålet kan findes. Det er han nu ikke så meget for. Han ved godt, at maven er blevet lidt rigelig stor. Kirsten Nørret Hansen står med et almindeligt centimetermål og beder patienten løfte op i trøjen. Patienten bør højst måle 94 centimeter om taljen, men det slår ikke helt til i dette tilfælde.

”Nå, jeg har nu set de maver, der var større,” smiler Kirsten Nørret Hansen trøstende, men hun lægger ikke skjul på, at det ville være en god idé at få gjort noget ved den rigeligt høje vægt.

Alle tal kommer på plads i et skema på Kirsten Nørret Hansens skærm, og her har hun også de svar, som patienten selv lige har siddet

ved en computer og tastet ind ud fra en række spørgsmål om livsstil som motion, alkohol, rygning mv. Patienten har også svaret på spørgsmål om arvelige sygdomme, åreforkalkning osv., og han har kunnet svare ja, nej og ved ikke. Sygeplejersken taster også aktuelle målinger af kolesterol, blodsukker og blodtryk ind i skemaet.

Hvor stor er risikoen for blodprop?

Skemaet og systemet til behandling af data er udviklet af Gigthospitalet i samarbejde med den danske gigtdatabase DANBIO, og det er meget visuelt med brug af farver, hvor patienten kan placeres i grønt, gult, rødt eller blodrødt felt. Her vises med tal, hvor stor risikoen er for at dø af en blodprop inden for de næste 10 år.

”Hvis en patient befinder sig i det røde felt, vil han eller hun jo i sagens natur gerne ned i det grønne felt,” siger Kirsten Nørret Hansen.

Risikoen skal ganges med halvanden ved patienter med leddegigt, og kommer tallet i skemaet op på 5 eller derover, betragtes risikoen som høj. Det betyder nemlig, at der er 5 pct. risiko for, at patienten dør af en blodprop inden for 10 år, eller at der er 20 pct. risiko for, at patienten udvikler hjerte-kar-sygdom.

”Jeg gennemgår alle patientens svar i skemaet sammen med ham eller hende. Så kan det jo godt ske, at patienten siger, at ”nu skal jeg også til at gøre noget ved den motion,” og så kan vi tage fat på en dialog om det, og hvad der er muligt for patienten i hans eller hendes hverdag. Vi har også forskellige brochurer, som patienten kan få med hjem sammen med skemaet, som vi printer ud,” siger Kirsten Nørret Hansen.

Hvis blodtryk, truende sukkersyge, for højt kolesteroltal eller andre forhold gør det nødvendigt, opfordres patienten til at søge egen læge, der også får resultaterne fra screeningen tilsendt elektronisk.

”Vi tager en individuel samtale med patienten om, hvornår vi eventuelt skal gentage screeningen. Hos patienter med høj risiko gentages screeningen allerede efter et år, og så kan det måske ses, at de har ændret livsstil på nogle områder. En patient sagde stolt, at nu havde han sat colaen på hylden, og andre kan fortælle, at de er holdt op med at ryge eller er begyndt at dyrke mere motion. Om det skyldes snakken med os, ved vi jo ikke med sikkerhed, men vi føler da, at vi får et lille frø,” siger Kirsten Nørret Hansen.



Hvis en patient befinder sig i det røde felt, vil han eller hun jo i sagens natur gerne ned i det grønne felt.

Hvis risikoen for at få en blodprop indenfor de næste 10 år er lav til moderat (under 5 pct.), indkaldes patienten efter to år, og hvis der ikke er nogle risikofaktorer, der kan ændres på, indkaldes der efter fem år.

Nogle samtaler tager 20 minutter, andre tre kvarter, men i gennemsnit beregnes en halv time. Ifølge Jette Primdahl, som var tovholder i udvikling af screeningen, er det under 10 pct., der takker nej til at være med.

”Vi har her på stedet fået undervisning i ”den motiverende samtale”, og herfra kan vi bruge elementer. Vi har ingen løftede pegefingre, men hvis patienten under samtalen selv ønsker at gøre noget ved f.eks. rygning, motion, madvaner eller lignende, kan vi tage fat i det og i patientens motivation. Det er bedst, at det kommer fra patienten selv,” siger Jette Primdahl.

Lad os mødes om et år ...

På Kirsten Nørret Hansens kontor er de nu godt i gang med at gennemgå skemaet. Manden er noget utilfreds med sin placering i det røde felt, og det skyldes bl.a. rigeligt højt blodtryk, overvægt og meget lidt motion. Cigaretterne er lagt på hylden for nogle år siden, fortæller patienten. Men der er jo det med motionen ...

”Det kunne jo nok blive til noget mere,” siger han.

”Har du ikke en hund? Det giver jo også motion at lufte hund,” spørger sygeplejersken, men manden har ingen hund.

”Jeg må jo tage mig sammen og få dyrket noget mere motion. Skal vi ikke mødes om et år igen, så ser det bedre ud,” siger manden og vil også snakke med sin læge om blodtrykket. Han ser beslutsom ud, mens han folder skemaet sammen og stikker det i lommen.

Kirsten Nørret Hansen nikker.

”Vi indkalder dig til ny screening om et år,” siger hun.

Sygeplejersken på Gigthospitalet i Gråsten har sæt et frø. En patient er blevet opmærksom på sin øgede risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme som leddegigtpatient. Nu vil han gøre noget ved overvægten og blodtrykket. Han vil gøre noget, så risikoen formindskes. ●

Trialog

Trialogen bliver til som et interview mellem tre parter. På den ene side en førende ekspert inden for et fagligt område. På den anden side journalisten og en sygeplejerske, der arbejder inden for feltet. Journalisten og sygeplejersken interviewer i fællesskab forskeren med det mål at formidle den nyeste viden, som har relevans for den kliniske sygepleje.



CHRISTINA LINDHOLM, sygeplejerske, ph.d. og professor emerita ved Sophiahemmet Högskola i Stockholm. Har i årtier forsket bredt i sår og sårpleje, deriblandt tryksår. Har publiceret adskillige artikler i svenske og internationale tidsskrifter og er forfatter til bogen "Sår" (1). Har modtaget en række internationale priser for sin forskning og er æresmedlem i den europæiske tryksårsorganisation EPUAP.



CHRISTINA SOMMER
Journalist



AASE FREMMELEVHOLM, sårsygeplejerske, Odense Universitetshospital. Har en diplomuddannelse i ledelse samt en længerevarende efteruddannelse i sårpleje og behandling. Medforfatter til den danske udgave af den europæiske retningslinje for forebyggelse og behandling af tryksår (2). Modtog i 2017 den europæiske tryksårsorganisation EPUAP's kvalitetspris for sit arbejde på Odense Universitetshospital.

De fleste tryksår kan forebygges

Selvom de fleste kan forebygges, udvikler mange patienter og borgere stadig tryksår. Forsker forudser, at udviklingen med stadigt kortere indlæggelser og flere multi-syge og behandlingskrævende borgere i eget hjem kan få antallet til at stige i især primær sektor.

Sygeplejersker er centrale i både forebyggelse og behandling, hvor grundlæggende sygepleje som personlig hygiejne, mobilisering og ernæring er vigtige indsatsområder.

D Florence Nightingale anså tryksår som resultat af dårlig sygepleje og omsorg og forbandt tilstedeværelsen af dem med skam. Godt 160 år efter hendes gang blandt sårede soldater på krigshospitalet i Scutari på Krim deles hendes syn på tryksår og sygepleje stadig af enkelte sygeplejersker. Og det er heller ikke glemt i forskerkredse.

Overordnet er følelsen af skam dog aftaget i takt med øget viden og forskning. Tryksår er en fast del af pensum på sygeplejestudiet, og næsten alle sygeplejersker vil uanset speciale jævnligt møde patienter eller borgere, som enten har eller er i risiko for at udvikle tryksår.

Alligevel er tryksår et nedprioriteret indsatsområde mange steder. Det påpeger en af Europas førende forskere på området, sygeplejerske og ph.d., Christina Lindholm:



”Flertallet af tryksår kan forebygges, men alligevel får mange patienter og borgere stadig tryksår,” fortæller hun.

F.eks. viser de nyeste svenske tal, at 17 pct. af de akutte patienter på sygehusene har tryksår mod 13-14 pct. blandt borgerne i primær sektor (3).

”Men det er nok et spørgsmål om tid, før antallet stiger i kommunerne. Udviklingen med flere multisyge og behandlingskrævende borgere i eget hjem og i plejeboliger kan desværre sagtens resultere i flere tryksår her,” forudser Christina Lindholm.

Uglamourøse patienter

Kimen til Christina Lindholms faglige passion for sår blev lagt for årtier siden, hvor hun som sygeplejeelev var med til at pleje en patient med et stort, kompliceret sår på skinnebenet. Han skulle opereres efter en helt ny metode, som med Christina Lindholms ord var ”et slags forsøg”. Patienten blev bedøvet, hvorefter han fik sprøjtet såkaldt ”fast green” ind i kroppen. Det, der ikke blev grønt, var dødt væv, som kirurgerne så skulle operere væk, fortæller hun:

”Men han blev så frygtelig grøn, jeg glemmer det aldrig! Og det tog lang tid, før han fik normal farve igen. Han lignede en fra Mars. Han havde mange problemer og smerter og blev et tilløbsstykke for hele hospitalet. Sikken en oplevelse.”

Interessen voksede i takt med, at Christina Lindholm mødte flere patienter med sår og gang på gang oplevede, hvor dårligt de havde det, og hvordan de blev behandlet.

”De var virkelig Askepotterne i sundhedsvæsenet. Det var så uglamourøst at pleje dem. Den holdning er heldigvis ikke så udbredt længere, især ikke der, hvor der er entusiaster, som går forrest med evidensbaseret viden og forskningsprojekter,” siger hun.

Øget dødelighed blandt de sværeste tilfælde

Der findes ikke en national opgørelse over antallet af tryksår i Danmark, men ifølge sårsygeplejerske Aase Fremmelevholm fra Odense Universitetshospital er der ingen grund til at tro, at det danske antal afviger fra det svenske, hvilket bekræftes af tidligere danske og internationale undersøgelser (4).

Aase Fremmelevholm: *Det afhænger meget af, hvilket hospital eller hvilken kommune du ser på. I modsætning til Sverige er tryksår ikke et nationalt politisk fokusområde, så indsatsen afhænger meget af den enkelte ledelse.*

Som sårsygeplejerske har Aase Fremmelevholm stået i spidsen for en succesfuld implementering af anbefalingerne fra det nu hedengangne Patientsikkert Sygehus på Odense Universitetshospital. Hun tilser og plejer jævnligt patienter med lette og især mere alvorlige tryksår, og hun underviser også løbende sygeplejersker fra kommuner og hospitaler i emnet.

Aase Fremmelevholm: *Kursisterne er nysgerrige og spørgende, men en del mangler grundlæggende viden om både forebyggelse, opsporing og behandling af tryksår.*

Det overrasker og ærgrer Aase Fremmelevholm på samme tid, bl.a. fordi mange tryksår netop kan forebygges, men også fordi tryksår ofte er smertefulde for patienterne både fysisk og psykisk. De forlænger indlæggelsestiden og kan medføre komplikationer som knoglebetændelse og blodforgiftning. De kan være invaliderende og direkte livsfarlige; f.eks. anslås det, at to ud af tre akutte patienter, som pådrager sig et kategori 4-tryksår (se ”De fire kategorier af tryksår” side 29), dør inden for 180 dage (5).

Sæt ind med den grundlæggende sygepleje

I kroner og øre koster tryksår altså dyrt i et allerede økonomisk presset sundhedsvæsen. Ifølge amerikanske undersøgelser er gennemsnitsudgifterne til et tryksår, som er opstået under indlæggelse, lavt sat 250.000 kr. (6). Der findes ikke nyere tal på, hvad tryksår koster det danske samfund, men en dansk undersøgelse anslag i 2013, at udgifterne løb op i ca. 1,3 mia. kr. (7).

Aase Fremmelevholm: *Mange steder er tryksår stadig noget, man skammer sig over og ikke snakker om. Så længe, vi ikke rykker på det og f.eks. indberetter alle tryksår som utilsigtede hændelser og analyserer, hvad det var, der gik galt, bliver det vanskeligt at komme videre. Jeg møder også sygeplejersker, som forståeligt nok siger, at de mangler tid til den basale patientpleje. Men igen er det bedre at forebygge end helbrede.*

Christina Lindholm tilføjer: ”Vi kan ikke bruge skammen til noget. Det, der er brug for, er endnu mere viden og systematik i det forebyggende og behandlende arbejde. Som jeg ser det, handler det om grundlæggende sygepleje: At observere huden, når man udfører personlig hygiejne. At sørge for, at patienterne bliver mobiliseret og får ordentlig ernæring. Sygeplejersken skal bruge hele sit register – sin faglighed, viden og alle sanser.” ●

Tryksår skyldes altid tryk

Tryksår er resultat af et tryk, som har ødelagt cellerne i et eller flere af hudens i alt tre lag. Tryksår rammer især ældre, men i teorien er alle sengeliggende eller stillesiddende borgere og patienter i høj risiko, da især nedsat mobilitet, manglende følesans og medicinsk udstyr kan medføre tryksår.

Ikke alle tryk skaber sår, men tryksår skyldes altid tryk i kombination med en eller flere af de over 200 identificerede risikofaktorer, som er beskrevet i litteraturen (1) (se også boksen ”200 risikofaktorer” side 27).

Både et let tryk over længere tid og et massivt tryk i kort tid, f.eks. blot 15-20 minutter, kan føre til tryksår. Trykket opstår især, hvis patienten er sengeliggende og/eller immobil, men f.eks. kan gips, støttestrømper og medicinsk udstyr som katetre, slanger og iltmasker også forårsage tryksår.

Det første tegn på et tryksår vil altid være rødme, et såkaldt erytem, som ikke blegner ved tryk.

”Er der en rød plamage på huden, som ikke bliver hvid, når man trykker på den eller aflaster området, er det et tryksår. Det kan være svært at afgøre, hvor dyb skaden er. Men den klassificeres som kategori 1, hvis huden ikke er bristet. Det kan dog ske hen over natten, det kan gå meget hurtigt og måske afsløre et dybere tryksår,” uddyber Christina Lindholm.

DEFINITION

Den internationalt anerkendte definition på tryksår lyder: ”Et tryksår er en afgrænset skade på huden og/eller det underliggende væv, vanligvis over et knoglefremspring, hvilket er et resultat af tryk eller tryk kombineret med shear” (2).

HVORNÅR RESULTERER TRYK I SÅR?

Om et tryk fører til tryksår, afhænger dels af trykkets kraft, dels af den tid, vævet er udsat for tryk.

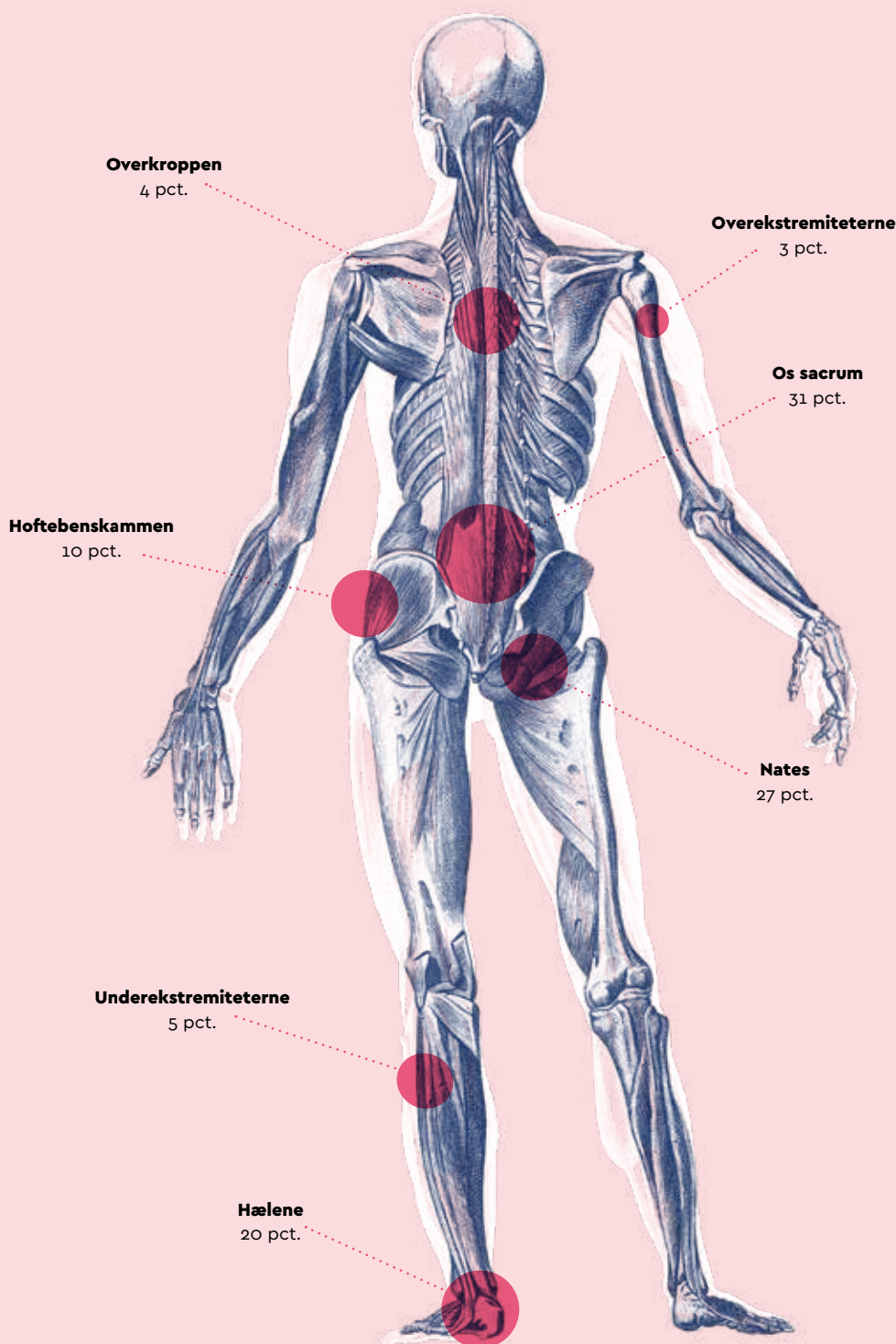
Det kan desuden variere fra patient til patient, ligesom trykkets lokation og patientens almene sundhedstilstand også er afgørende faktorer.

Man ved ikke, hvor lang tid der går, fra trykskaden opstår, til de første tegn på tryksåret opstår. De fleste tryksår debuterer dog inden for de to første uger efter indlæggelse på sygehus. En undersøgelse har påvist, at de fleste tryksår i forbindelse med hoftefrakturer blev opdaget inden for de første fire dage efter operationen (10).

I en tid med stadigt kortere indlæggelser er der stor sandsynlighed for, at endnu flere tryksår opstår under indlæggelse, men først bliver opdaget i primær sektor efter udskrivelse, ligesom de stadigt mere komplicerede pleje- og behandlingsopgaver i primær sektor med stor sandsynlighed også kan medføre, at flere får tryksår her.

En rød plamage, der ikke forsvinder, er altså tegn på skade. Og skaden i vævet kan ske på to måder. Enten ved at trykket klemmer blodkarrene sammen, så iltforsyningen standses, og cellerne dør. Eller, som nyere forskning

DE MEST TRYKUDSATTE STEDER PÅ KROPPEN



DE UUNDGÅELIGE TRYKSÅR HOS TERMINALE PATIENTER

Tryksår forekommer ofte hos afmagrede patienter i den terminale fase. De tryksår, der opstår her, bliver også kaldt Kennedy Terminal Ulcers. De er en naturlig del af det at være døende, fordi blodkarrene under denne proces tømmes for blod til gavn for vitale organer som hjerne og hjerte (25).

"Her taler vi om såkaldt uundgåelige tryksår, som opstår pga. de fysiologiske forandringer, der sker, når organerne begynder at lukke ned. De opstår ofte et par uger før, patienten dør, og er oftest placeret på sacrum. Det er ikke et emne, vi taler så meget om, men tryksår hos terminale patienter er også vigtige at have fokus på," siger Christina Lindholm, bl.a. med henvisning til, at 50 pct. af alle palliative patienter har tryksår (26).

Aase Fremmelevholm: Når jeg taler med sygeplejersker, som arbejder med palliation, påpeger de netop ofte, at de ikke kan forebygge tryksår. Det er korrekt, men de skal som minimum vide, hvad der sker fysiologisk, så de kan tage emnet op med især de pårørende og forberede dem på, hvad der kan ske. Det kan være en stor hjælp for både familien og sygeplejerskerne selv.

"Det er jeg meget enig i. Der er meget etik her – en patient, som ligger roligt og er ved at dø, og så begynder vi at lave stillingsændringer, så de undgår at få tryksår. Det er ikke optimalt, det forstyrrer den proces, der skal være rolig og smuk, og derfor er det så vigtigt at tage dialogen med de pårørende, før skaden sker," pointerer Christina Lindholm.

I forhold til terminale patienter med tryksår er målet derfor først og fremmest at lindre smerter og ubehag, f.eks. afhjælpe lugtgener, så de ikke hindrer tæt kontakt mellem den syge og pårørende. Det er patientens velbefindende og komfort, som skal være styrende for forholdsregler og behandling.



de senere år har vist, ved, at trykket presser muskler og celler så meget, at celleportene åbner sig, hvilket normalt ikke er fysisk muligt. Herved sker der en ukontrolleret transport af stoffer, f.eks. calcium, ud og ind af cellerne, hvilket også fører til celledød og vævsskade (8).

”Vævsskaden kan også opstå ved såkaldt shear, dvs. når vævet mellem knogle og underlag forskydes, f.eks. hvis patienten sidder i sengen med hævet hovedgærde og så glider ned,” fortæller Christina Lindholm.

Fem lokationer er særligt udsatte

Tryksår opstår især steder, hvor knoglerne ligger tæt på huden, og der kun er lidt fedt. 95 pct. af alle tryksår forekommer dog over blot fem lokationer: 1) Korsbenet (os sacrum), 2) Hælene (tuber calcanei), 3) Hoftebenskammen (crista iliaea), 4) Sædebensknuderne (tuberositas tibiae) og 5) Ankelknoerne (se også "De mest trykudsatte steder på kroppen" side 26) (2).

”Os sacrum er den mest udbredte lokation, skarpt forfulgt af sædebensknuderne og hælene. Overvægtige patienter får ofte tryksår på hælene, fordi benene er så tunge, mens små spinkle patienter, ofte ældre damer, typisk får det på os sacrum. De er ikke så polstrede,” forklarer forskeren.

Men tryksår kan også forekomme på steder som baghovedet, albuer, skuldre, ører, næsefløje og næseskillevægge, sidstnævnte ses især på for tidligt fødte, hvor medicinsk udstyr som sonder og CPAP-maske kan være ekstra hårdt, fortrinsvis fordi de ikke har udviklet subkutan fedtpolstring, og knoglerne derfor ligger tæt mod huden (2).

Stigende risiko

ved høj alder og nedsat mobilitet

Overordnet gælder dog, at risikoen for at udvikle tryksår især stiger ved høj alder og nedsat mobilitet, især hvis

SÆRLIGE RISIKOGRUPPER

Overvægtige

Undervægtige

Kritisk syge

Ældre

Operationspatienter

Palliative patienter

Børn, især pga. medicinsk udstyr

Rygmarvsskadede

(Kilde: 2)

200 RISIKOFAKTORER

Der er beskrevet over 200 forskellige risikofaktorer for opståen af tryksår. En enkelt faktor resulterer næppe i tryksår, det er snarere kombinationen af forskellige risikofaktorer, som sammen med et ydre tryk er afgørende for, om der opstår et tryksår.

Undersøgelser viser, at over 70 pct. af alle tryksår rammer ældre (1). Og for dem har man identificeret følgende generelle risikofaktorer:

- Høj alder
- Nedsat mobilitet
- Sengeleje
- Dårlig mobilitet
- Akut sygdom
- Terminal tilstand
- Dårlig ernæringstilstand
- Nedsat kognitiv formåen/demens
- Inkontinens (urin og/eller fæces)
- Øget hudfugtighed
- Neurologiske sygdomme
- Permanent rødme
- Lavt diastolisk blodtryk
- Anæmi

For patienter med rygmarvsskade har man identificeret følgende specifikke risikofaktorer:

- Nedsat mobilitet
- Nedsat følesans
- Total rygmarvsskade
- Urinvejssygdomme
- Nedsat kognitiv formåen
- Diabetes
- Rygning
- Beboere på institution/plejehjem
- Hypoalbuminæmi
- Lav blodprocent

Patienter med følgende sygdomstilstande/symptomer bør observeres ekstra omhyggeligt:

- Hoftefraktur
- Apopleksi
- Udbredte brandsår
- Rygmarvsskadede
- Diabetes
- Parkinsons sygdom
- Demens
- Lavt systolisk blodtryk
- Hypoalbuminæmi
- Lav blodprocent
- Feber
- Smertes
- Patienter med risiko for dehydrering
- Patienter med nedsat følesans

Derudover bundes visse risikofaktorer i pleje og behandling:

- Ventetid på ambulance
- Ambulancetransport
- Lang ventetid på modtagelsesafdelingen
- Lang ventetid på røntgenafdelingen
- Lange operationer
- Ophold på intensivafdelingen
- Lang ventetid i siddende stilling f.eks. før udskrivelse
- Stærk smertestillende behandling, som nedsætter følesansen

(Kilde: 1)

patienten er syg og sengeliggende. Men også borgere og patienter med neurologiske eller spinale lidelser er i høj risiko, f.eks. rygmarskadede, som ofte er bundet til en kørestol (se boksen "Særlige risikogrupper" side 27).

"Selvom ikke alle får det, har rygmarskadede 100 pct. risiko for at få tryksår. Og intensivpatienter er også i meget høj risiko. De er måske kommet til hospitalet med en sepsis, de sveder ofte meget og er fugtige. Deres ernæringstilstand er ofte dårlig, og hele deres sygelighed spiller ind. De har måske også været på operationsbordet i længere tid, det er også med til at øge risikoen," forklarer Christina Lindholm.

Aase Fremmelevholm: *Intensivafdelinger er tit bedre bemandet end f.eks. de geriatri-ske og almenmedicinske afdelinger. Alligevel er der høj risiko for at udvikle tryksår her, især fordi patienterne er så dårlige, at de ikke tåler at blive stillingsændret.*

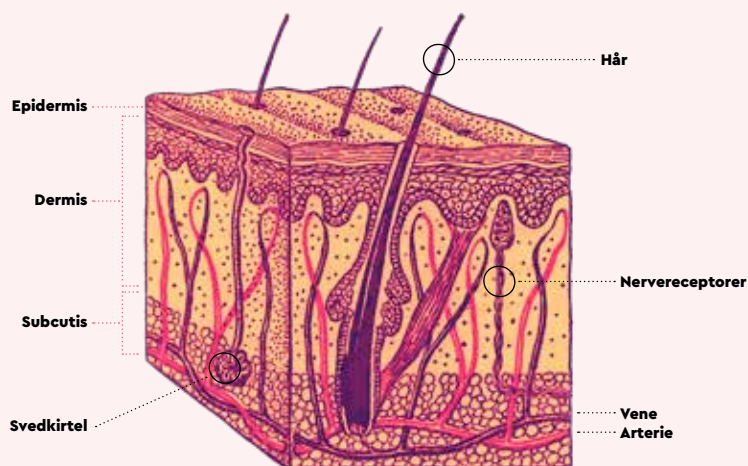
"Lige præcis. Her står personalet ofte med en række etiske og praktiske udfordringer i forhold til f.eks. mobilisering. Men det ved personalet godt, og de er ofte gode til det forebyggende arbejde – de har de bedste madrasser og mest personale, men selv dette er ikke altid nok," pointerer professoren.

Nogle andre, men ikke uvæsentlige risikofaktorer, det er vigtigt at være opmærksom på i et til tider meget presset sundhedsvæsen anno 2018, er omstruktureringer og antallet af sygeplejersker, fortæller Christina Lindholm.

Undersøgelser viser f.eks., at omorganiseringer, som alt andet lige kan skabe usikkerhed og nye rutiner, er en stor risikofaktor i forhold til udvikling af tryksår. Det samme er nedskæring i eller lav sygeplejerskebemanding (9):

"Jo færre sygeplejersker, jo større risiko er der for, at patienterne udvikler tryksår. Grundlæggende sygepleje er på mange måder med til at forebygge tryksår, men har tendens til at blive nedprioriteret til fordel for mere akutte arbejdsopgaver ved lav sygeplejerskebemanding," siger Christina Lindholm. ☉

HUDENS TRE LAG



Huden er menneskets største organ. Den udgør kroppens ydre grænse mod omverdenen og har talrige funktioner. Huden skal dels beskytte kroppen mod skadelige påvirkninger fra det ydre miljø (f.eks. kulde, varme, stråling og bakterier), men også muliggøre et konstant indre miljø. Huden spiller f.eks. en stor rolle for væskebalance og varmeregulering (11).

