

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Obstipation er tabu

ÆLDRE PATIENTER
LIDER I STILHED

SIDE 20

HVORNÅR OG
HVORFOR?

SIDE 24

BRYD TAVSHEDEN

SIDE 26

PATIENTENS
VANER ER VIGTIGE I
BEHANDLINGEN

SIDE 30

NY PRAKSIS

Dysfagi. Tidlig opsporing af tygge- og synkebesvær sparer indlæggelser.

SIDE 8

PEER REVIEWED

Dobbeltsorg. Indsats mod børn og unges dobbeltsorg kan forbedres.

SIDE 38

FAGLIGT AJOUR

Test. Simpel gangtest afslører sårbare patienter, som kræver særlig opmærksomhed.

SIDE 48

PÅ SPIDSEN

Tilbageholdende. Nyuddannede sygeplejersker stiller få kritiske spørgsmål.

SIDE 67



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.

ANNE KJÆRGAARD DANIELSEN

Ph.d., sygeplejerske, cand.pæd.pæd., MKS (master i klinisk sygepleje). Medlem af DASYS' forskningsråd. Ansat dels som forsknings-sygeplejerske på Gastroenheden, Herlev og Gentofte Hospital, dels som forskningskonsulent på hele Herlev og Gentofte Hospital. Har i samarbejde med hospitalets forskningsfysioterapeut forskningsunderstøttende og -vejledende funktioner med fokus på klinisk forebyggelse. Erfaring fra hospitalsansættelser i forskellige specialer og på forskellige niveauer og overvejende inden for det kirurgiske område.



ERIK ELGAARD SØRENSEN

Professor MSO 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.



ALLAN FLYVBJERG

Sundhedsdekan, uddannet læge og dr.med. ved Aarhus Universitet. Har siden 2005 været professor og har udover en omfattende forskningspublikation og klinisk erfaring med patientbehandling gennem årene bestridt adskillige tillidshverv og ledelsesposter. I sundheds- og forebyggelseskrede kendt for sit formandskab for Diabetesforeningen 2000-2011 samt sit markante engagement i sundhedsdebatten via hvervet som sundhedsdekan.



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.



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 råd og videnskabelige udvalg, herunder Novo Nordisk Fondens udvalg for sygeplejeforskning, Danmarks Lungeforenings forskningsudvalg og Advisory Board i Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS).



Fag&Forskning

Sygeplejersken

REDAKTION

Chefredaktør
KATRINE NIELSEN
knl@dsr.dk
Telefon: 4695 4282

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

Redaktionssekretær
HENRIK BOESEN
hbo@dsr.dk
Telefon: 4695 4189
Mobil: 2121 8770

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
SUSANNE BLOCH KJELSDEN
sbk@dsr.dk
Telefon: 4695 4178

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

Journalist
MAYA BILLE
mbi@dsr.dk
Telefon: 4695 4119

Journalist
BRITT LINDEMANN
brl@dsr.dk
Telefon: 4695 4186

Distribueret oplag
1. januar – 30. juni
2015: 75.465 eksp.
Medlem af Danske Medier

Tryk
ColorPrint

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

Manuskriptvejledning, udgivelsesplan m.m.
www.sygeplejersken.dk

Udgiver

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 3315 1555
redaktionen@dsr.dk
www.sygeplejersken.dk
ISSN 0106-8350



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.

Illustration, foto og grafik side 22,25,27, 28, 38, 48, 52, 54 og 61: Michael Berg / Foto side 62 og 45: Scanpix.

Maden skal synkes ordentligt

DYSFAGI. I Roskilde Kommune er der blandt plejepersonalet i hjemmeplejen og i plejecentrene stort fokus på, at ældre mennesker har problemer med at synke maden ordentligt. For lider de ældre af dysfagi, kan det i værste tilfælde være livstruende.

Et team bestående af bl.a. en tandplejer og diætister har undervist sygeplejerskerne i, hvordan de spotter tilfælde af dysfagi blandt de ældre. Og spottes et tilfælde, udarbejdes en handlingsplan, som anviser, hvordan den ældre borger får lettere ved at spise og drikke.

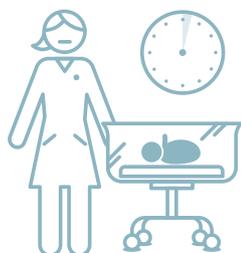
LÆS SIDE 8



Kend barnets smerte

SMERTESCORING. Sygeplejersker på Neonatalafdelingen på Rigshospitalet har rådighed over et redskab, der kan score smerterne hos nyfødte ned til 23 uger gamle. Redskabet har en positiv effekt på både at lindre barnets smerter og på måden, sygeplejerskerne observerer på.

Redskabet, der er hentet til landet fra Holland, lader sygeplejersken vurdere barnets smerter på en skala fra 1-5 uden at anvende fysiologiske målinger, hvilket ellers kan påføre barnet ubehag.



LÆS SIDE 12

TOKS optimerer patientforløbet

TIDLIG OPSPORING. Observation af f.eks. patientens respiration og bevidsthedsniveau skal ske systematisk, og det skal være helt tydeligt, hvordan personalet handler på observationerne. Den mest syge patient skal derfor tilses af den mest kompetente læge. Dette sikrer et optimalt forløb for patienterne og kan i sidste ende forhindre, at sygdommen udvikler sig så kritisk, at patienten skal overføres til intensivt afsnit. Forløbet er beskrevet i en klinisk retningslinje om tidlig opsporing af akut opstået kritisk sygdom hos indlagte patienter over 16 år.

LÆS SIDE 16



Fotograf **Michael Berg** har skabt forsiden på dette nummer. Fotoet er en bearbejdning af et røntgenfoto af tarmsystemet.



Obstipation er til fare for ældre medicinske patienter

Obstipation hos den ældre medicinske patient fylder ikke meget i hverken forskningen eller sundhedsvæsenet. Desværre, for direkte adspurgt dør op til 39 pct. af de ældre medicinske patienter med forstoppelse, allerede før de bliver indlagt akut på hospitalet. Mange oplever desuden forværring, mens 43 pct. decideret udvikler obstipation under indlæggelse.

Obstipation er i sig selv fysisk ubehageligt og kan i yderste konsekvens være livsfarligt. Tilstanden påvirker også både psykisk og socialt, og under indlæggelse kan forstoppelsen fylde så meget, at patienterne kan have svært ved at samarbejde om den primære lidelse, de skal behandles for. Det kan igen føre til

flere indlæggelsesdage, og risikoen for genindlæggelse stiger, hvis obstipationen ikke opdages eller behandles.

At hjælpe patienterne med udskillelse af urin og afføring er en vigtig del af den grundlæggende sygepleje på både sygehuse, plejecentre og i borgernes egne hjem. Men det for patienterne meget private og ofte tabubelagte emne bliver alt for sjældent italesat fyldestgørende nok af sygeplejerskerne, som kan mangle både tid, ordentlige fysiske rammer, fokus på og viden om obstipation, der måske anses som lavprestige og sekundært i forhold til patientens primære sygdom.

LÆS SIDE

20

INTERVENTION.

Et kontrolleret interventionsstudie viser, at systematisk undervisning af sygeplejersker i søvn fører til tegn på bedre søvnkvalitet hos en patientgruppe.

SPECIALISERING.

Masteruddannelse af engelske sygeplejersker inden for ældreområdet anses som et løft til området for medarbejderne.

MÅLTIDSASSISTANCE.

Hjælp til at spise og til andre funktioner kan forebygge underernæring hos sårbare patienter under længerevarende indlæggelse.

LÆS SIDE 33

Hjælp børn, som er ramt af dobbeltsorg

Dobbeltsorg er et sjældent anvendt fagudtryk, men det karakteriserer den gruppe børn og unge, næsten 4.000 i Danmark, som dels er ramt af sorg over forældres skilsmisse, dels efterfølgende oplever, at den ene af forældrene bliver kritisk syg eller dør. For børnene eller de unge medfører dette dobbeltsorg, en sorg, som langtfra altid registreres eller accepteres af omgivelserne. Den mor eller far, som dør, kan have stiftet ny familie inden sin død eller kan være en stedforælder, hvilket gør det vanskeligt for børnene at vise deres sorg og svært for omgivelserne at forstå, at de sørger. Måske bliver de ikke indbudt til begravelsen, hvis den døde forælder har stiftet ny familie efter skilsmissen eller ikke har forældremyndigheden. Artiklen er baseret på et litteraturreview og beskriver, hvordan børnene oplever dobbeltsorg, omgivelsernes manglende forståelse for fænomenet, og hvordan de voksne kan skærpe opmærksomheden på dobbeltsorg og handle ud fra barnets udsagn og adfærd.

LÆS SIDE 38

Fagligt
Ajour

PÅ SPIDSEN



Data er basis for konstant udvikling

Principper for accelererede forløb er kendt af de fleste sygeplejersker, men hvordan holder man gejsten oppe, hvis forløbene er indarbejdede og fungerer? De nødvendige data til fortsat justering og forfinelse af sygeplejen kan produceres gennem både kvalitative og kvantitative metoder, men væsentligt er det, at data vender tilbage til afdelingen, så de kan gøre nytte, der hvor de kom fra. Audit, omfang af postoperative problemstillinger, tilfreds-
hedsundersøgelser og interview med patienter er måder at levere grundlaget for handling på, viser denne gennemgang af konkret kvalitetsarbejde.

LÆS SIDE

54

5 meter gangtest taler sit tydelige sprog

En frail patient er et gammelt menneske, som mangler fysisk styrke og er sårbar overfor fysiske stressorer, f.eks. for lidt søvn, for lidt motion, for høj eller for lav vægt eller smerter. Personen har øget behov for sygepleje, hvis hun bliver hjerteopereret, sådan som flere og flere gamle bliver, viser en undersøgelse. Om et gammelt menneske er frail eller ej, kan en enkelt 5 meter gait-speed gangtest afgøre. Dermed kan en test, som er nem at udføre, forudsige behovet for sygepleje og allokering af personale i det postoperative forløb, så patienten kan komme bedst muligt igennem indlæggelse og rehabilitering.

LÆS SIDE

48



At stille spørgsmål til praksis opfattes ikke som en central del af sygeplejen, snarere som et tegn på usikkerhed og mangel på kompetence.

LÆS SIDE

67

Akutteam halverer antallet af genindlæggelser

Akut syge gamle skal tilbydes besøg af akutteam for at forebygge indlæggelse, og de gamle skal ikke blot vendes i døren på hospitalet, men have tilbud om kvalificeret, tværfaglig opfølgning efter indlæggelse for at forebygge risikofyldte genindlæggelser. Det viser mange års arbejde med og forskning i udvikling af tværspektorielt samarbejde i Aarhus.

Akut behandling i hjemmet og tilfredse patienter er et af resultaterne, som sammen med et fald på 48 pct. i antallet af genindlæggelser taler for, at strategien er rigtig.

LÆS SIDE

62



DulcoSoft®

Macroglol 4000

Behandler træg mave
og blødgør afføringen.

DulcoSoft® findes i to varianter på apoteket:

- Oral opløsning 250 ml
- Pulver til oral opløsning, 20 stk breve

Hvorfor anbefale DulcoSoft® oral opløsning?

- Neutral smag
- Ingen elektrolytter. Ingen saltsmag.
- Blandes i valgfri væske, kold eller varm.
- Kan bruges under graviditet eller amning, dog i samråd med lægen
- Enkel dosering, en gang per dag
- Pulver og oral opløsning: fra 8 år.
- Oral opløsning kan anvendes til børn fra 2-7 år efter aftale med lægen



Boehringer Ingelheim Danmark A/S,
Consumer Health Care
Tel: +45 39 15 88 88, www.dulcosoft.dk

Midler fra Dansk Sygeplejeråds Sygeplejefaglige Forskningsfond

TEMA: Sundhedsfremme og symptomlindring

Dansk Sygeplejeråds Sygeplejefaglige Forskningsfond yder økonomisk støtte til sygeplejefaglige forskningsprojekter. Formålet med fonden er at yde økonomisk støtte til forskning udført af sygeplejersker til fremme af sygeplejen i Danmark og internationalt. Fondsmidlerne kan søges af sygeplejersker, som er medlemmer af DSR.

Der kan søges midler til forskning inden for temaer, der fokuserer på at fremme sundheden og mindske symptomer hos den enkelte patient/borger eller sundhedsfremmende tiltag for større grupper.

Dette tema rummer mulighed for, at den sygeplejefaglige indsats kan foregå i primær såvel som sekundær sektor, og der kan være tale om tværsektorielle og multidisciplinære projekter.

Ansøgningsskemaet findes på www.dsr.dk/forskning

Ansøgningsfristen er d. 1. januar 2017

Dansk
Sygeplejeråd



Fokus på synkebesvær skal hindre indlæggelser

En indsats for **tidligt at opspore tygge- og synkebesvær** har resulteret i mange nyopdagede tilfælde og vil formodentlig betyde færre indlæggelser.



Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **SØREN SVENDSEN**

”Hovedproblemet er lungebetændelserne,” fortæller ergoterapeut Christina Emborg fra Roskilde Kommunes ernæringsteam. Sammen med kommunens sygeplejersker har hun fået sat fokus på tidligt at opdage tygge- og synkebesvær, også kaldet dysfagi, hos ældre på plejecentre og i hjemmeplejen.

Det er svært at synke, spise, drikke og bearbejde maden i munden, når man har dysfagi. Hvis maden kommer ned i luftvejene, kaldet aspiration, kan det give lungebetændelse. Dysfagi er forbundet med en høj dødelighed og skal derfor opdages, inden det udvikler sig til indlæggelser på grund af lungebetændelse, fejlnæring, dehydrering eller et større vægttab.

”Det øgede fokus på dysfagi har uden tvivl gjort, at vi har opdaget mange nye tilfælde, inden det er nået til indlæggelse. Vores indsats skulle i sidste ende gerne få antallet af indlæggelser ned, og vi arbejder på at få undersøgt den effekt,” siger Christina Emborg.

Indsatsen er en del af en rehabiliterende tilgang, som kommunen arbejder med.

Sygeplejersken er øjnene, der ser

Når Christina Emborg er ude på plejecentrene for at opspore ældre med dysfagi, oplever hun stor interesse fra plejepersonalet for at lære mere om,

hvordan symptomerne spottes. Der har nemlig ikke været ret meget fokus på området tidligere.

”Sygeplejerskerne har været rigtig gode til at sætte fokus på det her. De er øjnene, der ser, hvis en borger hoster under måltidet, får maden galt i halsen eller får et uforklarligt vægttab. Sygeplejersken henvender sig til mig, hvis der er mistanke om dysfagi, og så samarbejder vi om at lave den rigtige indsats,” siger hun.

For to år siden var alle sygeplejersker og andet fagligt personale på ældreområdet i Roskilde Kommune på kursus i tidlig opsporing, hvor ernæringsteamet underviste i underernæring, herunder dysfagi.

Tykke væsker gør synkeprocessen langsommere

Når Christina Emborg undersøger for dysfagi, bruger hun en test, der hedder volume viscosity swallow test (V-VST), hvor borgeren skal drikke væsker af forskellig tykkelse, samtidig med at iltmætningen i blodet måles. Herefter laver hun en spiseobservation:

”Jeg ser borgerne spise et måltid mad, hvor jeg observerer siddestillingen, konsistensen af maden, om de kan tygge, bearbejde og synke maden, og om de hoster efterfølgende. Jeg ser også, om

Sygeplejerskerne er rigtig gode til at sætte fokus på problemet med ældre, der har besvær med at spise, synes ergoterapeut Christina Emborg fra Roskilde Kommunes Ernæringsteam.

de fravælger noget af maden. Til sidst laver jeg en plan for, hvordan det kan blive lettere for borgerne at spise og drikke,” fortæller hun.

En sygeplejerske er tovholder på planen og sørger for, at den bliver ført ud i livet ved at vejlede det øvrige personale i, hvordan de skal følge anbefalingerne. Måske skal væskerne fortykkes, kosten ændres til noget mere tyggevenligt eller siddestillingen ved måltidet ændres.

”Når man fortykker en væske, gør man synkeprocessen langsommere, så mund og svælg bliver mere klar til at synke. De funktioner, vi har inde i munden – ganesejl, der lukker af til næsen, og strubelåget, der lukker ned over luftrøret – får mere tid til at udføre deres funktion,” forklarer Christina Emborg.

Dårlig mundhygiejne kan give dysfagi

Den samlede indsats handler om tidligt at opspore underernæring, herunder dysfagi og dårlig mundhygiejne, fordi de tre ting ikke kan skilles ad.

”F.eks. kan en svampeinfektion i munden gøre, at man ikke kan spise normalt. Eller et vægttab kan afsløre, at en person har problemer med at tygge og synke,” uddyber Christina Emborg.

Tidligere forbandt man mest dysfagi med følgerne af en hjerneblødning, hvor lammelser i ansigtet gør det svært at synke.

”I dag ved man, at et større ikke-planlagt vægttab hos ældre kan skyldes dysfagi. Vi begynder også at møde borgere, der oplever problemer med at synke, fordi de for 10 år siden blev behandlet for hoved- og halskræft, og der nu opstår senkomplikationer i form af arvævsdannelse,” fortæller Christina Emborg. ●

Metode

- Siden den 1. marts 2015 har en ernæringsenhed i Roskilde Kommune bestående af en professionsbachelor i ernæring, en tandplejer og to diætister sat fokus på tidligt at opspore tygge- og synkebesvær (dysfagi) i samarbejde med plejepersonalet i hjemmeplejen og på plejecentre (se processtegning).

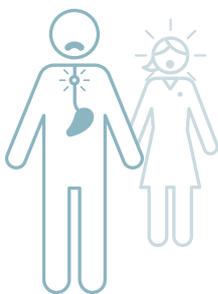
Resultater

- I perioden fra 1. marts 2015 til den 1. april 2016 var der i Roskilde Kommune i alt 126 henvendelser om dysfagi, hvoraf 84 viste sig at være dysfagi.
- Antallet af henvendelser om dysfagi steg i løbet af indsatsperioden: 17 i projektets tre første måneder i 2015 og 31 i de tilsvarende måneder i 2016. Om antallet af indlæggelser er faldet i perioden, er ved at blive undersøgt.
- Der ser ud til at være en sammenhæng mellem dysfagi, underernæring og utilstrækkelig mundhygiejne: 40 pct. af borgerne med dysfagi havde haft et ikke-planlagt vægttab, og 88 pct. havde utilstrækkelig mundhygiejne.