For at kunne arbejde kvalificeret med både forebyggelse og behandling af tryksår kræves der som minimum et grundlæggende kendskab til hudens opbygning.

"Kendskabet er vigtigt for at kunne opdage ændringer i huden og ikke mindst bedømme, om ændringer i hudens farve, temperatur eller udseende kan skyldes tryksår," forklarer Christina Lindholm.

Overordnet består huden af tre lag startende fra yderst: Epidermis, dermis og subcutis, også kaldet hhv. overhud, læderhud og fedtlag.

- 1. Epidermis:** Er i gennemsnit 0,1 mm tykt, men varierer fra 0,05 mm på øjenlågene til 1,5 mm på fodsålerne. Består næsten kun af celler og har ingen blodkar, er tykkest i håndflader og på fodsåler. Her produceres der bl.a. fedtstoffer og keratin.
- 2. Dermis:** Er hudens tykkeste lag på ml. 0,5 og 2,5 mm. Består af celler, men hovedsageligt af stærkt bindevæv og er rig på arterioler og venoler. Dermis indeholder også nerveender, sved- og talgkirtler, hårsække og blodkar.
- 3. Subcutis:** Består primært af løst bindevæv og celler, der oplagrer fedt. Det er i princippet ikkeeksisterende på øjenlågene, men kan være flere cm tykt på maven. Tryksår, der når helt ned i subcutis, kan være svære at få til at hele op.

(Kilde: 11)

ALLE TRYKSÅR ER UTH'ER

Patientsikkerhed handler om at forebygge, og da 95 pct. af alle tryksår kan forebygges, skal alle tryksår indberettes som utilsigtede hændelser. Indberetningen skal bruges til at lære af, så den samme fejl ikke sker igen f.eks. ved at kigge nærmere på arbejdsgange og rutiner, eller om arbejdspladsen har de rette hjælpemidler til at forebygge tryksår. For at lære af utilsigtede hændelser skal der dog eksistere en læringskultur på arbejdspladsen. Hvis indberetninger ikke bliver drøftet, vil den enkelte medarbejder opleve det som spild af tid at indberette.

(Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed)

DE FIRE KATEGORIER AF TRYKSÅR

Verden over arbejder forskere og sundhedsprofessionelle med fire kategorier af tryksår, som er inddelt efter, hvor dybt og dermed også alvorligt tryksåret er. Kategorierne er et vigtigt redskab i både opsporing og behandling, da de er med til at sikre en systematisk diagnosticering og også behandling af det enkelte tryksår.

I

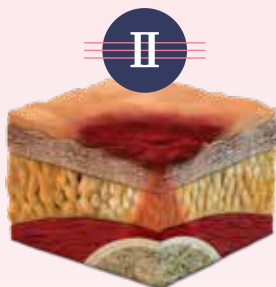


Rødme (erytem)

Huden er intakt med rødme, som ikke ændrer farve ved trykpåvirkning. Hyppigst over et knoglefremspring. Området kan være smertefuldt, fast, blødt, varmere, køligere end det omliggende væv. Rødmen kan være svær at se på mørkfarvet hud, og kategori 1 kan derfor være svær at påvise hos personer med mørk hudfarve. Har huden her på det formodede tryksår en anden farve end den omliggende hud, er den mørke person i risikogruppen. Hvis trykket er opstået dybt i vævet tæt på en knogle, kan der gå op til 72 timer, før det ses på huden (12).



II



Delvist hudtab

Delvist hudtab viser sig som et overfladisk sår med en rød sårbund, uden dødt væv (nekrose, red.). Det kan også præsentere sig som en intakt eller bristet vabel eller ses som et tørt eller væskende sår evt. med misfarvning, hvilket kan være tegn på dyb vævsskade. Kategori 2 bør ikke bruges til at beskrive rifter i huden, plasterskader, inkontinensrelateret dermatitis, maseration eller hudafskrabninger.



III

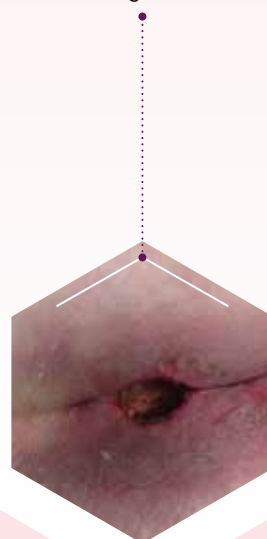


Fuldhudstab

Her ses der subkutan fedt, men ikke sener, knogler eller muskler.

Der kan ses dødt væv, men afgrænsningen i dybden af såret er synlig. Der kan forekomme underminering og fisteldannelse.

Dybden af kategori 3 varierer i forhold til placering. Over næseryg, øreflip, baghovedet og malleoler, hvor der ikke er subkutan væv, er de overfladiske, hvorimod de f.eks. kan være meget dybe ved ekstrem overvægt. Sener er ikke synlige, og der er ikke knoglekontakt.



IV



Dyb vævsskade

Her ses fuldt vævstab med blottet knogle, sener eller muskulatur. Nekrotisk væv eller arvæv kan være til stede i sår bunden. Der ses ofte underminering eller fistler. Dybden varierer efter den anatomiske lokalisation og kan ligesom kategori 3 være overfladisk der, hvor der ikke er subkutan væv. Kategori 4 kan omfatte muskulatur og/eller støttevæv som fascier, sener eller ledkapsler, hvilket kan forårsage osteomyelit. Blottet knogle eller muskulatur er synlig eller direkte følbart.



Er sår bunden ved fuldt vævstab dækket af nekrose (sort eller gul) eller sårskorpe (gulbrun, brun eller sort), kan tryksårets egentlige dybde og kategori være umulig at fastsætte, før dødt væv eller nekrose er fjernet. Intakt sårskorpe (tør, fast, uden rødme eller fluktuation) på hælene fungerer som kroppens naturlige plaster og bør derfor ikke fjernes.

(Kilde: Odense Universitetshospital, 2 og 11)

Forebyg med **klinisk blik** og systematik

Sygeplejersker spiller en central rolle i opsporing og forebyggelse. Arbejdet kræver systematik, også i forhold til dokumentation. Ledelsens engagement er også afgørende.



Ca. 95 pct. af alle tryksår kan forebygges, hvilket flere målrettede indsatser i både kommuner og på hospitaler bekræfter. Siden 2013 har nu i alt 18 danske kommuner og flere hospitaler nedsat og nogle steder helt elimineret antallet af tryksår ved at arbejde systematisk med de to tryksårspakker fra hhv. Patientsikkert Sygehus og Isikrehænder.dk (se boksen ”De danske tryksårspakker” side 32, red.)

Som sårsygeplejerske på Odense Universitetshospital har Aase Fremmelevholm f.eks. været med til næsten at halvere antallet af tryksår fra 2012, hvor 10,3 pct. af patienterne fik tryksår mod 5,2 pct. i dag. Resultatet skyldes bl.a. opdaterede retningslinjer og systematisk risikovurdering, men også afprøvning af ny teknologi og nye bandagetyper.

I Viborg Kommune kunne afdelingen Margueritgangen på Plejecenter Overlundgården fejre 500 dage uden tryksår i maj 2017. Og flere kommunale arbejdspladser i både Viborg og andre kommuner, som arbejder med tryksårspakken fra Isikrehænder.dk, har rundet både 100, 200, 300 og 400 dage uden tryksår.

Tryksår opstår især, når patienten er under behandling for anden lidelse. Og sygeplejersker uanset arbejdssted og speciale bør derfor være opmærksomme på, om deres patient eller borger allerede har eller er i risiko for at udvikle tryksår, pointerer Christina Lindholm.

Det kræver først og fremmest en ledelse, der prioriterer området, og ikke mindst at både sygeplejersker og samarbejdspartnere som f.eks. social- og sundhedsassistenter har en grundlæggende viden om bl.a. hudens opbygning, tryksår, risikofaktorer og risikogrupper.

”Indsatsen afhænger meget af den lokale ledelse. Forskning viser, at lederskab og attitude er enormt vigtigt for, at det forebyggende arbejde lykkes (13). Hvis lederne synes, det er vigtigt,

smitter det af på medarbejderne. De skal gå forrest og opmuntre og spørge, hvordan det går. Jeg kan tale om dette emne i timevis,” siger professoren.

Systematik og klinisk blik er afgørende

Hvis forebyggelsen skal lykkes, er redskaber til systematisk risikovurdering uundværlige. I Sverige har bl.a. sygeplejerskerne i mange år f.eks. haft et tryksårskort i lommen. På den ene side udstikker kortet retningslinjerne for den obligatoriske risikovurdering af alle nyindskrevne patienter, som bl.a. fokuserer på risikofaktorer som rørlighed, ernæringstilstand, væskeindtag m.m. Og på den anden side listes de fire tryksårskategorier kort op med illustration.

”Kortene bliver brugt flittigt, alle sygeplejersker og social- og sundhedsassistenterne bruger det her kort. Det er med til at sætte fokus på det forebyggende arbejde, man glemmer det ikke så let,” siger Christina Lindholm.

Ifølge den europæiske retningslinje for forebyggelse og behandling af tryksår (2) skal den såkaldte strukturerede risikovurdering udføres så hurtigt som muligt og senest otte timer efter indlæggelse (eller ankomst til eget hjem/plejecenter, red.).

INDHOLD I TRYKSÅRS- PAKKEN

1. Tryksårsrisiko vurderes hos alle ved første kontakt/visitation. Risiko- og hudvurdering bør ske inden for de første to timer efter første kontakt.
2. Revurdering af tryksårsrisikoen foretages:
 - a. ved udskrivelse fra sygehus
 - b. efter akut sygdom
 - c. ved ændringer i ernæringstilstanden
 - d. ved ændringer i funktionsniveauet.
3. Hos borgere i risiko for tryksår vurderes efter behov og udarbejdes planer for:
 - a. anvendelse af trykafastende og trykfordelende hjælpemidler
 - b. lejrning-/stillingsskifte og mobilisering
 - c. ernæring (screening og kostplan).
4. Handlinger hos borgere i risiko for tryksår – **HUSK:**
 - a. **Hud**
 - i. Er huden eftersat for trykspor/-sår på hele kroppen?
 - ii. Er huden fugtig evt. pga. inkontinens eller sved?
 - iii. Er huden for tør?
 - iv. Giver borgeren udtryk for smerter?
 - b. **Underlag/hjælpemidler**
 - i. Er hjælpemidlerne indstillet korrekt i forhold til borgeren?
 - ii. Er hjælpemidlerne korrekt anvendt i sengen, stolen eller kørestolen?
 - iii. Er der brug for revurdering af hjælpemidler?
 - c. **Stillingskifte/mobilisering**
 - i. Bliver borgeren mobiliseret bedst muligt?
 - ii. Bliver borgeren forflyttet og lejret korrekt?
 - d. **Kost**
 - i. Får borgeren spist og drukket, som planlagt i kostplan?
 - ii. Alle ældre bør ernæringscreenes, mens skrøbelige og fejlerenærede altid skal have ernæringsdrikke

(19 og Christina Lindholm)

Der findes flere validerede risikovurderingsredskaber, bl.a. Braden- og Norton-skalaen. De fleste lande inklusive Danmark benytter netop Braden-skalaen, som også tryksårspakken fra Isikrehænder.dk opererer med (Se boksen ”Indhold i tryksårspakken”).

”For at finde ud af, om et tryksår er opstået før eller efter indlæggelse eller hjemkomst, anbefaler man, at personalet foretager risikovurderingen inden for to og ikke otte timer,” uddyber Christina Lindholm.

Fælles for redskaberne er, at de vurderer flere parametre: Patientens mobilitet, kontinens, sensoriske deficit og ernæringsstatus (14). Og risikovurderingen bør ifølge den europæiske retningslinje (2) også omfatte en vurdering af patientens hud og væv.

”Redskaberne kan ikke stå alene. Det er meget vigtigt at pointere, at det i høj grad også handler om grundlæggende sygepleje og om sygeplejerskernes kliniske blik og erfaring,” siger Christina Lindholm.

Aase Fremmelevholm: *Og lige præcis her synes jeg, vi har et problem i dag. Mange steder mangler der tid til grundlæggende sygepleje, til omsorg og mobilisering – at få patienterne op at sidde og hjælpe dem med at vaske sig og tørre huden, så man kan observere evt. ændringer. Det er så trist, at de opgaver er forsvundet mange steder, da det er her, mange tryksår kan opdages og forebygges.*

”Jeg er helt enig, snart er der robotter til at vaske de gamle og børste deres tænder. Det er frygteligt, mange gamle har ikke hud mod hud kontakt, de lider af hudsult, det er så trist,” siger Christina Lindholm.

Puder og P-skiver som hjælpemidler

Er en patient eller borger først vurderet i risiko for at udvikle tryksår, skal de forebyggende tiltag målrettes den enkelte patient. Første skridt er dog at fjerne trykket, hvilket gøres på forskellige måder afhængigt af, om patienten er sengeliggende eller siddende.

”Trykafastning og mobilisering er selvsagt vigtigt, og har man en risikopatient, skal man tænke i dette, før den røde plamage dukker op. Har man f.eks. en patient, som er sengeliggende, skal man aflaste trykket alle de følsomme steder, altså der hvor knogler ligger tæt på huden,” siger Christina Lindholm.

Aase Fremmelevholm: *Er patienten sengeliggende, kan man f.eks. benytte sig af princippet med den lille pudes vandring (15). Her lægger man f.eks. først puden under patientens skulder, næste gang hoften, så knæet, så anklen etc. Med jævne mellemrum og hele tiden med uret. Det er en lidt gammel, men yderst effektiv metode til at forebygge tryksår.*

”P-skiver ved sengen er også gode. Hver gang patienten mobiliseres, sættes viseren. Der er meget lidt forskning på, hvor ofte patienten skal mobiliseres, men den generelle kadence er hver anden time, nogle lidt oftere, andre lidt

mindre,” uddyber Christina Lindholm. (Læs artiklen ”Tryksår kan forebygges, når man gør en indsats” af Aase Fremmelevholm og Knærke Søgaard på dsr.dk).

Aase Fremmelevholm: *Jeg plejer at sige ”Kig på huden, se, hvordan den ser ud.” Nogle skal vendes efter halvanden time, andre kan ligge der i flere timer. Grundreglen er også, at de borgere og patienter, der kan mobilisere sig selv, skal gøre det, gerne med vores hjælp. F.eks. ved at vi hjælper dem på toiletet, sørger for, at de sidder på sengekanten, når de spiser. Det er også trykaflastning, som vi skal tage os tid til.*

”Man ved ikke, hvor to-timersintervallet stammer fra, men efter sigende var det den tid, det tog Florence Nightingale at nå hele vejen rundt og besøge og vende de sårede soldater under Krim-krigen. Men det er som sagt meget individuelt fra patient til patient og må vurderes ud fra hudens tilstand,” fastslår Christina Lindholm.

Mange trykafastende redskaber

I forhold til sengeliggende risikopatienter viser flere undersøgelser (2), at et sideleje på 30 grader skiftende mellem højre side, ryg og venstre side hvis muligt nedsætter trykket mærkbart i forhold til, hvis patienten er lejret fladt eller placeret direkte i sideleje (16). Det skyldes, at trykket bliver fordelt over en større flade uden prominente knogler.

Der findes desuden en del trykafastende redskaber, f.eks. trykfordelende madrasser og puder, vekseltrykmadrasser, siddepuder, hælaflastere og bandager, som bl.a. gennemgås i den europæiske retningslinje for forebyggelse af behandling og tryksår (2). Også dette område er i rivende udvikling, og der kommer løbende mange nye produkter.

Aase Fremmelevholm: *Forbruget af vekseltrykmadrasser stiger, men min oplevelse er, at de kan give personalet en falsk trykthed. Man har den her madras, som laver alt arbejdet, og så får man ikke mobiliseret patienten.*

”Der findes mange gode vekseltrykmadrasser på markedet, og de er utroligt effektive især til patienter med alvorlige tryksår. Men de kan ikke erstatte mobilisering, trykaflastning og grundlæggende sygepleje,” siger Christina Lindholm.

Korrekt ernæring vigtigt

Foruden trykaflastning og mobilisering er patientens ernærings-tilstand og generelle sygdomstilstand også vigtige elementer i det forebyggende arbejde. Risikoen for at udvikle tryksår afhænger meget af patientens tilstand, hvorfor der f.eks. skal foretages ny vurdering ved akut sygdom og ved ændringer i ernærings-tilstanden eller funktionsniveauet. Og patienter i risiko bør få vurderet huden en gang i døgnet, mens patienter med forværring i almentilstanden bør vurderes ved hvert stillingskift (2).

Flere undersøgelser viser, at patientens ernærings-tilstand har stor betydning for både forebyggelse og behandling af tryksår.

Underernæring og dehydrering øger risikoen for tryksår, og især risikopatienter bør få en proteinrig kost med vitaminer, mineraler og arginin (17).

”Kosten er meget vigtig både for forebyggelse og især helingsprocessen. Korrekt ernæring er nødvendigt, for at kroppen kan hele, men også for at stimulere immunforsvaret, så risikoen for infektion mindskes,” forklarer Christina Lindholm.

Ifølge professoren viser forskning, at netop ernæringsdrikke med aminosyren arginin i kombination med andre essentielle mineraler og vitaminer er meget vigtigt for helingsprocessen (17,18).

”Det er utroligt, hvor positivt ernæringsdrikke kan påvirke sårhelingen. Jeg troede ikke, at arginin var så vigtigt for helingsprocessen, men det viser nyeste forskning, især i kombination med selen, kobber og alle de andre vigtige mineraler og vitaminer. Det er kombinationen, der gør forskellen,” siger hun.

Aase Fremmelevholm: *Jeg hørte for første gang om arginin på en konference i Gent for nogle år siden, men vi kan desværre ikke få ernæringsdrikke med det i Danmark endnu, da det ikke er godkendt som levnedsmiddel. Arginin findes dog især i husblas og flæskesvær, så vi tilbyder ofte patienterne fremme kombineret med ernæringsdrikke i mangel af bedre.* ☉

DE DANSKE TRYKSÅRSPAKKER

Patientsikkert Sygehus

Sammen med TrygFonden og Danske Regioner stod Dansk Selskab for Patientsikkerhed bag projektet ”Patientsikkert Sygehus”, som foregik i perioden 2010-2013. Projektet arbejdede med 12 indsatsområder også kaldet kliniske pakker, hvor forebyggelse af tryksår var en af dem.

Læs mere på www.patientsikkerhed.dk/projekter/patientsikkertsygehus

Isikrehænder.dk

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Sundheds- og Ældreministeriet samt KL søsatte i 2013 projektet ”I sikre hænder”. Systematisering af arbejdsgange ud fra internationalt anerkendte metoder skal give borgerne en sikker pleje og behandling inden for især fire kliniske indsatsområder, deriblandt tryksår. I alt 18 kommuner har i dag taget projektets metoder i forhold til tryksår i brug, og ambitionen er, at metoderne skal udbredes til alle kommuner. Læs mere på www.isikrehænder.dk

Når skaden er sket

Aflastning og mobilisering er mantraet i både forebyggelse og behandling af tryksår. Afhængigt af kategori kan tryksår have store konsekvenser fysisk og psykisk for både patient og pårørende, og viden om sårpleje og -behandling er essentiel.

Har en patient eller borger udviklet tryksår, er det stadig vigtigt, at sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle tænker mobilisering og aflastning af det berørte område i den grad, det overhovedet er muligt. Derudover er patientens ernæringstilstand som beskrevet i artiklen ”Forebyg med klinisk blik og systematik” side 30 også vigtig for helingsprocessen.

Et tryksår kan afhængigt af kategori have store fysiske og psykiske konsekvenser for især patienten, men også de pårørende. I flere undersøgelser beskriver patienter, at smerterne er det værste (20). De beskrives som skærende og brændende, og det er derfor vigtigt, at sygeplejersker foretager løbende smertevurderinger og ikke mindst sørger for lindring ved at prøve at eliminere kilden til smerterne, f.eks. ubekvem forbinding, infektion eller trykaflastende materiale, der opleves smertefuldt. Der bør også ordineres farmakologisk smertelindring efter behov (2).

ANBEFALINGER TIL BEHANDLING AF TRYKSÅR

- Fjern nekroser fra tryksåret (saks, kirurgisk pincet, skalpel) – vær indstillet på, at procedure skal gentages.
- Sårrensning bedst med vand – anvend gerne håndbruser/overbrusning.
- Tilstræb fugtig sårheling, evt. med hydrogel eller alginat i kavitetssåret.
- Sugende bandage udenpå, evt. blot bleen.
- Ved overfladiske tryksår kan skumbandage anvendes til at forlænge skifteintervallerne (op til fem dage).
- Vær restriktiv med antibiotika (der er kun indikation ved infektion i hudomgivelser og almenpåvirkning).
- Bedøm og opret almentilstanden, væske, ernæring m.m.
- Tab aldrig aflastningen af syne, husk siddestilling.
- Tænk på plastikkirurgi for udvalgte patienter.

(Dansk Selskab for Sårheling, www.saar.dk)

Mange patienter oplever desuden tryksår som en alvorlig komplikation til plejen, der øger afhængigheden af andre. Og mange pårørende synes, at pleje af tryksår er anstrengende, hvilket igen kan føre til skyldfølelse hos dem. Patienterne kan desuden blive urolige og bekymre sig for, om tryksåret bliver værre, og de kan f.eks. også blive voldsomt generet af lugt og lækage fra såret, hvilket i yderste konsekvens kan føre til social isolation.

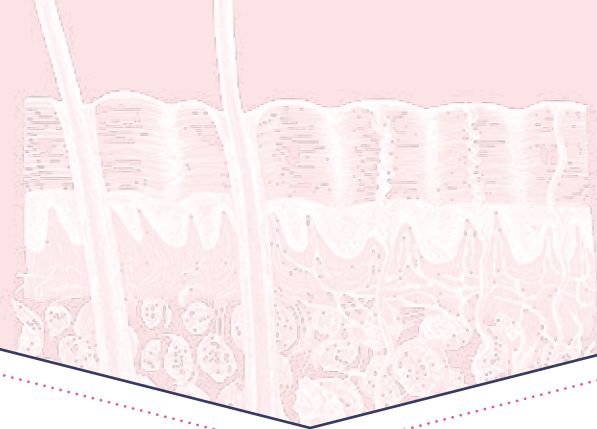
”Lugt, rigelig sårsekretion og hyppige forbindings-skift kan have alvorlige konsekvenser både for de sociale relationer og for patientens almenvelbefindende og søvn. De må ofte indtage ubekvemme stillinger, for at sårene kan hele, og det er hårdt,” siger Christina Lindholm. Hun påpeger, at alle patienter med tryksår også bør vurderes i forhold til psykosociale faktorer som f.eks. mental status, alkohol- og/eller stofmisbrug og psykologiske aspekter som angst, uro og depression:

”De psykosociale faktorer kan have stor betydning for behandlingsresultatet, og om patienterne fuldfører behandlingen,” forklarer hun.

Sårrensning og sårrevision er vigtigt

Decideret sårpleje og lokal behandling af tryksår er især nødvendigt fra og med kategori 2. Den lokale behandling bør altid skræddersyes den enkelte patients tilstand og ”sårprofil”, men kan overordnet inddeles i fire trin: 1) rensning af såret, 2) vurdering/bedømmelse af såret efter en struktureret sårjournal, 3) revision af såret og 4) lokal forbinding. For at sikre systematik og ensrettet behandling kan sårvurderingen med fordel ske efter den såkaldte TIME-model, som dækker over punkterne Tissue, Infection, Moisture og Edge (Se boksen ”TIME-modelen” side 34).

I forhold til rensning af tryksår er der i dag europæisk konsensus om, hvilke rengøringsmetoder der skal anvendes: Sår, der ikke penetrerer til sterile legemshuller, ledkapsler, knogler eller sener, rengøres efter rene rutiner, som indebærer vask



med legemsvarmt rent vand fra vandhanen, f.eks. håndbruser og fabriksrene kompresser. Og dybe sår, der penetrerer til sterile legemshuller eller led, skal rengøres efter sterile principper (2). For uddybende vejledning henviser Aase Fremmelevholm desuden til Center for Kliniske Retningslinjer og retningslinjen ”Rensning af akutte og kroniske sår: Sæbe, skyllevæsker og skylletryk” (21).

Christina Lindholm tilføjer:

”Sårrensning og -revision er altafgørende for helingsprocessen, dvs. både fjernelse af alt dødt materiale som nekroser og den såkaldte fibrin, der kommer, når såret heler.” Hun henviser til ny forskning, som viser, at lige præcis Debrisoft (en helt bestemt type monofilament-kompres eller -klud, red.) er oplagt til at fjerne fibrin og løse nekroser med (22).

”Nekroser og fibrin forstyrrer helingen og skal derfor helt væk fra såret, og det kan man altså med fordel gøre mekanisk med Debrisoft. Det er efter min mening noget af det største, der er hændt inden for sårbehandling. Så anbefalingen er, at man, forudsat man har kompetencerne til det, bruger skarpske til det grove og så Debrisoft til det fine,” siger Christina Lindholm.

I visse tilfælde kan fluelarver også være effektive. De bruges især i Storbritannien, men f.eks. også i Finland og Sverige:

”Jeg er stor fan af larver, især hvis der er tale om meget dybe sår, de gør virkelig godt rent,” siger Christina Lindholm.

Aase Fremmelevholm: *Vi bruger dem ikke så meget i Danmark, og hvis vi gør, er det mest på diabetiske fodsår. Risikoen er, at man kommer til at klemme dem ihjel.*

Vigtigt at bevare et fugtigt miljø

Ved tryksår med mange bakterier kan det være nødvendigt at anvende et antiseptisk præparat lokalt i såret. Det kan være medicinsk honning, som er effektivt, hvis tryksåret har mange lugtgener, men især også produkter med polyhexanid (PHMD), jod og sølvholdige midler.

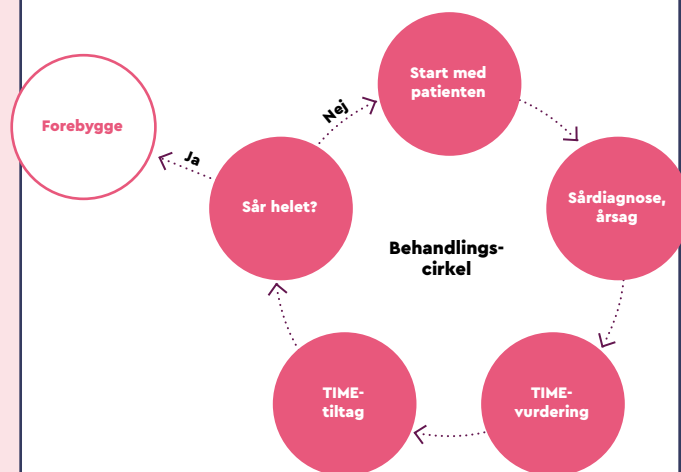
Når først såret er rensat og revideret, er forbindelse af såret næste skridt. Der findes ikke en type forbindelse eller bandage, der passer til alle typer eller stadier af sår. Valget bør derfor ske ud fra en bedømmelse af såret og en række patientrelaterede faktorer. Generelt bør man dog vælge en forbindelse, der bevarer et fugtigt miljø i tryksåret.

TIME-modellen

TIME-modellen er et redskab til at vurdere sår, som indgår i en såkaldt behandlingscirkel for optimering af sår bunden.

BEHANDLINGSCIRKLEN – ET HELHEDSSYN

Behandlingscirklen for optimering af sår bunden. Cirklen anbefaler, at man anlægger et helhedssyn på patient og sår.



T = tissue/vævet i såret

- Er der nekroser? (sorte tørre/fugtige eller gule?)
- Granulationsvæv (rødt)
- Fibrin (gult)
- Epitelvæv (perlemorsagtigt, blankt)
- Seneblottelse/knogleblottelse

I = infection/inflammation

- Rødme, varme, hævelse, smerter, øget sekretion, lugt, biofilm, udseende på forbindelse

M = moisture/fugt:

- Sekretion fra såret (Let, moderat eller kraftig?)
- Udseende (Klart, brunligt, blodigt, gult eller grønt?)
- Lugt (Sødligt, ildelugtende?)

E = Edge/sårkanter

- Underminerede med lommer og fistler
- Hårde, skællende
- Eksem
- Maceration
- Bløde, normale + epitel

(Kilde: 24)

”Fugten er bl.a. nødvendig for, at de raske celler kan leve og dele sig, og den sikrer en hurtigere heling,” forklarer Christina Lindholm.

På markedet findes mange forskellige bandager og produkter, der giver mulighed for fugtig sårbehandling, bl.a. alginat, hydrogel og hydrofiber og en række kombinations- og skumbandager. Bogen ”Sår og sårbehandling – en grundbog i sygeplejen”, der udkom i 2017, giver ifølge Aase Fremmelevholm en god gennemgang af disse, ligesom den også rummer gode gennemgange og beskrivelser af kendte sårtyper og generel sårbehandling (11).

Rivende udvikling i behandlingen af tryksår

Normalt skal en forbindelse skiftes 1-2 gange om ugen, da hyppigere skift kan skade sårbundet. Men forbindelsen skal naturligvis skiftes med det samme, hvis patienten f.eks. oplever gener eller giver udtryk for smerter. Men f.eks. også hvis sårsekretionen øges, og der trænger væske ud under forbindelsen, eller hvis der opstår ubehagelig lugt, som kan være tegn på.

Store tryksår kan desuden med fordel behandles med vakuum, også kaldet Negative Pressure Wound Therapy.

”Store tryksår væsker ofte meget, og undersøgelser viser, at behandling med negativt tryk kan gøre en stor forskel (23). Såret skal stadig holdes fugtigt, men det negative tryk øger cirkulationen i vævet, hvilket accelererer helingsprocessen,” siger Christina Lindholm.

Hun pointerer, at der p.t. foregår en rivende udvikling inden for sårbehandling og teknologi:

”Der sker virkelig meget på området, både i forhold til negativt tryk og til de gode resultater med torsk hud fra Island. Det klippes til efter såret og er med til at sætte fart på helingen pga. det høje indhold af Omega 3-fedtsyrer,” siger Christina Lindholm og fortsætter:

”I dag forskes der også i nye muligheder for at behandle sår med mælkesyrebakterier, der sker virkelig meget på området.” ●

Referencer

1. Lindholm C. Sår. *Studentlitteratur*. Lund. 2. udgave 2012. 3. udgave udgives sommeren 2018.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Oversat til dansk af Hansen B, Fremmelevholm A og Jelnes R 2014. www.epuap.org Besøgt april 2018.
3. Mätning af tryksår i slutenvården. Resultat av mätningar 2017. *Sveriges Kommuner og Landsting (www.skl.se)*
4. Omfang af tryksår. *Baggrundsartikel fra Materiale om forebyggelse og behandling af tryksår*. Udgivet på Hjælpemiddelbasen 08022017. www.hmi-basen.dk Besøgt april 2018.
5. Redelings MD, Lee NE, Sorvillo F. Pressure Ulcers: More lethal than we thought? *Advances in Skin & Wound Care*. 2005. 18(7):367-72.
6. Safe Practices for Better Healthcare – 2009 Update. *National Quality Forum*.
7. Mathiesen ASM, Nørgaard K, Andersen MFB, Møller KM, Ehlers LH. Are labour-intensive efforts to prevent pressure ulcers cost-effective? *Journal of Medical Economics*, 2013;16(10):1238-45.
8. Gefen A, Weihs D. Cytoskeleton and plasma-membrane damage resulting from exposure to sustained deformations: A review of the mechanobiology of chronic wounds. *Medical Engineering & Physics*, 2016;Sep;38(9):828-33.
9. SBU. Svårslåtte sår hos ældre – prevention och behandling. *En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 226. ISBN 978-91-85413-67-6.
10. Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjöden PO. The development of pressure ulcers in patients with hip fractures; inadequate nursing documentation is still a problem. *J Adv Nurs* 2003;31:1115-64.
11. Bermark S, Melby BØ. Sår (Red.) Sår og sårbehandling. *En grundbog i sygeplejen*. FADL's Forlag, København: 2017.
12. Aronovitch SA: Intraoperatively Acquired Pressure Ulcers: Are There Common Risk Factors? *Prevention and treatment of Pressure Ulcers*. OWM - Ostomy Wound Management, 2007;53(2):57-9.
13. Beeckman D, Defloor T, Schoonhoven L, Vanderwee K. Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: a cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2011 Sep;8(3):166-76.
14. Stop tryksår. Tryksårspakken – baggrund og evidens. 2. version. *I sikre hænder*. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. August 2015.
15. Lunde PH, Carstensen B. *Forflytningsteknik i stedet for at løfte*. GAD's forlag, København: 1995.
16. Moore Z, Cowman S, Conroy RM. A randomised controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers. *J Clin Nurs*. 2011;20(17-18):2633-44.
17. Neyens JCL et al.: Arginine-enriched oral nutritional supplementation in the treatment of pressure ulcers: A literature review, *Wound Medicine*. March 2017, Vol 16:46-51.
18. Cereda E, Klersy C, Seriola M, Crespi A, D'Andrea F; *OligoElement Sore Trial Study Group*. A nutritional formula enriched with arginine, zinc, and antioxidants for the healing of pressure ulcers: a randomized trial. *Ann Intern Med*, 2015 Feb 3;162(3):167-74.
19. Stop tryksår. Tryksårspakken – Introduktion, indhold og målinger. *I sikre hænder*. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 3. version. Januar 2017.
20. Hopkins A, Dealey C, Bale S, Defloor T, Worboys F. Patient stories of living with a pressure ulcer. *J Adv Nurs*. 2006 ;Nov;56(4):345-53.
21. Skiveren J, Bermark S (Forfattergruppe). *Klinisk retningslinje for rensning af akutte og kroniske sår: Sæbe, skyllevæsker og skylletryk*. Center for Kliniske Retningslinjer – Clearinghouse, august 2014.
22. Schultz GS, Woo K, Weir D og Yang Q. Effectiveness of a monofilament wound debridement pad at removing biofilm and slough: ex vivo and clinical performance. *Journal of Wound Care*, 2018;2;27(2):80-90.
23. Gupta S, Ichioka S. Optimal use of negative pressure wound therapy in treating pressure ulcers. *Int Wound J* 2012;9 (Suppl. 1):8-16.
24. Dowsett C, Newton H. *Wound bed preparation: TIME in practice*. *Wounds UK* 2005; 1(3):58-70.
25. Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: Skin Changes at Life's End: Final Consensus Statement: October 1, 2009. *Advances in Skin & Wound Care*. 2010;May;23(5):225-36.
26. Maida V, Corbo M, Dolzhykov M, Ennis M, Irani S, Trozzolo L. Wounds in advanced illness: a prevalence and incidence study based on a prospective case series, *Int Wound J*. 2008;Jun;5(2):305-14.

Vi går ind for forebyggelse!

Er du opmærksom på risikoen for udvikling af tryksår hos din patient?

Sætter du tidligt ind med forebyggelse?

Stop tryksår for patientens og økonomiens skyld!

Forebyggelse handler om at aflaste trykket før der opstår tryksår.

Heelift Glide giver effektiv trykaflastning af hælområdet og forebygger sår på hælen. Den er udviklet med feedback fra læger og patienter.

Er skaden sket og et tryksår opstået, kan Heelift Glide også bruges i behandlingen af tryksår.



Bestil
Heelift Glide
på telefon
4589 0225 eller
[www.axel-
madsen.dk](http://www.axel-madsen.dk)

DARCO

AXEL MADSEN^{AS}
HEALTH-CARE

Axel Madsen AS | Højnæsgaard | Gøngehusvej 252 | 2950 Vedbæk | Tlf.: 45 89 02 25
www.axel-madsen.dk

Invacare Soft Tilt er et nyt, unikt system, der aflaster borgere og personale

Soft Tilt er et innovativt system, der sammen med plejesengen *SB755* tilbyder:

- Kontinuerlig, **automatisk trykaflastning**
- Effektiv hjælp til **forflytning** og håndtering af den sengeliggende borgere
- Øget **tryghed og ro** for borgerne

D. 15-17. maj 2018 deltager **Invacare** på fagmessen **Health & Rehab Scandinavia** i Bella Center. Her vil vi bl.a. præsentere **Soft Tilt** og de mange muligheder konceptet tilbyder.

Håber, at vi ses på stand C4-023.



INVACARE A/S

Tlf.: 3690 0000

E-mail: denmark@invacare.com

Sdr. Ringvej 37 - 2605 Brøndby

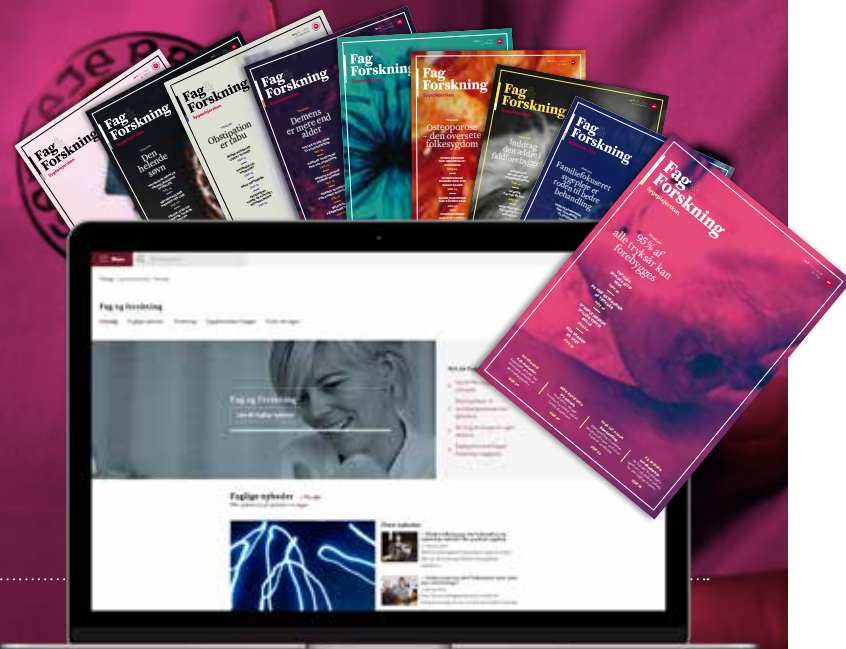


Yes, you can.®

Fag & Forskning

udkommer igen den
3. september 2018.

Indtil da mødes
vi på nettet.



Find flere faglige artikler på dsr.dk/fagogforskning

I mellemtiden kan du læse mange flere sygeplejefaglige artikler på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside. *Fag & Forskning* findes nemlig også online på dsr.dk/fagogforskning. Her kan du løbende holde dig ajour med fagets udvikling gennem daglige nyheder og faglige artikler. Du kan kommentere og debattere både nye og gamle artikler. Og du kan møde sygeplejersker, der blogger om faget og deres oplevelser som sygeplejersker i ind- og udland. Det er også på dsr.dk/fagogforskning, at du har fri adgang til at søge i vores store artikelarkiv med hundredevis af videnskabelige og faglige artikler fra både Sygeplejersken og *Fag & Forskning*.

Adgang til sund kost i arbejdstiden har effekt på humør og kostindtag

Kost. Let adgang til sunde måltider, snack og vand i løbet af arbejdstiden medfører forbedret kostindtag hos medarbejderne.



Leedo E, Beck AM, Astrup A, Lassen AD. **The effectiveness of healthy meals at work on reaction time, mood and dietary intake: a randomized cross-over study in daytime and shift workers at a university hospital.** Br J Nutr. 2017 Jul;118(2):121-129. doi: 10.1017/S000711451700191X

Introduktion: Vores kostvaner påvirker både kognitive præstationer og humøret. En undersøgelse har vist, at sundhedsprofessionelle ofte spiser usundt eller springer måltider over pga. begrænset tid til at tage en pause samt begrænset adgang til sunde måltider og snacks. Formålet var at undersøge effekten af øget tilgængelighed af sunde måltider, vand på flaske og snack i arbejdstiden målt på reaktionstiden, humør og det totale kostindtag hos sundhedsprofessionelle som helhed samt for en undergruppe af personale, som arbejdede i aften- og nattevagter.

Metode: Studiet anvendte et randomiseret cross-over design. I undersøgelsen deltog i alt 60 læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (heraf arbejdede 16 i aften- og nattevagt) fra et dansk universitetshospital september-december 2012. I interventionsperioden på fire uger fik deltagerne et sundt, koldt måltid, en flaske vand og en snack på alle arbejdsdage. Kontrolperioden med vanlig kostindtag var ligeledes fire uger.

Resultater: Undersøgelsen viste, at øget adgang til sunde, kolde måltider, en flaske vand og snack i arbejdstiden havde en positiv effekt på kostindtaget for den samlede gruppe. Ligeledes var der en positiv effekt på flere humørrelaterede parametre for de deltagere, der arbejdede i aften- og nattevagt. Der blev ikke fundet effekt på reaktionstiden.

Diskussion: En styrke ved undersøgelsen var cross-over designet, hvor deltagerne var deres egne kon-

troller, hvilket reducerede påvirkning fra confounder. En svaghed ved undersøgelsen var, at der ikke var noget kompliantstjek af interventionen.

Konsekvenser for praksis: Undersøgelsen viser vigtigheden af, at sundhedsprofessionelle har let adgang til sund kost, vand og snack samt holder deres pauser med henblik på at få et tilstrækkeligt kostindtag. ●



Kirsten Specht, postdoc, klinisk sygeplejespecialist, ph.d., MPH, Ortopædkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge.

Anoro er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).²

Vi er tilsluttet
etisk nævn
for lægemiddelindustrien



KUN ANORO



HAR POSITIVE HEAD-TO-HEAD DATA VS. SPIOLTO*¹

INNOVIVA

*Anoro viste superioritet på det primære endepunkt, ændring i trough FEV₁, sammenlignet med LAMA/LABA Spiolto Respimat (tiotropium/olodaterol) (p<0,001).

Dette var et 8-ugers, multicenter, randomiseret, open-label, to-perioders overkrydsnings, complete-block designet studie til at sammenligne Anoro Ellipta med Spiolto Respimat, én gang dagligt hos symptomatiske patienter med moderat KOL (post-bronkodilatator FEV₁ ≤70 % - ≥50 % af forventet værdi) og som ikke modtog ICS-behandling ved inklusion. Patienter blev randomiseret til at modtage Anoro Ellipta 55/22 µg (én inhalation, én gang dagligt) efterfulgt af Spiolto Respimat 5/5 µg (to pust af 2,5/2,5 µg, én gang dagligt), hver i 8 uger, med en interim på 3 ugers wash-out, eller vise-versa. Det primære endepunkt var ændring fra baseline i through FEV₁ ved uge 8 med en non-inferioritets margin på -50 ml i per-protokol (PP) populationen. Non-inferioritet blev mødt for det primære endepunkt ved uge 8 i per-protokollen (PP) populationen (n=227): (175 ml for Anoro og 122 ml for Spiolto, 95% CI: 26, 80; p<0,001)¹

Referencer:

1. Feldman GJ, et al. *Adv Ther* 2017; 34:doi 10.1007/s12325-017-0626-4.
2. EMA's godkendte produktresumé for Anoro Ellipta, 2017

De mest almindelige bivirkninger ved Anoro Ellipta var nasopharyngitis (9%). Der kan ses kardiovaskulære virkninger, såsom hjertearytmier, f.eks. atriefibrillen og takykardi, efter administration af muskarinreceptorantagonister og sympatomimetika, herunder Anoro Ellipta. Anoro Ellipta bør derfor anvendes med forsigtighed hos patienter med svær kardiovaskulær sygdom.²

Anoro (umeclidinium/vilanterol) inhalationspulver, afdelt

Indikation: Anoro er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Dosering*:** **Voksne:** En inhalation af Anoro 55/22 mikrogram én gang daglig, der skal administreres på samme tidspunkt hver dag. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med svært nedsat leverfunktion. Bør ikke anvendes til behandling af astma eller akutte tilfælde af bronkospasmer. Paradoks bronkospasme kan forekomme og behandlingen bør omgående seponeres. Øget brug af korttidsvirkende bronkodilatorer indikerer dårligere sygdomskontrol og kræver revurdering af patient og behandlingsregime. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med svær kardiovaskulær sygdom, patienter med urinretention og patienter med snærvinklet glaukom. Der bør udvises forsigtighed ved anvendelse af Anoro sammen med andre lægemidler, der også kan medføre hypokaliæmi. Plasmaglukose bør monitoreres tættere hos diabetespatienter. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med konvulsive sygdomme eller tyrotoksidose, samt hos patienter usædvanligt responsive over for beta-2-adrenerge agonister. Bør ikke anvendes til patienter med alvorlig galactoseintolerans, særlig form for hereditær lactasemangel eller glucose-/galactosemalabsorption. **Interaktioner*:** Samtidig brug af både selektive og ikke-selektive beta-2-blokkere bør undgås, da disse kan antagonisere virkningen af vilanterol. Forsigtighed bør udvises ved samtidig administration af potente CYP3A4-hæmmere, da dette kan øge systemisk eksponering af vilanterol. Der forventes ingen klinisk relevant lægemiddelinteraktion ved brug sammen med CYP2D6-hæmmere eller P-gp-hæmmere. Bør ikke anvendes i kombination med langtidsvirkende muskarinantagonister eller andre langtidsvirkende beta-2-agonister, da dette kan forstærke kendte bivirkninger. Samtidig behandling med methylxanthin-derivater eller ikke-kaliumbesparende diuretika kan medføre hypokaliæmisk virkning og skal anvendes

med forsigtighed. **Graviditet og amning*:** Ingen eller begrænsede data ved gravide/ammende kvinder. Fordele af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger*:** *Almindelig:* Urinvejsinfektion, sinuitis, nasopharyngitis, pharyngitis, infektion i øvre luftveje, hovedpine, hoste, orofaryngeale smerter, dysfoni, obstipation, mundtørhed. *Ikke almindelig:* Udslet, tremor, dysgeusi, atriefibrillen, supraventrikulær takykardi, idioventrikulær rhythm, takykardi, supraventrikulære ekstrasystoler, palpitationer. *Sjælden:* Anafylaksi, angioødem, urticaria, sløret syn, glaukom, øget intraokulært tryk, paradoks bronkospasme, urinretention, dysuri, stranguri. **Overdosering*:** En overdosis af umeclidinium/vilanterol kan medføre tegn og symptomer, som følge af de enkelte indholdsstoffers virkninger. Symptomer som ses ved overdosering er de samme som ses ved inhalerede muskarinantagonister eller beta-2-agonister. Ved overdosering skal patienten have understøttende behandling og monitoreres efter behov. **Udlevering:** B. Generelt tilskud

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé. Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos GlaxoSmithKline Pharma A/S, Nykær 68, 2605 Brøndby.

Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Lægemiddelstyrelsen (www.meldenbivirkning.dk) eller GlaxoSmithKline (dk-info@gsk.com).

Anoro findes i følgende pakninger:

Vnr 15 49 76	Inhalationspulver	55/22 mikg/dosis	30 doser
Vnr 16 20 84	Inhalationspulver	55/22 mikg/dosis	3x30 doser

Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk

ANORO ELLIPTA (umeclidinium/vilanterol)

KVINDER BEHANDLET FOR FORSTADIER TIL BRYSTKRÆFT HAR UOPFYLDTE REHABILITERINGSBEHOV

BAGGRUND. Senfølger i form af smerter, føleforstyrrelser og psykologisk belastning er velkendte efter behandling for invasiv brystkræft (IBK). Patienter med ductalt carcinoma in situ (DCIS) modtager en behandling svarende til den ved lavrisiko-IBK.

FORMÅL. Formålet med dette tværsnitstudie var at beskrive prævalensen af postoperative smerter, føleforstyrrelser, psykologisk belastning og rehabiliteringsbehov hos danske kvinder med DCIS.

METODE. 574 kvinder, der var blevet behandlet for DCIS i Danmark i 2013 og 2014, blev inkluderet, og 473 (82 pct.) besvarede et detaljeret spørgeskema om demografiske faktorer, smerter, føleforstyrrelser, psykologiske forhold og rehabiliteringsbehov 1-3 år efter operation.

Svært at forstå diagnosen

Brystkræft. Kvinder, som bliver behandlet for forstadier til brystkræft (DCIS), er usikre på, om de er ramt af kræft.

RESULTATER. Medianalderen var 60 år. I alt 33 pct. af patienterne rapporterede smerter, hvoraf de 12 pct. angav moderate til stærke smerter i operationsområdet. Moderate til stærke smerter var signifikant forbundet med yngre alder (<50 år var OR 4,7 (95 pct. CI: 1,6-14,0, P=0,006), for 50 til 65 år var OR 2,8 (95 pct. CI: 1,1-7,0, P=0,02)) og angst og depression (målt som HADStotal ≥ 15 , hvor OR var 3,1 (95 pct. CI: 1,5-6,3, P=0,003)). Omkring en tredjedel af patienterne rapporterede føleforstyrrelser i form af prikken og stikken (32 pct.), følelsesløshed (37 pct.) og smertefuld kløe (30 pct.), og 94 kvinder (20 pct.) rapporterede om angst, ≥ 8 , 26 (6 pct.) om depression og 51 (11 pct.) om psykologisk belastning.

KONKLUSION. Tværnsitsstudiet viste, at kvinder, der var blevet behandlet for DCIS, oplevede smerter, føleforstyrrelser og psykologisk belastning og havde uopfyldte rehabiliteringsbehov. Der er behov for yderligere forskning, som specifikt adresserer rehabilitering.

I Introduktion

Siden indførelsen af det nationale screeningsprogram for brystkræft i Danmark er antallet af tilfælde af duktalet carcinoma in situ (DCIS) steget betydeligt. Der er flere end 450 nye tilfælde hvert år, og

antallet af DCIS-overleverer er hastigt voksende. Denne stigning ses også i USA, det øvrige Europa, Australien og andre højindkomstlande, hvor DCIS udgør 11-25 pct. af de screeningspåviste brystkræfttilfælde (1).

DCIS er en ikke-invasiv tilstand i brystet. Behandlingen af DCIS minder om loco-regional behandling af invasiv brystkræft (IBK) og kan omfatte brystbevarende operation (BCS), mastektomi (fjernelse af hele brystet), fjernelse af sentinel node (SN) og strålebehandling af brystet (RT). Disse behandlingsmodaliteter kan forårsage kroniske smerter, føleforstyrrelser og funktionsbegrænsninger hos kvinder med IBK (2,3). Desuden kan mastektomi føre til psykologisk belastning i forbindelse med ændret kropsbillede og udseende hos brystkræftpatienter (4). Endelig viste et dansk studie, at 43 pct. af IBK-patienterne rapporterede om moderat til stærk psykologisk belastning på diagnosetidspunktet (5).

Patienterne har svært ved at forstå DCIS-diagnosen og årsagerne til den omfattende behandling (6,7). Dette kan føre til forvirring om, hvad DCIS er, og til en fejlagtig opfattelse af den fremtidige brystkræftisiko, angst og væsentlig psykologisk belastning (8,9).

Nyere studier har sat spørgsmålstegn ved brugen af udtrykket "carcinoma in situ", da dette kan føre til misforståelser og forvirring hos både patienter og sundhedspersoner, der har svært ved at skelne kræft fra tilstande, der ikke er kræft (10).

FORFATTERE



**BIRGITTE
GOLDSCHMIDT
MERTZ**

Klinisk forskningssygeplejerske, SD, Brystkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet. Modtog i 1999 Nightingaleprisen for etablering af det gode patientforløb for kvinder med brystkræft.

birgitte.mertz@regionh.dk



**HELLE MOLTER
DURIAUD**

Projektsygeplejerske, Brystkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet.



NIELS KROMAN

Cand.med. 1988. Klinikchef Brystkirurgisk klinik Rigshospitalet fra 2008-2010, chef-læge ved Kræftens Bekæmpelse og professor ved Brystkirurgisk sektion, Herlev/Rigshospitalet.



**KENNETH
GEVING
ANDERSEN**

Cand.med. 2008, ph.d. 2014, Enhed for Kirurgisk Patofysiologi, Rigshospitalet.

Tak

Dette studie blev støttet af Danielsens Fond (bevillingsnummer 10-001430) og Tværsektoriel Forskningsenhed. Ingen af finansieringskilderne havde indflydelse på hverken studiets design eller indsamling, analyse og tolkning af data.

Erklæring om interessekonflikt

Ingen af forfatterne har nogen interessekonflikt.

Etisk godkendelse

Studiet var godkendt af Datatilsynet (j.nr. 2012-58-0004).

Læs også baggrundsartiklen "Er det kræft eller hvad?" på siderne 48-49.

I et tidligere lille eksplorativt studie af kvinder med DCIS, som havde fået foretaget SN, fandt vi ligeledes, at kvinder med DCIS beskrev vanskeligheder med at forstå diagnosen, hvilket førte til psykiske problemer og behov for rådgivning. Der var endvidere tegn på senfølger svarende til dem hos IBK-patienter (ikke offentliggjort materiale; se note under referencer).

I Danmark henvises brystkræftpatienter til kommunal fysisk og psykosocial rehabilitering efter diagnosticering og behandling, mens der ikke tilbydes systematisk rehabilitering eller psykosocial støtte til kvinder med DCIS. Derfor forekommer det vigtigt at



opnå mere omfattende viden om både hyppigheden og karakteren af senfølger efter DCIS-behandling med henblik på at planlægge målrettet rehabilitering.

Formålet med dette tværsnitstudie var derfor at beskrive prævalensen af kroniske smerter, føleforstyrrelser, psykologisk belastning, angst, depression og rehabiliteringsbehov i en større gruppe danske kvinder, der var blevet behandlet for DCIS.

ORDFORKLARINGER

Brystbevarende operation (BCS): Ved en brystbevarende operation fjernes hele det mistænkte område og cirka ½ cm af brystvævet omkring knuden.

DBCG: Danish Breast Cancer Cooperative Group vedligeholder bl.a. en klinisk database, hvortil danske afdelinger systematisk indberetter oplysninger om diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræftpatienter.

Ductal Carcinoma In Situ (DCIS): Celleforandringer opstået i brystets udførselsgange. Celleforandringerne er forstadier til brystkræft. Sammenhængen mellem DCIS og brystkræft er ikke helt afklaret, men det skønnes, at hvis man ikke bliver opereret, vil 30-50 pct. af kvinder med DCIS udvikle brystkræft inden for en 10-års periode. Prognosen efter behandling for DCIS er god. Fjernelse af brystet medfører tæt på 100 pct. lokal sygdomskontrol.

Invasiv brystkræft (IBK): Brystkræft opstår oftest i en mælkegang og kan efterhånden nedbryde mælkegangens væg og vokse ind i omkringliggende væv, hvilket betegnes invasiv vækst. Loco-regional behandling: Lokal behandling af bryst og lymfeknuder i armhulen.

Sentinel node biopsi: Sentinel node er betegnelse for den lymfeknude, der først modtager lymfe fra brystet. Den kaldes også skildvægtslymfeknuden og findes ved at injicere et radioaktivt sporstof i brystet omkring tumor.

Strålebehandling af brystet (RT): Efter brystbevarende operation for DCIS er strålebehandling standard. Strålebehandlingen er forebyggende og har det formål at slå eventuelle celleforandringer ihjel.



Studiedesign

I alt 574 kvinder er blevet registreret i Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)-databasen (11) som behandlet for DCIS i Danmark i 2013 og 2014. Det aktuelle studie var et

tværsektorielt spørgeskemastudie. Spørgeskemaet blev sendt til alle egnede patienter i januar 2016. De, der ikke svarede, modtog spørgeskemaet én gang til. Dataindsamlingen blev afsluttet ultimo marts 2016. Studiet blev udført på Brystkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet, København, i overensstemmelse med loven om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter. Studiet var godkendt af Datatilsynet (j.nr. 2012-58-0004).

Deltagere

Alle patienter, som var registreret med DCIS, var egnede. Eksklusionskriterier var patienter, som efterfølgende havde fået en malign diagnose, ikke kunne forstå dansk eller havde demens. Data om diagnose, malignitet, behandling og død blev udtrukket fra DBCG-databasen. Da disse data var ufuldstændige, blev der indsamlet supplerende data fra elektroniske patientjournaler.

Behandling

Patienterne var behandlet i henhold til DBCG-protokol (11) – enten med mastektomi eller BCS. SN blev udført hos mastektomerede patienter samt hos BCS-patienter, hvis DCIS havde tumorkarakteristika, DCIS-området var større end 50 mm ved mammografi, ved mistanke om invasiv sygdom ud fra billeddiagnostik og ved Van Nuys gruppe 3-DCIS. BCS-patienter blev behandlet med RT i det resterende bryst. Patienter behandlet med mastektomi fik tilbudt brystrekonstruktion.

Resultatmål

Det primære resultatmål var prævalensen af kroniske smerter efter operation fordelt på veldefinerede behandlingsgrupper 1-3 år efter operation. Moderate til stærke smerter efter behandling for DCIS blev defineret som smerter i brystområdet, armhulen, siden af kroppen og armen i den opererede side og med

en smerteintensitet på ≥ 4 på en numerisk bedømmelsesskala fra 0 til 10. Det anvendte skæringspunkt understøttes af et studie af cut-off-værdier i forbindelse med postoperative smerter (12). Kun smerter på ugentlig basis eller oftere blev betragtet som persisterende smerter.