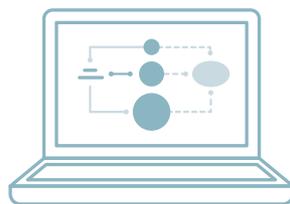
Betydning for klinisk praksis

Når dysfagi opdages på et tidligt stadie, forventes det at kunne forebygge indlæggelser for lungebetændelse, fejlnæring, dehydrering og vægttab.

Opsporing af tygge- og synkebesvær



Sygeplejersken observerer symptomer på tygge- og synkebesvær (dysfagi) hos en borger og retter henvendelse til en ergoterapeut.

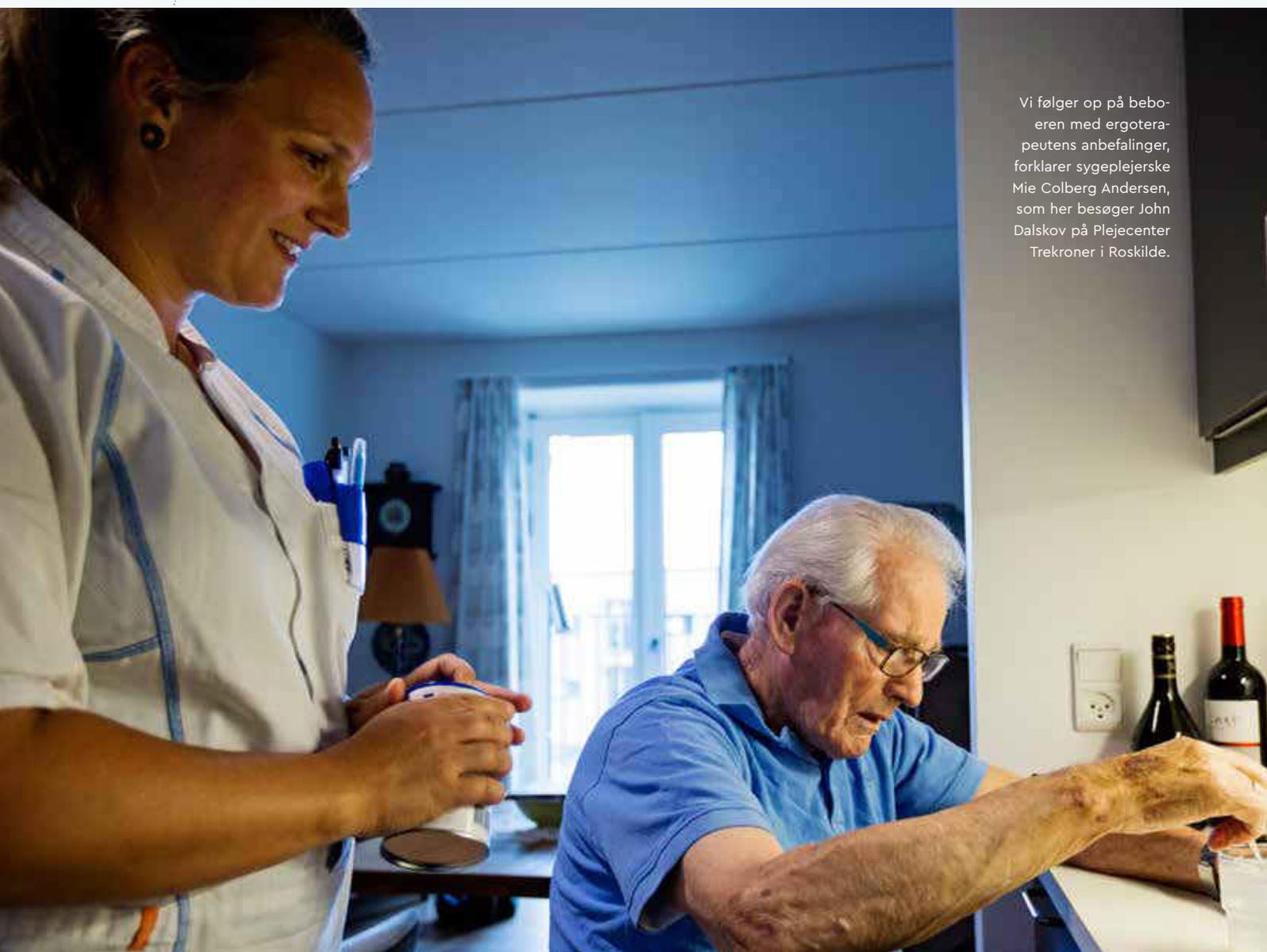


Ergoterapeuten laver en V-VST test, en spiseforbrugsobservation og en handlingsplan, der skal afhjælpe dysfagien.



Sygeplejersken fører handlingsplanen ud i livet og sørger for, at den bliver overholdt, så borgeren får lettere ved at spise og drikke.

Referencer: Om V-VST testen: Clave P et al. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*;27(6):806-15. **Reference, der siger, at dysfagi er forbundet med en høj dødelighed:** White paper on dysphagia: Newman R et al. (2016). Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*;31(2):232-49. **Andre relevante referencer om dysfagi:** Cook IJ (2009). Oropharyngeal Dysphagia. *Gastroenterol Clin North Am* 38(3):411-31. • Patientombuddet (2012). Temarapport om dysfagi – om faren ved fejlsynkning. **Sygepleje til trakeostomerede patienter:** Wiinholdt D, Richard R, Rydahl-Hansen S. *Sygepleje til trakeostomerede patienter. Sygeplejersken* 2016;(1):76-9.



Vi følger op på beboeren med ergoterapeutens anbefalinger, forklarer sygeplejerske Mie Colberg Andersen, som her besøger John Dalskov på Plejecenter Trekroner i Roskilde.

Afgørende at opdage synkebesvær tidligt

Tidlig opsporing er at opdage ændringer hos beboerne samt **forebygge vægttab, underernæring og infektioner**, som i værste fald kan føre til indlæggelse.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **SØREN SVENDSEN**

”Det eneste, det ikke dur til, er øl,” oplyser John Dalskov og åbner dåsen med fortykkelsesmiddel. Han tager halvanden teskefuld af pulveret og putter det i et vandglas.

John Dalskov er beboer på Plejecenter Trekroner i Roskilde. Han sidder på en stol ved stålborderet i det lille tekøkken i sin lejlighed, så han nemt kan nå vandhanen, når han har doseret pulveret.

”Så hælder du lidt vand i glasset,” forklarer sygeplejerske Mie Colberg Andersen, som står ved siden af John Dalskov og følger opmærksomt med i, hvad han laver.

Det var kræft i den venstre stemmelæbe i 2004, der med årene udviklede sig til arvæv i halsen, som nu gør det

Sådan spotter du dysfagi

- Spyttter mad eller væske ud, også medicin.
- Hoster i forbindelse med indtagelse af mad eller drikke.
- Har behov for hjælp til at spise og drikke.
- Har problemer med at få vejret i forbindelse med indtagelse af mad eller drikke.
- Har en våd stemme eller rallende vejrtrækning efter synkning.
- Har smerter i forbindelse med synkning.
- Har forlænget bearbejdningsfase af maden.
- Bruger flere synk på at synke en mundfuld mad.
- Har oplevet et ikke-planlagt vægttab
- Har gentagne lungebetændelser.

svært for John Dalskov at synke væsker uden at få det ned i luftvejene. Han er en af de beboere i Roskilde Kommune, der som følge af et større fokus på tygge- og synkebesvær, dysfagi, har fået afhjulpnet sit synkebesvær ved bl.a. at bruge fortykkelsesmiddel i alle væsker.

Afgørende, at dysfagi opdages tidligt

Når plejepersonalet bliver opmærksom på en beboer, som fejlsynker ved måltidet eller ikke får spist så meget, henvender de sig til ernæringsteamet i Roskilde Kommune, hvor ergoterapeuten kommer ud og laver en udredning for dysfagi. Herefter tager sygeplejersken over.

”Vi følger op på beboeren med ergoterapeutens anbefalinger. Det kan være, at alle tynde væsker skal fortykkes, at vi skal have fokus på, at beboerens spisetempo bliver sat ned, eller måske skal beboeren have en blødere kost,” fortæller Mie Colberg Andersen.

”Mit arbejde med tidlig opsporing er at opdage ændringer hos beboerne samt forebygge vægttab, underernæring og

infektioner, som i værste fald kan føre til indlæggelse. Dysfagien betyder meget, fordi fejlsynkning giver lungeinfektioner, og man stopper hurtigt med at spise, hvis maden kommer galt i halsen, hver gang man synker. At opdage dysfagi tidligt og få afhjulpnet den kan være afgørende,” forklarer Mie Colberg Andersen.

Det sidste er John Dalskov et godt eksempel på. Før hans dysfagi blev opdaget, fik han hyppige lungebetændelser, men efter han er stoppet med at fejlsynke, får han ikke lungebetændelser mere.

Smager fint i rødvin og appelsinjuice

Tilbage ved køkkenbordet rører John Dalskov rundt i glasset med vand, der nu er blevet en anelse uigennemsigtig. Han tager en stor tår.

”Det smager meget neutralt. Jeg kan smage pulveret en lille smule i vandet, men i et glas appelsinjuice kan jeg slet ikke smage det. Og i rødvin går det rigtig fint,” siger han.

John Dalskov putter altid fortykkelsesmidlet i drikkevarer, for alternativet bryder han sig ikke om:

”Får jeg et glas vand uden pulveret, begynder jeg at hoste. Hvis jeg får det ned i lungerne, står det ud af næse og mund, og det er ikke særlig sjovt,” fortæller han.

”Pulveret gør vandet tykt. Det fordeler sig bedre i halsen, så det ikke glider ned i den gale hals,” forklarer John Dalskov og sætter det tømte glas på bordet.

Sygeplejersken får øget faglighed

”Det giver rigtig god mening, at der er kommet fokus på dysfagien. Det er til gavn for beboerne, som undgår at få lungebetændelser, fejlnæring og vægttab, og det giver en øget faglighed for os sygeplejersker og assistenter,” forklarer Mie Colberg Andersen.

Førhen vidste plejepersonalet godt, at dem, der havde haft en blodprop i hjernen, kunne have tendens til at fejlsynke.

”Men der var ikke fokus på, hvilke andre årsager der kan være til dysfagi, f.eks. en svækket muskulatur eller motorik. Og der var ikke fokus på, hvad vi kan gøre for at afhjælpe det og få trænet beboerne op, så de fejlsynker mindre,” siger Mie Colberg Andersen. ●

4 GODE RÅD

Etablér et samarbejde med en ergoterapeut, som kan undervise i dysfagi-symptomer og -afhjælpning.

Vær opmærksom. Dysfagi kan være et symptom ved mange sygdomme, f.eks. Alzheimer, Parkinson, demens eller senfølger efter hovedhals-cancer.

Dysfagi kan opstå pludseligt. Hav en plan klar for, hvad I kan gøre, allerede inden ergoterapeuten laver sin undersøgelse.

Overvej, om et **uforklarligt vægttab** måske skyldes dysfagi.

Pulveret gør vandet tykt, så det fordeler sig bedre i halsen og ikke glider ned i den gale hals, fortæller John Dalskov



Vi tager nyfødte børns smerter alvorligt

Et smertescoringsredskab til nyfødte har fundet vej fra Holland til de danske neonatalafdelinger. Det kan anvendes **uden fysiologiske målinger** og medfører et øget fokus på barnet.



Vi er blevet dygtigere til løbende at støtte og lindre barnet, synes oversygeplejerske Mette Andersen på Rigshospitalets neonatalafdeling.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **HENRIK FRYDKJÆR**

”Med brugen af det her redskab tager vi nyfødtes smerter alvorligt samtidig med, at vi anerkender den sygeplejefaglige indsats: De observationer, vi gør os som sygeplejersker, er vigtige observationer, der skal handles på,” siger oversygeplejerske Mette Andersen på Rigshospitalets neonatal-klinik.

Hun er en af de sygeplejersker, der har arbejdet hårdt på at få indført et redskab til at vurdere smerter hos nyfødte børn ned til 23 uger gamle på neonatalafdelingerne i Danmark, Grønland og Færøerne. Det lykkedes i 2013, og redskabet, COMFORTneo, er efterhånden nået ud på alle afdelingerne. COMFORTneo blev udvalgt, fordi det ikke indeholdt fysiologiske målinger på barnet, og fordi det ville være let at implementere i klinisk praksis.

Barnet bliver smertevurderet på en skala fra 1 til 5 på seks områder: vågenhed, ro/ængstelse, respiratorisk respons eller gråd (hvis ikke i respirator), kropsbevægelse, ansigtstonus og muskeltonus.

Ifølge Mette Andersen er smertevurdering og lindring helt grundlæggende for den behandling, nyfødte børn får.

”Det er sygeplejerskens ansvar at sikre sig, at barnet har det godt. På afdelinger med for tidligt fødte eller syge børn kan vi ellers ikke tillade os at behandle børnene med alt det tekniske udstyr, hvor vi måske påfører børnene smerter og lidelse,” siger hun.

Personalet forstår barnets signaler bedre

Redskabet til smertevurdering har haft en positiv effekt på både smertelindring og personalets måde at observere børnene på.

”Vi er blevet dygtigere til at se og handle på barnets signaler. Når du kigger på barnet i 2 minutter uden at lave andet, får du en øget opmærksomhed omkring barnet. Du ser f.eks., at barnet spjætter, hvis der bliver raslet, når et kateter bliver pakket ud,” fortæller hun og uddyber:

”De for tidligt fødte børn reagerer voldsomt på støj, larm og uro, og man

ved, at det påvirker hjernens udvikling, hvis ikke de får ro til at vokse. Vi er blevet dygtigere til løbende at støtte og lindre barnet.”

På baggrund af smertescoringen kan sygeplejersken i en smerteplejeplan for barnet ordinere ikke-farmakologiske smertelindrende tiltag som f.eks. hud mod hud-kontakt, eller at barnet skal lejres på en bestemt måde.

Jagten på den bedste smertescoring

Det hele startede med et voksende behov:

”Der var bred enighed blandt os neonatalsygeplejersker om, at det var svært at vurdere, hvornår nyfødte havde smerter. På mange neonatalafdelinger brugte man ikke et redskab til smertevurdering, så det var op til den enkelte sygeplejerske,” siger Mette Andersen.

I 2008 satte jagten derfor ind på at finde det smertescoringsinstrument, der var mest validt og klinisk anvendeligt på de nyfødte. Faggruppen Special Interesse Gruppe for Neonatalsygeplejersker satte sig i spidsen for arbejdet sammen med centeret for kliniske retningslinjer.

”Vi endte med at anbefale COMFORTneo, fordi det var mere klinisk anvendeligt end de andre redskaber og ikke inkluderer fysiologiske målinger. Vi skal ikke røre barnet eller måle puls og blodtryk, når vi smertevurderer, fordi det kan påføre barnet ubehag, og fordi de fysiske målbare parametre ikke er så valide i forhold til vurdering af smerter,” forklarer hun.

Alle neonatalsygeplejersker skulle certificeres

For at lære at bruge det nye redskab måtte sygeplejerskerne en tur til Holland.

”Vi tog tre sygeplejersker fra Rigshospitalet til Rotterdam for at blive oplært af Monique Van Dijk, som udviklede COMFORTneo. Her blev vi certificeret, så vi kunne tage hjem til Danmark og oplære og certificere andre danske sygeplejersker,” fortæller Mette Andersen.

Certificeringen af en sygeplejerske foregår ved, at hun laver 10 smertescoringer og ser, om de stemmer overens med scoringer lavet af en sygeplejerske, som allerede er certificeret. Mindst 65 pct. af scoringerne skal stemme overens ved brug af Cohens Kappa-koefficienter.

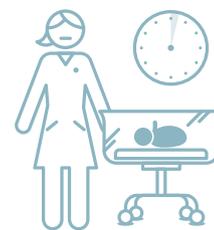
Selvom redskabet nu er udbredt på alle landets neonatalafdelinger, er det langt fra nok:

”Vi skal hele tiden holde fagligheden oppe på området og dygtiggøre os. Derfor har vi på Rigshospitalet nedsat en smertegruppe, der løbende fokuserer på smertevurdering af børn. F.eks. er september smertefokusmåned på vores afdeling,” siger Mette Andersen. ●

Metode

- En systematisk litteratursøgning i databaser efter smertescoringsredskaber til nyfødte blev foretaget for perioden 1966-2012
- Seks redskaber blev identificeret og gennemgået kritisk på baggrund af design, population, referencestandard, overensstemmelse mellem uafhængige målinger, validitet, klinisk anvendelighed og skalaens konstruktion.
- Det udvalgte redskab, COMFORTneo, blev oversat til dansk inklusive tilbageoversættelse og validering af oversættelsen.

Smertescoring af nyfødte



Sygeplejersken observerer barnet i to minutter, hvor hun ikke gør andet end at kigge på barnet og ser, hvordan det reagerer.



Barnets smertetilstand vurderes ud fra seks forskellige områder, og den samlede score udregnes. Bagefter vurderer sygeplejersken ud fra det faglige skøn på en numerisk rangskala fra 0 til 10, om barnet har smerter eller har distress (er uroligt eller ængsteligt).

Det hele ender ud i en samlet vurdering, som fortæller sygeplejersken, om hun skal handle for at lindre barnets smerter eller afhjælpe distress.

Referencer: Klinisk retningslinje for smertevurdering af neonatale børn: www.kliniskeretningslinjer.dk > Godkendte > Smerter og sanseindtryk > Klinisk retningslinje for smertevurdering af neonatale børn • Van Dijk M, Roofthoof DWE, Anand KJS, Guldmond F, de Graaf J, Simmons S et al. Taking up the challenge of measuring prolonged pain in (premature) neonates. The COMFORTneo seems promising. *Clinical journal of pain* 2009;25:607-16. **Andre relevante referencer:** Andersen M, Scheutz M, Stenkjær RL, Hundrup YA. Oversættelse af et smertescoringsredskab til nyfødte. *Sygeplejersken* 2014;(4):84-8. • Anand KJ, International Evidence-Based Group for Neonatal Pain. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatric Adolesc Med* 2001;155:173-80. • Hertel SA. Forebyggelse og behandling af smerter hos nyfødte børn. *Ugeskr Læger* 2002;164:5626-32. • Nielsson LB, Henneberg SW, Hertel SA. Børn og smerter. In: Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Nielsen L, editors. *smerter. FADL's Forlag*; 2013. 261-82.

Nyfødtes smerter scores med sikker hånd

Sygeplejersken observerer den tre dage gamle dreng for **seks forskellige parametre** og taster observationerne ind på en skærm.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **HENRIK FRYDKJÆR**

Redskabet giver en god vurdering af barnets velbefindende og anviser, hvornår sygeplejersken skal handle," forklarer sygeplejerske Maria Scheutz.