Sekundære resultatmål var føleforstyrrelser bedømt ved hjælp af syv spørgsmål udarbejdet til brystkræftkohorten (13) og psykologisk belastning, angst og depression samt rehabiliteringsbehov. Psykologisk belastning blev målt med belastnings-termometeret (DT – Distress Thermometer), som er en numerisk skala fra 0 (ingen belastning) til 10 (ekstrem belastning). Der blev anvendt en score på ≥ 7 , da den har vist sig at identificere patienter med moderat til stærk belastning (14).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er et almindeligt anvendt mål for angst og depression hos kræftpatienter (15). HADS er en 14-punktsskala, som måler angst og depression separat på to under-skalaer. Scorerne fra de to skalaer summeres ofte til en samlet score, som er et mål for emotionel belastning (16). De her anvendte cut-off-værdier er HADStotal ≥ 15 , HADSangst ≥ 8 og HADSdepression ≥ 8 (15).

Desuden blev helbredsrelateret livskvalitet bedømt ved hjælp af skalaerne for overordnet helbredstilstand, fysisk funktion, rollefunktion og emotionel funktion og en sumscore på European Organisation for Research and Treatment of Cancer's QLQ-C30 (17).

Behovet for rehabiliteringsydelse blev bedømt ved hjælp af elementer udformet til et tidligere studie blandt brystkræftpatienter (18) og drejede sig om behovet for samtale med sundhedspersoner på og uden for hospitalet, patientundervisning og kontakt med andre patienter. Deltagerne blev bedt om at angive alle oplevede behov.

Demografiske data, behandlingsoplysninger og sygdomsspecifikationer blev hentet fra DBCG-databasen. Data om psykosociale faktorer, smerter, føleforstyrrelser og rehabiliteringsbehov blev indsamlet fra spørgeskemaet.

Statistik

Statistisk analyse blev udført ved hjælp af SAS 9.4 til Windows (SAS Institute, Cary, NC, USA). Normalitet blev bedømt ved hjælp af Kolmogorov-Smirnov-testen og af Shapiro-Wilk-testen, af histogrammer og Q-Q-plot. Alle værdier blev udtrykt som antal patienter, procenter, gennemsnit for normalfordelte data med 95 pct. konfidensintervaller (95 pct. CI) og medianer for ikke-normalfordelte data med interkvartile spændvidder (IQR). Andele blev testet ved hjælp af χ^2 eller Fishers eksakte test. Bivariat sammenligning af NRS (numerisk bedømmelsesskala) -værdier mellem grupperne blev analyseret med Mann-Whitney-Wilcoxon-te-

sten og for tre eller flere grupper med Kruskal-Wallis-testen. En P-værdi på 0,05 blev betragtet som statistisk signifikant.

Behandlingsgrupper blev defineret ud fra behandling ifølge behandlingsprotokollen. Patienter, der afveg fra protokollen, blev placeret i en separat gruppe for at holde de andre sammenlignelige og homogene.

Behandlingsfaktorer og patientrelaterede faktorer, der var forbundet med smerter i univariate analyser, blev indsat i en binær logistisk regressionsmodel. Data for patienter med afvigelse fra behandlingsprotokollen blev ikke analyseret.

Faktorer, der blev medtaget i modellen, var behandlingsform og alder grupperet i <50, 50-65 og >65 år. HADStotal (≥ 15 vs. <15) blev medtaget i modellen som følge af et lavere antal manglende data i forhold til DT. Justerede odds ratioer og konfidensintervaller blev beregnet, og Wald χ^2 -testen blev anvendt til at signifikanteste hver parameter.

R Resultater

Deltagere

I alt 574 blev fundet i DBCG-databasen, hvoraf 23 blev ekskluderet som følge af IBK- eller en anden kræftdiagnose, eller fordi de ikke kunne forstå eller besvare spørgeskemaet.

78 patienter svarede ikke, og 473 kvinder (82 pct.) besvarede således spørgeskemaet 12-36 måneder



Patienterne har svært ved at forstå DCIS-diagnosen og årsagerne til den omfattende behandling.

(median 24) efter operation. Deres medianalder var 60 år. Omkring en tredjedel af deltagerne havde fået foretaget mastektomi og SN, BCS og SN hos en anden tredjedel og kun BCS hos den sidste tredjedel. BCS-patienterne havde modtaget adjuverende RT, se tabel 1.

Smerter

I alt 154 (33 pct.) af patienterne rapporterede smerter i hvilke ugentligt eller oftere i et eller flere af de fire foruddefinerede områder, og 57 (12 pct.) angav moderate til stærke smerter. Tabel 2 viser smerter i forskellige kropsområder fordelt på behandlingsmodaliteter. Patienter, der havde fået foretaget mastektomi med SN og brystrekonstruktion, rapporterede flest smerter i brystet (lette smerter: 26 pct., moderate til stærke smerter: 11 pct.) og siden af brystkassen (lette smerter: 18 pct., moderate til stærke smerter: 10 pct.). Ved univariat analyse havde signifikant flere patienter med rekonstruktion smer-

Tabel 1. Populationskarakteristika

Populationskarakteristika for 574 patienter, som blev behandlet for ductalt carcinoma in situ i Danmark i 2013 og 2014.

	Inkluderet	Ekskluderet	Intet svar	I alt
N (%)	473 (82)	23 (4)	78 (14)	574
Alder, år, median (IQR)	60 (14)	59 (15)	62 (16)	60 (14)
Behandling, N (%)				
Mastektomi og SN	141 (30)	10 (44)	16 (21)	167 (29)
BCS og SN og strålebehandling	157 (33)	3 (13)	22 (28)	182 (32)
BCS og strålebehandling	150 (32)	5 (22)	22 (28)	177 (31)
Uden for protokol	25 (5)	5 (20)	10 (13)	40 (7)
Manglende behandlingsdata	0	0	5 (6)	5
Tid fra operation til spørgeskema, måneder, median (IQR, spændvidde)**	24 (13, 12-36)	21 (12, 13-36)	24,5 (13, 12-36)	24 (11, 12-36)

Forkortelser: **N**: antal, **IQR**: interkvartil spændvidde, **SN**: sentinel node-biopsi, **BCS**: brystbevarende operation.

*Patienter, der blev behandlet uden for protokollen, omfatter BCS-patienter, der valgte ikke at modtage strålebehandling, og mastektomipatienter, for hvem der ikke blev registreret en SNB-procedure.

**Tid fra operationsdatoen til datoen, hvor spørgeskemaet blev afsendt.



ter ($P=0,048$). Der var imidlertid ingen signifikant forskel i smerteintensitet ($P=0,06$). Der blev ikke fundet signifikant effekt af behandlingsformen med en logistisk regressionsmodel for moderate til stærke smerter i operationsområdet, se tabel 3. Yngre alder var signifikant forbundet med moderate til stærke smerter. Patienter i alderen 50 til 65 år havde en odds ratio (OR) på 2,8 (95 pct. CI: 1,1-7,0, $P=0,02$), og patienter på <50 år havde en OR på 4,7 (95 pct. CI: 1,6-14,0, $P=0,006$) ved sammenligning med dem over 65 år. Desuden var angst og depression målt som HADS total ≥ 15 signifikant forbundet med moderate til stærke smerter med en OR på 3,1 (95 pct. CI: 1,5-6,3, $P=0,003$).

Føleforstyrrelser

I alt 299 (63 pct.) af patienterne rapporterede om føleforstyrrelser: Prikken og stikken (33 pct.), følelse

af elektrisk stød eller jag, (20 pct.), varme eller en brændende fornemmelse (12 pct.), følelseløshed (37 pct.), smerter fremkaldt enten af let berøring (13 pct.) eller kulde (9 pct.).

Patienter behandlet med mastektomi og rekonstruktion havde signifikant højere hyppighed af prikken og stikken ($P<0,0001$), elektriske stød ($P=0,02$) og følelseløshed ($P<0,0001$). De, der havde fået foretaget BCS uden SN, havde færrest føleforstyrrelser, se bilag 1. <bilaget findes ved denne artikel på dsr.dk>

Psykologiske faktorer og livskvalitet

Middelværdierne for livskvalitet er vist i bilag 2-bilaget findes ved denne artikel på dsr.dk> sammen med resultaterne for psykologiske faktorer. I alt 94 kvinder (20 pct.) rapporterede om angst (HADSangst ≥ 8), 26 (6 pct.) om depression (HADSdepression ≥ 8) og 51 (11 pct.) om psykologisk belastning ($DT\geq 7$).

Tabel 2. Oplevede smerter

Smerter oplevet ugentligt i operationsområdet hos 473 patienter, som var blevet behandlet for ductalt carcinoma in situ 1-3 år tidligere.

	Mastektomi og SN		BCS og strålebehandling		Uden for protokol	I alt
	Ingen rekonstruktion N=80	Rekonstruktion N=61	SN N=157	-SN N=150	N=25	473
Maksimalt smerter, N (%)						
Ingen smerter	58 (73)	32 (54)	100 (64)	104 (69)	23 (92)	317 (67)
Lette smerter	13 (16)	20 (33)	33 (21)	30 (20)	1 (4)	97 (21)
Moderate til stærke smerter	8 (10)	9 (15)	23 (15)	16 (11)	1 (4)	57 (12)
Bryst, N (%)						
Ingen smerter	65 (81)	38 (62)	113 (72)	110 (73)	23 (92)	349 (74)
Lette smerter	10 (13)	16 (26)	26 (17)	32 (21)	1 (4)	85 (18)
Moderate til stærke smerter	4 (5)	7 (11)	17 (11)	8 (5)	1 (4)	37 (8)
Siden af brystkassen, N (%)						
Ingen smerter	65 (81)	44 (72)	133 (84)	138 (92)	24 (92)	404 (85)
Lette smerter	11 (14)	11 (18)	14 (9)	5 (3)	1 (4)	42 (1)
Moderate til stærke smerter	3 (4)	6 (10)	9 (6)	7 (4)	0 (4)	25 (5)
Armhule, N (%)						
Ingen smerter	70 (88)	52 (85)	133 (85)	139 (93)	24 (92)	418 (88)
Lette smerter	4 (5)	7 (11)	11 (7)	7 (5)	1 (4)	31 (7)
Moderate til stærke smerter	5 (6)	2 (3)	12 (8)	4 (3)	0	22 (5)
Arm, N (%)						
Ingen smerter	71 (89)	52 (85)	142 (91)	141 (94)	24 (92)	430 (91)
Lette smerter	1 (1)	5 (8)	4 (3)	0 (0)	1 (4)	11 (2)
Moderate til stærke smerter	7 (8)	4 (7)	10 (6)	9 (6)	0	30 (6)
Antal smertesteder, median (IQR)	2 (1)	2 (1,5)	2 (2)	1 (1)		2 (2)

Forkortelser: **SN**: sentinel node-biopsi, **BCS**: brystbevarende operation, **IQR**: interkvartil spændvidde. **NRS**: numerisk bedømmelsesskala. Lette til moderate smerter: NRS 1-3, moderate til stærke smerter: NRS 4-10.

Rehabiliteringsbehov

29 pct. af patienterne angav uopfyldte behov, se tabel 4. Når de blev bedt om at angive, hvilken form for støtte/behandling de havde mest behov for, satte flere end 50 pct. kryds ved samtale med en læge eller sygeplejerske, og 33 pct. satte kryds ved samtale angående (patientens) tanker og følelser.

En stor andel rapporterede om behov for undervisning i afslapning/meditation (24 pct.), undervisning af fysioterapeut (30 pct.) og skriftligt informationsmateriale (17 pct.). Endelig angav 14 pct., at de havde behov for rådgivning i sundhedscentre, og 28 pct. ønskede kontakt med andre patienter i samme situation.



I dette tværsnitstudie blandt 473 danske kvinder, som var blevet behandlet for DCIS, fandt vi, at 33 pct. rapporterede smerter, og 12 pct. angav moderate til stærke smerter 1-3 år efter primær operation. Så

vidt vi ved, har ingen andre studier specifikt undersøgt smerter hos DCIS-patienter, hvorimod det er påvist, at kroniske smerter efter brystkræftoperation er et stort problem hos en stor del af brystkræftpatienterne (2,3) op til syv år efter operation (19).

Prævalensen af kroniske smerter i operationsområdet svarer til det, der er set hos brystkræftpatienter med tilsvarende behandling (2,3,20). Resultaterne er direkte sammenlignelige med studier med IBK-patienter og samme spørgeskema - hhv. et prospektivt studie, hvor 42 pct. havde smerter, og 14 pct. moderate til stærke smerter (3), og et tværsnitstudie med SN-behandlede patienter, hvor 14 pct. havde moderate til stærke smerter. Vi fandt desuden, at smerter var stærkt forbundet med yngre alder og høje HADS_{total}-scorer. Yngre alder er også blevet anerkendt som prædikator for kroniske smerter efter brystkræftoperation (3). Univariat analyse pegede på, at der var flere smerter hos patienter med rekonstrueret bryst - med tendens til højere smertescore (P=0,06). Dette blev imidlertid afkræftet af den justerede model, idet der ikke var forskel på behandlingsgrupperne, hvilket støttes af IBK-patientrelateret forskning (21).

Fundet af en sammenhæng mellem psykologiske faktorer og persisterende smerter støttes af tilsvarende fund for IBK-patienter (3). Det er blevet foreslået, at psykologisk belastning kan være prædikator for persisterende smerter (22), og et randomiseret kontrolleret studie om brug af mindfulness indikerede, at dette har en gavnlig virkning på kroniske smerter (23) og dermed kan være en behandlingsmulighed.

Tabel 3. Binær logistisk regressionsmodel

Binær logistisk regressionsmodel for moderate til stærke smerter i hvile i operationsområdet for 473 patienter behandlet for ductalt carcinoma in situ.

	Wald χ^2	Adj. OR	95 % CI	p
Aldersgruppe (år)				
Alder, år, median (IQR)				
Alder <50	7,6	4,7	1,6-14,0	0,006
Alder 50-65	5,1	2,8	1,1-7,0	0,024
Alder >65		1		
Behandlingsform				
Mastektomi og SNB	0,1	1,2	0,5-2,9	0,7
Mastektomi, rekonstruktion og SNB	0	0,8	0,4-2,4	0,9
BCS og SN og strålebehandling	1,1	1,5	0,7-2,9	0,3
BCS og strålebehandling		1		
Angst og depression				
HADS _{total} (afskæring ≥ 15)	9,1	3,1	1,5-6,3	0,003

Forkortelser: **BCS:** brystbevarende operation, **SN:** sentinel node-biopsi, **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale. Binær logistisk regressionsanalyse for rapporterede moderate til stærke smerter (NRS ≥ 4) oplevet ugentligt eller oftere.

Complete case-analyse: To patienter med manglende data om resultatmålet. En patient med manglende HADS-data og 25 patienter behandlet uden for protokollen blev ekskluderet fra analysen.

Med hensyn til føleforstyrrelser viser vores fund, at 37 pct. af patienterne rapporterede om følelsesløshed 1-3 år efter operation. Igen fandt vi ingen andre studier om emnet for DCIS-patienter, men dette fund er i tråd med en oversigtsartikel af Verbelen et al., der viser en incidens af følelsesløshed på 8-5 pct. for sentinel node-negative IBK-patienter (24).

Mejdahl et al. har også fundet, at 39 pct. af 2.411 danske brystkræftpatienter, der havde fået foretaget mastektomi og SN, rapporterede om føleforstyrrelser 5-7 år efter operation (19).

Resultaterne er direkte sammenlignelige med et studie med IBK-patienter og samme spørgeskema, der viste, at 32 pct. af de SN-behandlede patienter rapporterede om prikken og stikken (13).

Selv om vi ikke fandt studier med fokus på smerter og føleforstyrrelser hos DCIS-patienter, findes der imidlertid nogle få studier, hvor generel fysisk funktion blev anvendt som resultatmål for DCIS-patienter. Ganz fandt, at kvinder med DCIS rapporterede om dårligere fysisk funktion end raske kvinder, og at ømhed og smerter i bevægeapparatet var hovedårsagen (8).



Lauzier et al. fandt derimod ingen signifikante forskelle efter 12 måneder ved sammenligning af DCIS-patienter med IBK-patienter uden adjuverende kemoterapi (9).

Vi fandt ingen nedsatte værdier hverken for overordnet helbredstilstand, fysisk funktion, rollefunktion eller emotionel funktion i forhold til danske standardværdier indsamlet fra 608 raske danske kvinder (gennemsnitlige standardscorer: henholdsvis 74,8, 86,3, 88,1 og 77,2) (25).

Vores resultater viste, at i alt 20 pct. rapporterede om angst. Dette er i tråd med andre fund (9,26) og kan være relateret til overdreven risikopfattelse. Partridge et al. fandt, at en væsentlig andel af DCIS-patienterne havde markante fejlopfattelser af risikoen både for recidiverende DCIS og invasiv kræft, og at overdreven risikopfattelse var stærkt forbundet med psykologisk belastning (26).

I vores tidligere studie afslørede interview ligeledes vanskeligheder med at forstå diagnosen, som førte til psykiske problemer og behov for rådgiv-

ning (ikke offentliggjort materiale - se note under Referencer).

Patienterne i den aktuelle kohorte angav f.eks. behov for samtale med en læge eller sygeplejerske, undervisning af en fysioterapeut samt kontakt med andre patienter i samme situation under sygdomsforløbet. Disse fund understreger behovet for passende støtte, og det ser især ud til at være vigtigt at hjælpe patienterne med at forstå tilstanden DCIS. Sundhedspersoner skal identificere patienternes psykologiske belastning og mulige fejlopfattelser under sygdomsforløbet, og der bør tilbydes rehabiliteringsydelse.

I de senere år er der gjort forsøg på at stoppe brugen af udtrykket "carcinoma in situ" for dermed potentielt at reducere omfanget af fejlopfattelser af diagnosen og psykologiske senfølger (10). Pravettoni et al. argumenterer for at stoppe brugen af "carcinoma" eller "karcinom" for sygdomme, der ikke kan metastasere (10). Dette virker som en god idé, men yderligere forskning kan være påkrævet.

Vores studies styrke omfatter det tværsektorielle design, som muliggjorde brug af en stor, velbeskrevet population, der blev behandlet i forskellige egne af landet, og en høj responsrate. Patienterne blev desuden behandlet efter de samme landsdækkende retningslinjer. Så vidt vi ved, er dette studie endvidere det første til at undersøge kroniske smerter og føleforstyrrelser og bidrager dermed til den meget sparsomme viden om fysiske problemer efter DCIS. Studiet er begrænset af, at spørgeskemaet kun blev besvaret én gang, af manglende præoperativ information og af, at den tværsektorielle karakter udelukker viden om kausalitet og udvikling over tid.

Det skal afslutningsvis bemærkes, at vores resultater viser, at 33 pct. af patienter behandlet for DCIS rapporterede smerter, og 12 pct. om moderate til stærke smerter i brystet, siden af brystkassen, i armhulen eller armen ugentligt eller oftere 1-3 år efter operation, og at smerterne var signifikant forbundet med yngre alder og psykologiske faktorer. Derudover rapporterede 32 pct. om prikken og stikken, 37 pct. om følelseløshed og 30 pct. om smertefulde kløe.

I alt 94 kvinder (20 pct.) rapporterede om angst, og næsten en tredjedel af patienterne havde uopfyldte rehabiliteringsbehov. Fundene understreger behovet for passende støtte og rehabiliteringstilbud til den voksende gruppe af DCIS-overlevende. Der er behov for yderligere forskning, som specifikt adresserer rehabilitering efter diagnose og behandling af DCIS. ●

Læs også baggrundsartiklen "Er det kræft eller hvad?" på de næste to sider.

Tabel 4. Rehabiliteringsbehov

Rehabiliteringsbehov hos 473 patienter, som var blevet behandlet for duktalt carcinoma in situ 1-3 år tidligere.

Spørgsmål	N (%)
Har du savnet/savner du nogen form for vejledning, rådgivning, støtte, hjælp eller andet i forhold til fysiske, psykologiske eller sociale symptomer/problemer?	
Ja i høj grad	25 (5)
Ja i nogen grad	53 (11)
Ja, men kun lidt	62 (13)
Nej slet ikke	247 (52)
Ved ikke/ikke relevant	86 (18)
Tænk på de behov for støtte du har haft, siden du afsluttede din behandling. Hvis du selv kunne vælge, hvilken form for støtte/behandling ville du så helst benytte dig af? (gerne flere krydser)	
Samtale	
Samtale med læge eller sygeplejerske angående min sygdom	271 (57)
Samtale med psykolog angående tanker og følelser	147 (31)
Samtale med socialrådgiver omkring arbejde/økonomi	28 (6)
Undervisning	
Undervisning omkring min sygdom og behandling	76 (16)
Undervisning i afslapning/meditation	112 (24)
Undervisning af fysioterapeut	142 (30)
Undervisning i fysisk aktivitet	63 (13)
Skriftligt informationsmateriale om sygdom og behandling	81 (17)
Ingen	52 (11)
Rådgivning/kontakt	
Tilbud fra patientforeninger	66 (14)
Tilbud fra sundhedscentre	101 (21)
Kontakt med andre patienter i samme situation som mig	131 (28)

Referencer

1. Virnig BA, Tuttle TM, Shamlilian T, Kane RL. Ductal carcinoma in situ of the breast: a systematic review of incidence, treatment, and outcomes. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:170-78.
2. Gartner R, Jensen MB, Nielsen J et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 2009;302:1985-92.
3. Andersen KG, Kehlet H. Persistent Pain After Breast Cancer Treatment: A Critical Review of Risk Factors and Strategies for Prevention. *J Pain* 2011;12:725-46.
4. Lam WW, Li WW, Bonanno GA et al. Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast Cancer Res Treat* 2012;131:957-67.
5. Mertz BG, Bistrup PE, Johansen C, et al. Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2011;16:439-43.
6. Kennedy F, Harcourt D, Rumsey N. The shifting nature of women's experiences and perceptions of ductal carcinoma in situ. *J Adv Nurs* 2012;68:856-67.
7. Prinjha S, Evans J, Ziebland S, McPherson A. "A mastectomy for something that wasn't even truly invasive cancer". Women's understandings of having a mastectomy for screen-detected DCIS: a qualitative study. *J Med Screen* 2011;18:34-40.
8. Ganz PA. Quality-of-life issues in patients with ductal carcinoma in situ. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010;2010:218-22.
9. Lauzier S, Maunsell E, Levesque P et al. Psychological distress and physical health in the year after diagnosis of DCIS or invasive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2010;120:685-91.
10. Pravettoni G, Yoder WR, Riva S, et al. Eliminating "ductal carcinoma in situ" and "lobular carcinoma in situ" (DCIS and LCIS) terminology in clinical breast practice: The cognitive psychology point of view. *Breast* 2016;25:82-85.
11. Moller S, Jensen MB, Ejlersen B et al. The clinical database and the treatment guidelines of the Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG); its 30-years experience and future promise. *Acta Oncol* 2008;47:506-24.
12. Gerbershagen HJ, Rothaug J, Kalkman CJ et al. Determination of moderate-to-severe postoperative pain on the numeric rating scale: a cut-off point analysis applying four different methods. *Br J Anaesth* 2011;107:619-26.
13. Andersen KG, Christensen KB, Kehlet H, Bidstrup PE. The Effect of Pain on Physical Functioning after Breast Cancer Treatment: Development and Validation of an Assessment Tool. *Clin J Pain* 2015; 31: 794-802.
14. Bidstrup PE, Mertz BG, Dalton SO, et al. Accuracy of the Danish version of the "distress thermometer". *Psychosomatics* 2011;21:436-43.
15. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
16. Vodermaier A, Millman RD. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 2011;19:1899-1908.
17. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85:365-76.
18. von Heymann-Horan AB, Dalton SO, Dziekanska A et al. Unmet needs of women with breast cancer during and after primary treatment: a prospective study in Denmark. *Acta Oncol* 2013;52:382-90.
19. Mejdahl MK, Andersen KG, Gartner R et al. Persistent pain and sensory disturbances after treatment for breast cancer: six year nationwide follow-up study. *BMJ* 2013; 346:f1865.
20. Bruce J, Thornton AJ, Powell R, et al. Psychological, surgical, and sociodemographic predictors of pain outcomes after breast cancer surgery: a population-based cohort study. *Pain* 2014;155:232-43.
21. Klit A, Mejdahl MK, Gartner R et al. Breast reconstruction with an expander prosthesis following mastectomy does not cause additional persistent pain: a nationwide cross-sectional study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013;66:1652-58.
22. Mejdahl MK, Mertz BG, Bidstrup PE, Andersen KG. Preoperative Distress Predicts Persistent Pain After Breast Cancer Treatment: A Prospective Cohort Study. *J Natl Compr Canc Netw* 2015;13:995-1003.
23. Johannsen M, O'Connor M, O'Toole MS, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Late Post-Treatment Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* 2016;34:3390-99.
24. Verbelen H, Gebruers N, Eeckhout FM et al. Shoulder and arm morbidity in sentinel node-negative breast cancer patients: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 2014;144:21-31.
25. Klee M, Groenwold M, Machin D. Quality of life of Danish women: population-based norms of the EORTC QLQ-C30. *Qual Life Res* 1997;6:27-34.
26. Partridge A, Adloff K, Blood E et al. Risk perceptions and psychosocial outcomes of women with ductal carcinoma in situ: longitudinal results from a cohort study. *J Natl Cancer Inst* 2008;100:243-51.

Note

"Ikke offentliggjort materiale" er siden blevet publiceret: Mertz BG, Duriaud HM, Kroman N, Andersen KG. Pain, Sensory Disturbances, and Psychological Distress among Danish Women Treated for Ductal Carcinoma in Situ: An Exploratory Study. *Pain Manag Nurs* 2017; Oct;18(5):309-17).

Har du brug for direkte links til dokumenterne i referencelisten, så findes artiklen også i en digital udgave på dsr.dk/fagogforskning. Her er artiklen forsynet med de links, forfatterne har angivet.

Brystkræft.

Kvinder med forstadier til brystkræft kan opleve fysiske og psykologiske senfølger. Problemet er ikke alment kendt, og kvinderne lades måske i stikken af personale i både primær og sekundær sektor.

Er det kræft, eller hvad?



BIRGITTE GOLDSCHMIDT MERTZ, klinisk forsknings- og udviklingssygeplejerske



HELLE MOLTER DURIAUD, projektsygeplejerske, brystkirurgisk afdeling, Rigshospitalet

I Danmark screenes i dag for brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft, og forskere arbejder på at finde enkle metoder til fremtidig screening for æggestok-, prostata- og lungekræft. Flere og flere danskere deltager i screeninger og diagnosticeres således med forskellige former for kræftforstadier.

Samtidig er der kun sparsom viden om, hvordan patienterne egentlig oplever at få en sådan diagnose. I brystkirurgisk afdeling har vi ønsket at afdække, hvordan kvinder med forstadier til brystkræft, ductalt karcinom in situ, (DCIS), har det i de første år efter behandlingen. Vi har primært fokuseret på psykologisk belastning, angst og smerter samt behov for rehabilitering i patientgruppen.

Vi udførte først et eksplorativt studie med både kvantitative analyser og interview for at belyse kvindernes oplevelser efter diagnose og behandling for DCIS. Resultaterne dannede udgangspunkt for det spørgeskema, vi benyttede i det efterfølgende studie, som kan læses i dette nummer af *Fag&Forskning*, læs peer reviewed-artiklen "Svært at forstå diagnosen" på de foregående sider.

En vanskelig diagnose

DCIS er en non-invasiv tilstand i brystet. Diagnosen stilles oftest ved screening, og kvinderne har sjældent mærket symptomer. Kun få har hørt om forstadier til brystkræft, og mange har svært ved at forstå diagnosen. Er det kræft eller ej? Det skaber forvirring og kan forekomme paradoksalt at få tilbudt en ret ekstensiv behandling for en tilstand, der har så god en prognose. I vores interview blev dette bekræftet:

"Jeg havde aldrig hørt om det før ... altså forstadier, glem det, det har vi slet ikke hørt, vi har bare hørt kræft."

"For det eneste, du hører, er ordet kræft, og så kan de kalde det, hvad de vil."

Psykologiske reaktioner

Kvinder med DCIS har på trods af deres gode prognose samme risikoopfattelse (frygt for tilbagefald,

frygt for at få brystkræft eller dø af brystkræft) som kvinder med brystkræft. Vi fandt, at forekomsten af angst og depression var ens hos kvinder med DCIS og kvinder med brystkræft, samt at op til 28 pct. af DCIS-patienterne oplevede angst flere år efter diagnose og behandling.

"Jeg havde angst, og jeg er jo ikke specielt angst som person ellers, men jeg fik den der voldsomme følelse af angst."

"Altså, det er angstprovokerende at have den diagnose, vi har fået, med forstadier."

Rehabilitering

Der findes ikke systematiske rehabiliteringstilbud til kvinder med DCIS i Danmark. I nogle kommuner tilbydes kvinderne deltagelse i kræftrehabilitering, mens de andre steder alene tilbydes fysisk genoptræning eller slet intet. I vores studier blev det tydeligt, at patienterne havde behov for rehabilitering, og at det var præget af tilfældighed, om kvinderne var blevet tilbudt rehabilitering. Flere gav udtryk for, at de havde savnet genoptræning, psykologisk støtte, undervisning samt kontakt med ligestillede.

"Det havde måske også været godt, hvis jeg havde fået det [tilbud om genoptræning], så havde jeg måske fået kræfterne noget hurtigere."

"Der var ingen, der tilbød mig genoptræning."

Perspektiver

Kvinder med DCIS kan opleve fysiske og psykologiske senfølger. Problemet er ikke alment kendt, og kvinderne lades måske i stikken af personale i både primær og sekundær sektor. Det er nærliggende at tro, at det samme kan gælde for patienter i andre screeningspopulationer, hvorfor det bør give anledning til en diskussion blandt sundhedsprofessionelle om, hvordan vi bedst hjælper patienterne. Vi har iværksat et interventionsstudie med fokus på rehabilitering af kvinder med DCIS og afventer resultaterne. ●

Referencer

1. Mertz BG, Duriaud HM, Kroman N, Andersen KG. Pain, Sensory Disturbances, and Psychological Distress among Danish Women Treated for Ductal Carcinoma In Situ: An Exploratory Study. *Pain Manag Nurs* 2017; Oct;18(5):309-17.
2. Mertz BG, Duriaud HM, Kroman N, Andersen KG. Pain, sensory disturbances and psychological distress are common sequelae after treatment of ductal carcinoma in situ: a cross-sectional study. *Acta Oncol* 2017;56:724-29.

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.

Artiklen er en dansk omskrivning af en editorial "Crossing the caring chasm" (4). Artiklen udgives med tilladelse fra Journal of Clinical Nursing. Den blev publiceret i J Clin Nurs. 2016;(25).



ERIK ELGAARD SØRENSEN

Sygeplejerske 1983, SD 1991, cand.cur. 2001, ph.d. 2006. Siden 2011 leder af Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital. Lektor 2012-15, derefter professor på Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet.

ees@rn.dk



ALISON KITSON

Sygeplejerske 1979, ph.d. 1984. Professor og dekan for sygeplejerskeuddannelsen, The University of Adelaide 2010-17. Herefter vicepræsident og executive dekan, Flinders University, Adelaide, Australien. Foråret 2018 adjungeret professor, Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet.

alison.kitson@flinders.edu.au

Henover kløften mellem opgavecentreret og personcentreret sygepleje

Etablering af en **relation mellem sygeplejerske og patient har trange kår i et presset sundhedsvæsen**. Men der er bare ingen vej udenom, hvis sygeplejersker skal kunne støtte, lindre og yde omsorg. Med basis i forskning og evidens må sygeplejersker kæmpe for bedre vilkår for sygeplejen.

En af sygeplejefagets store udfordringer verden over er, at sygepleje er blevet fragmenteret i opgaver med dertil hørende funktioner. For mere end 50 år siden beskrev Virginia Henderson bl.a. sygepleje som at hjælpe patienten med det, han/hun ikke selv kan, og på en sådan måde, som den pågældende selv ville gøre det, såfremt han/hun selv var i stand dertil (1).

Henderson blev kendt og anerkendt for sin teori om sygepleje baseret på 14 almenmenneskelige behovsområder lige fra ”at trække vejret” (respiration), ”at spise og drikke passende” (ernæring), ”udskille affaldsstoffer”, ”bevæge sig” og ”oprettholde gode legemsstillinger” til ”at sove og hvile” og ”at lege eller deltage i forskellige former for adspredelse” (2). Hendersons sygeplejeforståelse er sidenhen ofte blevet sat i forbindelse med den såkaldte grundlæggende sygepleje (2). En forståelse af sygepleje, som man har forsøgt at sætte på sygeplejerskers dagsorden igen inden for de seneste årtier. Måske som et modsvar på en stadig stigende fokusering på specialiseret sygepleje med en risiko for at reducere sygepleje til noget, sygepleje ikke er, nemlig udførelse af rent teknisk instrumentelle opgaver uden indlevelse i og forståelse for patientens situation.

Med denne udvikling har begrebet grundlæggende sygepleje løsrevet sig fra de måder, vi tænker og organiserer sygepleje på, og resultatet er en fragmentering af sygeplejen og frustration blandt sygeplejersker og andre, som ønsker at yde en personcentreret pleje (3).

I denne artikel problematiseres den fragmenterede sygepleje forstået som en kløft mellem opgave- og personcentreret sygepleje. Artiklen er en dansk omskrivning af en editorial ”Crossing the caring chasm” (4), der udgives med tilladelse fra Journal of Clinical Nursing.

Det politiske perspektiv

Sygepleje påkalder sig ikke kun opmærksomhed blandt fagets egne udøvere. F.eks. var der hektisk politisk aktivitet i kølvandet på undersøgelsen af en skandale i Staffordshire (5), hvori en lang række konkrete ek-



Sygepleje skal ydes på basis af indlevelse og respekt, og forskellige elementer af sygepleje, afhængigt af patientens/borgers behov, skal integreres for at sætte patienten i centrum, ikke plejepersonalet.

sempler på meget mangelfuld sygepleje kom for dagens lys. På baggrund heraf italesættes vigtige principper som tålmodighed og patient/borgerinddragelse. Sygepleje skal ydes på basis af indlevelse og respekt, og forskellige elementer af sygepleje, afhængigt af patientens/borgers behov, skal integreres for at sætte patienten i centrum, ikke plejepersonalet (6). I den såkaldte Willis-rapport fra Storbritannien (7) efterlyses et grundigt eftersyn af sygeplejerskers fremtidige grund- og videreuddannelser. Rapporten anbefaler indførelse af et ”omsorgsbevis” for at sikre, at de frontlinjearbejdere, der yder sygepleje, er ordentligt klædt på til deres job.

Også i de skandinaviske lande har patientinddragelse været et vigtigt indsatsområde. Sygeplejeteorier fra 1980’erne illustrerer, at inddragelse af patienten ikke er et nyt koncept indenfor sygeplejefaget (8). Dog er patientinddragelse i de sidste fem-seks år blevet langt mere politiseret (9). I Danmark er sygeplejerskeuddannelsens studieordning blevet revideret i løbet af 2015-16, hvilket har betydet, at patientinvolvering er blevet et læringsmål og en nødvendig kompetence hos nyuddannede sygeplejersker (9). Set fra et sygeplejersperspektiv er der vigtige mangler ved mange af disse politikker. Ignorerer man manglerne, kan

RESUME

På verdensplan ses i stigende grad en fokusering på specialiseret sygepleje og en tendens til, at sygepleje reduceres til udførelse af rent teknisk instrumentelle opgaver uden indlevelse i og forståelse for patientens situation. Resultatet er en mangelfuld og fragmenteret sygepleje med deraf følgende patientklager og frustration blandt sygeplejersker, der ønsker at yde en personcentreret pleje.

Blandt sygeplejeforskere er der bred enighed om, at relationen er kernen i mødet mellem patient og sygeplejerske. Andre centrale elementer er færdigheder og viden, kommunikative evner og forståelse for miljøets og omgivelsernes indflydelse på

relationen. Derfor er der behov for, at personcentreret sygepleje anerkendes, ikke mindst blandt politikere, men også blandt fagets egne udøvere. Samtidig bør forskning i relationen og integrationen af fysiske, psykosociale og relationelle elementer i mødet og den kontekst, sygepleje er placeret i, optimeres.

Internationale såvel som danske forskerhold har allerede påtaget sig denne opgave i regi af International Learning Collaborative. Det igangsatte internationale forsknings samarbejde har til hensigt at bidrage til fortsat opbygning af en teoretisk robust vidensbase til støtte for sygeplejersker og andet plejepersonale i deres vigtige arbejde.

det hæmme den måde, de nødvendige reformer omsættes til handling på, og reelt kan det betyde en radikalt ændret sygepleje i fremtiden.

Relationsbaseret sygepleje nævnes ikke

Det burde være en selvfølge, men intetsteds i de politiske dokumenter omhandlende patientinddragelse nævnes det, at der i enhver sygeplejesituation må etableres en relation mellem patient og sygeplejerske (6). Dette er af fundamental betydning, da den afgør karakteren af den sociale kontrakt de to personer imellem. For sygeplejen er det moralske ansvar forankret i det professionelle adfærdskodeks.

Kløften mellem opgave- og personcentreret sygepleje går langt tilbage, og det nytter ikke at ignorere den. Inden for hierarkiet af opgaver og teknologier er der etableret en række grænser, sygeplejersker har i årevis påtaget sig stadig mere teknisk komplekse opgaver, hvilket kan være en naturlig følge af den teknologiske udvikling inden for sygeplejefaget i almindelighed, men her spiller opgaveflytningen fra læger til sygeplejersker også ind. I de senere år har vi set en lignende flytning af opgaver fra læger og sygeplejersker til andre personalegrupper i plejen. Fra et politisk perspektiv er en sådan udvikling hensigtsmæssig, da den medfører, at en bestemt ydelse på kort tid kan gives til et stort antal patienter og til den laveste pris (10). Men en sådan opgaveorienteret praksis sikrer ikke en personcentreret sygepleje. I stedet for at anskue kløften mellem opgave- og personcentreret sygepleje som opgavebestemt kan man med fordel se på kompleksiteten af patientens sundheds- og plejebestand, og hvilken ekspertise og erfaring sygeplejersken må besidde for at kunne hjælpe patient og familie gennem sundhedssystemet.

Relationen til patienten bør bygge på tillid

Fra de allerførste (11,12) til den seneste oversigt over omsorgsforskningen (13), herunder også dansk forskning (14), er der enighed om relationens kerne i mødet



At finde ud af, hvordan man kommer henover kløften mellem opgave- og personcentreret sygepleje, herunder hvordan grundlæggende og specialiseret sygepleje kan forenes, burde komme i første række for sygeplejersker.

En helhedsorienteret tilgang er grundlaget for personcentreret sygepleje

Til forskel fra den opgavebaserede sygepleje bygger den personcentrerede sygepleje på evnen til at skabe helhed og samle de mange forskellige elementer med henblik på, at patienten oplever sygeplejen som målrettet og personlig. En sådan sygepleje er beskrevet i Benners bog, der skitserer en ekspertsygeplejerskes arbejde (17). Paradoksalt nok er det ekspertsygeplejersker, der tillægges evnen til at give personcentreret, holistisk sygepleje. Det rejser to spørgsmål:

- For det første, hvorvidt en sådan sygepleje er så vanskelig at udføre, at kun erfarne og robuste sygeplejersker kan udføre den, og at den efterhånden kun kan forventes af sådanne eksperter?
- For det andet, hvorvidt der er noget i sygeplejerskens rolle, der gør det svært for ham/hende at udføre en personcentreret sygepleje?

Hvis det er tilfældet, er det indlysende, at der er alvorlige kognitive såvel som praktiske dissonanser.

I mange sundhedssystemer er realiteten, at sygeplejersken har travlt til at etablere relationen med patienten og se hele personen (3). Det betyder, at patientens oplevelse af sygeplejen bliver fragmenteret, og at de personlige og fysiske sygeplejehandlinger, f.eks. hjælp til toiletbesøg, personlig pleje og måltider, ikke ses som vigtige rehabiliteringsaktiviteter i sig selv, men blot som opgaver, der skal udføres i en fortravlet kaotisk hverdag. Måske kommer indfrielse af patientens psykosociale behov, f.eks. støtten til værdighed, sikring af inddragelse, og at patienten hele tiden er orienteret om det næste skridt, overhovedet ikke i betragtning, når sygeplejen udføres.

En sådan opsplitning af aktiviteterne lammer sygeplejersken i hans eller hendes arbejde. Uanset om sygeplejersken er bevidst herom, betyder det, at han eller hun går til sygeplejearbejdet på afdelingen med halv kraft, for hvis vedkommende ikke i det første møde er i stand til at etablere en relation baseret på tillid og personlig tilknytning, kan mødet ikke være indlevende eller respektfuldt. Dermed opstår yderligere en spænding, for sygeplejersker lægger vægt på at kunne sige, at de giver deres patienter "indlevende pleje".

mellem patient og sygeplejerske. Som forskningsresultaterne bekræfter, er der ingen tvivl om, at sygeplejerskens relation til patienten bør bygge på tillid (14,15). En sådan tillid udspringer af sygeplejerskens moralske egenskaber samt hans/hendes værdier, holdninger og adfærd. Andre centrale elementer er færdigheder og viden, kommunikative evner og forståelse for miljøets og omgivelsernes indflydelse på relationen (16).

Hvis vi antager, at disse elementer er grundlaget for enhver relation, hvor der ydes sygepleje, hvordan skal vi da som sygeplejersker gå til opgaven med at skabe forståelse for, hvordan vi integrerer disse elementer i vores daglige arbejdsliv?

Men hvordan skal de kunne det, hvis de vigtigste byggesten: relationen, integrationen af fysiske, psykosociale og relationelle elementer i mødet, ikke er en del af den ramme, hvori sygepleje udføres? (5).

Rammerne har afgørende betydning

Det er påvist, at kvaliteten af pleje og patient-outcomes påvirkes af parametre som kombinationen af færdigheder, vagtplaner, en klar rolle- og ansvarsfordeling, tilstrækkelige kompetencer samt af ledelsesstilen (18). Der er også udfordringer i at sikre kontinuitet i sygeplejen under patientforløbet. Jangland et al. (19) har skitseret, hvordan sygepleje omkring et så almindeligt symptom som akutte mavesmerter i en række patientforløb blev mindre heldigt forvaltet. Vi må til stadighed spørge, hvordan det kan ske, og hvordan situationen kan forbedres? Svaret kan være mere plejepersonale med fokus på de grundlæggende elementer i patientplejen, men der vil stadig være behov for en sygeplejerske eller en anden sundhedsprofessionel, der fra et tilids- og sikkerhedsmæssigt perspektiv er ansvarlig for hele patientens forløb.

Det kan være en fordel at inddrage den viden, vi allerede har om velfungerende sygeplejesystemer. Magnethospitaler (20) har påvist, hvad vi allerede havde på fornemmelsen: at velfungerende sygeplejesystemer er kendetegnet ved evnen til at skabe organisationer med en gennemskuelig, fælles ledelsesstruktur og stærk sygeplejefaglig ledelse. Vejen frem er at fokusere på elementer som personcentreret sygepleje, sikkerhed og gennemført kvalitet, personaleudvikling og støtte til udforskning og innovation. Et godt sted at begynde ville være at indføre akkrediteringsstandarder, der anerkender behovet for relationsbaseret sygepleje.

Sikring af bæredygtig forskning og innovation indenfor sygepleje

Spørgsmålet er nu, hvordan vi kan tage ovenstående betragtninger omkring planlægning, udførelse og organisering af sygepleje og omsætte dem til sammenhængende og attraktive forskningsstrategier, der kan levere solid evidens som basis for vores sygeplejepolitikker? Willis-rapporten fra 2016 anerkender, at det nyoprettede Academic Health Science Network i Storbritannien kunne have en positiv indflydelse på sygeplejesystemers implementering og brug af de nyeste forskningsresultater som inspiration til bedre sygepleje. Det er yderst vigtigt, at bæredygtige politikker og praksisser bygger på systematisk og omfattende forskning i personcentreret sygeplejes betydning for behandling og rehabilitering. Ved at støtte sygeplejersker i en kritisk og reflekterende tilgang til deres arbejde fremmes udvikling af nye rutiner. Gennem støtte til samarbejde omkring udforskning og etablering af nye forløb og processer i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter sikres det, at kreativitet og reformer integreres i sundhedssystemerne globalt.

Sygeplejefaget kan dog ikke siges at have haft stor succes med at tiltrække og fastholde bevillinger til denne væsentlige forskning i personcentreret sygepleje. Desværre synes pengene ofte at følge i kølvandet på skandaler eller systemfejl, som kræver hurtige løsninger for at berolige offentligheden, men hermed når vi ikke ind til problemets

egentlige kerne, nemlig at sygepleje stadig i vid udstrækning er evidensfrit i den måde, den praktiseres. Noget, som ingen anden faggruppe ville acceptere.

Forsøg på at etablere mere permanente forskningsintensive sygeplejestrukturer har haft skiftende held. På trods af, at de nyskabelser, der udsprang af initiativer fra Oxford Clinical Practice Development i begyndelsen af 1990'erne, er gået i stå pga. manglende finansiering, skal det siges, at de banede vej for adskillige initiativer globalt. Andre vigtige strategiske initiativer i Storbritannien er de nylige investeringer i at skabe akademiske karriereveje på det kliniske område, kliniske professorater og delte ansættelser mellem universiteter og sygehuse. Andre eksempler findes f.eks. her i Danmark, hvor man har etableret forskningsenheder i klinisk sygepleje (21) og i Holland, hvor man er i gang med at opbygge forskning i klinisk sygepleje.

Vi kan ikke tillade os at ignorere de påtrængende forskningsspørgsmål, der rejser sig om den fremtidige personcentrerede sygepleje. Hvordan klarer sygeplejersker sig her, hvem kerer sig om det, der er sygeplejeindsatsens centrale, væsentlige eller grundlæggende aspekter, og ved vi, hvordan der skal undervises i dem? Har vi et evidensgrundlag i sygepleje, og ved vi, hvilke interventioner der virker bedst? Ved vi, hvordan man bedst underviser i sygepleje, og ved vi, hvordan den bedst ydes i en fortløbende teambaseret indsats?

Internationalt og nationalt finansierede forskerhold er begyndt at undersøge disse spørgsmål på en måde, der forhåbentlig kan bidrage til den videre udbygning af en teoretisk robust vidensbase til støtte for sygeplejersker og andet plejepersonale i deres vigtige arbejde. Under navnet International Learning Collaborative (<http://intlearningcollab.org/>) samarbejder et internationalt netværk af sygeplejeledere, forskere, klinikere og politikere om at facilitere dette arbejde og bringe interesse-rede grupper sammen.

Som sygeplejersker må vi aldrig se bort fra eller benægte konflikter. I stedet må vi anskue dem som kreative vendepunkter, der hjælper os til at omformulere og genoverveje vigtige spørgsmål omkring syge-



Vejen frem er at fokusere på elementer som personcentreret sygepleje, sikkerhed og gennemført kvalitet, personaleudvikling og støtte til udforskning og innovation.

pleje. At finde ud af, hvordan man kommer henover kløften mellem opgave- og personcentreret sygepleje, herunder hvordan grundlæggende og specialiseret sygepleje kan forenes, burde komme i første række for sygeplejersker, der dag efter dag udfører sygepleje til tusindvis af mennesker med behov for trøst, støtte og omsorg. Vi må samles omkring denne sociale dagsorden som en samfundsmæssig udfordring, sygeplejefaget bør tage op. Ellers risikerer vi at blive teknikere, der med tiden let kan erstattes af intelligente og pålidelige robotter, der er ligeglade med, at de er ligeglade. ●

Læs også artiklen ”Sygepleje tilbage til det basale” i *Fag&Forskning* 2017;(1):52-57.

Referencer

- Henderson V. *The Nature of Nursing: A Definition and its Implication for Practice, Research and Education*. MacMillan, New York 1966.
- Henderson V. *Basic Principles of Nursing care*. Geneva: International Council of Nurses (1959/1960).
- Feo R, Kitson A. *Promoting patient-centered fundamental care in acute healthcare systems*. *International Journal of Nursing Studies*, 2016;(57):1-11.
- Kitson A, Sørensen EE. *Crossing the Caring Chasm*. *Journal of Clinical Nursing*, 2016;(25).
- Kitson A, Conroy T, Kulski K, Lyons R. *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing’s response to meeting patients’ basic human needs*. Adelaide, South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide, 2013. Besøgt d. 17. oktober 2016. www.health.adelaide.edu.au/nursing
- R. *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Inquiry*. Department of Health. *Patients First and Foremost: e Initial Government response to the Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. Vol. 8576. _e Stationary Office, 2013.
- Willis Report. *Raising the Bar. Shape of Caring: A Review of the Future Education and Training of Registered Nurses and Care Assistants*. Health Education England, 2016.
- Scheel ME. *Viden, tavs viden og sandhed – set i en sygeplejefaglig kontekst*. *Philosophia*, 2004.
- Region Nordjylland. *Politik for inddragelse af patienter og pårørende i patientforløb*. 2016
- Danske Regioner. *National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012*.
- Morse JM, Bottorff J, Neander W, Solberg S. *Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring*. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 1991;23(2):119-26.
- Swanson KM. *What is known about Caring in Nursing Science*. *I Handbook of Clinical Nursing Research*. Hinshaw AS, Feetham SL and Shaver JLF (red.), SAGE Publications, Thousand Oaks/London, 1999:31-60.
- Wiechula R, Conroy T, Kitson AL, Marshall RJ, Whitaker N, Rasmussen P. *Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and a patient?* *Journal of Advanced Nursing* 2016;72(4):723-34.
- Delmar C. *Tillid og magt. En moralsk udfordring*. Munksgaard 1999.
- Feo R, Conroy T, Marshall RJ, Rasmussen P, Wiechula R og Kitson AL. *Using holistic interpretive synthesis to create practice-relevant guidance for person-centered fundamental care delivered by nurses*. *Nursing Inquiry* 2016;(00):1-11.
- Sørensen EE, Bahnsen IB, Pedersen PU, Uhrenfeldt L. *Fag og Forskning* 2017;(1):52-7.
- Benner P. *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wiley, California 1984.
- Kitson A, Wiechula R, Conroy T, Muntlin Athlin A, Whitaker N. *The Future Shape of the Nursing Workforce: A Synthesis of the Evidence of Factors that Impact on Quality of Nursing Care*. School of Nursing, University of Adelaide, Adelaide, South Australia 2013, ISBN 0-9872126-4-1.
- Jangland E, Kitson A, Muntlin-Athlin A. *Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: A multistage qualitative case study*. *Journal of Advanced Nursing*, 2016;72(4):791-801.
- Kramer M, Schmalenberg CE. *Best Quality Patient Care. A Historical Perspective on Magnet Hospitals*. *Nursing Administration Quarterly* 2005;(3):275-87.
- Sørensen EE, Laursen BS, Kusk KH, Haslund H, Grønkjær M, Mark E, Bjørnes CD. *Patienten i Front – Forskning i Centrum. Et forskningsprogram med fokus på patient- og pårørendeinddragelse* 2013-18. *Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, Aalborg* 2012.



Hvordan opfatter I mulighederne for at skabe en relation til patienter/borgere på jeres arbejdsplads?

Giv eksempler på, hvordan I oplever kløften mellem opgave- og personcentreret sygepleje.

Diskuter, hvordan I kan yde personcentreret sygepleje – og hvilken betydning det vil få for behandling og rehabilitering.

TRELEGY Ellipta er indiceret til vedligeholdelsesbehandling hos voksne patienter med moderat til svær kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), som ikke er velkontrolleret med en kombination af inhalationssteroid og en langtidsvirkende beta₂-agonist.¹

DEN ENESTE* TRIPLEBEHANDLING TIL KOL MED ÉN DAGLIG DOSIS.¹⁻¹⁵

- i én inhalator*

*Trelegy Ellipta, Incruse Ellipta, Relvar Ellipta, AirFluSal Forspiro, Braltus Zonda, Duoresp Spiromax, Eklira Genuair produktresumé, 2017. 8. Fostair produktresumé, 2016. 9. Seebri Breezhaler produktresumé, 2016. 10. Seretide Accuhaler produktresumé, 2017. 11. Spiriva HandiHaler produktresumé, 2015. 12. Spiriva Respimat produktresumé, 2016. 13. Symbicort MDI produktresumé, 2017. 14. Symbicort Turbohaler produktresumé, 2017. 15. Trimbow produktresumé, 2017. 16. Lipson DA *et al. Am J Respir Crit Care Med* 2017; 196:438-446. 17. Svedsater H *et al. BMC Pulm Med* 2013; 13:72-86. 18. van der Palen J *et al. NPJ Prim Care Respir Med* 2016; 26:16079.

Modtag en Trelegy prøvepakke - kontakt din lokale GSK-konsulent. Læs mere om Trelegy og find kontaktoplysninger på www.sundhed.gsk.com



En kombination af ICS/LAMA/LABA (FF/UMEC/VI) med én daglig inhalation, fra Ellipta-inhalatoren, som er nem at bruge.^{1,16-18}

TRELEGY ELLIPTA

(fluticasonfuroat/umeclidinium/vilanterol)

NY

COPD, chronic obstructive pulmonary disease; FF, fluticasone furoate; ICS, inhaled corticosteroids; LABA, long-acting β₂-agonist; LAMA, long-acting muscarinic antagonist; OD, once-daily; UMEC, umeclidinium, VI, vilanterol.

Referencer: 1. EMA's godkendte produktresumé for TRELEGY Ellipta, 2017. 2. EMA's godkendte produktresumé for Incruse Ellipta, 2017. 3. EMA's godkendte produktresumé for Relvar Ellipta, 2017. 4. AirFluSal Forspiro produktresumé, 2017. 5. Braltus Zonda produktresumé, 2016. 6. Duoresp Spiromax produktresumé, 2017. 7. Eklira Genuair produktresumé, 2017. 8. Fostair produktresumé, 2016. 9. Seebri Breezhaler produktresumé, 2016. 10. Seretide Accuhaler produktresumé, 2017. 11. Spiriva HandiHaler produktresumé, 2015. 12. Spiriva Respimat produktresumé, 2016. 13. Symbicort MDI produktresumé, 2017. 14. Symbicort Turbohaler produktresumé, 2017. 15. Trimbow produktresumé, 2017. 16. Lipson DA *et al. Am J Respir Crit Care Med* 2017; 196:438-446. 17. Svedsater H *et al. BMC Pulm Med* 2013; 13:72-86. 18. van der Palen J *et al. NPJ Prim Care Respir Med* 2016; 26:16079.

Trelegy Ellipta (fluticasonfuroat/umeclidinium/vilanterol) inhalationspulver, afdelt

Indikation*: Trelegy Ellipta er indiceret til vedligeholdelsesbehandling hos voksne patienter med moderat til svær kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), som ikke er velkontrolleret med en kombination af inhalationssteroid og en langtidsvirkende beta₂-agonist. **Dosering*:** **Voksne:** Den anbefalede og maksimale dosis er én inhalation med Trelegy Ellipta 92/55/22 mikrogram én gang dagligt på samme tidspunkt hver dag. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Bør ikke anvendes til behandling af astma eller akutte tilfælde af bronkospasmer. Paradoks bronkospasme kan forekomme og behandlingen bør omgående seponeres. Øget brug af korttidsvirkende bronkodilatorer kan indikere dårligere sygdomskontrol og kræver revurdering af patient og behandlingsregime. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med ustabil eller livstruende kardiovaskulær sygdom, patienter med svært nedsat leverfunktion, patienter med urinretention og patienter med snærvinklet glaukom. Pneumoni kan udvikles hos behandlede KOL-patienter, hvoraf de kliniske tegn på sådanne infektioner ligner symptomerne på KOL-eksacerbationer. Der bør udvises forsigtighed ved anvendelse af Trelegy Ellipta sammen med andre lægemidler, der også kan medføre hypokalæmi. Plasmaglukose bør monitoreres tættere hos diabetespatienter. Synsforstyrrelser kan opstå efter behandling med Trelegy Ellipta, og patienten bør henvises til oftalmolog. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med konvulsive sygdomme eller tyreotoksidose, samt hos patienter der er usædvanligt responsive over for beta₂-adrenerge agonister. Bør ikke anvendes til patienter med alvorlig lactasointolerans, særlig form for arvede lactasemangel eller glukose-/galactosemalabsorption. **Interaktioner*:** Samtidig brug af både selektive og ikke-selektive beta₂-blokkere bør undgås, da disse kan antagonisere virkningen af vilanterol. Forsigtighed bør udvises ved samtidig administration af potente CYP3A4-hæmmere, da dette kan øge systemisk eksponering for fluticasonfuroat og vilanterol. Der forventes ingen klinisk relevant lægemiddelinteraktion ved brug sammen med CYP2D6-hæmmere eller P-gp-hæmmere. Bør ikke anvendes i kombination med langtidsvirkende muskarinantagonister eller andre langtidsvirkende

beta₂-agonister, da dette kan forstærke kendte bivirkninger. Samtidig behandling med methylxanthin-derivater, steroider eller ikke-kaliumbesparende diuretika kan medføre hypokalæmisk virkning og skal anvendes med forsigtighed. **Graviditet og amning*:** Ingen eller begrænset data ved gravide/amnende kvinder. Fordele af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger*:** *Almindelig:* Pneumoni, infektion i øvre luftveje, pharyngitis, rhinitis, influenza, nasopharyngitis, hovedpine, hoste, led- og rygsmerter. *Ikke almindelig:* Candidiasis i mund og svelg, virusinfektion i luftvejene, supraventrikulær takykardi, takykardi, atrieflimmer, oropharyngeale smerter og frakturer. *Ikke kendt:* Sløret syn. **Overdosering*:** En overdosis af fluticasonfuroat/umeclidinium/vilanterol kan medføre tegn og symptomer, som følge af de enkelte indholdsstoffers virkninger. Ved overdosering skal patienten have understøttende behandling og monitoreres efter behov. **Udlevering:** B. Generelt klausuleret tilskud. Klausuleret til patienter med KOL i GOLD gruppe D, hvor behandling med en kombination af LABA/LAMA eller ICS/LABA ikke har haft tilstrækkelig effekt.