Den tre dage gamle dreng ligger veltilpas og sover, da hele ansigtet pludselig fortrækker sig i en grimasse. Venstre arm bevæger sig uden for dynen og fægter rundt i luften. Tungen glider ud og ender i et grynt og et gab, før han atter falder til ro.

Sygeplejerske Maria Scheutz på Rigshospitalets neonatalklinik har i to minutter observeret den lille dreng for at vurdere, om han har smerter. Til det bruger hun redskabet COMFORTneo, der kan vurdere smerter hos børn fra 23. gestationsuge til 28 dage efter 40 fulde gestationsuger.

Maria Scheutz går hen til computeren i den modsatte ende af rummet.

”Nu taster jeg mine observationer ind på skemaet her,” siger hun og peger på skærmen, hvor et skema med syv forskellige kategorier toner frem. Den ene er kun til børn i respirator, så Maria Scheutz vurderer drengen ud fra seks forskellige ting: vågenhed, ro/ængstelse, gråd, kropsbevægelse, ansigtstonus og muskeltonus.

”På en skala fra 0 til 5 vurderer jeg hans vågenhed til et 2-tal, svarende til ”let søvn”. Han var også ”lidt ængstelig” svarende til et 2-tal, og han græd ikke, så her får han et 1-tal. Til gengæld lavede han kraftige bevægelser med armen og hovedet, så han scorer et 5-tal i kropsbevægelse. Hans ansigtstonus er et 3-tal, fordi hans øjne pressede sig sammen, og hans muskeltonus er normal, hvilket giver et 3-tal,” forklarer Maria Scheutz.

I alt bliver drengens score 16.

Skal handle på score over 14

Til sidst vurderer Maria Scheutz henholdsvis drengens smerter og hans distress (uro og ængstelse) på en anden skala fra nul til 10. Her scorer drengen nul og tre.

Hvis den samlede score ender på 14 eller højere, svarer det ifølge smerteskalaen til, at barnet kan have smerter eller er uroligt, og så skal sygeplejersken intervenere. Hun skal også handle på det, hvis den totale score er under 8, fordi årsagen til, hvorfor barnet er stille, skal vurderes.

”Fordi drengens score var 16, vil jeg lægge ham over til moderen, så han bedre kan finde ro. Men jeg kunne også vælge at putte ham bedre, svøbe ham, give ham sut eller sukkervand eller lægge ham til moderens bryst,” fortæller Maria Scheutz.

”Fordelen ved at bruge COMFORTneo til de helt små er, at vi kan smertescore barnet ved kun at observere. Når børnene bliver lidt ældre, svarende til 28 dage efter 40. gestationsuge, bruger vi et andet skema, COMFORTbehaviour, hvor vi også mærker muskeltonus på børnene, fordi de er min-

dre sensitive end de helt små, siger Maria Scheutz.

Før hun skal videre, tager hun rutineret og forsigtigt drengen op af vuggen og lægger ham godt til rette hud mod hud på moderens bryst i sengen ved siden af.

Smerteplejeplaner kan være altafgørende

Maria Scheutz har været med til at udvælge det nye smertescoreingsredskab og var i Holland for at blive certificeret i teknikken. Derfor har hun haft en aktiv rolle med at certificere andre danske sygeplejersker i smertescoreing.

”Den feedback, vi har fået fra sygeplejerskerne, er, at redskabet er rigtig godt at arbejde med, fordi det giver en god vurdering af barnets velbefindende og anviser, hvornår sygeplejersken skal handle,” siger Maria Scheutz.

På Rigshospitalets neonatalklinik opretter man smerteplejeplaner for alle børn, så sygeplejersken på baggrund af smertescoreingen kan ordinere en passende og individualiseret smertebehandling til barnet.

”Det giver rigtig god mening, fordi vi bruger vores sygepleje på at gøre det bedre for barnet og i smerteplejeplanen dele vores viden med den næste sygeplejerske, som måske ikke har passet barnet før. Især for børn med lange indlæggelser oplever jeg, at smerteplejeplanen kan være altafgørende,” siger Maria Scheutz.

Smarter kan forværre barnets tilstand

Smertevurdering er vigtig af mange årsager:

”Overordnet set skal vi vurdere et barns smerter, fordi ingen hverken voksne eller børn skal have smerter. Derudover kan der være senfølger, hvis et barn oplever mange smerter i løbet af den neonatale periode. Og tilmed er der en risiko for, at smerter kan forværre det syge eller for tidligt fødte barns tilstand,” forklarer Maria Scheutz.

På neonatalafdelingen vurderes børnenes smerter minimum hver ottende time, men det er ofte hyppigere. F.eks. kan et nyopereret barn, der ikke er veltilpas, blive smertevurderet hvert kvarter.

”Vi kan se af vores dokumentationsprogram, at der bliver smertevurderet hyppigere end før. Med det nye redskab er der kommet en opmærksomhed på, at vi kan gøre nogle ting for barnet ud over de medicinske tiltag,” fortæller hun. ●

5 GODE RÅD

Følg op på smertescoreingen med en smerteplejeplan

Hav tovholdere, som løbende evaluerer, om smertescoreingen fungerer

Giv den enkelte sygeplejerske en forståelse for, hvorfor det er vigtigt at score for smerter

Hav et klart budskab på afdelingen, f.eks. ”vi tager børns smerter alvorligt”

Tag ledelsen med i processen

Måling af vitalværdier optimerer patientforløbet

Systematisk observation og standardiseret beslutningsstøtte hjælper sundhedsprofessionelle med at **opsøre akut opstået kritisk sygdom** så tidligt som muligt.



Tekst **MAYA BILLE**
Foto **KISSEN MØLLER HANSEN**

Observation af vitalværdier er ikke noget nyt i sygeplejen. Alligevel har det vist sig, at sundhedsprofessionelles rutiner relateret til observation af patienter ikke altid har været tilstrækkelige til at opspore akut kritisk sygdom i tide. Derfor skal observationer af bl.a. respiration og bevidsthedsniveau sættes i system, og det skal være tydeligt, hvordan der skal handles på observationerne, forklarer Bodil Sestoft, klinisk sygeplejespecialist på Aarhus Universitetshospital (AUH).

”Der skal være et standardiseret observationssystem og en standardiseret beslutningsstøtte. Den mest syge patient skal tilses af den mest kompetente læge. Det handler om at optimere patienternes forløb, altså om at opdage og behandle sygdommen, inden den er så kritisk, at patienten f.eks. skal overflyttes til et intensivt afsnit.”

Bodil Sestoft, som er en af forfatterne til retningslinjen, angiver dette som argumentet for, at sundhedsprofessionelle bør følge anbefalingerne i den

kliniske retningslinje ”Tidlig opsporing af akut opstået kritisk sygdom hos indlagte patienter over 16 år.”

Retningslinje sideløbende med implementering

Læge Lone Fuhrmann m.fl. viste i et observationsstudie foretaget på Herlev Hospital i 2006, at der var flere tilfælde, hvor abnorme vitale parametre ikke var erkendt af plejepersonalet.

”Den daværende hospitalsledelse på AUH skønnede, at hvis dette forekom på Herlev Hospital, ville det formentlig også forekomme her og på andre hospitaler. En gennemgang af utilsigtede hændelser i 2007-2008 her på hospitalet viste, at hvis vi havde målt vitalværdier, kunne vi formentlig have reageret tidligere i processen,” fortæller Bodil Sestoft.

Som anæstesisygeplejerske og klinisk sygeplejespecialist har hun beskæftiget sig med og haft interesse for vitalværdier og dokumentation i mange år. Derfor sad hun med i arbejdsgruppen, der stod

De standardiserede observationssystemer kan ikke stå alene, men skal altid være et supplement til det kliniske skøn, fortæller Bodil Sestoft, anæstesisygeplejerske og klinisk sygeplejespecialist ved Aarhus Universitetshospital.

for projektet, og gennemgik litteratur til den kliniske retningslinje samtidig med, at hun var med til at udvikle undervisningsmateriale til både hospitalspersonale og studerende på byens sundhedsuddannelser. Retningslinjen var således et af resultaterne af et omfattende projekt på AUH i 2009, hvor observationssystemet blev implementeret sideløbende med, at retningslinjen blev udarbejdet.

At måle vitalværdier er ikke et tilvalg

Når en patient indlægges, får vedkommende målt vitalværdier. Afhængigt af, om disse er normale eller afvigende, sikrer anvendelse af det standardiserede beslutningsstøttesystem, at der tages stilling til, hvor ofte patienten skal observeres, og hvordan der skal handles ved afvigende parametre. Det er vigtigt for patientens sikkerhed, at det er et aktivt fravalg at undlade måling af en patients vitalværdier, forklarer Bodil Sestoft.

”Hele pointen ved systemerne er, at måling af vitalværdier ikke er noget, der skal vælges til. Der skal aktivt tages stilling til hver enkelt patient,” forklarer Bodil Sestoft, men ”observationssystemerne kan selvfølgelig ikke stå alene, de er et supplement til det kliniske skøn,” understreger hun.

Hvis værdier er afvigende, skal det føre til handling, og derfor er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle hurtigt kan overskue værdierne. Derfor skal observationerne indføres i et system, der grafisk viser udviklingen af vitalværdierne over tid.

”Forskning viser, at grafisk fremstilling er meget bedre til at give overblik end tal,” forklarer Bodil Sestoft.

På AUH, hvor observationssystemet er implementeret på alle afdelinger, har Bodil Sestoft fået positiv respons fra både nye og erfarne sygeplejersker.

”Jeg kan helt overvejende høre, at de nyuddannede synes, det er fantastisk at have et redskab at støtte sig til. De erfarne beskriver det som et godt supplement til det kliniske skøn til f.eks. tidligt i forløbet at kunne overveje: ”Kan det være, at denne patient er ved at udvikle sepsis,” fortæller Bodil Sestoft.

Bedre kommunikation på tværs

Og det er ikke kun sygeplejersker, som retningslinjen er målrettet til. Den er til alle sundhedsprofessionelle, der arbejder med patienter over 16 år. Da observationssystemet blev implementeret på AUH og retningslinjen udarbejdet, skete det i et tæt samarbejde mellem læger, sygeplejersker og uddannelsesinstitutioner.

”Vi kunne slet ikke have gjort det uden lægerne. Det havde ikke givet mening,” fortæller Bodil Sestoft.

Og det er også helt essentielt, at anbefalingerne ikke kun følges af sygeplejerskerne, de skal følges af alle de sundhedsprofessionelle, forklarer hun. På AUH giver det fælles sprog i klinikken, og anvendelse af ISBAR giver en tydeligere kommunikation faggrupperne imellem.

”Kommunikationen er blevet mere præcis. Jeg har hørt sygeplejersker udtale, at de får hurtigere respons fra lægerne, fordi de kommunikerer langt mere præcist. Det er ikke ”jeg tror, jeg synes, jeg mener”. Det er helt konkret: ”Patienten har en høj respirationsfrekvens, lav puls og scorer 3”,” forklarer hun. ●

TOKS – Tidlig opsporing af kritisk sygdom

Standardiserede observationssystemer af forskellig art er efterhånden indført i alle landets regioner.

- Sestoft B, Rohde CV, Sundby JL, Ulrichsen AM. Tidlig opsporing af akut opstået kritisk sygdom hos indlagte patienter over 16 år. Center for Kliniske Retningslinjer 2015.
- Sestoft S, Rohde CV. Implementering af et observationssystem til opsporing af kritisk sygdom er en kompleksopgave, Ugeskr Læger 2011 okt. 173;40:2487-90.
- Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS, Report of a working party. London:RCP, 2012.
- Fuhrmann L, Lippert A, Perner A et al. Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards. Resuscitation 2008;77:325-30.
- Bagh J. Rutiner kan redde patienten. Sygeplejersken 2009;(7):42-6.
- Frølund JC, Bruun H. Vi lærer af uventede hjertestop, Fag & Forskning 2016;(2):66-73.

Måling af vitalværdier



En sygeplejerske måler vitalværdier på en patient.



Afviger vitalværdierne fra det fastlagte, fører det til handling, f.eks. tilkald af en læge, som tilser patienten.

Patienter og pårørende er trygge

Observationssystemet og den standardiserede beslutningsstøtte, der skal sikre tidlig opsporing af kritisk sygdom, er blevet **en del af det fælles sprog på afdelingen.**

Tekst **MAYA BILLE**
Foto **KISSEN MØLLER HANSEN**

Når sygeplejerske og kvalitetskoordinator Mette Riisberg Evald måler patientens puls og øvrige vitalværdier, er det blot en lille del af TOKS-redskaberne, hvor refleksion og systematisk handling på den totale TOKS-score er de vigtigste elementer.



Bip, bip, bip. Pulsslag med en frekvens på 82 høres i en fast rytme fra monitoren, der hænger på væggen bag sengen. En blodtryksmålermanchet er spændt fast om patientens arm, og en iltmåler sidder på pegefingeren. Ved siden af står sygeplejerske Mette Riisberg Evald og noterer værdierne i den elektroniske patientjournal (EPJ) via en bærbar computer. Hun er kvalitetskoordinator og står for patientsikkerheden på Fælles Akutafdeling (FAA) på Aarhus Universitetshospital (AUH).

”Det her er jo kun en lille del af TOKS-redskabet. Det vigtigste er refleksionen og den systematiske handling på den totale TOKS-score,” forklarer hun hurtigt.

Når Mette Riisberg Evald står ved sengekanten og måler vitalparametre på patienten, er det blot det første skridt i processen for Tidlig Opsporing af akut opstået Kritisk Sygdom, i daglig tale på FAA, AUH, kaldet TOKS. Observation og måling af vitalparametre er sat i system. Når Mette Riisberg Evald taster patienten

tens vitalparametre ind, kan et grafisk skema illustrere, at hverken puls eller blodtryk ligger uden for normalen, og de får derfor hver en score på nul. Når patienten ligger på FAA, betyder det, at patienten fortsat skal have målt værdier tre gange i døgn. Patienten er, inden Mette Riisbergs observation, blevet vurderet af en læge, der har ordineret, hvor højt patientens totale TOKS-score må ligge, og hvor hyppigt patienten skal have målt værdier.

”Vi kan f.eks. have Ruth, der skal have målt vitalparametre seks gange i døgn, og som maksimalt må have en total TOKS-score på 3. Jeg vil helt systematisk måle vitalparametre hver fjerde time, medmindre patienten frembyder uventede symptomer, eller jeg med mit kliniske skøn vurderer, at der er brug for at måle patientens vitalparametre her og nu. Hvis så patientens totale TOKS-score er fire, kontakter jeg en læge, som kommer og tilser patienten. Patientens kliniske tilstand bliver lægefagligt vurderet, og eventuelle tilføjelser til igangværende behandling iværksættes.”

Standardisering skaber fælles sprog

Observationssystemet og den standardiserede beslutningsstøtte, der skal sikre tidlig opsporing af kritisk sygdom, er blevet en del af det fælles sprog på afdelingen, fortæller Mette Riisberg Evald:

”Til forskel for tidligere så er der sket en standardisering, alle kender redskabet, alle kender algoritmen, og alle taler det samme sprog. ”Hvor hyppigt skal patienten TOKS’es, hvad er patientens tilladelige TOKS-score.” Det er blevet en del af vores hverdagsprog.”

Mette Riisberg Evald oplever, at systemet er et godt redskab:

”Det hjælper os til refleksion. Det giver anledning til at stoppe op og reflektere tværfagligt sammen med en læge. Hvordan har patienten det? Hvorfor stiger patientens blodtryk, eller hvorfor daler patientens bevidsthedsniveau, skal der iværksættes yderligere udredning

eller behandling? Er der brug for tættere observation osv.” siger hun.

Mette Riisberg Evald har også en klar fornemmelse af, at systemet skaber mere sikkerhed for patienterne: ”Vi gør patienter og pårørende trygge i og med, at der bliver holdt godt øje med den syge i vores afdeling,” forklarer hun.

Afdeling foretog lokal implementering

”En patient, der har en total TOKS-score på nul, skal ifølge TOKS-redskabet have målt vitalparametre én gang i døgn. Det gør vi ikke i vores afdeling, fordi vi observerer akut indlagte patienter i en uafklaret fase. Så her får patienter med en total TOKS-score på nul målt værdier (bliver ”TOKS’et”) tre gange i døgn. Og ligesom at man skal tilpasse standardiseringerne til den enkelte afdeling, skal man også bruge sit kliniske skøn og have øje for den enkelte patient.

”Der foregår jo altid en tværfaglig dialog og en lægefaglig vurdering af patientens tilstand. I relation til TOKS kan det f.eks. være okay, at fru Hansen har en høj score på 5 i den akutte fase, men det er klart, når patientens behandling får effekt, afspejles dette i patientens TOKS-score, og derfor må der laves en observationsplan (TOKS-ordination), der kun gælder for to timer,” forklarer Mette Riisberg Evald.

FAA har i 2015 haft særligt fokus på de kliniske redskaber, som anvendes i afdelingen, hvor TOKS-redskabet er et af dem. Derfor blev der foretaget en analyse af afdelingens arbejdsgange, patientgrupper, personalekompetencer osv., og TOKS-redskabet blev re-implementeret. Der blev f.eks. udarbejdet omfattende læringsmateriale for brugen af TOKS-redskabet i afdelingen.

”Der blev sat særlig fokus på den elektroniske dokumentation i EPJ. Analyserne og den lokale implementering skabte en bevidsthed om, at det er vigtigt at holde den enkeltes TOKS-kompetencer ved lige. Især på grund af de udfordringer, der er forbundet med

4 GODE RÅD

Lav en analyse af afdelingens arbejdsgange og patientkategorier, og undersøg, hvordan systemet for tidlig opsporing af kritisk sygdom bedst anvendes på jeres afdeling, så det skaber mening og sikkerhed lokalt.

Sørg for, at implementeringen af systemet for tidlig opsporing af kritisk sygdom er forankret hos ledelsen, **så både medarbejdere og ledelse taler det samme sprog.**

Træn i at bruge systemet løbende, så I er sikre på, at alle medarbejdere har kompetencerne til at bruge systemet.

Husk, at systemet aldrig kan stå alene og virker først understøttende for patientsikkerheden, når det anvendes i samspil med det kliniske skøn.

selve dokumentationsdelen i TOKS-redskabet, efter at det er blevet elektronisk”, fortæller Mette Riisberg Evald, som var med til at foretage analyse og implementering på afdelingen.

På FAA sørger de for at vedligeholde kompetencer f.eks. ved hjælp af simulatræning:

”Vi sørger for at give følgeskab til nyansatte, hvor de sammen gennemgår læringsmaterialet,” oplyser hun. ●

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.