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen/EMA godkendte produktresumé. Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos GlaxoSmithKline Pharma A/S, Nykø 68, 2605 Brøndby.

Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Sundhedsstyrelsen (www.meldenbivirkning.dk) eller GlaxoSmithKline (dk-info@gsk.com).

Trelegy Ellipta findes i følgende pakninger:

Vnr 15 41 47	Inhalationspulver	92/55/22 mikg/dosis	30 doser
Vnr 44 32 28	Inhalationspulver	92/55/22 mikg/dosis	3x30 doser

Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk

De mest almindelige bivirkninger for Trelegy er nasopharyngitis, hovedpine og infektion i øvre luftveje. En forøgelse i forekomsten af lungebetændelse er observeret hos patienter med KOL, som tager inhalerede kortikosteroider, inklusiv Trelegy Ellipta. Der findes ingen kliniske data der støtter anvendelsen af Trelegy Ellipta til akut behandling af bronkospasme eller til behandling af KOL-eksacerbationer.

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



TINA WINTHER NIELSEN

Specialeansvarlig anæstesisygeplejerske. Plastik- og Brystkirurgisk operationsafsnit, Bedøvelse og operation, Aarhus Universitetshospital.

tinanise@rm.dk



JENS AAGE KØLSEN PETERSEN

Overlæge, ph.d., klinisk lektor, funktionsleder, Forberedelse og opvågning, Bedøvelse og operation, Aarhus Universitetshospital.



ANNE-METTE SØNDERGAARD NIELSEN

Specialeansvarlig sygeplejerske, SD, Forberedelse og opvågning, Aarhus Universitetshospital.



PIA DREYER

Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur., ph.d., lektor, Bedøvelse og operation, Aarhus Universitetshospital, C, samt Aarhus Universitet, Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed.

Iltbehandling – kan vi give for meget?

Iltbehandling er tilsyneladende mere **bestemt af vaner og forsigtighed** end af en konkret vurdering af behov.

Der har i de seneste år været debat omkring brugen af ilt. Flere undersøgelser indikerer, at vi ikke blot skal være opmærksomme på risikoen for hypoksi, men også på risikoen for vævsskadende mekanismer i forbindelse med hyperoksi (1). Den daglige administration af iltbehandling er udfordret, og der sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt overdosering af ilt rent faktisk er skadeligt for kroppen (2).

Ilt til kroppens celler er nødvendigt

Ilt eller oxygen (O_2) er nødvendigt, for at kroppens celler kan opretholde normal funktion, og får kroppen for lidt, opstår der hypoksi, der defineres som utilstrækkelig ilttilførsel i forhold til iltforbrug. De

mest følsomme væv er hjerne, hjerte, nyrer og lever, hvor der kan opstå hypoksisk dysfunktion allerede efter få minutter (3). Der er således ingen tvivl om vigtigheden af ilt, men spørgsmålet om, hvorvidt den daglige administration af ilt altid tjener patientens bedste, danner baggrund for denne artikel. Hvornår får patienterne nok ilt – og kan der gives for meget?

Ilttilskud er mere reglen end undtagelsen

Den gængse holdning har hidtil været, at ilt er godt, og ilttilskud er nødvendigt til den postoperative patient. Det stemmer meget godt overens med vores erfaring fra Observationsafsnittet på Aarhus Universitetshospital (AUH). Her får stort set alle patienter ilttilskud via et nasalt iltkateter, når de ankommer umiddelbart efter endt operation og anæstesi. Det synes rationelt, eftersom mange patienter har sløret bevidsthed og insufficient respiration pga. anæstesimidler.

Når sundhedspersonalet i dagligdagen vurderer, om patientens respiration er sufficient, bygges observationerne bl.a. på patientens farver, thorax' bevægelighed, respirationsfrekvensen samt saturationen. Patienterne er således under konstant overvågning, og sundhedspersonalet skal anvende alle observationerne i vurderingen af, om patienten har behov for ilttilskud. Praksis tyder dog på, at supplerende ilttilskud er mere reglen end undtagelsen til den postoperative patient.

I en rundspørge i forbindelse med en undersøgelse angående iltadministration på AUH svarede 22 ud af de i alt 23 adspurgte anæstesisygeplejersker, at de konsekvent giver ilttilskud, når de afleverer patienten postoperativt på Observationsafsnittet. 11 svarede, at de giver det af vane og tradition, fem efter instruks og syv efter kli-



Den gængse holdning har hidtil været, at ilt er godt, og ilttilskud er nødvendigt til den postoperative patient.

nisk vurdering (4). Noget kunne altså tyde på, at ilttilskud ofte gives på et standardiseret og traditionsbundet grundlag.

Kroppens behov for ilt

Når O₂ diffunderer fra alveolerne over i blodbanen, stiger iltensionen i det arterielle blod – også kaldet PaO₂. Dernæst bindes størstedelen af O₂ til hæmoglobin og transporteres til cellerne. Ilttilbuddet til cellerne afhænger således af, hvor meget O₂ der bindes til hæmoglobin, hæmoglobinkoncentrationen i blodet samt af blodgennemstrømningen i vævet.

Hæmoglobins dissociationskurve, se Figur 1 på næste side, viser, hvor meget hæmoglobin der er mættet med O₂ ud fra et givet PaO₂ i blodet. Såfremt PaO₂ øges ved en tilnærmelsesvis fuldkommen hæmoglobinmætning, svarende til en normal saturation på 94 %, medfører det ikke nogen væsentlig ændring i saturationen (3). En saturation på 94 % vurderes derfor sufficient i forhold til at sikre vævsoxygeneringen hos lungeraske patienter, hvilket understøttes af Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin (DASAIM) (5).

Faktorer med indvirkning på saturation og hæmoglobinmætning

Optimal gasudveksling fra lungealveolerne over i blodet forudsætter et balanceret forhold mellem ventilation og perfusion

RESUME

Det primære mål med iltbehandling er at minimere risikoen for hypoksi. Nyere forskning viser imidlertid, at overdosering af ilttilskud kan føre til hyperoksi og heraf skadelige følgevirkninger på bl.a. lungevæv. Desuden medfører hyperoksi vasokonstriktion og nedsat perfusion til vævet.

Nye guidelines på området anbefaler derfor et mål for saturationen på 94-98 % hos lungeraske patienter.

I et deskriptivt studie fra 2015 undersøges iltbehandling til voksne lungeraske patienter ved ankomst til Obser-

ventionsafsnittet på Aarhus Universitetshospital. Resultaterne viste, at 70 patienter ud af 93 lungeraske patienter havde en saturation på 99-100 %, og 66 af patienterne fik 3 liter O₂/min. eller mere. Fundene indikerer, at størstedelen af patienterne potentielt kunne have profiteret af et reduceret eller ophævet ilttilskud.

Artiklens formål er at sætte fokus på iltbehandling samt debattere, hvorvidt ilttilskud overdoseres og primært administreres på et traditionsbundet eller sikkerhedsmæssigt grundlag frem for på individuel vurdering af reel indikation.

i lungerne, også benævnt V/Q-forholdet. V/Q-mismatch ses f.eks. i forbindelse med sekretstagnation eller atelektaser og fører til reduceret alveolær ventilation, reduceret V/Q-forhold og shunt (3). Disponerede faktorer til udvikling af atelektaser er bl.a. hypoventilation samt fladt rygleje (6). Iltbehandling i sig selv øger ydermere risikoen for såkaldte absorptions-atelektaser og kan derved paradoksalt medføre yderligere V/Q mismatch.

Ved reduceret alveolær ventilation kan ubalancen mellem ventilation og perfusion være så stor, at O₂-diffusionen i alveolen reduceres markant, og saturationen kan derved påvirkes (3).

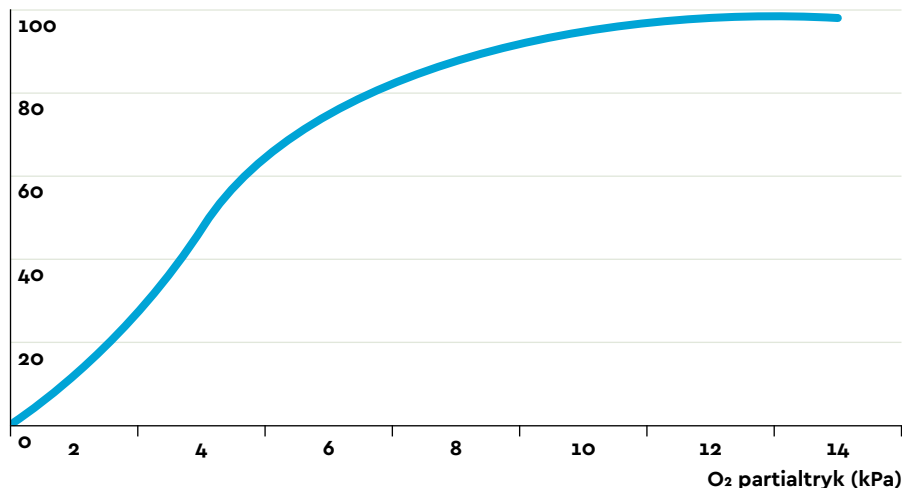
Når saturationen er påvirket, kan det som bekendt være gavnligt at mobilisere patienten, hæve hovedgærdet på sengen samt opfordre patienten til at tage dybe vejrtrækninger og hoste. I udvalgte tilfælde anvendes Pep-fløjte og/eller CPAP. Herved nedsættes tendensen til atelektaser, og ventilationen bedres (7). Ved saturation under 94 % hos i øvrigt lungeraske patienter bør sundhedspersonalet derfor altid overveje, hvilke fysiologiske årsager, der kan bevirke en lav saturation, og behandle den udløsende faktor frem for blot at administrere et ilttilskud. Yderligere diagnostiske overvejelser ved hypoksi omfatter bl.a. smerter, hypoventilation, bronkospasmer, pneumoni, pneumothorax, pleuraekssudat, lunge- stase og lungeemboli, se Figur 2.

Opioider påvirker respirationen

Opioider har en inhiberende effekt på respirationscenteret foruden den tilsigtede analgetiske effekt. Hostereflekserne hæmmes, tidalvolumen og respirationsfrekvensen, som normalt ligger omkring 12-16/min., reduceres (7). Hypoventilerer patienten, stiger CO₂-indholdet i blodet, hvilket kan medføre respiratorisk acidose. Får patienten ilttilskud, kan dette give en normal eller høj saturation på trods af hypoventilation, som dermed maskeres (2). Saturationen kan derfor være en usikker parameter i vurderingen af, om patienten får udluftet sin CO₂ (7).

Figur 1. Hæmoglobins dissociationskurve

Saturation i pct.



X-aksen viser PaO₂, og Y-aksen viser saturation i procent. Kurven stiger brat, når PaO₂ stiger fra 1,3-8,0 kPa. Herefter øges mætningsgraden kun langsomt ved yderligere stigning i PaO₂, og kurven flader ud. Ved et normalt O₂-partialtryk i lungealveolerne på ca. 13 kPa bliver hæmoglobin mættet omkring 98 %. Ved en PaO₂ på 8 kPa er hæmoglobinmætningen fortsat omkring 90%. En PaO₂ på 8 kPa er dog en kritisk grænse, idet yderligere fald i PaO₂ vil gå væsentlig ud over hæmoglobins iltmætning og dermed ilttransporten til cellerne.

Ifølge DASAİM vurderes respirationen hos en voksen lungerask patient sufficient ved en respirationsfrekvens mellem 10-24 samt en saturation \geq 94% (5). I praksis betyder det, at kvaliteten af patientens vejrtrækning ikke alene kan vurderes ud fra en observation af saturationen eller respirationsfrekvensen. Alle kliniske og parakliniske observationer må sammenholdes for at kunne vurdere respirationen og et eventuelt iltbehov hos den enkelte lungeraske patient, se Figur 2.



Resultaterne peger i retning af, at ilttilskud primært administreres ud fra et standardiseret og/eller sikkerhedsmæssigt grundlag frem for fra en individuel vurdering af den reelle indikation.

Ilten kan have skadelig virkning

Når patientens PaO₂ stiger over det normale, ca. 14 kPa, opstår der hyperoksi. Ved hyperoksi er iltindholdet i blodet højere end det, der er nødvendigt for at opretholde energiomsætningen i cellerne. Hæmoglobin er således tilstrækkelig mættet, og de resterende iltmolekyler er fysisk opløst i blodbanen. Hyperoksi bevirker i sig selv vasokonstriktion, som resulterer i nedsat cardiac output samt reduceret perfusion af bl.a. nyrerne, koronarkarrene, cerebralt og generelt perifert til vævene (1,2). Hyperoksi nedsætter derfor potentielt ilttilbuddet til cellerne, idet perfusionen af det iltede blod i karrene reduceres.

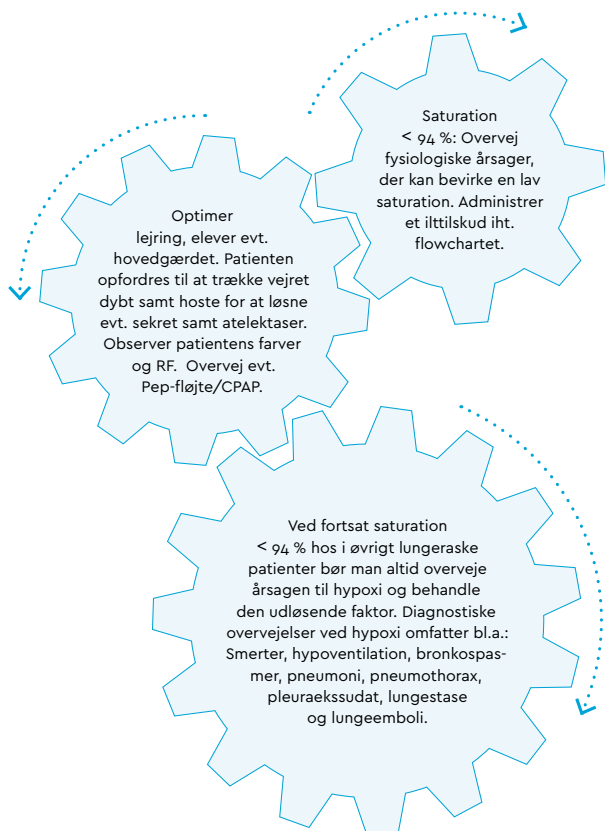
Ydermere medfører hyperoksi en øgning af Reactive Oxygen Species (ROS), som bruges til at beskrive en række frie

iltradikaler dannet på baggrund af O₂, og størstedelen er skadelige for organismen. De frie iltradikaler er særdeles ivrige efter at reagere med andre molekyler og bevirker, at molekylet går til grunde, eller alternativt at der skabes endnu en fri iltradikal. Nedbrydning af disse er altafgørende for overlevelsen af alle aerobe celler.

Kroppen vil normalt være beskyttet af et system af enzymer samt antioxidanter, der nedbryder de frie iltradikaler, men såfremt genereringen stiger voldsomt, kan systemet ikke følge med, og der opstår oxidativ stress (1,8). Som følge heraf beskrives beskadigelse af kroppens dna, proteiner, svækkelse af mitokondriernes funktion, skader på lungevæv, hjernevæv og kar i form af apoptose (celledød) samt svækkelse af im-

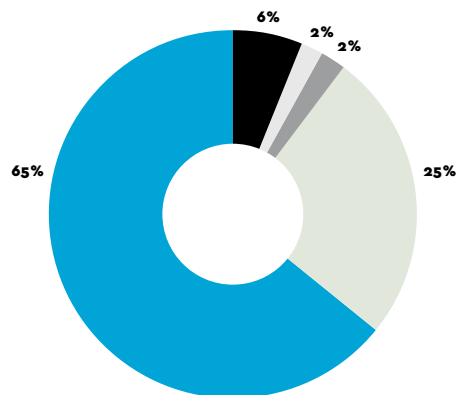
Figur 2. Respirationstandhjulet

Sygeplejehandlinger ved lav saturation hos den lungeraske patient.



Respirationstandhjulet, en model til optimering af respirationen hos lungeraske patienter. Det lille tandhjul sættes i gang ved saturation under 94 %, og der administreres et ilttilskud. Herefter følger en række sygeplejehandlinger for at bedre respirationen i det midterste tandhjul. Det store tandhjul indleder diverse fysiologiske overvejelser og eventuelt kontakt til læge.
Respirationstandhjulet© Tina Winther Nielsen.

Figur 3. Ilttilskud



Figuren viser, hvor mange procent af patienterne der modtog henholdsvis 0-5 l O₂ via nasalkateter. Farverne indikerer, hvor mange liter O₂ patienterne fik ved ankomst til Observationsafsnittet.

- 0 l O₂/min
- 1-2 l O₂/min
- 2-3 l O₂/min
- 3-4 l O₂/min
- 4-5 l O₂/min

munsystemet (1). Det er styrken og varigheden af eksponeringen af de frie iltradikaler, der afgør skadens omfang (8).

Ilttilskud anvendes som sikkerhed

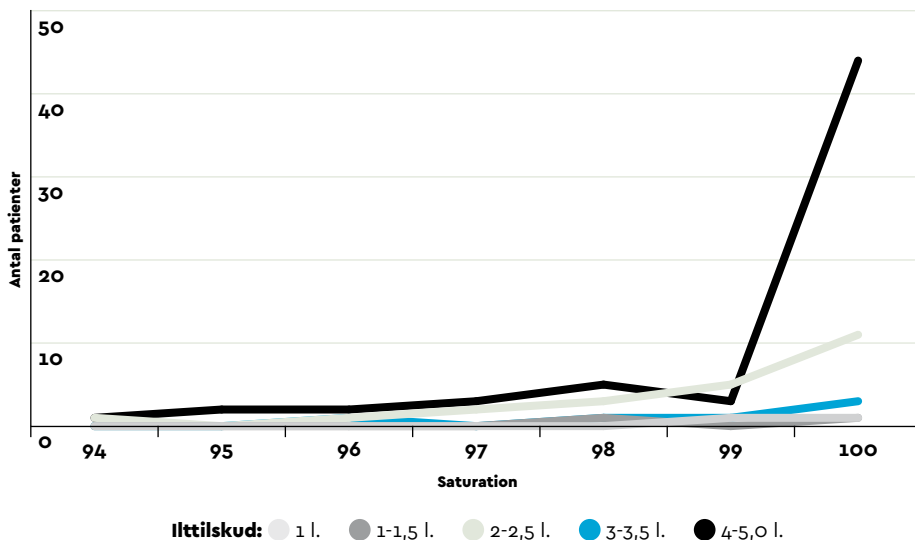
Vel vidende at ilt ikke udelukkende er gunstigt for kroppen, er det vores erfaring, at ilttilskud primært anvendes som en sikkerhed mod udvikling af hypoksi, frem for på baggrund af en konkret vurdering af patientens respiration. På den baggrund valgte vi at undersøge, hvordan iltbehandling administreres i praksis på Observationsafsnittet, AUH.

Vi gennemførte et deskriptivt studie omhandlende iltbehandling til den voksne lungeraske patient. Studiet fandt sted i efteråret 2015, og data er indhentet over fire dage i forbindelse med overlevering mellem Anæstesi- og Observationsafsnittet. Dataindsamlingen inkluderede alder, ASA-klasse, liter O₂/min. samt saturation ved ankomst. Inklusionskriterierne var ASA-klasse I-II, idet vi ønskede at undersøge iltbehandling til den lungeraske patient samt respirationsfrekvens > 10. Patienter i ASA-klasse I karakteriseres som raske. Patienter med en mild systemisk sygdom uden funktionel indskrænkning klassificeres som ASA-klasse II (9).

Alle postoperative patienter får ilttilskud

93 patienter i alderen 18-88 år indgik i studiet. Som det fremgår af Figur 3, fik 66 af patienterne tilført 3

Figur 4. Saturation og ilttilskud



liter O₂/min. eller derover. Derudover viste det sig, at kun to patienter ankom til Observationsafsnittet uden ilttilskud. Det viser et meget tydeligt billede af, at ilttilskud anvendes til stort set alle postoperative patienter, og langt størstedelen får tilført 3 liter O₂/min. Figur 4 viser sammenhængen mellem antal patienter, liter O₂/min. og saturation. Ud fra resultaterne saturerede 70 af patienterne til 99-100 %, og ingen havde en saturation under 94 %. Det vil altså sige, at alle patienter saturerede til ≥ 94 %, som er det ønskede mål for at sikre vævsoxygeneringen hos lungeraske patienter, se Figur 3 og 4.

Ingen individuel vurdering af behov

Når teorien sammenholdes med resultaterne fra studiet, rejser det spørgsmålet om, hvorvidt iltbehandling til den postoperative patient overdoseres. Eftersom 70 af patienterne saturerede til 99-100 %, og 66 af patienterne fik et ilttilskud på minimum 3 liter O₂/min., synes det ikke urimeligt at betvivle, hvorvidt patienterne reelt havde behov for dette ilttilskud. Ud fra teorien virker det ikke usandsynligt, at blot 1 liter O₂/min. kunne have sikret en sufficient saturation. Resultaterne peger således i retning af, at ilttilskud primært administreres ud fra et standardiseret og/eller sikkerhedsmæssigt grundlag frem for en individuel vurdering af den reelle indikation.

I en dynamisk hverdag med mange patientforløb ser det ud til, at ilttilskud er blevet en vane, hvor der formentlig ikke tages aktivt stilling til, at ilt er et medikament, der skal doseres lige såvel som anden medicin.

Såfremt det sundhedsfaglige personale vurderer, at der er risiko for hypoksi ved at undlade at give et ilttilskud til patienten, er der ingen tvivl om, at patienten skal have supplerende ilt. Foruden overvejelser om at sikre patienten mod hypoksi vil vi dog argumentere for, at vi også skal have fokus på at reducere risikoen for hyperoksi og potentielle konsekvenser heraf.

Fundene indikerer, at flere patienter potentielt kunne have profiteret af et reduceret eller ophørt ilttilskud. Det understøttes bl.a. i en britisk, og internationalt anerkendt guideline for supplementær iltbehandling til voksne, som anbefaler et mål for saturationen på 94-98 % hos lungeraske patienter mhp. at undgå risikoen for hyperoksi og vævsskaderne herfra (2). Derudover

vurderes det i den pågældende guideline, at en saturation ≥ 98 % hos en patient, der modtager ilttilskud, bør føre til et reduceret eller ophørt ilttilskud (2).

Ny instruks om iltbehandling udarbejdet

Sundhedsfagligt personale har en klar mening om, hvornår saturationen er lav hos en lungeraske patient. Nu vil vi yderligere argumentere for, at vi også skal forholde os til, hvad en for høj saturation er hos patienten, der får ilttilskud. På den baggrund har vi udarbejdet en ny instruks om iltbehandling til både præ- og postoperativt lungeraske patienter på AUH (6). Fremgangsmåden er, at en patient med perifer oxygensaturation på ≥ 94 % som udgangspunkt ikke skal have ilttilskud. Såfremt patienten falder til en saturation < 94 %, administreres et ilttilskud ud fra instruksens guideline (flowchart) (6) samt respirationstandhjulet, se Figur 2 og 5.

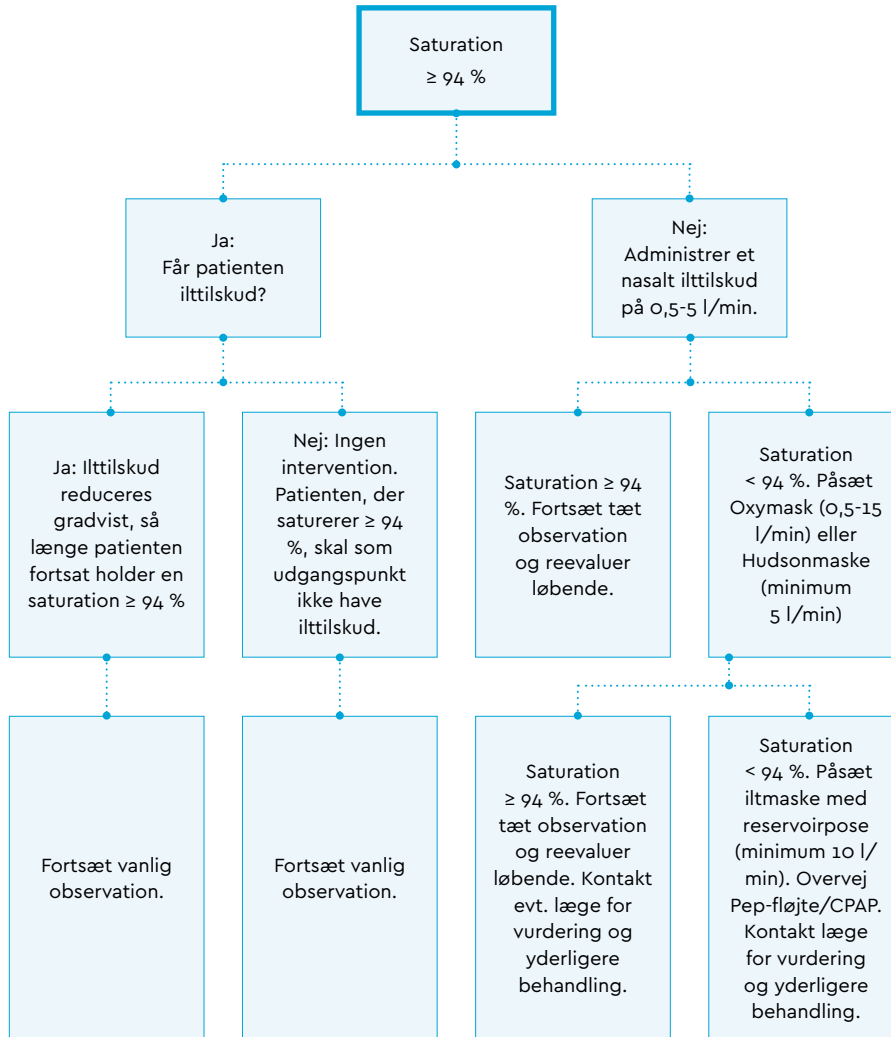
Ilttilskud er ikke nødvendigvis gunstigt

Sundhedsfagligt personale bestræber sig altid på at sikre patienten optimal oxygenation. Vi vil derfor advokere for, at en saturation ≥ 94 % er sufficient til at sikre vævsoxygeneringen hos den lungeraske patient. Der skal dog ikke herske nogen tvivl om, at en saturation < 94 % er en indikation for, at patienten skal have ilttilskud, men administration af ilt kan ikke stå alene. Det er vigtigt, at det sundhedsfaglige personale også vurderer, hvilke andre handlinger der kan optimere respirationen frem for udelukkende at administrere et ilttilskud.

Nye artikler og guidelines har gjort det klart for os, at opmærksomheden på området er øget, og måske vil vi i fremtiden se en ændring i den måde, ilt administreres på i praksis. Der er i hvert fald ingen tvivl om, at vi fremover i vores vurdering af patientens respiration må medtage, at ilttilskud ikke nødvendigvis er gunstigt for kroppen. Less is more – måske? For vi har endnu ikke overblik over, hvor store skader overdosering af ilt eventuelt kan påføre patienten. ●



Figur 5. Flowchart for iltbehandling til den lungeraske patient



Hvordan lyder indikationen for ilttilskud på jeres afsnit?

Hvilke handlinger benytter I for at optimere respirationen hos patienten?

Hvilke skader kan hyperoksi potentielt medføre hos lungeraske patienter ifølge denne artikel?

Referencer

1. Pryor KO, Berger MM. The elusive promise of perioperative hyperoxia. *Br J Anaesth* 2015; 115(3):344-46. DOI: <https://doi-org.ez.statsbiblioteket.dk:12048/10.1093/bja/aev232>
2. O'Driscoll BR, Howard LS, Davison AG. BTS guideline for emergency oxygen use in adult patients. *Thorax*. 2008 Oct;63 Suppl 6:vii-68. doi: 10.1136/thx.2008.102947.
3. Sand O, Sjaastad ØV, Haug E. *Fysiologi - en grundbog*. København: Munksgaard Danmark; 2007.
4. Nielsen EB, Nielsen-Kudsk PSH. Er rutinemæssig postoperativ iltbehandling nødvendig? Opgave i forbindelse med efteruddannelse for anæstesisygeplejersker. Upubliceret materiale. Juni 2015.
5. Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM). *Rekommandation for anæstesi 2017. "Rekommandation for udskrivningskriterier"* 2012+16. www.dasaim.dk Set dec. 2017
6. Iltbehandling, postoperativ. E-dok dokument, Aarhus Universitetshospital. e-dok.rm.dk > Aarhus Universitetshospital > Operation og Intensiv Syd > 7. Observationsafsnit OBS > 7.20 Respiration > Iltbehandling, Postoperativ, OPI Nord - Syd. Besøgt april 2017
7. Hovind LI. *Anestesisygepleie*. Oslo: Akribe A/S; 2011.
8. Held P. *An Introduction to Reactive Oxygen Species - Measurement of ROS in Cells*. White Paper, BioTek. www.biotech.com Besøgt februar 2017.
9. Rasmussen LS, Mogensen JV, Vest-Andersen T. *Anæstesi*. København: FADL's FORLAG; 2014.

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.

Også rets- psykiatriske patienter har håb og drømme for fremtiden

Retspsykiatriske patienter har håb og drømme som de fleste andre mennesker, **og den psykiatriske sygeplejerske skal kunne oppebære håb og drømme** - også for patienter med høj kompleksitetsgrad.

Håb, drømme og tro på, at det er muligt at komme overens med alvorlig psykisk sygdom, anses som bærende og centrale elementer i den enkeltes recoveryproces, se Boks 1. Men for plejepersonale i behandlingspsykiatrien kan det være svært at vide, hvordan de kan understøtte en sådan proces. I særdeleshed kan det være svært at se recoverytilgangens relevans for det retspsykiatriske felt (5). Fra uformelle samtaler med personale ved vi, at nogle oplever, at "det er absurd at tale om håb og drømme, hvis patienten skal være indlagt i syv år ..."

Personale har fokus på de begrænsninger for færdien og udfoldelsesmuligheder, der kan knytte sig til anbringelsesdomme eller indlæggelser i henhold til dom. Det kan se ud, som om nogle personalemedlemmer har en vis berøringsangst i forhold til at spørge ind til håb og drømme for fremtiden. Måske hænger det sammen med antagelser om, at patienternes drømme og håb er grænseløse, utopiske luftkasteller, og at personalet dermed tvinges ud i situatio-



LIV OS STØLAN

Projektleder, cand.polit. med hovedfag i kriminologi ved Universitetet i Oslo. Ansat i Kompetencecenter for Retspsykiatri, Region Hovedstadens Psykiatri siden 2012.

liv.os.stoelan@regionh.dk



JETTE MØLLERHØJ

Cand.mag. i historie og etnografi, Aarhus Universitet. Sundhedsvidenskabelig ph.d., Københavns Universitet 2006. Leder og seniorforsker i Kompetencecenter for Retspsykiatri, Region Hovedstadens Psykiatri.

RESUME

Håb, drømme og tro på, at den enkelte kan komme til at leve et godt og tilfredsstillende liv trods alvorlig psykisk sygdom, er essentielle elementer i recoveryprocessen. Det bekræftes af kvalitative forskningsinterviews med 50 retspsykiatriske patienter.

Interviewene afspejler, at retspsykiatriske patienter har mange håb og drømme for fremtiden, og at de gerne vil tale om dem. De fleste mål, håb og drømme, som informanterne fortæller om, handler om grundlæggende menneskelige behov.

Informanterne har i høj grad tilpasset deres fremtidsdrømme til den konkrete situation, de aktuelt befinder sig i.

For mange indebærer det, at forventningerne til fremtiden er nedjusterede. De fleste informanternes drømme for fremtiden er ret konkrete, de har tit en tidshorizont, og deres håb handler om socialt accepterede ønsker og forhold.

Konsekvenser for sygeplejen er, at den psykiatriske sygeplejerske bl.a. skal kunne italesætte og oppebære håb og drømme for den enkelte patient. Det gælder også i forholdet til patienter med høj kompleksitetsgrad, dobbelt- eller tripleproblemstillinger i form af sygdom/kriminalitet/rusmiddelbrug og høj risiko for tilbagefald.

ner, hvor de er nødt til at agere som realitetskorrigerende lyselukkere?

Der kan være mange grunde til, at et pessimistisk grundsyn på patientens vegne er fremtrædende, og at tavshed umiddelbart synes nemmere end initiativ til en italesættelse af fremtidshåb. Patientgruppen er typisk kendetegnet ved komplekse sociale problemer og alvorlige sindslidelser, og patienterne har måske udsigt til årelange behandlingsforløb som indlagte eller i ambulante behandlingsforløb.

De har tit en omfattende kriminalitetsportefølje, og deres kriminalitetshistorik omfatter også personfarlig kriminalitet (6). De retspsykiatriske patienter har typisk omfattende patienterfaring og psykiatrichistorik, se Boks 2 på næste side. I til læg til at være særligt belastede kan de af ansatte i psykiatrien opleves som en særligt belastende patientgruppe at pleje og behandle (7,8).

Patienterne erkender sygdommen

Retspsykiatriske patienter er kendt skyldige i at have begået kriminalitet, men er straffri pga. alvorlig psykisk sygdom, se Boks 3 på næste side. I uformelle samtaler hører vi, at patienterne ifølge personalet ofte ikke opfatter sig selv som syge, og at de tit benægter at have begået den kriminalitet, de er dømt for. Dette er imidlertid ikke tilfældet for de 50 patienter, vi har interviewet, se Boks 4 side 66.

Det kan se ud, som om nogle personalemedlemmer har en vis berøringsangst i forhold til at spørge ind til håb og drømme for fremtiden.

Langt størstedelen demonstrerer det, der i psykiatrisk regi karakteriseres som sygdomsindsigt eller sygdomserkendelse; de er observante i forhold til tilbagefaldssymptomer og har en plan for, hvordan de skal reagere på disse. De oplever, at de er syge og typisk også, at de har behov for hjælp og støtte til at modvirke det funktionstab, der er relateret til sygdom. Det fremgår desuden af samtalerne med patienterne, at de typisk har været syge

Boks 1. Recovery og rehabilitering i psykiatrien

- **Recovery:** Recovery er den enkeltes unikke proces med at komme overens med konsekvenserne af psykisk sygdom.
- **Rehabilitering:** Rehabilitering er indsats/hjælp/støtte, som tilbydes af professionelle, og som forhåbentlig bidrager til recoveryprocessen.
- Der er aktuelt politisk fokus på, at professionelle i social- og behandlingspsykiatrien arbejder recoveryunderstøttende og har fokus på håb, ressourcer, inddragelse og empowerment.

gennem en længere periode, og at de eller har været belastet af sygdomsgraden:

”Det at være bipolar, det er sgu ikke en helt nem opgave,” siger en informant, mens en anden siger, at ”det er et helvede at være patient, altså.”

Det er en erfaren gruppe patienter, og de synes også langt hen ad vejen at have tilegnet sig begreber og forståelser fra behandlingspsykiatriens psykoedukation. De fleste af de interviewede patienter forstår deres foranstaltning som en følge af en kriminel handling, som langt størsteparten synes at vedkende sig, og de erkender, at denne handling på den ene eller anden måde er relateret til en psykisk sygdom. Som en informant siger:

”Så jeg anser ikke mig selv først og fremmest som kriminel, men som psykisk syg, der har begået en forbrydelse.”

”Det er ikke dommen, der er problemet, men sygdommen,” konkluderer en anden informant, om sin oplevelse af sygdom og foranstaltning som grundvilkår for sit liv lige nu.

Fremtidsdrømme afspejler menneskelige behov

Hvad er så retspsykiatriske patienters håb og drømme for fremtiden? Hvad anser de selv som vigtigt? Ud over at komme ud af den psykiatriske særforanstaltning, de er underlagt, handler fremtidsønskerne om en forbedring af helt grundlæggende menneskelige behov, der samtidigt afspejler det, de aktuelt savner i deres liv: at have en partner og noget familie.

Der er store variationer i, hvorvidt de interviewede patienter har pårørende eller et netværk, der giver mulighed for social, emotionel eller praktisk støtte i forhold til behandlingsforløbet og i livet i det hele taget. Nogle har betydningsfulde netværk af familie og/eller venner, mens andre er mere eller mindre uden et eksisterende socialt netværk. For nogle er enkeltstående venskaber det eneste netværk, de har. Nogle af de interviewede informanter har overhovedet ikke kontakt med deres familier længere, og for nogle har opvæksten været præget af så store konflikter og så turbulente forhold, at de i perioder har været anbragt udenfor hjemmet. Nogle af informanterne har selv børn, og for nogle af dem er drømmen igen at komme til at kunne bo sammen med børnene eller i det mindste at have en tættere kontakt med dem.

De færreste af informanterne har en kæreste eller en partner, og det at finde en kæreste er noget, mange af dem ønsker sig. For andre er drømmen, at for-

Boks 2. De fleste retspsykiatriske patienter behandles i almenpsykiatrisk regi

- Der har gennem de sidste 20 år været en voldsom vækst i antallet af retspsykiatriske patienter i Danmark, og der er nu ca. 4.500 retspsykiatriske patienter. Denne patientgruppe udgør ca. 4 pct. af den samlede psykiatriske patientpopulation (1).
- De fleste, 80-90 pct., af de retslige patienter behandles ambulant, mens 10-20 pct. er indlagte. Mange patienter har forløb, hvor de primært er ambulante patienter, men periodisk er indlagt som følge af f.eks. medicinsvigt, problematisk rusmiddelbrug eller anden risiko for kriminalitet.
- Størstedelen (ca. 60 pct.) af sådanne indlæggelser foregår i almenpsykiatrisk regi, mens patienter med høj sygdomskompleksitet i reglen visiteres til den specialiserede retspsykiatri (2).

holdet, de er i, varer ved. Det at have en kæreste kan påvirke alle livsområder. En informant omtaler betydningen af sin kæreste gennem mange år således: ”Hvis hun ikke havde været der, så havde jeg ligesom bare ... så havde jeg bare blevet ved med at ryge, blevet ved med at tage coke, blevet ved med ... ja, altså i den forkerte bane, synes jeg i hvert fald.”

... at have et ordentligt sted at bo

For nogle handler drømmene om overhovedet at få et sted at bo, mens drømmen for andre er at få en anden bolig end den, de har nu. De fleste af informanterne har en bolig, og dette er typisk en kommunalt tildelt lejlighed eller et socialpsykiatrisk bosted. Enkelte er hjemløse, og nogle bor midlertidigt hos familie, og for dem er drømmen at få en selvstændig bolig. Nogle ønsker sig en anden boligsituation end den, de nu er i, de ønsker f.eks. ikke at bo på et bosted, men i egen lejlighed eller i hus. Andre ønsker sig et botilbud, hvor andres rusmisbrug fylder mindre, mens det overhovedet at have et sted at bo omtales af nogle som væsentligt for at få kontrol over eget rusmisbrug. Nogle, der rent behandlingsmæssigt er klar til udskrivelse, er fortsat indlagte i mangel på et botilbud. For dem er det at få tildelt en bolig en præmis for at kunne udskrives fra det sengeafsnit, de nu er indlagt på, og overgå til et ambulant behandlingsforløb.

Informanternes drømme om at have et sted at bo eller at få et andet sted at bo er gennemgående nøgterne, men: Boligen skal være til at betale; den skal give en tilstrækkelig oplevelse af autonomi og beskyttelse, og informanterne vil selv have medindflydelse i forhold til, hvor de skal bo.

... at have kontrol over rusmisbrug

Brug af legale og/eller illegale rusmidler fylder meget og på mange måder i mange af informanternes fortællinger om fortid, nutid og fremtid, enten fordi de selv har været eller er misbrugere, eller fordi andre patienters rusmiddelbrug får konsekvenser for informanten og øvrige medpatienter.



De færreste af informanterne har en kæreste eller partner, og det at finde en kæreste er noget, mange af dem ønsker sig.

Flere af de interviewede retspsykiatriske patienter fortæller, at de har klarret at ændre et misbrug til et kontrolleret forbrug, og nogle er helt holdt op med at bruge rusmidler. Mange forklarer den positive ændring med henvisning til deres egen indsats og motivation, men i mange af disse fortællinger hører vi også om en massiv og betydningsfuld indsats fra både det psykiatriske system, andre offentlige instanser og private netværk.

Kæresten er der, boligen er fundet, det økonomiske livsgrundlag er sikret, og måske er der også tilbudt en misbrugsbehandling. Flere af informanterne efterspørger dog fortsat mere hjælp for at komme ud af det misbrug, der stadig er med til at sætte rammerne for deres liv. Hvor svært det kan være, illustreres af en informants fortælling. For ham er det vigtigste mål med det retspsykiatriske behandlingsforløb, at han skal "lade være med at tage nar-kotika".

Til trods for mange års sammenhængende indlæggelse er det endnu ikke lykkedes at indfri dette mål. For andre informanter, der er i ambulante behandling, er det vigtigt med det, som omtales som "et ordentligt sted", der ikke er præget af andres rusmisbrug, for nemmere at kunne kontrollere eget misbrug.

... at have noget meningsfuldt at lave

Kun yderst få af de interviewede retspsykiatriske patienter har aktuelt en tilknytning til arbejdsmarkedet eller til en uddannelsesinstitution, og de fleste (80 pct.) modtager nu førtidspension.

Nogle af de yngre patienter drømmer om at kunne tage en uddannelse, mens andre drømmer om at få et arbejde på hel- eller deltid, også selv om de er tildelt førtidspension. Nogle drømmer om "et eller andet hjernedødt arbejde," "et deltidsarbejde," "at gå i skole" eller "at få en uddannelse". Andre har mere konkrete ønsker om at tilegne sig konkrete færdigheder eller uddannelser som f.eks. "at lære fransk," "at få studenterhuen på," at uddanne sig som "cand.mag.," "at tage kørekort" eller har arbejds-specifikke ønsker som "at arbejde med musik." "at åbne min egen restaurant" eller "at blive recoverymentor" i behandlingspsykiatrien.

Mange af de interviewede patienter har været indlagt på psykiatriske afdelinger i lange perioder og nogle i mange år. Fælles for deres fortællinger er ønsket om muligheden for flere forskellige, varierede og meningsfulde aktiviteter under indlæggelser på psykiatriske afdelinger.

En hverdag uden faste aktiviteter, struktur eller indhold er også kendetegnende for mange af de ambulante patienters fortællinger. En informant siger om sin hverdag: "Jeg har det totalt kedeligt. Jeg sidder bare derhjemme og hører musik eller ser et eller andet [i fjernsynet]. Det er bare det. Jeg laver ikke noget."

... at have nogen at lave noget sammen med

Den manglende deltagelse i arbejdsliv og organiserede sociale aktiviteter er med-

virkende til, at mange af de retspsykiatriske patienter, vi har interviewet, har et meget spinkelt socialt netværk. Det gælder både patienter, der nu er i ambulante behandlingsforløb, og patienter, der er indlagte.

For mange er drømmene knyttet til ønsker om mere social kontakt og deltagelse i flere sociale arrangementer. At mange af de interviewede retspsykiatriske patienter har spinkle sociale netværk, afspejles også i forventninger til, at det er personalet, der skal initiere social kontakt og sociale arrangementer, og det gælder både ambulante og indlagte patienter.

For nogle af de ambulante patienter er dette tæt vævet sammen med deres generelle forventninger til selve behandlingsforløbet og behandlingens indhold, og hvad personalet i behandlingspsykiatrien eller på bosteder skal: Patienterne ønsker, at personalet skal tilbyde social kontakt og sociale arrangementer som f.eks. udflugter i skoven, i Zoo eller i Tivoli. En ambulante patient formulerer sin drøm om fremtiden således: "At OP-teamet tager mig med ud på en tur."

Også for de indlagte patienter er personalets initiering af socialt samvær og sociale aktiviteter af stor betydning. Betydningen af, at personalet tager initiativ til fælles aktiviteter som f.eks. at spille et spil, se en film, understreges af flere som et gode og omtales af andre som noget, der mangler. Andre lægger vægt på betydningen af, at personalet har tid og lyst til at indgå i samtaler med patienterne; samtaler, der ikke omhandler behandlingsplaner eller behandlingsforløb.

Samtaler med personalet er noget, der kan skabe afbræk og kan opleves som en aktivitet i sig selv, og sammen med fælles sociale aktiviteter bidrager dette ifølge en informant til, at der skabes "en stemning, en atmosfære, der er gavnlige".

En indlagt patient siger, at hverdagen på en lukket afdeling går med "at ryge smøger, spille backgammon, drikke kaffe ... og så bliver man lykkelig, når ergoterapeuten spørger, om man vil med ud i køkkenet og bage en kage eller gå en tur ud. Det er sådan noget, man kan leve på i

Boks 3. En retspsykiatrisk patient: skyldig og straffri

- Ifølge Straffelovens § 16 skal personer, som på gerningstidspunktet for en kriminel handling var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke straffes. Personer, som på anden måde er psykisk forstyrrede, kan også være straffrie, jf. Straffelovens § 69.
- I stedet for straf idømmes personen en psykiatrisk særforanstaltning, f.eks.
 - Anbringelsesdom: Dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling.
 - Behandlingsdom: Dom til psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse. Den har typisk en varighed på mellem tre og fem år, men kan også være tidsubestemt.
- Formålet med de psykiatriske særforanstaltninger er at forebygge ny kriminalitet.

ugevis, altså at man har været oppe og gå en tur på [et nærliggende naturområde]. Altså sådanne småting.”

Drømme kan blive opfyldt

Mens nogle af informanterne har en idé om eller en plan for, hvad de selv kan gøre for at bidrage til, at deres drømme kan gå i opfyldelse, er både drømmene og vejen til mål opnåelse mere uklare for andre. Nogle er ligeledes opmærksomme på, at deres drømme er tæt forbundet med eller afhængige af andres beslutninger og handlinger som f.eks. tildeling af kommunal bolig, at få et arbejde, at blive udskrevet, eller at dommen ophæves.

Andre drømmer om ”noget, der er helt anderledes end nu,” f.eks. en fremtid, hvor hverken forhold som rusafhængighed, kriminalitet, sygdom eller sociale belastninger fylder. For en række patienter handler drømmene om at kunne håndtere og at leve med følgerne af psykisk sygdom.

En enkelt siger det således: ”Jeg vil håbe på at blive rask, selvfølgelig. Det kan man jo blive. Det er meget sjæl-



Håb og drømme går på tværs af sektorer, ligesom patientforløb går på tværs af sektorer.

dent set, at det sker ... men stadigvæk, at blive rask med psykisk sygdom, det er meget svært”.

For nogle af informanterne er deres tidligere drømme nu gået i opfyldelse. Efter mange års omtumlet tilværelse har de en bolig, de er glade for; de har en kæreste; forholdet til rusmidler er afklaret og under kontrol, og de har lært, hvordan de kan leve med en psykisk sygdom. For disse informanter er drømmen og håbet nu et ønske om status quo, og at det, der omsider er godt, varer ved.

Store krav til sygeplejerskernes indsats

Det er karakteristisk, at mange af patienternes håb og drømme vedrører noget, der ligger uden for og hinsides den aktuelle forståelse af sundhedsfaglige kerneopgaver. Håb og drømme går på tværs af sektorer, ligesom patientforløb går på tværs af sektorer. Det stiller store krav til den psykiatriske sygeplejerskes indsats i forhold til at italesætte og oppebære håb og drømme for den enkelte patient. Det stiller ligeledes store krav til et stærkt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med et helhedsorienteret blik. Rehabilitering er en del af sygeplejerskens dna, hedder det i lederen i *Sygeplejersken 2017*; (07):3. Professionelles rehabiliterende indsats kan være afgørende og centrale elementer i den enkelte patients recoveryproces, hvor håb og tro på fremtiden er essentielt. Ikke mindst for retspsykiatriske patienter. En italesættelse af håb, drømme og muligheder kan være et godt sted at starte. ●

Boks 4. Om informanter, design og metode

- Undersøgelsens informanter repræsenterer bred erfaring fra såvel behandlingsforløb i almenpsykiatrisk og retspsykiatrisk regi som fra sengeafsnit og fra ambulatorier. Størstedelen har typisk som følge af den psykiatriske særforanstaltning årelange kontakter med behandlingspsykiatrien. En del har desuden været i kontakt med almenpsykiatrien, før de debuterede som retspsykiatriske patienter.
- Der er betydelig variation og heterogenitet både i forhold til sygdomsgrad, sygdomsforløb og kriminalitetsbelastning.
- Informanterne er på interviewtidspunktet i gennemsnit 40 år (som også er median alder). Den yngste er 19 år, mens den ældste er 66 år.
- Artiklen tager afsæt i en undersøgelse baseret på semistrukturerede kvalitative forskningsinterview med 50 retspsykiatriske patienter i Region Hovedstadens Psykiatri. Patienternes håb og drømme for fremtiden er et deltema for undersøgelsen, hvor det overordnede fokus er, hvad patienterne oplever som værdifuldt i retspsykiatriske behandlingsforløb (3).
- 47 af de 50 interview er transskriberede (tre informanter ønskede ikke, at interviewet blev optaget). Analyserne af interviewmaterialet er baseret på en tematiseret meningskondensering og meningsfortolkning (4). Artikelforfatterne har først gennemlæst/evt. gennemlyttet interviewmaterialet individuelt. Derefter er der ved en fælles drøftelse identificeret temaer og undertemaer, som begge forskere finder betydningsfulde, både i de enkelte interview og for forståelsen og fortolkningen af interviewmaterialet som helhed. Håb og drømme for fremtiden er et tema, og øvrige hovedtemaer er:
 - o betydningen af at være retspsykiatrisk patient;
 - o gode og mindre gode relationer til pårørende, personale og medpatienter/medbeboere;
 - o betydningen af aktivitetsmuligheder;
 - o hvordan undgå recidiv til ny kriminalitet og ny dom;
 - o betydningen af egen og andres brug af rusmidler.



Hvordan arbejder I med at understøtte den enkelte retspsykiatriske patients håb for fremtiden?

Hvilke rehabiliterende indsatser arbejder I med ift. den ambulante, den korttidsindlagte og den langtidsindlagte retspsykiatriske patient?

Hvordan arbejder I med at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer?

Referencer

1. Sundheds- og Ældreministeriet: Kortlægning af Retspsykiatrien: Mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe. København: Sundheds- og Ældreministeriet, Faglig ekspertgruppe vedrørende Retspsykiatri; 2015. **2.** Danske Regioner: Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed. Danske Regioner; 2011. **3.** Stølan LO, Møllerhøj J: Drømme & Muligheder. Hvad er betydningsfuldt i retspsykiatriske pleje-, behandlings- og rehabiliteringsforløb? Hvad har værdi for patienterne? Rapport fra et forskningsprojekt baseret på interviews med 50 retspsykiatriske patienter. København: Kompetencecenter for Retspsykiatri, Region Hovedstadens Psykiatri; 2017. **4.** Kvale S og Brinkmann S: Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. **5.** Liveng A, Ringer A, Dybroe B: Recovery – håb, umulighed eller fancy ord? En kvalitativ evaluering af recovery-undervisning i Region Hovedstadens Psykiatri – med fokus på læring blandt medarbejdere og i undervisningsteams. Roskilde: Roskilde Universitet; 2014. **6.** Stølan LO, Raben H, Sørensen L et al.: Kriminalitetsprofiler i en dansk retspsykiatrisk population – udfordringer for psykiatriens kriminalitetsforebyggende sigte? Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab 2016;(3):245-70. **7.** Møllerhøj J, Brandt-Christensen M, Stølan, LO: A Thorn in the Flesh? Forensic Inpatients in General Psychiatry. Perspectives in Psychiatric Care 2016;52(1):32-9. **8.** Møllerhøj J, Raben H, Sørensen L et al.: ”Hun plejer da at kunne tåle, at jeg truer med at hente en motorsav ...” – Vold og trusler mod offentligt ansatte undersøgt i en dansk retspsykiatrisk population. Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab 2016;(2):182-205.

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



BIRGIT VIBEKE LASSEN

Sygeplejerske 1989, anæstesisygeplejerske 1997, SD 2014. Ansat på Anæstesiologisk afdeling, Hvidovre Hospital siden 1992 som anæstetikursist, anæstesisygeplejerske og siden 2010 som klinisk udviklingssygeplejerske.

birgit.vibeke.lassen@regionh.dk



GITTE BUNKENBORG

Sygeplejerske 1989, intensiv sygeplejerske 1999, Master i Voksenuddannelse fra Roskilde Universitet 2004, ph.d. fra Lunds Universitet 2014. Ansat på Anæstesiologisk afdeling i intensivt regi på hhv. Roskilde Sygehus og Hvidovre Hospital 1992-2014. Siden 2014 ansat som forskningsleder for MVU-området, Holbæk Sygehus.

Patienter skal lejrres forsvarligt før operation

Lejringsrelaterede gener hos patienter, der gennemgår laparoskopiske kolorektale operationer, forekommer oftere end forventet.



Ⓛ Patienter, der får foretaget laparoskopiske colon- og rectumoperationer, er ofte på operationsbordet seks timer eller længere. Pga. den lange operationstid og et komplekst behov for speciel lejrning under operationen er disse patienter særligt udsatte for lejringsgener. Et kvalitetsudviklingsprojekt fandt, at 34 pct. af de patienter, som gennemgår en laparoskopisk kolorektal operation, har en eller flere lejringsrelaterede gener. De lejringsrelaterede gener kom til udtryk i smerter, føleforstyrrelser og nedsat kraft.

I 2013 og første halvår af 2014 blev der på Hvidovre Hospital indrapporteret ni utilsigtede hændelser i form af lejrings-skader hos patienter, som havde gennemgået laparoskopisk colon- og rectumkirurgi. Af de ni indberetninger fremgik det, at én blev klassificeret som alvorlig, seks som moderate og to som milde skader.

Pga. de utilsigtede hændelser fik anæstesi- og operationssygeplejersker på den gastroenterologiske operationsgang på Hvidovre Hospital et særligt fokus på denne patientgruppe.

Formålet med denne artikel er at præsentere resultaterne af en incidensundersøgelse, der skal danne basis for et kvalitetsudviklingsprojekt, som handler om forebyggelse af lejringsgener under operation (incidens vil sige antallet af nye sygdomstilfælde i en befolkningsgruppe i løbet af en given tidsperiode, red.).

Skader, som opstår på operationslejet

En lejringskade er en fælles betegnelse for en skade, som opstår på operationslejet ved lejringen af den bedøvede patient og defineres som: "degenerativ forandring i biologisk væv pga. kompressions- eller forskydningskræfter" (1).

Skaden, som er betinget af tryk eller træk, er ofte lokaliseret til hud, muskler, nerver eller led (1).

En bedøvet patient er særlig udsat for at udvikle en lejringskade, da patienten er frataget sine naturlige forsvarsmekanismer såsom forflytning og stillingsskift ved ubekvem eller uhensigtsmæssig lejrning. Den internationale litteratur beskriver lejringskader og komplikationer til laparoskopiske kolorektale operationer. Kompartmentsyndrom af underekstremiteterne og specielt nerveskade på plexus brachialis og plexus' nerveender samt nervus ulnaris angives at udgøre den største og mest almindelige risiko.

Skade på plexus brachialis opstår som følge af overstrækning, iskæmi, tryk og en kombination af disse tre faktorer, og i litteraturen antydes det, at det formentlig er en underrapporteret lejringskade, som med korrekt og opmærksom lejrning kan forebygges (2,3,4,5,6).

Mange faktorer af både indre og ydre karakter kan være med til at udløse en lejringskade. De indre faktorer er relateret til den enkelte patient og omhandler arteriosklerose, følger efter trombose, lavt blodtryk, proteinmangel, anæmi, lav ilttension, alder, vægt og hudforhold. De ydre faktorer omhandler bl.a. operationslejet, underlag, lejringsud-



En patient, der skal gennemgå en laparoskopisk kolorektal operation, skal før bedøvelse og inden operationen påbegyndes først og fremmest selv have fornemmelsen af at ligge godt på operationslejet.

styr og utensilier såsom kateter, drop- og infusionslanger (1), men også personalets placering mod patienten kan have en betydning.

Patienten skal ligge godt før bedøvelsen

En patient, som skal gennemgå en laparoskopisk kolorektal operation, skal før bedøvelse og inden operationen påbegyndes, først og fremmest selv have fornemmelsen af at ligge godt på operationslejet og ikke føle tryk eller ubehag i vågen tilstand. Patienten lejrtes på en trykaflastende madras med hovedet i anatomisk normalstilling, og begge arme lejrtes på et armbord, hvor underlaget også er af et trykaflastende materiale.