Ældre patienter lider, når obstipation er tabu

Risikoen for obstipation er især udbredt hos ældre medicinske patienter både før, under og efter indlæggelse. Forskningen er sparsom, og både patienter og personale overser ofte tilstanden. Det kan komplicere samarbejdet om den egentlige diagnose og føre til flere indlæggelsesdage og genindlæggelser. I yderste konsekvens kan det være livstruende for patienten.



NINA TVISTHOLM

Sygeplejerske, lektor og master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling. Institut for Sygepleje, Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet, Professionshøjskolen Metropol. Projektleder på projektet "Obstipation hos den ældre medicinske patient – et patientperspektiv på forebyggelse og behandling" samme sted (1,2).



CHRISTINA SOMMER
Journalist



MARIE LOUISE THISE RASMUSSEN

Sygeplejerske, klinisk sygeplejespecialist og master i public health. Akutklinikken Gentofte Hospital. Er bl.a. medforfatter på artiklen "Effect of home care nursing on patients discharged from hospital with self-reported signs of constipation. A randomized trial" (3).

Mellem en halv og en hel million danskere lider jævnligt af obstipation, hvilket salget af afføringsmidler vidner om. Alene i 2014 blev der solgt for over 175 mio. kr. laksantia i Danmark. Obstipation ses 2-3 gange hyppigere hos kvinder end hos mænd, og risikoen stiger med alderen. Personer over 65 år har således omkring 30-40 pct. øget risiko for at udvikle tilstanden. Det skyldes bl.a. sygdom, medicin og de livsstilsændrin-

ger, der følger med alderen, f.eks. nedsat aktivitet og væskeindtagelse og mere fiberfattig kost (4). Ét studie har f.eks. vist, at 33,5 pct. af de 60-101-årige lider af obstipation (1). Det stemmer godt overens med en undersøgelse, som blev gennemført på Gentofte Hospital i 2012. Her spurgte man systematisk ind til emnet hos 373 akut indlagte medicinske patienter med en gennemsnitsalder på næsten 70 år. 39 pct. angav, at de allerede havde symptomer på forstoppelse ved indlæggelsen, mens 43 pct., som var indlagt i tre dage eller flere, udviklede tegn på obstipation under indlæggelsen (5).

Trods den store forekomst findes der dog ikke meget forskning under overskriften "ældre medicinske patienter og obstipation." Det fortæller sygeplejerske, lektor og master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling Nina Tvistholm, Institut for Sygepleje, Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet, Professionshøjskolen Metropol.

"Der findes en del forskning om obstipation hos kirurgiske patienter og cancerpatienter. Det er et velkendt og anerkendt problem her, og faktisk også hos børn. Men forstoppelse og årsagerne hertil er hidtil kun udforsket sparsomt hos ældre medicinske patienter," fortæller hun.

Sygeplejersker spiller vigtig rolle

Da Nina Tvistholm sammen med kollegaen Lene Munch i 2014 fik nogle forskningsmidler på Professionshøjskolen Metropol, kom de ret hurtigt frem til, at de netop ville kigge nærmere på obstipation hos den ældre medicinske patient.

"Vi lagde nogle følere ud hos både undervisere og sygeplejestuderende, og det viste sig, at mødet med obstiperede medicinske patienter fyldte rigtig meget for de studerende, som syntes, de var svære at håndtere," forklarer Nina Tvistholm.

Som leder af projektet "Obstipation hos den ældre medicinske patient - et patientperspektiv på





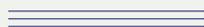
forebyggelse og behandling” har Nina Tvistholm været med til at udarbejde et systematisk review af både kvantitative og kvalitative forskningsartikler på området samt en række kvalitative interviews med obstiperede ældre medicinske patienter. Det er beskrevet i to artikler ”Constipation is casting a shadow over everyday life – a systematic review on older people’s experiences of living with constipation” (1) samt ”Living with constipation – older people’s experiences and strategies with constipation before and during hospitalization” (2).

”I reviewet fandt vi kun ni artikler i alt, og ingen af dem var danske, så det er vigtigt, at der kommer mere forskning om forebyggelse og behandling af obstipation hos ældre medicinske patienter. En ting er at leve med tilstanden og de gener, den giver. Men det tyder også på, at obstipation kan være så stor en belastning, at patienterne ikke kan samarbejde om det, de er indlagt for. Ubehaget og smerterne kan være så store, at det tager fokus fra samarbejdet om den egentlige sygdom,” siger Nina Tvistholm og uddyber:

”Det kan igen resultere i længere rehabiliteringstid og flere indlæggelsesdage, og det tyder også på, at risikoen for genindlæggelse stiger. Mange bliver netop genindlagt pga. obstipation, som i yderste konsekvens kan give så svære komplikationer, at det kan blive livstruende. Obstipation kan og skal forebygges og behandles. Det er dyrt både menneskeligt og samfundsøkonomisk at lade være. Og her viser vores forskning, at sygeplejersker kan spille en vigtig rolle, især i forhold til at inddrage patienternes egne oplevelser og handlestrategier. Vores undersøgelse viser, at patienterne ikke selv tager initiativ til at tale om emnet. Og oplever de, at sygeplejerskerne ikke spørger ind til det, tror patienterne ikke, at det er relevant at tale om,” siger hun. ©

Obstipation hvornår og hvorfor?

Nogle har afføring flere gange om dagen, mens hver tredje dag er normalt for andre. Mange patienter oplever en forværring under indlæggelse, hvilket bl.a. kan tilskrives både sygdom og ændret livsstil, men også hospitalets fysiske og for patienten fremmede rammer.



Der findes ikke én generel definition på obstipation, og det kan ifølge Nina Tvistholm være svært at adskille, om en evt. obstipation er kronisk eller akut. I forskerkredse er der dog enighed om, at obstipation er en tilstand, hvor et eller flere af følgende tegn skal være til stede: Hård og knoldet afføring, afføring to eller færre gange pr. uge og/eller forlænget og problematisk defækation. Derudover kan andre tegn være aftagende tarmlyde, oplevelse af utilstrækkelig tømning, kvalme, uspecifikke abdominalsmerter og hård og udspilet abdomen (4).

”Vores studier understreger, at obstipation er en meget subjektiv tilstand. De ældre har forskellige definitioner på, hvornår de er obstiperede, og oplever det meget forskelligt. Flere i interviewundersøgelsen angiver, at de faktisk stræber efter daglig afføring, det betyder meget for deres velbefindende. Alligevel kan det være normalt for nogle patienter, at der går op til tre dage mellem hver defækation, mens sygeplejerskerne måske ud fra deres kliniske vurdering vil mene, at selvsamme patienter er obstiperede,” siger Nina Tvistholm.

Da sygeplejerske Marie Louise Thise Rasmussen i forbindelse med et projekt (3) havde ekstra fokus på emnet, stødte hun jævnligt på dette paradoks: At hun vurderede, at patienten var obstiperet, og at hun kunne hjælpe, men at patienten talte uden om og slog det hen med et ”Nej nej, jeg har et større problem, som jeg hellere vil have, I tager jer af.”

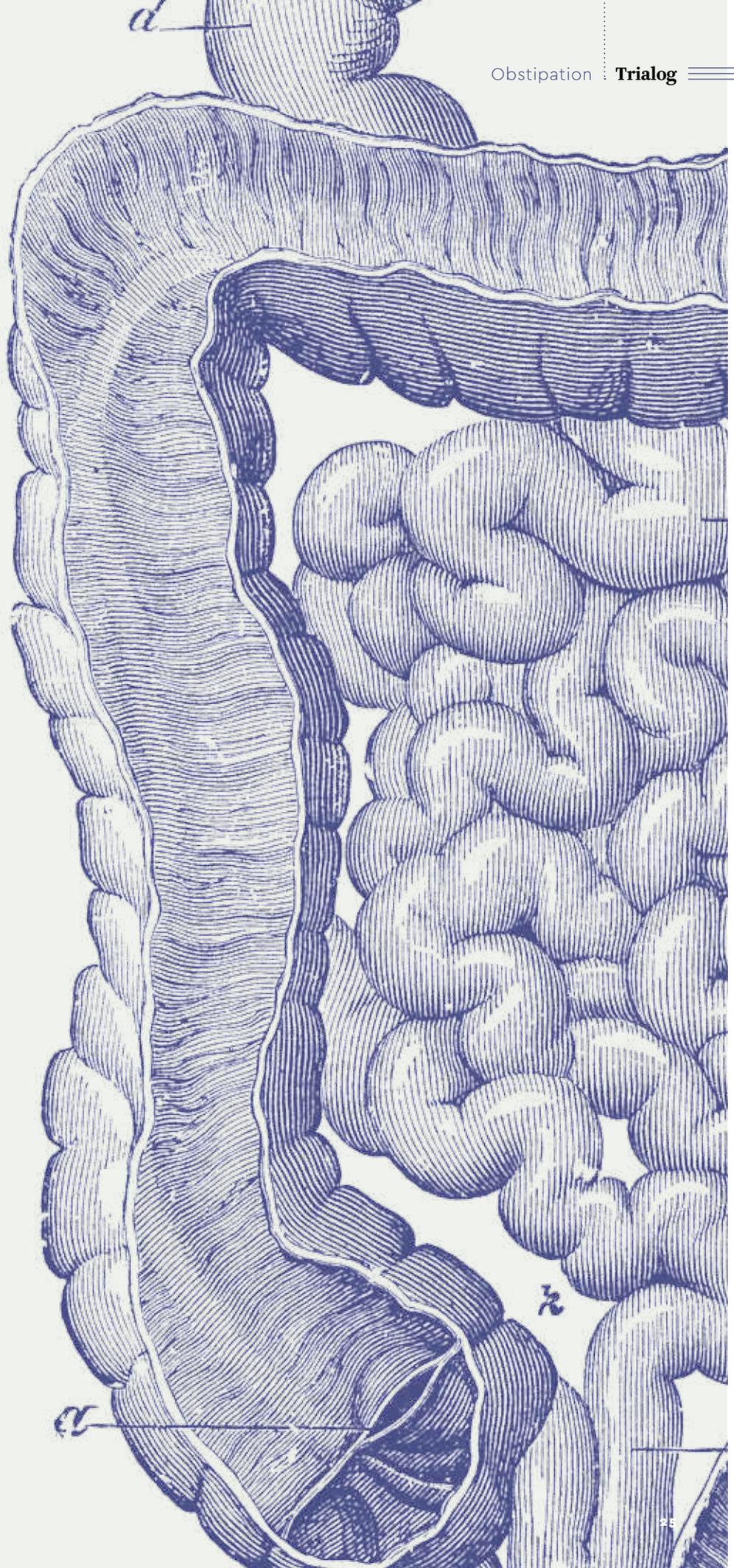
”Det billede genkender vi. Vores interviewundersøgelse og systematiske review viser begge, at mange patienter slår obstipationsproblemerne lidt hen og hellere vil vente og se, hvad der sker, medmindre sygeplejersken spørger specifikt ind til

det. Men selv her kan det være svært at komme til bunds i problemet, da emnet for de ældre er meget privat og noget, de normalt ikke taler med fremmede om,” siger Nina Tvistholm.

Fysiske rammer forværrer tilstanden

Obstipation kan inddeles i tre typer afhængigt af årsagerne: Primær, sekundær og iatrogen. Primær obstipation kan relateres til fiberfattig kost, lille væskeindtag og nedsat fysisk aktivitet. Sekundær obstipation skyldes bl.a. psykiske sygdomme som f.eks. depression og patofysiologiske tilstande som apoplexia cerebri, hvor tarmperistaltik, defækationscenter eller nerver til tarmen er påvirket. Og endelig ses iatrogen obstipation i forbindelse med medicinsk behandling; f.eks. er opioider, diuretika og jernpræparater kendt for at hæmme eller nedsætte tarmperistaltikken (4).

”Risikoen for at udvikle obstipation stiger med alderen, måske fordi ældre mennesker har tendens til at røre sig mindre, spise mindre og ikke drikke så meget, især hvis man bliver syg og ligger i sengen og får noget medicin, som man ikke plejer. Men der er ikke



evidens for, at ældre er særligt udsatte alene pga. af deres fysiologi,” siger Nina Tvistholm.

Ved indlæggelse kan de fysiske rammer også forværre eller decideret forårsage obstipation. Patienterne er flyttet ud af deres vante rammer. Toilettet ligger måske på gangen og skal deles med andre. Låsen kan drille, eller de kan være i en tilstand, hvor personalet ikke ønsker, de skal låse døren mm.

”Hvis patienterne ikke kan gøre, som de plejer, og f.eks. skal besøge i bækken på en flersengsstue, kan det så resultere i, at de undertrykker deres afføringstrang?”

”Det er der ingen tvivl om. Det bekræfter vores interviewundersøgelse. Og der er også en tendens til, at patienterne ikke mener, at det, de gør derhjemme, har nogen værdi på hospitalet. De er tilbøjelige til at underkende både evt. obstipation, men også deres egne forebyggende præferencer og indsatser i mødet med de sundhedsprofessionelle på hospitalet, også selvom de direkte adspurgt over for os angiver, at det er derfor, deres mave ikke fungerer, som den plejer,” siger Nina Tvistholm. ●

Sygeplejersken skal tage første skridt

Uanset, hvor man som fagperson støder på ældre medicinske patienter, er det vigtigt at være opmærksom på, om patienten lider af eller er i risiko for at udvikle obstipation. Nyttige værktøjer er bl.a. Bristolskalaen og CRAS. Sygeplejerskerne må tage det første skridt i den svære samtale, som kræver tid og rum og fokus på patienternes egne oplevelser og erfaringer.

”Hvordan fungerer maven?” Det spørgsmål er og bør være en fast del af sygeplejerskernes rutine ved enhver indlæggelsessamtale, især når det drejer sig om ældre medicinske patienter. Observation, vurdering og intervention i forhold til patienternes udskillelse af urin og afføring er en vigtig del af den grundlæggende sygepleje, uanset om man arbejder på et hospital, plejecenter eller den kommunale sygepleje. En dårligt fungerende mave kan have alvorlige konsekvenser for kroppens funktion, men også for patientens velvære, sociale liv og generelle livskvalitet.

”Nogle af de patienter, vi interviewede, var meget hæmmede socialt pga. af deres obstipation. F.eks. var der en kvinde, som næsten ikke turde gå ned og handle, for tænk, hvis det lige præcis var på det tidspunkt, hun skulle på toilettet.” fortæller Nina Tvistholm og uddyber:

”I vores review fandt vi bl.a. også, at obstipation er skyld i isolation og ensomhed. Flere af de ældre oplever, at de bliver nødt til at være i nærheden af et toilet hele tiden. De skruer simpelthen ned for sociale aktiviteter, ferierejser mv.”

Wait-and-see-strategien

Men det er langt fra nok blot at spørge til, hvordan maven fungerer. Især på hospitalerne har mange patienter nemlig tendens til at afvise evt. problemer med et ”det går godt nok,” måske i håb om, at de ikke skal være indlagt så længe for dernæst selv at tage sig af problemet, når de kommer hjem.

”Obstipation er for mange et privat problem, som skal løses inden for hjemmets fire vægge. Nogle patienter benytter sig derfor af den såkaldte wait-and-see-strategi, også selvom de ved, at

de skal være indlagt i rum tid. De synes ikke, det er rart at tale om obstipation, for mange er det decideret tabu og et meget privat emne. Og de ved måske, at de risikerer et klyx. En del har så mange dårlige erfaringer med ”at få hul på bylden”, at de hellere vil vente med behandling, til de kommer hjem. Det skal vi virkelig være opmærksomme på,” siger Nina Tvistholm og uddyber:

”Vores interviewundersøgelse viste desuden, at patienterne ofte først foretager sig noget, når de oplever symptomerne på obstipation. Og her anvender de i stor udstrækning laksantia, hvorfor de let kan vippe over og få diarré i stedet. Mange af de ældre medicinske patienter bruger mange kræfter derhjemme i forsøget på at balancere mellem obstipation og diarré.”

Ved indlæggelsessamtalen skal sygeplejerskerne spørge ind til evt. obstipation, men det bliver kun brugbart, hvis sygeplejerskerne efterforsker svaret, som i høj grad også afhænger af, hvor åben patienten er.

Derudover betragter både sygeplejersker og patienter ofte emnet som lavprestige og sekundært i forhold det,



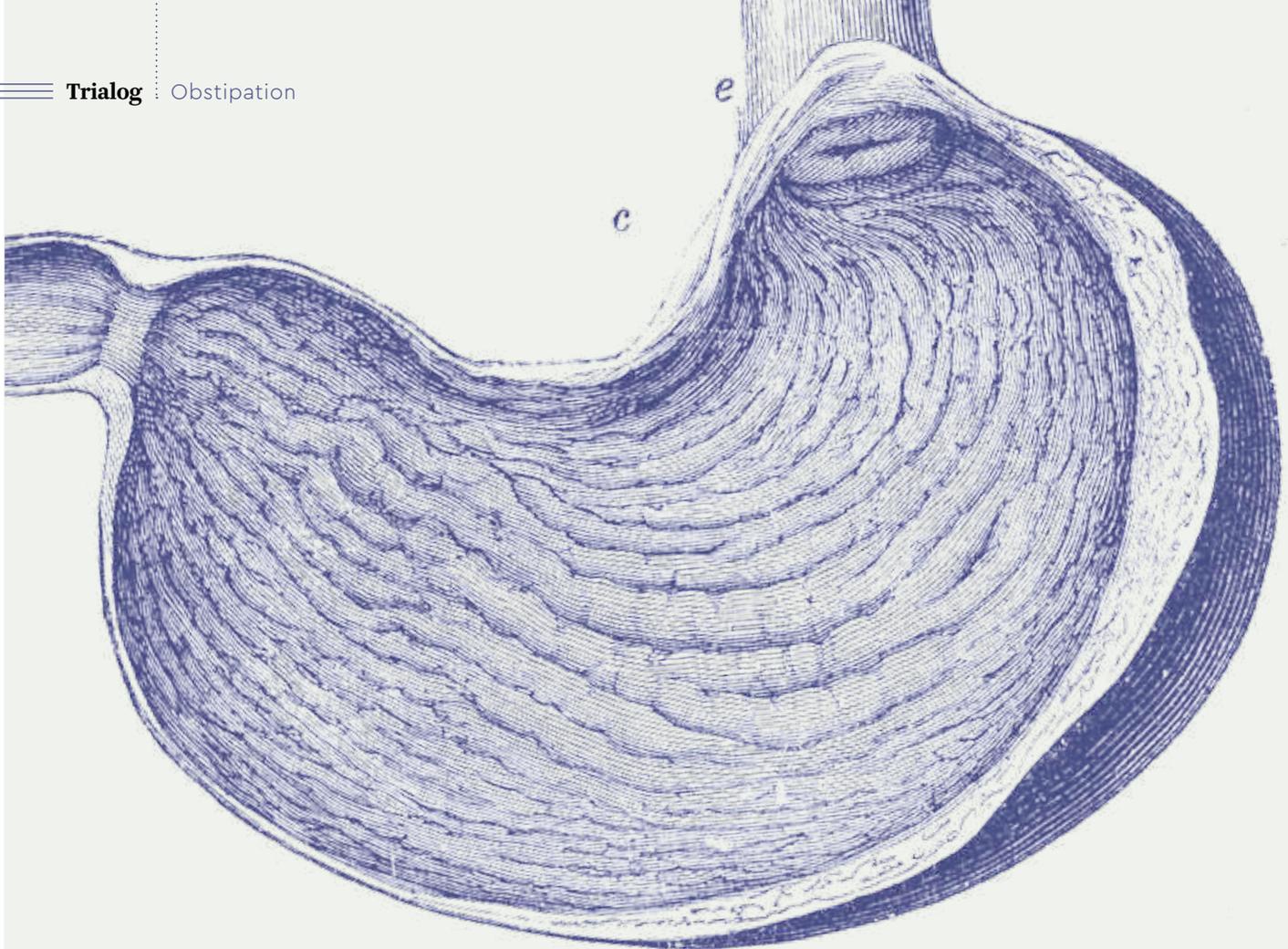


patienten er indlagt for. Desuden kan en travl hverdag, hvor sygeplejerskerne hele tiden skal prioritere opgaver og tid, også føre til, at emnet nedprioriteres.

"Indlæggelsessamtalen er jo ofte også det første møde mellem patient og sundhedsprofessionel. Det kan være vanskeligt at spørge uddybende ind til den enkeltes afføring. Derfor bliver der nok ofte kun noteret, om patienten har haft afføring, og f.eks. ikke mængde, konsistens, farve, og hvor lang tid der er gået siden sidst. Har patienten afføringsproblemer, vil det helt optimale også være, at sygeplejersken får lov til se "resultatet" efter et toiletbesøg, og det kan være grænseoverskridende for både patient og sygeplejerske," siger Nina Tvistholm og pointerer, at sygeplejerskernes faglige viden om emnet også skal være på plads:

"Det kræver en bred faglig viden om obstipation at kunne stille de rigtige spørgsmål om f.eks. afføringsmængde, konsistens, vaner mv."

"Kan hospitalernes dokumentationsværktøjer mon være en hjælp? F.eks. har Sundhedsplatformen, som er ved at blive indført i Region Hovedstaden



og Sjælland, mange flere afkrydsningsmuligheder end det gamle dokumentationssystem KISO?”

”Ja, men dokumentationsredskaber er oftest standardiserede og indfanger ikke altid patientperspektivet. Det er nødvendigt at spørge ind til det meget individuelle og særlige. Vores studie viser jo netop, at de ældre definerer og oplever obstipation meget forskelligt, og deres måder at håndtere det på er ligeledes forskellige,” siger Nina Tvistholm.

Patienter skal opspores hurtigt

De fysiske rammer spiller også en stor rolle, når den første samtale om det svære emne skal tages.

”Det er naturligvis vigtigt, at indlæggelsessamtaler foregår i det private rum, så det må man forsøge at skabe. Og så kræver det tillid. To- eller firesengsstuer motiverer altså ikke ligefrem til den slags samtaler,” siger hun.

Ved indlæggelsessamtalen kan det især være væsentligt at afdække patientens normale afføringsmønster, hvilket er en forudsætning for at kunne fastslå evt. afvigelser. Og i det videre arbejde med at observere og opspore og ikke mindst forebygge evt. obstipationsproblemer anbefaler Nina Tvistholm bl.a. Bristolskalaen og den kliniske metode CRAS (Constipation Risk Assessment Scale – se boksen ”Syv risikomarkører”).

Bristolskalaen opererer med syv typer afføring og anvendes til at vurdere udseende og konsistens og dermed graden af en evt. forstoppelse, mens CRAS anvendes til at vurdere, om patienter er i risiko for at udvikle obstipation. Det sker ved hjælp af syv uafhængige risikomarkører, nemlig køn, mobilitet, fiberindtag, væskeindtag, hospitalisering, patofysiologiske forhold og farmaka.

”Man er nødt til at stille det meget skematisk op i klinisk praksis og diverse retningslinjer – har patienterne haft afføring de sidste tre dage, hvordan ser den ud, hvor hårdt skal de presse etc. Men det er lige så vigtigt at inddrage patienternes egen oplevelse hele tiden. Hvad er normalt for dem? De erfaringer er vigtige i forhold til både opsporing, forebyggelse og behandling af evt. obstipation,” siger Nina Tvistholm.

”Skal sygeplejersker screene alle patienter? F.eks. på en akut afdeling, hvor de ofte kun er indlagt i kort tid. Her skal man vel fokusere på det, der er vigtigt nu og her, og så håbe på, at kollegerne arbejder videre med evt. obstipationsproblematikker på de andre sengeafsnit?”

”Ja, jeg mener heller ikke, at man skal screene alle patienter. Vores kliniske blik er vigtigt. Har patienten ikke haft afføring i to dage, skal alarmklokkerne så småt begynde at ringe, selvom det godt kan være normalt. Det handler i bund og grund om så hurtigt som muligt at opspore de obstiperede patienter eller dem, der er i fare for at blive det,” siger Nina Tvistholm og fremhæver endnu en gang sygeplejerskernes vigtige rolle.

”Sygeplejerskerne skal tage det første skridt. Patienterne kommer oftest ikke selv og fortæller, hvis de har problemer med maven. Flere patienter i interviewundersøgelsen pointerede, at når sygeplejersken ikke spørger ind til afføringen, er det nok fordi, det ikke er vigtigt,” siger Nina Tvistholm og uddyber:

”Sygeplejerskerne skal være dygtige til at stille de rigtige spørgsmål og ikke mindst til at legalisere, at obstipation og alt det, tilstanden kan medføre, er helt normalt og set før. Kun sådan kan vi være med til at mindske det tabu, det er.”

7 RISIKOMARKØRER

CRAS står for Constipation Risk Assessment Scale, der er en klinisk metode til at vurdere, om patienter er i risiko for at udvikle obstipation. Det sker ved hjælp af syv uafhængige risikomarkører:

1. **KØN:** Studier har vist, at kvinder gennem hele livet har større risiko for at udvikle obstipation end mænd
2. **MOBILITET:** Studier har afdækket, at fysisk inaktivitet er en risikofaktor for udvikling af obstipation
3. **FIBERINDTAG:** Der er forsket meget i, om et øget fiberindtag forebygger obstipation, og der er evidens for at konkludere, at et lavt fiberindhold i kosten udgør risikofaktor for udvikling af tilstanden. Fiberindtaget skal dog ledsages af et øget væskeindtag for at fremme tarmfunktionen.
4. **VÆSKEINDTAG:** Studier har påvist, at dehydrering medfører hård fæces, og derfor er et reduceret indtag af væske en risikofaktor for udvikling af obstipation. Studier anbefaler, at man som min. drikker 1,5 l væske om dagen.
5. **HOSPITALISERING:** Indlæggelse på hospital betyder ændrede rutiner, og det kan også påvirke tarmfunktionen.
6. **PATOFYSIOLOGISKE FORHOLD:** Mange patofysiologiske tilstande øger risikoen for obstipation, bl.a. metaboliske, endokrine, neuromuskulære, colorektale og abdominale forstyrrelser for bare at nævne nogle få.
7. **FARMAKA:** Mange farmaka ud over den velkendte opioidebehandling øger risikoen for obstipation.

Kilde: Vurdering af risiko for obstipation hos voksne indlagte patienter. Center for Kliniske Retningslinjer - Clearinghouse 2012. www.kliniskeretningslinjer.dk

Inddrag patientens vaner i behandlingen

Der findes mange typer laksantia, som kan afhjælpe obstipation. Men medicinsk behandling skal helst ikke blive permanent, og obstipation kan og skal forebygges på både kort og længere sigt. Her spiller patienternes egne erfaringer, rutiner og vaner en større rolle, end mange måske tror.



Ofte opdages obstipation så sent, at patienten må sættes i medicinsk behandling og f.eks. få udført et klyx, hvilket kan være meget grænseoverskridende for patienten, men nogle gange også for personalet.

”Flere studerende fortæller, at de finder det meget voldsomt at give klyx, især på patienter, som ikke selv kan gå på toiletet. De ligger i sengen og får pludselig ”hul på det” og kan ikke holde sig. Patienterne bliver flove og enormt forlegne, og de studerende oplever det også som noget ganske særligt,” siger Nina Tvistholm.

Valg af laksantia sker i samråd med en læge og vurderes ud fra type og årsag til obstipation. Mange sygeplejersker har dog delegeret ordinationsret til peroral behandling af obstipation og bør derfor kende til laksantia, som overordnet kan inddeles i fire forskellige typer: kontakt-laksantia, bulk-laksantia, osmotiskvirkende laksantia og laksantia med lokal virkning i rectum (se også boksen ”Fire typer laksantia”) (4).

Brug af laksantia bør dog være sidste udvej, og har en patient fået konstateret obstipation eller er i risiko for at udvikle det, bliver de sygeplejefaglige observationer i forhold til f.eks. mad og drikke endnu mere vigtige end normalt.

”Når først vi har opsporet en obstiperet patient eller en, der er i risiko for at blive det, er det i bund og grund et spørgsmål om at udføre god og grundlæggende sygepleje. Notér, hvad de får at spise, hvor meget de drikker og hvornår. Får de rørt sig? Man ved jo, at et lavt væskeindtag og for få fibre kan medføre obstipation, og selvfølgelig skal man også

være opmærksom på, om patienten får medicin, som kan medføre obstipation,” siger Nina Tvistholm.

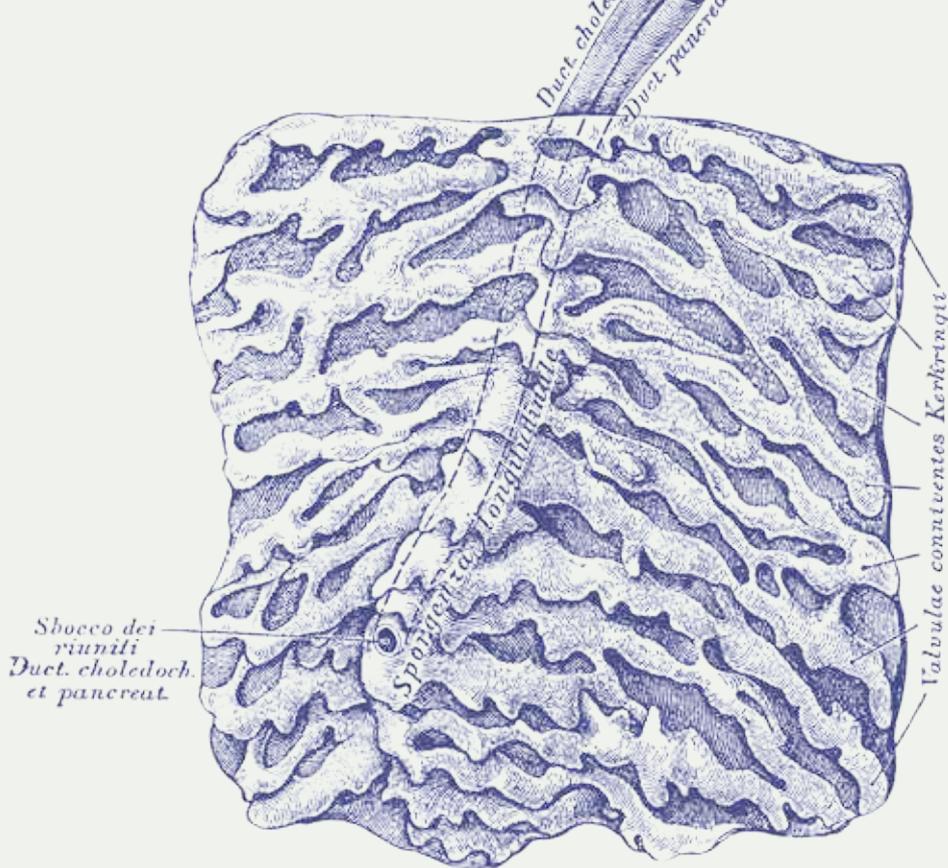
Anerkend patienternes erfaring

Derudover handler det i høj grad også om at hjælpe patienterne med at få skabt de bedste fysiske rammer og forudsætninger for toiletbesøg, selvom det kan være svært, især på et hospital.

”Hjælp dem med at skabe privatliv på toiletet og vær med til at sikre den gode defækationsstilling. Sørg for, at alle patienter kan sidde ordentligt og nå jorden, evt. på en skammel. Fortæl, at du venter udenfor og nok skal sørge for, at patienten ikke bliver forstyrret, og at der bliver luftet ud bagefter – alt det, vi selv bekymrer os om, hvis vi bruger et offentligt toilet,” siger Nina Tvistholm.

Derudover er det vigtigt, at sygeplejerskerne lytter til og anerkender de kropslige og psykologiske oplevelser og erfaringer, patienterne har med hjemmefra i forhold til toiletbesøg.

”Det kan godt være, at det skurrer lidt i vores ører, og at vi som fagpersoner ikke mener, at det kan have betydning



4

TYPER LAKSANTIA

for mave-tarm-funktionen. F.eks. at de plejer at høre musik på toilettet eller har deres hund med derud, fordi det tager lang tid. Eller at maven er gået i stå, fordi de ikke får de svesker, kaffe eller den havregryn, de plejer. Det er vigtigt at anerkende patienternes erfaringer og tage dem med i sit arbejde, hvis muligt,” siger hun, men erkender, at det kan være meget komplekst og nogle gange umuligt at overføre patienternes strategier fra hjemmet til hospitalet.

Individuel tilgang

Et europæisk studie har netop kigget nærmere på, hvad folk gør, før de begynder at tage laksantia mod deres obstipation (6). Det viser, at de især tyer til strategier i forhold til kostændring, mere væske og bevægelse.

”Tit er det over tid, at folk finder ud af, hvad der virker for dem. Personlige erfaringer og handlemåder spiller bare en stor rolle. I sidste ende bliver de måske overbevisninger, og rent psykologisk påvirker det os mere, end vi tror. Det tyder resultaterne af vores interviewundersøgelse på. Og vi kan jo nok alle nikke

KONTAKT-LAKSANTIA: Virker direkte på tarmperistaltikken samt hæmmende på salt- og vandabsorptionen i tarmen og fremmede på tarmsekretionen, så indholdet i tarmlumen øges, f.eks. dulcolax og laxoberaldråber.

BULK-LAKSANTIA: Øger fæcesvolumen, f.eks. hørfrøskaller.

OSMOTISKVIRKENDE LAKSANTIA: Blødgørende effekt på fæces, f.eks. laktulose.

LAKSANTIA MED LOKAL VIRKNING I RECTUM: blødgørende effekt på fæces samt fremmer defækationsreflekser, f.eks. klyx og microlax.



genkendende til, at vores mave går i stå, så snart vi bevæger os syd for grænsen,” siger Nina Tvistholm.

Der foreligger dog ikke meget evidens for, at livsstilsændringer decideret kan helbrede obstipation.

”Man har påvist, at dem, der drikker og rører sig mindre og ikke spiser så fiberholdig kost, har en øget risiko for obstipation. Men der er ikke evidens for, at man kan vende den om og sige, at hvis du drikker nok, rører dig nok og spiser masser af fiber, så bliver alt godt igen,” siger Nina Tvistholm og uddyber:

”Og det bekræfter mig egentlig bare i, at standardiseret screening, forebyggelse og behandling af obstipation ikke kan stå alene. Måske er det en mere individuel forebyggelses- og behandlingscocktail, der skal til. For nogle er det måske afgørende, at de får mere væske og har gode toiletforhold, mens en anden har mere gavn af revne gulerødder og fiberholdig kost. Man kan ikke skære alle patienter over én kam,” siger hun.

Fælles for alle patienter er dog beskrivelsen af en enorm lettelse og befrielse, når først der kommer styr på maven.

”Nogle af de patienter, vi interviewede, beskrev det som at blive født på ny, når de endelig kom af med afføringen,” siger hun. ●

Referencer

1. Tvistholm N, Munch L, Danielsen AK. Constipation is casting a shadow over everyday life – a systematic review on older people’s experiences of living with constipation. *Journal of Clinical Nursing*. Accepted article; doi: 10.1111/jocn.13422
2. Munch L, Tvistholm N, Trosborg I og Konradsen H. Living with constipation – older people’s experiences and strategies with constipation before and during hospitalization. *International Journal of Qualitative Studies on health and Well-being* 2016, 11: 30732.
3. Konradsen H, Rasmussen MLT, Noiesen E, Trosborg I. Effect of home care nursing on patients discharged from hospital with self-reported signs of constipation. A randomized trial. Accepted for Publication. *Gastroenterology Nursing*.
4. Rindom B og Lichtenstein B. Udskillelse af urin og afføring. I Jastrup S, Rasmussen DH (red.): *Klinik Grundbog i sygepleje*. København: Munksgaard 2014.
5. Noiesen E, Trosborg I, Bager L, Herning M, Christel L og Konradsen H. Constipation – prevalence and incidence among medical patients acutely admitted to hospital with a medical condition. *Journal of Clinical Nursing* 2013, 23, 2295-2302.
6. Wald A, Scarignato C, Mueller-Lissner S, Kamms M A, Hinkel U, Helfrich I, Schuijt C, Mandel K G. A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 28: 917-930.
7. Vurdering af risiko for obstipation hos voksne indlagte patienter. Center for Kliniske Retningslinjer – Clearinghouse 2012. www.kliniskeretningslinjer.dk

Sådan kan fagpersoner bedst hjælpe

Vær lydhør

Spørg udforskende/
nysgerrigt ind til emnet

Skab fysiske rammer,
som giver velvære og bevarer
patientens integritet

Sikr ordentlig
væskebalance

Sikr gode kostvaner

Sikr mobilisering

Sikr god toiletstilling



The Journal Club

Fag&Forsknings Journal Club er Sygeplejerskens genvej til den nyeste, internationale sygeplejeforskning. Lige som i de journal clubs, der findes på mange arbejdspladser, præsenterer vi udvalgte artikler fra verdens førende, videnskabelige tidsskrifter. Det sker med klar kildeangivelse, så du nemt kan læse videre på egen hånd eller dele artiklen med dine kolleger.