Når patienten er bedøvet, ændres denne lejrning markant. Afhængigt af operationstype og teknik skal patienten have den ene arm lagt ind langs med kroppen. Den arm, der ikke er lejret langs patientens side, er lejret på et såkaldt armbord. Vinkel mellem armbord og leje tilstræbes at være mellem 70° og maks. 90°. Nogle kirurger ønsker, at begge arme er lejret langs med kroppen, da det giver dem de mest optimale arbejdsstillinger.

Under operationen er der flere lejrings-skift for patienten, som bl.a. tippes i både Trendelenburgs leje (stejlt og moderat), antitrendelenburg, til højre og til venstre. For at forhindre, at patienten displaceres på lejet ved lejeændringer, fastgøres den

RESUME

Patienter, som gennemgår laparoskopiske kolorektale operationer, er pga. lang operationstid og et komplekst behov for særlig lejrning under operationen udsatte for at få lejringsgener. Et kvalitetsudviklingsprojekt på Hvidovre Hospital har belyst, hvor udbredte lejringsrelaterede gener er hos netop disse patienter.

Projektet viste, at på den første postoperative dag havde 34 pct. af patienterne én eller flere lejringsrelaterede gener fordelt som smerter, føleforstyrrelser og nedsat motorisk kraft.

Over halvdelen, 58 pct. af patienterne, havde smerter relateret til nakke, hals og skulder, og 17 pct. af patienterne angav føleforstyrrelser i primært overekstremiteterne. Derudover angav 25 pct. at have nedsat motorisk kraft også primært i overekstremiteterne.

Resultatet af projektet lægger op til en målrettet intervention med en lejrningsteknik, hvor der ikke anvendes skulderstøtter.

bedøvede patient inden operationen med skulderstøtter af trykafastende materiale, som spændes fast mod patientens nakke og skulder.

Brug af skulderstøtte øger risikoen

Aktuel, forskningsbaseret viden om indre og ydre risikofaktorer for at udvikle lejringskade hjalp os med at identificere flere risikofaktorer hos patienter, som i vores afdeling gennemgår laparoskopiske kolorektale operationer. Brug af skulderstøtter udgør en potentiel risiko for lejringskade på plexus brachialis, nervus radialis og nervus ulnaris.

Tryk på muskelregionen i nakke og skulder øger risikoen for skade på muskler og væv. Lejring i Trendelenburgs leje betyder en vægtforskydning, hvor patientens vægt hviler på skuldrene mod skulderstøtterne. Denne vægtforskydning forstærkes yderligere, når patienten samtidig tippes mod enten højre eller venstre.

Når patientens arme er lejret langs kroppen, står kirurgerne ofte op mod patientens arme i mange timer. Tilsammen med et eventuelt tryk fra lejekant, løftestykke, blodtryks- og infusionslanger udgør det en risiko for nerve- og trykskader på specielt nervus ulnaris og nervus radialis. Denne risiko øges, når patienten tippes til enten højre eller venstre, hvorved patientens vægt øger trykket mod kirurg og omgivelser. Når armen er lejret på armbord, står kirurgen mellem patientens arm og lejekant. Dermed er der risiko for, at der kan ske en overstrækning af plexus brachialis.

Lejret i GU-stilling med underekstremiteterne i hydrauliske benstøvler er risikoen for lejringskade størst for nervus femoralis, nervus tibialis og nervus peroneus. Tryk på underbenets muskler udgør en risiko for i værste fald at udvikle kompartmentsyndrom.

Selv om vores primære fokus var på patienterne, måtte vi konstatere, at der før operationen skulle tages mange hensyn i forbindelse med lejring af patienten, dels for at forebygge lejringsgener, dels for at tilfredsstille personalets behov for optimale arbejdsbetingelser. Vi måtte konstatere, at selv om vi brugte lang tid

på lejring og på at tilgodese alles behov, så havde vi en begrænset viden om hyppighed og omfang af eventuelle lejringsgener.

I den internationale litteratur beskrives ikke, hvor hyppigt lejringsgener ses ved laparoskopisk kolorektale operationer. På den baggrund fandt vi det relevant at undersøge hyppigheden af lejringsrelaterede gener hos patienter, som gennemgår en sådan operation i vores egen afdeling.

Projektets formål

Formålet med projektet var derfor at undersøge,

- hvor udbredt lejringsgener er hos patienter, der gennemgår laparoskopiske kolorektale operationer,
- hvor på kroppen skaderne hyppigst opstår,
- om de fortsat er til stede 30 dage efter operationen, således at målrettede interventioner kan iværksættes.

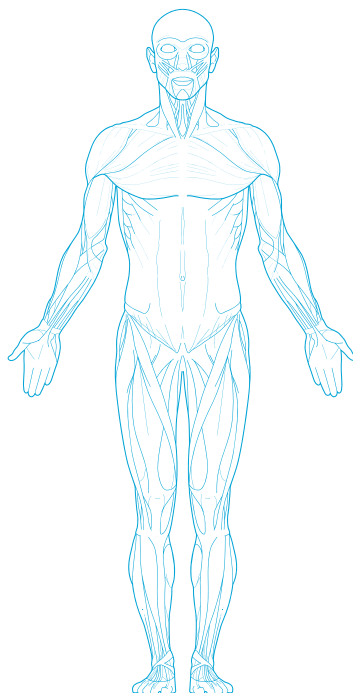
Projektet blev udført på operationsgangen og på gastroenterologisk sengeafdeling på Hvidovre Hospital i perioden november 2014 – juli 2015. Projektet blev inden start anmeldt og godkendt af De Videnskabssetiske Komitéer – Region Hovedstaden og Datatilsynet.

Figur 1. Lokalisering af lejringsrelaterede gener

Er der steder på din krop, du efter operationen har fået nyttilkomne gener?

Ja Nej (Hvis nej afsluttes undersøgelsen her).

Hvis ja, beder vi dig om på tegningen at markere, hvor på kroppen du efter operationen har fået nyttilkomne gener



I de markerede områder har du smerter?

Ja Nej

Hvis ja, angiv med tal fra 0-10 din grad af smerte, hvor 0 er ingen smerter, og 10 er uudholdelige.

I de markerede områder har du føleforstyrrelser som snurren eller sovende fornemmelse?

Ja Nej

I de markerede områder har du nedsat muskelkraft?

Ja Nej

Redskab til patienters egen angivelse af en lejringsrelateret gene efter laparoskopisk kolorektal operation

Tabel 1. Patientkarakteristika

Population	I alt	Lejringsgener	Ingen lejringsgener
Antal patienter	155	52 (34 pct.)	103 (66 pct.)
Alder		53 (21-81)	61 (19-92)
Mand	73 (47 pct.)	20	53
Kvinde	82 (53 pct.)	32	50
ASA 1	23 (15 pct.)	5	18
ASA 2	109 (70 pct.)	41	68
ASA 3	23 (15 pct.)	6	17
Vægt (kg)		73 (51-103)	75 (40-130)
Højde (cm)		172 (150 - 194)	171 (155-192)
BMI		24 (16,8 - 38,8)	25,5 (15,6- 46,1)
Operationstid (min.)		162	151
Anæsthesitid (min.)		167	271
Lap lar	35	8	27
Sigmoideumresektion	45	14	31
Højresidig hemikolektomi, transversum og ileocecalresektion	35	15	20
POUCH	13	8	5
Kolektomi	9	5	4
Rectumeksstirpation	6	2	4
Venstresidig hemikolektomi	6		6
Rev/tilbagelægning af stomi			6

Patientkarakteristika hos inkluderede patienter med og uden nyttilkommen gene efter laparoskopisk kolorektal operation.

Alle patienter, som gennemgik en elektiv laparoskopisk kolorektal operation, blev screenet for egnethed til at kunne indgå i projektet. Egnet til inklusion var patienter, som var fyldt 18 år, som kunne tale, skrive og læse dansk og var orienteret i tid, sted og egne data. Ikke egnede til inklusion var patienter, som ikke ønskede at deltage, som havde en velkendt eksisterende muskel- og nerveskade og/eller kronisk smerteproblematik.

Peroperativt registrerede anæsthesisygeplejersken demografiske data såsom operationstype, lejrning, lejringsændringer, anæsthesitype og operationstid. Dagen efter operationen besvarede patienterne et enkelt spørgeskema.

Såfremt patienten oplevede at have en lejringsgene, skulle han/hun besvare 1-4 uddybende spørgsmål. Spørgsmålene var formuleret som lukkede ja- og nejspørgsmål og afdækkede, ud over om der var nyttilkomne gener, også typen af gener opdelt i smerter, som patienten selv scorede med tal mellem 1 og 10, føleforstyrrelser og nedsat kraft. Derudover skulle patienterne på en tegning af en krop markere, hvor deres lejringsrelaterede gener var lokaliseret. Resultaterne blev af projektlederen indtastet i et regneark til senere dataanalyse, se Figur 1.

Spørgeskemaet blev ved dataanalyse delt op i hhv. højre og venstre side og inddelt i felter. Da det ikke var muligt at finde et egnet skema i tidligere studier, blev inddelingen af skemaet gjort på baggrund af et indledende pilotprojekt.

De patienter, som i første del af projektet havde svaret positivt på, at de havde en lejringsgene, blev telefonisk kontaktede af den projektansvarlige én måned efter operationen. Patienterne besvarede et spørgeskema identisk

med det, de havde besvaret dagen efter operationen.

Hver tredje havde nyttilkomne gener

I alt blev 250 patienter screenet, og 155 patienter i alderen 20-92 år (mean 57) indgik i projektet, se Tabel 1. Alle patienter blev bedøvet med total intravenøs analgesi og peroperativ epidural smertebehandling.

I alt havde 52 (34 pct.) af de inkluderede patienter nyttilkomne gener enten i form af smerter, og/eller føleforstyrrelser og/eller nedsat kraft, som ikke kunne relateres til operationsstedet. Af disse angav 35 pct. at have mere end én nyttilkommen gene, og af disse oplyste 8 pct. at have mere end to nyttilkomne gener. De nyttilkomne gener blev fordelt på smerter, føleforstyrrelser og nedsat kraft. Typen af gener fordelte sig således, at 58 pct. af patienterne angav at have smerter, 17 pct. angav at have føleforstyrrelser, og 25 pct. angav at have nedsat kraft.

Patienterne angav graden af smerte med tal mellem 1 og 10 (mean 5,6). Laveste score var 1, og højeste score var 8.

Smerterne var lokaliseret til områderne nakke, skulder og overekstremiteter. Ingen patienter angav således smerte i underekstremiteterne som nyttilkommen gene.

Føleforstyrrelserne er med en enkelt undtagelse lokaliseret til over- og underekstremiteter og er i tre tilfælde beskrevet som bilaterale.

Nedsat kraft er med en enkelt undtagelse lokaliseret til over- og underekstremiteter og er i et enkelt tilfælde beskrevet som bilateralt.

De registrerede lejringsdata viste, at 111 patienter lå med enten højre eller venstre arm på armbord og modsatte arm langs med kroppen, mens 44 patienter lå lejret med begge arme langs med kroppen. Vi fandt ingen sammenhæng mellem disse to typer lejrings og patienternes gener.

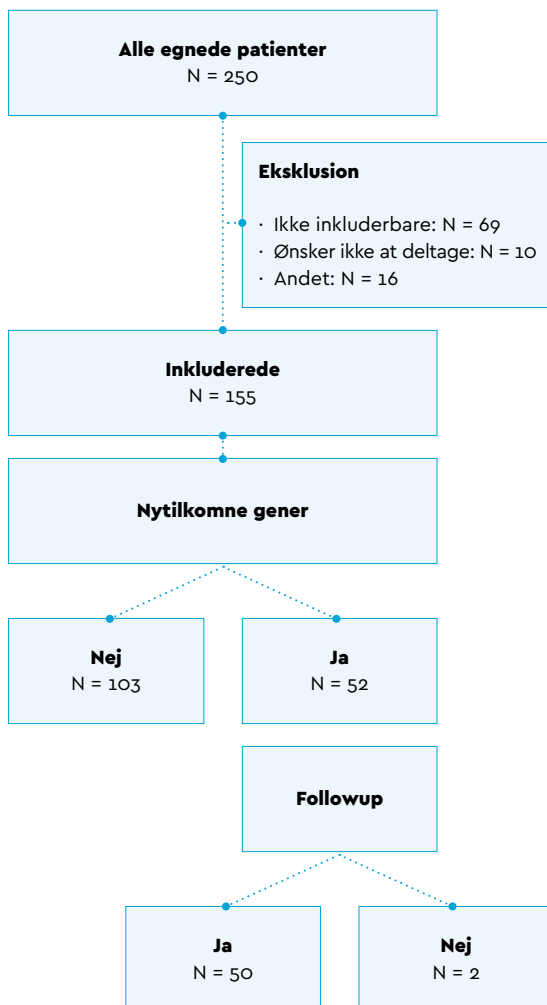
Data gav også mulighed for at se, om lejringsrelaterede gener hang sammen med det, man kan kalde samtidig lejrings, altså havde patienterne gener i den side, hvor armen f.eks. er lejret på armbord? Men heller ikke her var der nogen sammenhæng mellem gener og lejrings.

Der eksisterer ikke megen viden om varigheden af lejringsgener, og vi ønskede derfor at foretage en 30-dages followupundersøgelse. Vi fik telefonisk kontakt med 50 ud af de 52 patienter, som under indlæggelsen havde angivet nyttilkomne gener. Alle 50 tilkendegav, at de ikke længere havde lejringsrelaterede gener, og alle patienter var således fuldt restitueret. Flowchart, se Figur 2, viser forløbet fra inklusion til followup.

Flere end hver anden har smerter

Formålet med projektet var at undersøge, hvor udbredt lejringsgener er hos patienter, som gennemgår laparoskopiske kolorektale operationer. Desuden var formålet at undersøge, hvor på kroppen skaderne hyppigst opstår, og om de fortsat er til stede 30 dage efter operationen. Af de patienter, som oplevede en nyttilkommen gene, angav 58 pct. at have smerter. Data viser, at smerterne er lokaliseret til skulder, nakke og overekstremiteter. Det er fra andre studier velkendt, at laparoskopipi-

Figur 2. Flowchart



Flowchart over patienters deltagelse i studie af lejringsgener fra inklusion til followup.



Vi må være særligt opmærksomme på, hvor lang tid patienterne er lejret i Trendelenburgs leje, da trykket mod skulder- og nakke-region her er størst.

ske operationer med pneumoperitoneum kan påvirke nervus phrenicus. Denne påvirkning af nervus phrenicus kan give smerter i specielt skulderregionen, den såkaldte "referred pain", som er en smerte, der føles et andet sted i kroppen end der, hvor den udspringer.

Vores projekt viser, at patienterne har smerter i skulder, nakke og overekstremiteterne i hvert fald 24 timer efter operationen. Det, at smerterne fordeler sig mellem skulder, nakke og overekstremiteter, indikerer, at smerterne ikke kun skyldes pneumoperitoneum. Som plejepersonale kan man fejlagtigt konkludere, at specielt skuldersmerter kan skyldes referred



pain pga. pneumoperitoneum. Dermed er der en risiko for, at lejringskader fejlagtigt ikke anerkendes og indrapporteres som utilsigtede hændelser, og at der ikke bliver givet korrekt behandling til de patienter, som efter operation viser tegn på en lejringskade.

Af de patienter, som angav at have en nyttilkommen gene, oplevede 35 pct. at have mere end én gene (nogle havde tre), som ud over smerter også var føleforstyrrelser og nedsat motorisk kraft. Både smerter, føleforstyrrelser og nedsat motorisk kraft indikerer, at patienterne under operationen har haft uhensigtsmæssige tryk og/eller overstrækning/belastning af led i en sådan grad, at de efterfølgende har gener af det.

Det faktum, at generne overvejende var lokaliseret til den øverste del af kroppen, gjorde, at vi på trods af vores omhu for at lejre patienten optimalt inden operationen må revurdere den komplekse lejrings til denne patientgruppe specielt med hensyn til den øvre del af kroppen.

Vi må være særligt opmærksomme på, hvor lang tid patienterne er lejret i Trendelenburgs leje, da trykket mod skulder- og nakke-region her er størst. Dette falder helt i tråd med tidligere studier, der har fundet, at optimalt lejrings- og lejringsudstyr formentlig kan medvirke til, at patienterne ikke peroperativt udvikler lejringsrelaterede gener, og at man peroperativt skal minimere den tid, patienterne skal være lejret i Trendelenburgs leje (2,4,6).

De fleste lejringskader er forbigående

Vi fandt, at patienterne 30 dage efter operationen var fuldt restitueret efter en lejringsrelateret gene, hvilket indikerer, at de fleste lejringsgener trods alt er af forbigående karakter, men for patienterne, som oplever dem her og nu, er de en belastning i en i forvejen ofte alvorlig situation. Vi har fundet det overordentligt vigtigt at iværksætte handlingsorienterede løsninger, der kan medvirke til en reduktion af lejringsrelaterede gener hos patienter, som gennemgår laparoskopiske kolorektale operationer. Flere tiltag har været afprøvet, og vi er endt med at indkøbe nye madrasser, hvor patienten kan lejres uden brug af skulderpuder. Det vil derfor være relevant at udarbejde et nyt projekt på patienter, som er lejret på denne madras, for at kunne evaluere på vores intervention.

I de data, der ligger til grund for dette projekt, er der udelukkende set på de ydre faktorer, der kan have betydning for en lejringsrelateret gene. Vi er opmærksomme på, at også indre faktorer hos patienterne kan medvirke til en øget risiko for lejringsrelaterede gener. En enkelt patient frembød føleforstyrrelser og nedsat kraft i underkøben. Det kan ikke udelukkes, at denne patient havde gener, der ikke var lejringsrelaterede, men mere at det handlede om en postoperativt velfungerende epidural smertebehandling. ●

Referencer

1. Hølmer P. Forebyggelse af lejringskomplikationer. I: Rørvik KA., Sebens S. Operationssygepleje. København: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck; 2010:147-60. 2. Eteuati J, Hiscock R, Hastie I, et al. Brachial plexopathy in laparoscopic-assisted rectal surgery: a case series. *Tech coloproctol* 2013;17:293-97. 3. Rao M, Jayne D. Lower limb compartment syndrome following laparoscopic colorectal surgery: a review. *Colorectal Dis.* 2011;13(5):494-9. 4. Brill S, Walfisch. Brachial plexus injury as a complication after colorectal surgery. *Tech coloproctol* 2005;9:139-41. 5. Chin P, Poole G. Bilateral brachial plexus injury during laparoscopic sigmoid colectomy. *ANZ J. Surg.* 2003;73 86-8. 6. Codd RJ, Evans MD, Sagart PM, et al. A systematic review of peripheral nerve injury. *The Authors Colorectal Disease.* 2012 *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland.* 15,278-82.

Hvordan arbejder I med lejrings under operation? Hvilke hensyn vejer tungest, når I beslutter, hvordan en patient skal lejres?

Hvordan arbejder I med at sikre, at overgangene mellem operationsstue, opvågning og sengeafdeling indeholder informationer, der skærper personalets opmærksomhed på eventuelle lejringsgener?

Hvordan bliver anæsthesisygeplejersker og sygeplejersker på kirurgiske sengeafsnit bedre til at differentiere mellem smerter/ubehag, der skyldes pneumoperitoneum og lejringsrelaterede gener, så behandlingen kan målrettes.

Tænk i non-farmakologiske tiltag ved forværring af hjerteinsufficiens

Livskvalitet. Et systematisk review danner baggrund for et bachelorprojekt om non-farmakologiske tiltag til hjertesygge patienter med psykiske symptomer, f.eks. angst og depression.

NINA FRIIS JØRGENSEN, ninafriis@live.dk
SOPHIE WEIDEMANN ANDERSEN, sophiewa92@gmail.com

Baggrund. Patienter med hjerteinsufficiens vil ofte opleve perioder med forværring i deres sygdom, og selv i de stabile perioder har de behov for symptomlindring. De fysiske symptomer kan oftest være dyspnø, fatigue og ødemer, og disse kan afhjælpes med medicinsk behandling. Psykiske symptomer såsom nedsat livskvalitet, angst og depression bliver oftest overset.

Formål. At undersøge, hvilke non-farmakologiske interventioner sygeplejersken kan udføre med henblik på at øge livskvaliteten hos patienter med hjerteinsufficiens.

Metode. Der blev udarbejdet et systematisk review af udvalgt litteratur, der anvendte kvantitative metoder til at vurdere non-farmakologiske pallierende interventioners effekt på livskvaliteten hos patienter med hjerteinsufficiens. Ud fra litteratursøgningen blev der valgt tre artikler, som opfyldte inklusionskriterierne, og som var mulige at anvende i dansk kontekst.

Resultater. De forskellige artiklers interventioner varierede fra opfølgende samtaler med en sygeplejerske og hjemmebesøg til tværfagligt samarbejde. Det tværfaglige samarbejde var en hyppigt anvendt intervention, som enten var sammensat af sundhedsprofessionelle med speciale inden for palliation og kardiologi eller et team med kardiolog, kardiologisk sygeplejerske, psykiater og egen læge, som i samråd med patienten kunne lægge den bedste behandlingsplan.

Konklusion. Reviewet har givet en bred vifte af non-farmakologiske pallierende interventioner, som alle øger livskvaliteten for patienter med hjerteinsufficiens. Nogle af disse interventioner er for omfattende til en dansk kontekst, men der bør være mere fokus på non-farmakologiske tiltag. Elementer fra de enkelte modeller kan bruges som inspiration for danske sygeplejersker i deres møde med en patient med forværring af hjerteinsufficiens. ●

Blå tallerkner og røde glas øger vægten

Demens. Ældre med demens øger deres indtag af kost og væske, hvis de spiser af farvede tallerkner og glas, viser et bachelorprojekt. Et neurogastronomisk fokus kan derfor medvirke til vægtøgning hos de ældre.

KAMILLA-EMILIE HOSTRUP ABRAMSSON, sygeplejerske
kamillaabramsson@hotmail.com
KAREN STEENVINKEL PEDERSEN, vejleder

Baggrund. Ældre demente har reduceret kost- og væskeindtag.

Formål. Et bachelorprojekt på UCL, Sygeplejerskeuddannelsen i Odense, har undersøgt, om blå tallerkner og røde glas øger kost- og væskeindtaget hos ældre demente på et demensafsnit i Svendborg. Målgruppen er dels ledelse- og plejepersonale med tilknytning til demensområdet, dels sygeplejestuderende og social- og sundhedshjælper- og assistentelever, som kan blive inspirerede til fremtidig intervention.

Metode. Der anvendtes et klinisk kontrolleret crossover forsøg med tre beboere over en periode på i alt seks uger, tre uger med hvide tallerkner og transparente glas og tre uger med blå tallerkner og røde glas. Tallerknerne blev vejet før og efter de tre daglige hovedmåltider, og væskeskemaer blev ført for hele døgnet for at monitorere de ældres indtag.

Data er analyseret ved brug af parret t-test, som viser et signifikant øget indtag af kost på 37 pct. ($p = 0,000$) og væske

på 20 pct. ($p = 0,005$). Derudover ses en øgning af personvægten hos beboerne på 0,5-1,9 kg i de tre uger med farvet service.

Resultat. Et neurogastronomisk fokus kan have gavnlig effekt på dementes kost- og væskeindtag. Kombineret viden om ernæring og hydrering med viden fra neurogastronomien kan optimere forebyggelsesinitiativer og dermed nedbringe antallet af indlæggelser og genindlæggelser, der skyldes forebyggelige diagnoser som dehydrering og ernæringsbetinget anæmi.

Konklusion. I sygeplejen kan et neurogastronomisk fokus ikke erstatte nuværende initiativer og screeningsværktøjer, men det kan bidrage til at øge opmærksomheden på ernærings- og væskeindtag og dermed gøre det muligt at intervenere tidligere. Derudover kan dette og lignende tiltag implementeres relativt let, da det ikke er nødvendigt at tilføre ressourcer efter indkøb af service, ligesom der ikke er ændringer i nuværende arbejds gange. ●



Utroligt, hvad man kan få for 7,5 mio. kr.

Et fag uden tradition for forskning. Det har sundhedsplejen og sundhedsplejerskerne levet med i mange år, men nu bryder forskningen igennem og skaber belæg for den faglige indsats.



HANNE LINDHARDT, MSA, sundhedsplejerske

Vi lever i en tidsalder med hardcore djøf'ere ved roret. I sådan en tid er det ikke helt let at være rejsende udi sundhedsfremme og forebyggelse. Bl.a. fordi en grundpræmis indenfor det område er, at det kan være svært at udstede garantier for, at anstrengelserne giver det ønskede resultat.

Sundhedsplejersker har hidtil pakket tasken og begivet sig ud i felten i den overbevisning, at deres indsats er indlysende virksom – og faget har ikke haft tradition for forskning. Sundhedsplejersker i kommunerne har med bekymring været vidne til nedskæringer i antallet af hjemmebesøg, helt ned til 1-2 i alt, og til nedskæringer i antallet af årgange, som ses i skolesundhedsplejen på trods af dokumenteret tiltagende mistrivsel hos skolebørn. Strømninger, som truer med at underminere det fundament, sundhedsplejen i årtier har hvilet på: sundhedsfremme og forebyggelse til alle børn, unge og familier.

Den tiltrængte håndsrækning er kommet fra djøf'ernes egne rækker. Nobelpristageren fra år 2000 i økonomi, amerikanske James J. Heckman, har i sin forskning vist, at en forebyggende indsats for udsatte børn har størst effekt økonomisk og menneskeligt, når der sættes ind tidligt i barnets liv (1). Heckmans kurve og udvikling af metoder til forskning i forebyggelse og sundhedsfremme har givet håb for sundhedsplejen.

Den danske professor, Bjørn Holstein, har sammen med andre via forskning med afsæt i Databasen Børns Sundhed vist, at behovsfamilier ikke kan udpeges på forhånd, når indsatsen for udsatte og sårbare familier skal tilrettelægges. Sundhedsplejersken må besøge alle familier for at kunne opspore dem med særlige behov (2).

Samme udgangspunkt har Sundhedsstyrelsen for det nyligt igangsatte satspuljefinansierede kvalitetsudviklingsprojekt: "Tidlig indsats for sårbare familier" (3). En afdækningsrapport forud for puljeopslaget konkluderede bl.a., at besøger sundhedsplejersken familierne allerede i graviditeten, aflægger regelmæssige besøg og fortsætter med at følge familien efter barnets etårsalder, opspores flere børn og familier med særlige behov for en indsats.

Flere sundhedsplejersker er begyndt at forske og kan skrive ph.d. på cv'et. Ingeborg Hedegaard Kristensen er en af dem. Hendes forskning har vist, at Marte Meo-metoden, dvs. en videobaseret feedback, styrker tilknytningen imellem sårbare mødre og deres spædbørn (4). En tilknytningsfor-

styrrelse har store konsekvenser for et barns udvikling både kognitivt, psykisk og socialt.

Mange sundhedsplejersker er i dag uddannet i Marte Meo-metoden og kan med denne dokumenterede indsats forebygge tilknytningsforstyrrelser.

Vores nyvalgte byråd var for nylig på besøg hos os i sundhedsplejen. Efter at have set den grafiske fremstilling af alle sundhedsplejens indsatser og aktiviteter blev der stille et øjeblik, hvorefter udvalgsformanden udbrød:

"Det er da utroligt, så meget man kan få for 7,5 millioner." Sådan et udsagn giver håb om bedre tider for en rejsende udi sundhedsfremme og forebyggelse. ●

Læs også Ny Praksis side 14 i dette nummer af Fag&Forskning.

Referencer

1. Reiermann J. Nobelpristager: Udsatte børns skæbne er afgjort før 1. klasse. Mandag morgen, 8. september 2014.
2. Holstein B et al. Behovssundhedspleje. Omfang og risikofaktorer belyst med Databasen Børns Sundhed Sundhedsplejersken 2017;(04):6-10.
3. Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. Sundhedsstyrelsen, september 2017.
4. Kristensen IH. Interventionsstudie af Marte Meo-metodens anvendelse i sundhedsplejen. Aarhus Universitet 2016.

Uanset hvad dit behov er,
kan du stole på
AQUACEL® familien

AQUACEL®

EN FAMILIE AF BANDAGER SOM SKABER ET OPTIMALT SÅRHELINGSMILJØ

Behandlingsstrategi fra ConvaTec



Overfladiske
sår, moderat
væskende

Håndterer
sårvæske



Håndterer sårvæske,
infektion og biofilm



Dybe sår,
kraftigt
væskende



Sår med
kavitet



AQUACEL® kan anvendes til behandling
af bensår, tryksår, diabetiske fodsår,
postoperative sår og sårkaviteter

Rekvirér en
GRATIS
vareprøve

ConvaTec Denmark A/S

Skinderskovvej 32-36 · 2730 Herlev · Kundeservice: 48 16 74 74 · convatec.danmark@convatec.com

www.convatec.dk



 **ConvaTec**