DENNE GANG KAN DU LÆSE OM

- Intervention:** Patienter efter hjertekirurgi får efter to måneder en bedre søvnkvalitet, hvis sygeplejersker undervises systematisk inden for søvn.
- Specialisering:** En etårig masteruddannelse til engelske sygeplejersker har bidraget til at løfte tilfredsheden med arbejdet inden for ældreområdet.
- Måltidsassistance:** Hvis sårbare patienter under en længerevarende indlæggelse får hjælp til både spisning og andre støttede funktioner, kan underernæring formentlig forebygges.

VIL DIN JOURNAL CLUB BIDRAGE?

Artiklerne i Fag&Forsknings Journal Club bliver udvalgt i samarbejde med lokale journal clubs på arbejdspladser over hele landet. Din journal club er også velkommen til at foreslå artikler, vi kan omtale. Send en mail til fagredaktør Jette Bagh på redaktionen@dsr.dk.



Sygeplejeintervention medfører bedre søvn hos patienter efter hjertekirurgi

Intervention. Systematisk undervisning af sygeplejersker inden for søvn medfører tegn på bedre søvnkvalitet hos patienter to måneder efter hjertekirurgi, viser et kontrolleret interventionsstudie.



Greve H, Pedersen PU.
Improving sleep after open heart surgery – Effectiveness of nursing interventions.
J Nurs Educ Pract
2016;6(3):15-25.
doi: 10.5430/jnep.v6n3p15.

Abstract og artikel findes ved at søge på artiklen.

Introduktion: Det er et velkendt problem, at patienter efter hjertekirurgi oplever søvnproblemer både under indlæggelsen og efter udskrivelsen. God søvn er vigtigt for at kunne håndtere de udfordringer, der melder sig ved genoptræningen. Formålet var at undersøge effekten af en sygeplejeintervention på patienters selvrapporterede søvnkvalitet.

Interventionen var baseret på søvnanamneser og principper for søvn.

Metode: Der blev foretaget et kontrolleret interventionsstudie. Kontrolgruppen (90 patienter) fik vanlig pleje og blev først inkluderet. Efterfølgende fik sygeplejerskerne undervisning i interventionen, der var baseret på ikke-farmakologisk behandling af søvnproblemer, og derefter blev interventionsgruppen (87 patienter) inkluderet. Patienternes søvn blev målt før

operation samt en og to måneder efter operation ved hjælp af Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) spørgeskema og søvndagbøger.

Resultater: Der blev ikke fundet en statistisk signifikant effekt af interventionen, men efter to måneder viste der sig tegn på bedre overordnet PSQI, total varighed af søvn, søvneffektivitet, søvnkvalitet og mindre anvendelse af sovemedicin.



Når sygeplejersker tilegner sig viden inden for søvn, har det en effekt på patienternes oplevede søvnkvalitet.

Diskussion: En større inklusion i interventionsgruppen kunne muligvis have ændret undersøgelsens resultater og givet statistisk signifikant bedre søvn hos patienterne.

Konsekvenser for praksis: Dette studie understøtter, at når sygeplejersker tilegner sig viden inden for søvn, har det en effekt på patienternes oplevede søvnkvalitet. Sygeplejerskerne var ikke undervist i kognitiv terapi, hvilket muligvis også kunne have forbedret patienternes søvnkvalitet. ●

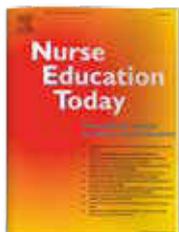


Sygeplejersker, som undervises i søvn, kan forbedre hjertekirurgiske patienters søvnkvalitet.

Kirsten Specht, ph.d., MPH, CRNA, RN, postdoc og klinisk sygeplejespecialist, Ortopædkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital.

Ny engelsk specialistuddannelse på ældreområdet

Specialisering. En etårig masteruddannelse for sygeplejersker, som arbejder inden for ældreområdet, har givet tilfredse sygeplejersker i England, viser evalueringen af indhold og udbytte. Evalueringen bestod af en spørgeskemaundersøgelse og et fokusgruppeinterview.



Naughton C, Hayes N, Zainab Z, Norton C, Lee G, Fitzpatrick JM, Crawford M, Tee S. **The development of the Older Person's Nurse Fellowship: Education concept to delivery.** *Nurse Education Today*, 2016; (44): 1-7. doi: 10.1016/j.nedt.2016.04.022

Abstract og artikel findes ved at søge på artiklen.

Introduktion: Uddannelse af sundhedspersonale inden for ældreområdet står højt på den politiske dagsorden, og der mangler kvalificerede sygeplejersker til at håndtere det stigende antal mennesker med komplekse sundhedsproblemer. Problemet er, at det er vanskeligt at fastholde sygeplejersker på ældreområdet, ligesom der mangler karrieremuligheder. Den engelske regering har derfor støttet udvikling af en ny klinisk specialistuddannelse på masterniveau for sygeplejersker inden for ældreområdet. Uddannelsen er etårig og hedder "Older Person's Nurse Fellowship" (OPNS). Målet er at sikre den bedste kvalitet i behandling og pleje samt fastholde akademiske sygeplejersker på ældreområdet. Formålet med undersøgelsen er at evaluere det første OPNS-holds motivation for at deltage samt effekten af og indholdet i uddannelsen.

Metode: Evalueringen fokuserer på a) uddannelsesindhold og design, b) ændringer i læring og c) organisatorisk udbytte. Der blev foretaget en spørgeskemaundersøgelse (n=11) efter hvert af uddannelsens 11 moduler samt to fokusinterview (n=9). Data fra spørgeskemaerne blev statistisk analyseret, mens fokusinterviewene blev tematisk analyseret.

Resultater: Der var stor tilfredshed med indholdet af modulerne på uddannelsen. 10 ud af 11 fandt uddannelsen relevant, velorganiseret og med passende emner. Omfattende geriatrisk udredning, skrøbelighed, farmakologi og kognitiv udredning blev anset for mest relevant og sandsynligt for forandring i klinisk praksis. Samme emner blev fremhævet som mest relevante i fokusinterviewene. Deltagerne ønskede mere træning af konkrete færdigheder som samtale om følsomme emner og planlægning af forebyggende pleje. Peer-to-peer-

læring (mesterlære eller sidemandoplæring) blev fremhævet som værdifuld og netværksskabende. Uddannelsen blev set som en løftestang for forandringer i praksis.

Diskussion: OPNS kan ses som første skridt til implementering af en ny klinisk specialistuddannelse på ældreområdet i England samt som en karrierevej for sygeplejersker og mulighed for at løfte hele ældreområdet.



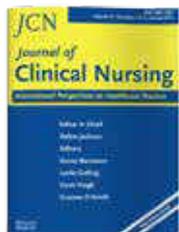
Målet er at sikre den bedste kvalitet i behandling og pleje samt fastholde akademiske sygeplejersker på ældreområdet.

Konsekvenser for praksis: OPNS ser ud til at kunne løfte kvaliteten af plejen på ældreområdet og er relevant, fordi vi i Danmark også diskuterer APN og manglende karriereveje for sygeplejersker inden for ældreområdet. ●

Lotte Evron, adjunkt, ph.d., cand.mag., sygeplejerske, Professionshøjskolen Metropol.

Hjælp til at spise kan forebygge underernæring

***Måltidsassistance.** Underernæring hos sårbare patienter under længerevarende hospitalsindlæggelse kan formentlig forebygges, hvis man både hjælper patienten med at spise og med andre støttede funktioner som f.eks. at pudse patientens briller.*



Tassone EC, Tovey JA, Paciepnik JE, Keeton IM, Khoo AY, Van Venendaal NG, Porter J. **Should we implement mealtime assistance in the hospital setting? A systematic literature review with meta-analyses.**

Journal of Clinical Nursing. Vol 24. Iss. 10-20: 2710-21, Oct. 2015. doi: 10.1111/jocn.12913

Abstract og artikel findes ved at søge på artiklen.

Introduktion: Formålet med denne undersøgelse, der er udført af seks studerende og deres underviser, var at undersøge effekten af assistance i forbindelse med indtag af måltider målt på en række ernæringsrelaterede og antropometriske outcomes (effekt mål) hos patienter ≥ 65 år indlagt på hospital. Assistance i forbindelse med måltider omfatter flere parametre såsom at sørge for behagelig positionering af patienterne, at opfordre til indtag og yde social støtte ved måltiderne, åbne fødevareremballager, sikre, at patienterne har rene briller og tandproteser på i forbindelse med måltider, samt at made patienterne.

Metode: Der er udarbejdet et systematisk review, hvor outcome er præsenteret både narrativt og ved meta-analyser.

Der er foretaget systematiske søgninger i seks databaser, som resulterede i i alt 5.458 potentielt relevante studier. Efter eksklusion af duplikater, gennemgang af titel og abstract, blev 4.489 studier ekskluderet. I alt 13 artikler blev rekvireret i fuldtekst, hvorefter yderligere ni studier blev ekskluderet ud fra de opstillede in- og eksklusionskriterier. I alt en artikel blev fundet ved håndsøgning af referencelister, hvorfor fem artikler totalt indgår i dette systematiske review.

De fem inkluderede artikler består af både et quasiekperimentelt studie, en caseserie, to cross-over studier og et randomiseret kontrolleret studie. De er alle kvalitetsvurderet. I alle studier – undtagen det randomiserede kontrollerede studie – er der risiko for bias dels grundet studiedesign, dels grundet gennemførelse af studiet i praksis.

Resultater: Meta-analyser demonstrerede signifikant større daglige energi- og proteinindtag hos de patienter, hvor måltidsassistance blev ydet sammenlignet med de patienter, hvor måltidsassistance ikke

blev ydet. Antropometriske resultater (sæt af metoder til opmåling af menneskekroppens dimensioner) adskilte sig generelt ikke mellem de to grupper, fraset de ældre med et BMI mellem 12,6 og 18,8, hvor man så en statistisk signifikant forskel på de to grupper (måltidsassistance versus ingen måltidsassistance). Der er altså tegn på, at måltidsassistance kan have en positiv effekt på ernæringsrelaterede parametre.

Diskussion: Dette systematiske review er interessant, da artiklen belyser et meget basalt behov for patienterne og ikke mindst undersøger, hvorvidt tiltag såsom at sørge for en god spisestilling, yde social støtte i forbindelse med måltidet osv. rent faktisk kan være med til at øge indtag og potentielt være med til at forebygge underernæring hos en udsat gruppe indlagt på hospitalet.

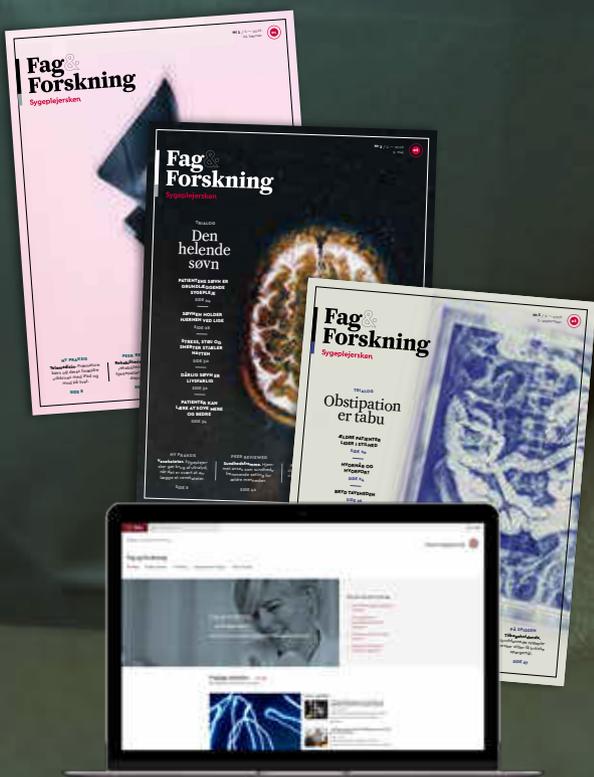
Konsekvenser for praksis: Det er for tidligt at komme med konkrete anbefalinger til klinisk praksis ud fra den sparsomme litteratur præsenteret i dette systematiske review. Dog er der ingen tvivl om, at der er behov for flere velgennemførte studier til at belyse, om denne strategi (måltidsassistance) kan være et effektivt middel til at adressere den høje forekomst af underernæring i hospitalsregi blandt de udsatte og sårbare grupper med længerevarende indlæggelser. ●

Sasja Jul Håkonsen, sygeplejerske, cand.cur., ph.d.-studerende, videnskabelig medarbejder Center for Kliniske Retningslinjer – Clearinghouse. Institut for Medicin og Sundhедsteknologi, Aalborg Universitet.

Fag& Forskning

udkommer igen
den 14. november.

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*.

HUSK®

Psyllium-frøskaller anvendes til:

- Forhøjet kolesterol
- Forstoppelse og træg mave
- Irritabel tyktarm



Læs mere
om produkterne
og bestil foldere
og prøver på
husk.dk

HUSK® produkterne består af psyllium-frøskaller, som indeholder 85% kostfibre.

HUSK® Psyllium-frøskaller, pulver / kapsler, er et 100% naturligt fiberprodukt, som består af frøskallerne fra planten *Plantago ovata* Forsk. HUSK® Psyllium-frøskaller er et naturlægemiddel ved forstoppelse og træg mave. Naturlægemiddel ved ublodig diarré i kortere tid (2-3 dage). Naturlægemiddel ved behov for øget fiberindtag, f.eks. som supplement ved irritabel tyktarm, når anden årsag til symptomerne er udelukket. Naturlægemiddel til forebyggelse og behandling af lettere hyperkolesterolemier som supplement til diæt. Behandling skal foregå i samråd med læge. HUSK® Psyllium-frøskaller bør ikke anvendes til børn under 6 år uden lægens anvisning. HUSK® Psyllium-frøskaller skal altid indtages med rigeligt væske. For ringe væskeindtagelse kan medføre forstoppelse. • **Dosering, pulver:** Ved forstoppelse, midlertidig diarré samt irritabel tyktarm: Voksne 2-3 måleskeer (3-5 g) morgen og aften. Børn over 6 år 1 måleske (1,5 g) morgen og aften. Ved lettere forhøjet kolesterol: Voksne 3 måleskeer (5 g) morgen og aften. • **Dosering, kapsler:** Ved forstoppelse, midlertidig diarré samt irritabel tyktarm: Voksne 6-10 kapsler morgen og aften. Ved lettere forhøjet kolesterol: Voksne 10 kapsler morgen og aften. Dosering børn: Ved forstoppelse og midlertidig diarré: Børn over 6 år, 3 kapsler morgen og aften. Ved irritabel tyktarm og lettere forhøjet kolesterol: Børn kun anvendes til børn under 12 år efter aftale med læge. • HUSK® Psyllium-frøskaller nedsætter transporttiden i tarmen og kan muligvis påvirke optagelsen af anden medicin. Bør derfor indtages 1-2 timer før indtagelse af anden medicin. Fiberindholdet kan, især i de første dage, give mavesmerter, oppustethed og øget tarmluft. Allergiske reaktioner kan forekomme i sjældne tilfælde. Læs altid indlæggssedlen grundigt igennem inden brug.

HUSK®

Naturlægemiddel

RINGE VIDEN OM BØRN OG UNGE RAMT AF DOBBELTSORG

BAGGRUND. Danske registerdata fra 2015 viser, at flere end 12.000 børn under 18 år havde mistet én eller begge forældre. Af de børn, som boede med én forælder fra fødslen, havde næsten 4.000 oplevet en forældreskilsmissie tidligere i livet. Dette dobbelte tab defineres som dobbeltsorg.

FORMÅL. At identificere forskning om børn og unge, som har oplevet dobbeltsorg. Denne viden kan evidensbasere og støtte sygeplejerskers og andre sundhedspersoners viden og praksis, så de kan intervenere mere effektivt over for disse børn og unge.

METODE. Der blev udført et integrativt systematisk litteraturreview i databaserne PubMed, CINAHL og PsycINFO.



Børn og unge i dobbeltsorg kræver særlig støtte

Dobbeltsorg. Litteraturreview viser, at der kun findes få undersøgelser om gruppen af børn og unge, som har oplevet en forælders død og en forudgående skilsmissie mellem forældrene.

RESULTATER. Resultaterne viser fire hovedtemaer: Komplexitet i børns oplevelser af dobbelt sorg, udfordringer ved tab af forælder både med og uden forældremyndighed, risiko for mentale sundhedsproblemer og behov for støtte og interventioner.

KONKLUSION. Børn og unge ramt af dobbeltsorg kan være en sårbar gruppe, og der er brug for mere information om dem; især om hvad der særligt kendetegner disse børn og unge, og i hvilken grad de kan have brug for mere støtte end andre børn og unge, der har oplevet tab. Sådanne foranstaltninger kan både have relation til sygeplejepraksis og til tværfaglig praksis.

I

Introduktion

Denne artikel præsenterer et integrativt systematisk litteraturreview (1) af forskning i børn og unge, som har oplevet dobbeltsorg (2). I artiklen bruger vi udtrykket ”dobbelt-sorg” om det dobbelte tab, der

opleves som følge af forældres skilsmisse i kombination med en forælders efterfølgende død eller udvikling af en kritisk sygdom, hvor døden er forestående eller forventet. Børn og unge i denne situation oplever tab på tab.

Høje skilsmisserater, som i de fleste europæiske lande er på mere end 40 pct. (3), er en indikation af, at mange børn og unge oplever dobbeltsorg. Ifølge registerdata fra Danmarks Statistik januar 2015 havde i alt 12.707 børn under 18 år mistet én eller begge forældre. Ud af de børn, som boede med en forælder fra fødslen, havde 3.691 forinden oplevet en forældreskilsmisse. Dermed har 36,9 pct. af alle de børn, der har mistet en forælder, også oplevet en forældreskilsmisse tidligere i livet (4). Disse tal svarer godt til estimater fra USA, som indikerer, at omkring 50 pct. af de børn, der har oplevet en forælders død, tidligere i livet har oplevet forældreskilsmisse (5,6). En væsentlig andel af de børn og unge, som oplever, at en forælder dør eller bliver kritisk syg, kan således tidligere have oplevet forældreskilsmisse.

På grund af de udfordringer, børn og unge udsættes for som følge af deres dobbelte sorg, kan de have forhøjet risiko for at udvikle mentale sundhedsproblemer (7,8). Der har været forsket i følgerne for børn og unge, som har oplevet ét af de nævnte tab (8-11), men der er kun forsket meget lidt i, hvordan børn og unge oplever dobbeltsorg, og hvilken form for psykosocial støtte eller interventioner de kan have behov for.

FORFATTERE



JETTE MARCUSSEN
Sygeplejerske, cand.pæd. i pædagogisk psykologi, ph.d.-studerende, lektor ved sygeplejerskeuddannelsen, UC Lillebælt. Hun er optaget af tab og sorg hos mennesker efter skilsmisse, kritisk sygdom og død. Hendes forskning retter sig mod børns mentale sundhed ved dobbeltsorg, hvilket henviser til tab i forbindelse med forældreskilsmisse og efterfølgende en af forældrenes død.



LISE HOUNSGAARD
Sygeplejerske, professor i sygepleje ved OPEN, Klinisk Institut, SDU, leder af Center for Psykiatrisk Sygepleje og Sundhedsvidenskab (CPS) i Region Syddanmark/SDU samt forskningsleder ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab ved Grønlands Universitet. Hendes forskning retter sig bredt mod lidelse hos kronisk syge og deres pårørende i både en dansk og en grønlandsk kontekst.



FRODE THUEN
Psykolog og professor ved Senter for kunnskapsbaseret praksis, Høgskolen i Bergen, hvor han bl.a. er optaget af sorg og kriser både i forhold til dødsfald og skilsmisser. Arbejder desuden som par- og familierapeut.



POUL BRUUN
Sygeplejerske, ph.d., forskningsleder ved Sundhedsuddannelsens Forskningscenter, UC-Lillebælt. Poul Bruun er optaget af familiesygepleje og forsker inden for onkologi og demens.

En række undersøgelser fra forskellige lande viser, at børn fra skilsmissemiljøer har lavere trivsel og selvværd og lavere uddannelsesniveauer og højere frafaldsprocenter fra skoler i sammenligning med børn, som vokser op med begge deres forældre (9,10). De ryger også mere, begynder at drikke alkohol i en tidligere alder, har højere kriminalitetsrater, har tidligere seksuel debut, bliver tidligere mødre og har højere risiko for skilsmisse (10,12). Negative følger af forældreskilsmisse for børnenes psykosociale udvikling ses uafhængigt af, hvor lang tid der er gået siden skilsmissen (13), og kan vare ved ind i voksenli-



vet (14,15). I nogle undersøgelser er der observeret langtidseffekter, hvor følgerne først har vist sig efter flere år (16).

Derudover indikerer forskning i børn af forældre med cancer, at dårlig prognose og fremskreden sygdom er forbundet med dårligere tilpasning for børn (7,17). Barnets præmorbide psykiske tilstand og graden af forberedthed på døden kan mildne eventuelle psykiske problemer, der opstår efter døden, såsom kompliceret sorg, angst og depression (11). Undersøgelser viser generelt, at børn og unge, som har oplevet dobbeltsorg, har dårligere livskvalitet og specifikt højere prævalens af depression (11,18) i sammenligning med unge mennesker, der ikke har oplevet dobbeltsorg (7).

Nogle få undersøgelser, der har sammenlignet børn eller unge, som har oplevet enten forældre-skilsmisse eller en forælders død, viser blandede resultater. I nogle undersøgelser er der ikke fundet signifikante forskelle mellem følgevirkninger relateret til henholdsvis skilsmisse og en forælders død (19,20), mens andre undersøgelser indikerer, at der er flere negative følgevirkninger efter forældres skilsmisse end efter en forælders død (18,21), og endelig er der undersøgelser, som indikerer, at tabet af en forælder har de værste følger (22).

Formål og forskningsspørgsmål

Formålet med dette review var at identificere og beskrive forskning om børn og unge, som har oplevet dobbeltsorg. Dette for at gøre det muligt for sygeplejersker og andre sundhedspersoner at forstå og støtte disse børn og unge og intervenere så effektivt som muligt over for dem. Ved litteraturreviewet blev der søgt efter svar på følgende spørgsmål: Hvordan kommer børn eller unges oplevelser af dobbeltsorg og konsekvenser deraf til udtryk, når de står over for de udfordringer, der skyldes dobbelttab på grund af forældres skilsmisse og

forælders efterfølgende død eller kritiske sygdom med forventet dødelig udgang?

M

Metode

Det systematiske, integrative litteraturreview undersøgte peer-reviewed forskning. Vi var inspireret af Whittimore og Knafis strategi for udførelse af et integrativt litteraturreview, evaluering og analyse af data

og kvalificering af syntesen af resultaterne (1). Reviewet blev udført ved anvendelse af matrixmetoden, som indebærer anvendelse af en struktureret tilgang og proces (23).

Søgning i tre databaser

Der blev foretaget søgninger i de internationale databaser PubMed, CINAHL og PsycINFO. Søgestrategien blev udviklet ved hjælp af grundlæggende søgninger på MeSH-termer og overskrifter og nøgleord i kombination med brug af tesaurus. Afslutningsvis blev kun kilder med de engelske termer for sorg (tab eller sorg eller sorgen) OG (barn eller ung) OG (neoplasmer eller cancer eller (kritisk sygdom) eller død eller (forælders død)) og (skilsmisse eller forældres skilsmisse) inkluderet i undersøgelsen. Termerne til den endelige søgning blev tilpasset til hver database. Tabel 1 viser søgetermerne fra PubMed med de engelske søgetermer. Ved søgning i CINAHL og PsycINFO blev termerne tilpasset termerne i disse databaser. Flowchartet i figur 1 viser, hvordan data blev fundet og udvalgt. Dette sikrede gennemsigtighed i gennemgangsproceduren, overensstemmelse med det angivne formål og reproducerbarhed af forskningsresultater (1).

Kriterier for inklusion

Følgende inklusionskriterier for data blev valgt: Empiriske undersøgelser med anvendelse og systematisk beskrivelse af deres kvalitative og/eller kvantitative forskningsmetode samt forskning offentliggjort 1989-2014. 1989 blev valgt, fordi der kun blev fundet meget få data om emnet fra før dette år, og fordi Tosporsmodellen (the dual process model) i henhold til Stroebe og Shut (2) og Amatos første metaanalyse af skilsmisse, som begge er væsentlige bidrag til forskningen i dobbeltsorg, blev offentliggjort efter 1989. Desuden blev inkluderet peer-reviewed forskning og med resumé samt artikler på følgende sprog: engelsk, tysk, svensk, norsk eller dansk. Endelig blev undersøgelser med et dobbeltperspektiv, der omfatter børn og unge, som både har oplevet skilsmisse og kritisk sygdom eller død, inkluderet.

Kriterier for eksklusion

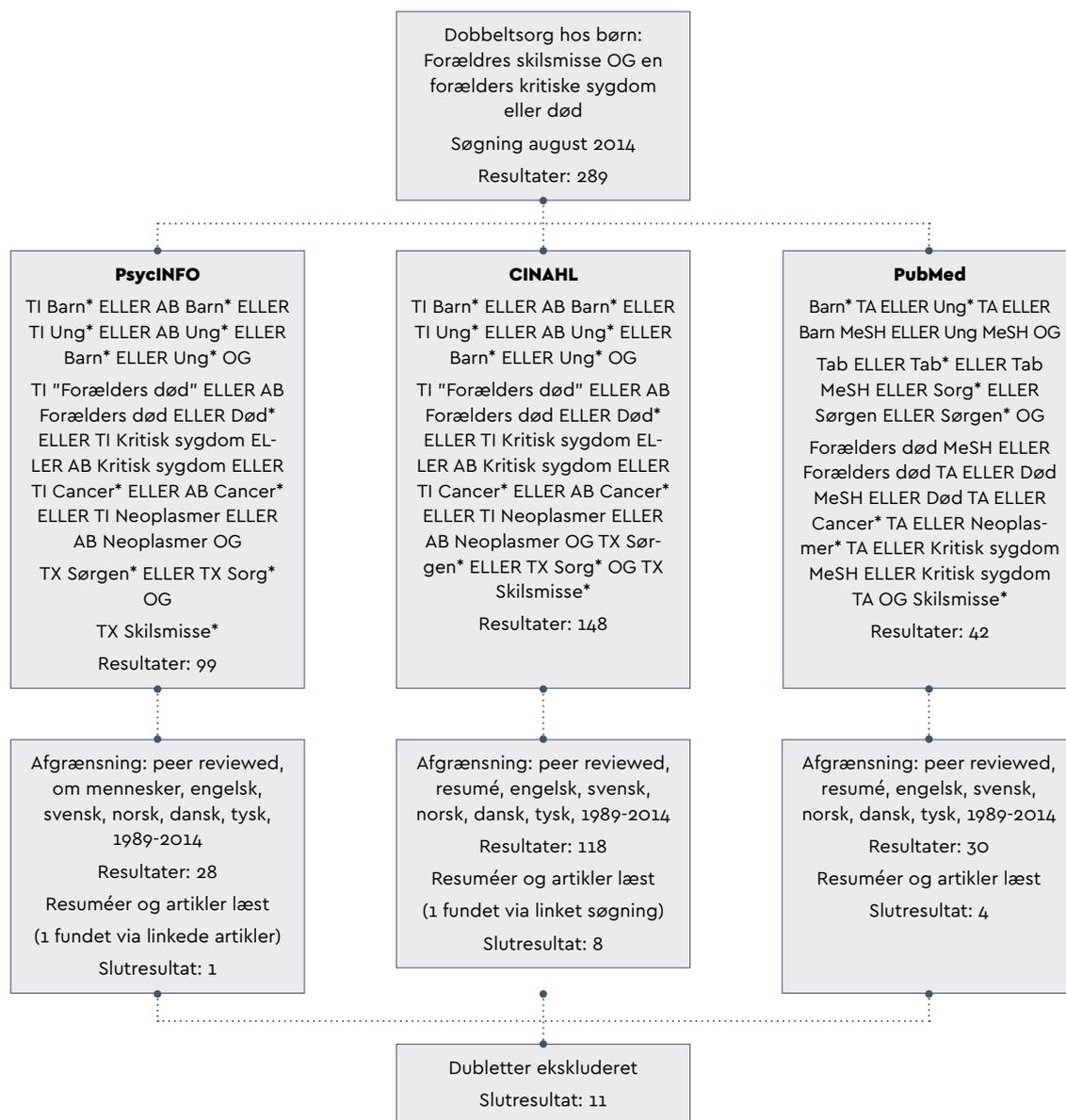
Følgende eksklusionskriterier for data blev valgt: Forskning, der kun dækker ligheder mellem skils-

Tabel 1. Søgetermer anvendt i PubMed

Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 4
TA Child*	AF Bereavement*	TA Cancer*	Divorce*
Or	Or	Or	
TA Adolescent*	AF/MeSH Bereavement	TA Neoplasm*	
Or	Or	Or	
MeSH Child	AF Grief*	TA/MeSH Parental death	
or	Or	Or	
MeSH Adolescent	AF/MeSH Mourning	TA/MeSH critical illness	
	Or	Or	
	AF Mourning*	Or	
		TA/MeSH death	

*Tesauros, TA [Title/Abstract] AF [All Fields] MeSH

Figur 1. Flowchart



misse og kritisk sygdom eller død samt forælders død i forbindelse med en katastrofe. Desuden blev oversigter, ledere, kommentarer, teoretiske manuskripter samt forskning, som ikke er peer-reviewed, ekskluderet.

Indsnævring af materiale

Analyseprocessen er beskrevet af Whittemore og Knaf (1), (se figur 1). Først blev der læst titler og resuméer og foretaget indledende udvælgelser. Artik-

ler og afhandlinger blev inkluderet, hvis de vedrørte skilsmisse og kritisk sygdom eller død. Derpå blev artikler og afhandlinger læst i deres helhed, og den næste udvælgelse og indsnævring af materialet blev foretaget.

Det inkluderede materiale blev omhyggeligt opsummeret. Dataoversigt er vist i matrix over litteraturreviewet, se tabel 2 side xx (1,23). Den inkluderede forskning beskriver, hvordan børn og unges dobbeltsorg kommer til udtryk, når de

Tabel 2. Matrix over litteraturreview

Forfatter, år og land	Population	Metode	Resultater	Kvalificering - høj eller lav: 1. Metodologisk/teoretisk kvalitet og 2. Relevans for den aktuelle forskning
Morgan C et al. (2007), Storbritannien (27)	N=390, alder 16-64 år. Separation og/eller tab ved dødsfald før 16-årsalderen og ved første psykosepisode; n=391 bredt udsnit af befolkningsgruppe uden psykoser	Kvantitativ casekontrol	Oplevet langvarig separation/skilsmissе og forælders død før 16-årsalderen gav to til tre gange forøget risiko for psykose i sammenligning med kontrolgruppen.	1: Høj 2: Lav
Oakley Browne et al. (1995), Australien (28)	N=777 kvinder i alderen 18-44 år med brud i omsorg i barndommen som følge af langvarig adskillelse før 15-årsalderen	Kvantitativ undersøgelse	Langvarig adskillelse/dobbelt tab (sygdom eller død og separation/forældres skilsmissе) før 15-årsalderen fra begge forældre forøgede risikoen 3-4 gange for aktuell eller livslang depression hos kvinder i alderen 18-44 år i forhold til: Kun én af forældres død, skilsmissе eller andet tab.	1: Høj 2: Lav
Grossman et al. (1995), USA (29)	N=16 børn i alderen 6-12 år og mødre og en voksen pårørende eller omsorgsperson. Inden for 25 måneder efter faderens selvmord	Kvantitativt interview	Posttraumatisk stress (PTSD) med signifikant forbindelse til overhængende risiko ved forældres skilsmissе og forælders død. $P < 0,02$ for reaktionsindeksscore og udsættelse for skilsmissе. Sorg og traume som adskilte og overlappende fænomener understøttes. At mindes er den hyppigste sorgadfærd. Støttende mødre og støttegrupper gør det lettere for børnene at håndtere det.	1: Høj 2: Lav
Bugge et al. (2009), Norge (26)	N=13 forældre, n= 6 patienter med cancer (n= 3 skilt), og n=7 partnere og ekspartner. N=12 børn i alderen 5-18 år. Alle deltog i familiestøtteprogram	Kvalitativt dybdegående interview	Skilsmissеfamilier blev hjulpet ved at: Tale med børnene, håndtere vanskelige spørgsmål og opgaver, identificere ressourcer inden for/uden for familien, planlægge fremtiden. Forældrene lærte at støtte deres børn under en forælders terminale sygdom. Konflikter blev mindsket.	1: Høj 2: Lav
Bugge et al. (2008), Norge (25)	N=6 familier, n=12 børn i alderen 6-16 år. N=5 børn med forældres skilsmissе. Familiestøtteprogram	Kvalitativt dybdegående interview	Børn har behov for at tale uden at behøve at tænke over andre familiemedlemmers reaktioner. De har også behov for at være i dialog med andre familiemedlemmer.	1: Høj 2: Lav
Gordon et al. (1999), USA (30)	Case om forældremyndighed med n=1 mor med to sønner beskrevet af fem fagfolk	Kvalitativ case-undersøgelse	Problemer med forældremyndighed og konflikt har stor indvirkning på børn, når en af deres forældre er døde. Ved konflikt mellem skilte forældre er der behov for hjælp fra en sygeplejerske/andre fagfolk. Gruppesessioner med familien kan være nyttige. Det er vigtigt at hjælpe forældrene til at træffe rationelle juridiske beslutninger for børnenes skyld. Når en forælder uden forældremyndighed har været fraværende, er det stadig relevant at tage hensyn til, om børnene ønsker en relation til denne forælder.	1: Lav 2: Høj
Davey et al. (2003), USA (31)	N=6 familier, n= 6 forældre med cancer, som var diagnosticeret inden for de seneste 4 år (fire skilt, en gift igen, en gift), n= 2 ægtefæller, n=10 børn og unge i alderen 11-18 år	Kvalitativ retrospektiv pilotundersøgelse med flere cases	Temaer: Bekymring og frygt, beskyttelse, tilpasning, håndtering, støtte. Den unge i skilsmissеfamilien beskytter forældrene ved ikke at dele sine følelser med dem. Forældre er ofte uvidende om stress og de overvældende følelser af tristhed og frygt hos den unge i familien. Enlige/skilte mødre er mere bekymrede for deres børn.	1: Lav 2: Lav
Lu et al. (2008), USA (32)	254 voksne med svære tilfælde af psykiske lidelser korreleret til skadelige barndomsoplevelser	Kvantitativ retrospektiv undersøgelse	Ud af 91 voksne, som havde oplevet forældrenes separation eller skilsmissе, havde 10 pct. oplevet en forælders død før 16-årsalderen. Ud af 25 voksne, som havde oplevet en forælders død, havde 36 pct. oplevet forældrenes separation eller skilsmissе.	1: Lav 2: Lav
Werner-Lin et al. (2009), USA (6)	N=1 pige (alder 13 år) N=1 dreng (alder 12 år)	Kvalitativ case-undersøgelse	Hvis en forælder, som har forældremyndigheden, dør, kan børn blive adskilt fra steder eller halvsøskende. Små børn har brug for rekonstruerede historier. Børn fantaserer om at blive genforenet med den forælder, som ikke har forældremyndigheden. Flytning til et nyt hjem og skift til en ny familiekultur betyder tab af sted, pårørende og livsstil samt tab af tilknytning til den mistede forælder. Børn med en kritisk syg forælder spekulerer over, hvem der mon vil have dem boende hos sig, og de oplever ensomhed og depression. En terapeutisk relation hjælper børn i overgangsfasen.	1: Lav 2: Høj
Walls (1995a), USA (33)	N=103 psykologi-studerende vurderede forventet støtte til børns sorg efter tab af faderen i skilsmissеfamilier versus intakte familier i otte scenarier med mødre og den biologiske fars død. Tre variabler: 1. Familiestruktur (intakt familie/skilsmissеfamilie) 2. Faderrelation (nær relation, engageret/ distanceret, uengageret) 3. Overlevende mor (nær relation, støttende/ distanceret, ikke-støttende)	Kvantitativt spørgeskema	Familiestrukturen (intakt familie/skilsmissеfamilie) indvirker på sorgreaktionerne, når forælderen var uengageret. Når faderen var distanceret/uengageret, blev der fundet konsekvenser i skilsmissеfamilier, når sorgen blev frarøvet barnet, og forventningerne til dødsrelaterede ritualer blev betragtet som mindre acceptable. Frarøvet sorg ses i betydelig grad som reaktion hos børn, hvis en forælder uden forældremyndighed dør. Der forventes mindre omfang af sorgreaktioner, færre symptomer, mindre støtte og færre sympatitilkendegivelser fra omsorgspersoner ved tab af en far uden forældremyndighed. Når overlevende mødre er nære og støttende (i modsætning til ikke-støttende), forventes den sørgende at få væsentligt bedre støtte ($p < 0,001$).	1: Høj 2: Høj
Walls (1995b), USA 34	N=10, alder 18-41 år; hvor alder var 5-20 år ved separation fra forælder og alder 10-30 år ved efterfølgende dødsfald af forælder uden forældremyndighed	Kvalitativt interview	Sorgreaktion ved dødsfald af forælder uden forældremyndighed: Manglende nærhed betød, at følelsen af tab var begrænset, men viste sig som apati, vrede/bitterhed og lettelse; 1 dreng, der havde mistet sin mor, huskede ikke at have følt noget; 3 deltog ikke i begravelsen. Andre personer forventede dog, at de sørgede. Relation inden tab: Frarøvet sorg fører til forvirring, vrede, skyld, skam og bedrøvelse. Vreden afviger fra en normal sorgreaktion ved, at man ikke føler sig forstøet, nægtes retten til at sørge åbent, nægtes retten til at deltage i begravelsen, og ved, at man udviser selvbebrejdelser. Relation til den overlevende forælder: Normale sorgreaktioner som i intakte familier: Chok, følelsesløshed, desillusion, intens sørgen og en tilpasningsperiode. Reaktioner fra andre på tabs- og sorgoplevelsen: De, hvis sorg bliver frarøvet dem, får ingen støtte. Symptom på frarøvet sorg: Vedvarende vanskeligheder med at forholde sig til døden.	1: Høj 2: Høj



har oplevet forældres skilsmisse samt forælders kritiske sygdom med risiko for død eller forælders død. Databearbejdningen omfattede optælling af data samt identificering af temaer og datasammenligninger. I forbindelse med diskussionen af data og udarbejdelse af konklusionen omfattede datasammenligningen også, som beskrevet af Whittemore og Knafl og med inspiration fra Miles og Huberman: Opsummering af dele til helheder, identificering af variabler og intervererende faktorer samt opbygning af den logiske kæde af evidens (1,24). Dette blev gjort ved diskussion af temaer og underkategorier. Der blev foretaget synteser af forskningen, efter at det endelige datamateriale var blevet kvalificeret ud fra datasammenligninger og kvalitetskriterier. Når data var konceptualiseret til et højere abstraktionsniveau, blev de primære kilder gennemgået for at verificere syntesen (1).

Høj eller lav vurdering

Hver enkelt artikel i det endelige udvalg af datamateriale blev vurderet med hensyn til metodologiske videnskabelige standarder og relevans for den aktuelle forskning og placeret i enten en høj eller lav kategori som beskrevet af Whittemore og Knafl (1). Med hensyn til relevans blev artikler med klare forskningsresultater vedrørende dobbeltsorg tildelt vurderingen ”høj”, mens vurderingen var ”lav”, hvis resultaterne var mindre relevante eller omfattede andre variabler, der kunne sløre billedet eller ikke var relevante for undersøgelsen, såsom skadelige barndomsoplevelser som f.eks. misbrug. Ved metodologisk/teoretisk vurdering blev den videnskabelige standard for både kvalitativ og kvantitativ forskning fulgt. Ingen af artiklerne blev ekskluderet i denne proces (1,23).



Som vist i flowchartet i figur 1 blev der i alt fundet 289 artikler under litteraturgennemgangen. Efter elimineringsprocessen var der 176 tilbage. Resuméer og forskning blev læst, og undersøgelser, der opfyldte

vores kriterier, blev inkluderet. Referencelisterne i den inkluderede forskning blev tjekket for eventuelle andre relevante undersøgelser, hvilket resulterede i inklusion af endnu en undersøgelse, som er udført af Bugge, Helseth og Darbyshire (25,26). Afslutningsvis blev elleve undersøgelser, som er offentliggjort fra 1995 til og med 2009 og er udført i USA (n = 7), Storbritannien (n = 1), Australien (n = 1) og Norge (n = 2), inkluderet i det aktuelle integrative review. I seks af undersøgelseerne blev der anvendt en kvalitativ metode, mens de øvrige fem undersøgelser

var baseret på kvantitative metoder. Syv undersøgelser blev tildelt vurderingen ”høj” og fire vurderingen ”lav” med hensyn til metodologi/teoretisk grundighed, mens fire undersøgelser blev tildelt vurderingen ”høj” og syv vurderingen ”lav” med hensyn til relevans (1).

Fire studier i reviewet blev som angivet i tabel 2 scoret som yderst relevante for denne undersøgelse (6,30,33,34). Werner-Lin et al. fandt, at når børn af skilte forældre har en kritisk syg forælder, som har forældremyndigheden, oplever de ensomhed og depression, og de bekymrer sig om, hvem der skal tage sig af dem, når deres forældre dør. Når den forælder, som har forældremyndigheden, dør, oplever børnene mange tab, såsom tab af livsstil, hjem, pårørende og venner. Tabet af hjemmet symboliserer tab af tilknytning til den afdøde forælder, og flytningen til et nyt hjem og en ny forælder eller anden voksen med forældremyndighed gør et efterladt barn stresset (6). Barnet kan give den forælder, der tidligere var uden forældremyndighed, skylden for dødsfaldet og den forudgående skilsmisse, og det kan få betydning for den fremtidige relation mellem dem. De fandt også, at en terapeutisk relation kan hjælpe barnet i årene efter, at den forælder, som har haft forældremyndigheden, er død og i overgangsfasen (6). Walls (1995b) beskrev forskellige måder, hvorpå dobbeltsorg kom til udtryk hos unge, der havde oplevet dødsfald af en forælder uden forældremyndighed. Her var en forbindelse mellem reaktioner og følelser og omfanget af støtte fra forældrene til at komme sig over dobbeltsorgen, hvordan barnet havde oplevet skilsmissen, og endelig i hvor stort et omfang de havde oplevet, at sorgen blev frarøvet dem. De, hvis sorg er frarøvet dem, får i almindelighed ingen støtte, og de nægtes ofte retten til at sørge åbent og nægtes endda at deltage i begravelsen. Dette kan føre til vrede, manglende forståelse og sommetider selvbebrejdelser (34). Gordon et al. viste, at problemer og konflikter mellem en kritisk syg og døende forælder, som har forældremyndigheden, og forælderen uden forældremyndighed kan have stor indflydelse på de beslutninger, der træffes om barnets fremtid. Tværfaglig støtte fra sygeplejersker og andre fagfolk er en nødvendighed for at få truffet gode, rationelle juridiske beslutninger om barnet. Det er også vigtigt, at den forælder, som har forældremyndigheden, stadig er i stand til at blive inddraget i denne proces. Gordon et al. viste også, at børn ønsker at have en relation til forælderen uden forældremyndighed, selv om denne kan have været fraværende (30). Walls (1995a) fandt, at når sorg skyldes tabet af en far uden forældremyndighed i modsætning til en far i en intakt familie, forventes der mindre omfang af sorgreaktioner, færre symptomer på sorg, mindre støtte og færre



sympatitilkendegivelser fra personerne omkring barnet. Tabet af en far uden forældremyndighed vil derfor sandsynligvis føre til frarøvet sorg. Denne tendens kan imidlertid modvirkes af en støttende mor (33).

Syv undersøgelser havde lavere relevans, enten fordi deres formål ikke kun vedrørte børns dobbeltsorg, eller fordi de primært fokuserede på familiestøtteprogrammer. Ikke desto mindre var der i alle undersøgelserne resultater, der havde en vis relevans for emnet dobbeltsorg. I fire af undersøgelserne blev der påvist betydelige følger for den mentale sundhed, f.eks. svære tilfælde af stemningsforstyrrelser (32), psykoser (27), aktuelle eller livslange depressioner (28) og PTSD (29). Davey viste, at unge i skilsmisefamilier med en kritisk syg forælder prøver at beskytte deres forældre ved ikke at dele deres følelser med dem. De føler sig overvældet af tristhed og frygt, og det er forældrene ofte uvidende om (31). Grossman fremhævede, at familiestøtteprogrammer, støttende og omsorgsfulde mødre og ingen udsættelse for psykisk syge forældre kan hjælpe børn med at håndtere deres dobbeltsorg og reducere risikoen for udvikling af psykiske problemer (29). Andre undersøgelser som f.eks. Bugge (2009) bekræftede, at når én af forældrene i skilsmisefamilier er kritisk syg, mindskes forældrenes konflikter, når de deltager i familiestøtteprogrammer. De bekræftede også, at fagfolk kan fungere som mæglere mellem ekspartnerne og mellem den kritisk syge forælder og barnet (26). Børn har behov for at være i dialog med andre familiemedlemmer, men Bugge (2008) viste, at børnene også har behov for støtte uden forældres tilstedeværelse og uden at skulle tænke over familiemedlemmers reaktioner (25).

Analysen og datareduktionen fra reviewet afdækkede et antal temaer og underkategorier på tværs af de inkluderede undersøgelser, som er vist i tabel 3.

D

Diskussion

Kompleksitet i oplevelsen af dobbeltsorg

Børn og unge med skilte forældre beskriver en række udfordringer i forbindelse med deres dobbeltsorg (25).

Forældres skilsmisse efterfulgt af kritisk sygdom/død repræsenterer tab på tab (2,27,35,36). Børn og unge står over for den udfordring at skulle håndtere dobbeltsorg, der indebærer at være i stand til at skifte mellem at være orienteret mod tabet og at se fremad (2,35). Kim et al. fandt i et litteraturreview om behov relateret til sorg, at der mellem uforløst smerte og angst før død hos patient og familie ses en sammenhæng til flere former for psykisk og fysisk morbiditet efter døden hos de overlevende (11). Personens alder, køn, tidligere tab og tab efter livsforandrende begivenheder samt den hjælp, familien modtager, har betydning (11,25). Med hensyn til alderens betydning prøver unge i skilsmisefamilier at beskytte deres forældre ved ikke at dele deres følelser åbent med dem. De ældste unge i familien bliver typisk omsorgspersoner og hjælper deres forældre eller søskende med praktiske forhold, og forældrene er ofte uvidende om det stress og de overvældende følelser af tristhed og frygt, deres unge børn kan opleve (31). Børn kan være optaget af tanker om, hvem der skal tage sig af dem, og kan i lighed med unge også opleve ensomhed og depression (32). De har også svært ved at forstå deres egne følelser og reaktioner og se forbindelsen mellem disse og forældrens sygdom og død. Tanker om døden er udbredt blandt både yngre og ældre børn (25). Drengene kan have tendens til at trække sig ind i sig selv, når de er bekymrede og ængstelige, ved at gøre brug af aflednings- eller undvigelsesmanøvrer, endvidere kan de have begrænset adgang til deres følelser (5,31). Piger taler derimod typisk mere åbent om deres bekymringer eller frygt (31). Piger, som har mistet en far uden forældremyndighed og har en støttende mor, har de sædvanlige sorgreaktioner, som f.eks. chok, følelsesløshed, desillusionerethed, intens sorgen og en tilpasningsperiode. Når børn eller unge mangler støtte, opstår der typisk en oplevelse af frarøvet sorg (5). Meget få af disse børn deltager i begravelsen. Men personerne omkring dem forventer alligevel, at de sørger (5). Når børn og unge, som har oplevet dobbeltsorg, flytter til et nyt hjem, efter at en forælder, som havde foræl-

Tabel 3. Temaer og underkategorier

Temaer	Underkategorier
Kompleksitet i børn og unges oplevelser af dobbeltsorg	Alder Køn Følelser Mange tab
Udfordringer relateret til tab af forælder – med eller uden forældremyndighed	Tab af forælder med forældremyndighed Tab af forælder uden forældremyndighed
Øget risiko for problemer med den mentale sundhed	Svære tilfælde af stemningsforstyrrelser Psykose Depression PTSD
Støtte og interventioner er afgørende	Familiestøtteprogrammer Terapeutisk relation Tværfaglig støtte Forældrestøtte

dremyndigheden, er død, skal de tilpasse sig til en ny familiekultur- og dynamik og et nyt lokalsamfund. Ud over at have mistet en forælder, som havde forældremyndigheden, mister de også deres hjem. Dette tab kan symbolisere tilknytningen til den afdøde forælder og andre pårørende og måske også til barnets tidligere livsstil (6,32). Hvis den forælder, som har overtaget forældremyndigheden, eller en eventuel stedforælder ikke sørger, kan barnet opleve manglende anerkendelse eller forståelse for sine følelser, hvilket kan forårsage frarøvet sorg (6,33).

Udfordringer relateret til tab af forælder

Når forældre er skilt, og enten den forælder, som har forældremyndigheden, eller den anden forælder udvikler en kritisk sygdom med forventet dødelig udgang eller dør, kan børn og unge have forøget risiko for at udvikle psykosociale problemer, og de kan sommetider også opleve konflikter mellem forældrene om forældremyndighed eller om, hvor børnene skal bo fremover (25). Udfordringerne er imidlertid forskellige, alt efter om det er den forælder, som har forældremyndigheden, eller den anden forælder, der måske kan dø eller er død (6).

Når den forælder, som har forældremyndigheden, dør, kan barnet allerede være bange for at knytte sig til andre på grund af skilsmissem og kan være sårbar i relationer (32). Hvis en kritisk syg forælder, som har forældremyndigheden, unnlader at tage hånd om, hvor børnene eventuelt vil kunne bo fremover, kan det gøre efterfølgende forandringer sværere for børnene (6). Dette kan være særligt udfordrende, hvis forælderen uden forældremyndighed har været uengageret eller fraværende, og den kritisk syge forælder, som har forældremyndigheden, modsætter sig at overdrage denne til den overlevende forælder. Hvis han eller hun insisterer på at overtage forældremyndigheden, når den anden forælder dør, kan der opstå en konflikt om forældremyndigheden mellem forældrene, som måske ikke ville være opstået, hvis en nært forestående død ikke havde været sandsynlig eller uundgåelig hos forælderen med forældremyndigheden.

Børn og unge, som oplever deres forældre blive skilt og efterfølgende oplever, at den forælder, som har forældremyndigheden, dør, kan være bekymrede over at skulle flytte ind hos forælderen uden forældremyndighed. Hvis barnet ikke har kendt denne forælder, kan det, at forælderen med forældremyndigheden dør, også føre til søgning efter den biologiske forælder (6,30). Sommetider kan børn og unge give forælderen uden forældremyndighed skylden for skilsmissem og den anden forælders død. Hvis forælderen uden forældremyndighed overtager

forældremyndigheden, vil han eller hun måske ydermere ikke være lige så fortvivlet som barnet eller den unge over deres ekspartners død og kan måske ikke helt forstå, hvor smertelig sorgen er for barnet eller den unge (6).

Når en forælder uden forældremyndighed dør, er der andre udfordringer i forbindelse med dødsfaldet, end når den afdøde havde forældremyndigheden. Manglende forståelse ser ud til at være en mere almindelig reaktion, når den afdøde ikke havde forældremyndigheden. Dette kan forårsage en frarøvet sorgreaktion, hvor det er svært at forstå betydningen af tabet for barnet eller den unge, som overlades til sig selv og sine egne tanker. Vreden vil så afvige fra den ved normale sorgreaktioner og vise sig som vrede mod manglende forståelse (33,34). Den overlevende forælder, som har forældremyndigheden, har en vigtig rolle, navnlig med hensyn til at hjælpe barnet eller den unge med at håndtere dobbeltsorgen på en måde, som kan fremme den mentale sundhed (33,34).

Øget risiko for problemer med den mentale sundhed

Oplevelsen af dobbeltsorg kan have stor indvirkning på børns og unges mentale sundhed. Hvis dobbeltsorg indtræffer før 16-års alderen, er risikoen for udvikling af psykose mere end fordoblet (27). Indtræffer det før 15-årsalderen, har kvinder tre til fire gange højere risiko for aktuel eller livslang depression end personer, som kun har oplevet ét af de nævnte tab (28). Der er også en signifikant forbindelse mellem PTSD og dobbelt sorg, især hvis dødsårsagen er faderens selvmord (29). Lu et al. fandt, at skadelige barndomsoplevelser, såsom skilsmisse og en forælders død disponerer for svære psykiske lidelser i voksenlivet (32). Børn og unge, som har oplevet dobbeltsorg, har ofte psykiske problemer såsom stress, ensomhed, angst og depression, og der er risiko for usund udvikling hos dem, hvis de ikke får psykosocial støtte (28,36).

Støtte og interventioner er afgørende

Når børn og unge, som har oplevet dobbeltsorg, ikke får den nødvendige støtte, har de særlig stor risiko for at udvikle psykiske problemer. Deltagelse i støttegrupper samt hjælp fra et tværfagligt team eller en terapeut kan kompensere for eventuel mangel på forældrestøtte og -anerkendelse af dobbeltsorgen (25,30,33). De overlevende forældre kan også have behov for støtte til at gøre det lettere for børnene at håndtere deres tab. Ved at få en forståelse for deres børns reaktioner såsom vrede og afvisning kan forældrene blive bedre til at håndtere disse reaktioner og derved forbedre deres relation til barnet



eller den unge (26). Fagfolk kan desuden fungere som mæglere mellem ekspartnere og mellem dem og barnet (6,26). Hvis der er stillet en diagnose, som kan være dødelig, er perioden mellem diagnose og den forestående død en god lejlighed til intervention, hvor de sundhedsprofessionelle kan hjælpe familien med at få talt om og forberede sig på de store forandringer, der kan være på vej (6). Dette kan omfatte at tilskynde barnet og den unge til at udnytte deres kompetencer og modtage hjælp for at kunne bevare positive minder om den kritisk syge forælder, da dette kan forebygge kompliceret sorg (6,31). Der skal i støtteprogrammer tages højde for de særlige forhold, der gør sig gældende for børn og unge med separerede eller skilte forældre, når støtten tilrettelægges (25).

Sygeplejersker gør opmærksom på, at hospitaler bør tilbyde familiegruppessioner til patienter, som er involveret i en forældremyndighedssag, og være i stand til at yde hjælp til eventuel vanskelig beslutningstagning med relation til forældremyndighed (30). De unge mennesker har brug for at vide, at der vil blive taget hånd om dem, og de har behov for støtte fra alle de involverede voksne, som holder af dem (11,30,37). Enlige mødre får ofte hjælp fra støttegrupper, andre patienter eller venner, mens enlige fædre er mere utilbøjelige til at modtage hjælp eller måske har færre fortrolige, som de kan få støtte fra (26,31). De fleste unge taler med deres venner, men nogle af dem ønsker ikke at indblende skolen, enten fordi de er bange for at blive drillet, eller fordi de ikke vil have opmærksomhed. For de fleste børn og unge er skolen imidlertid et aktiv (31). Litteraturreviewet indikerer klart, at sygeplejersker og andre fagfolk, som arbejder med kritisk syge patienter og deres pårørende, har brug for indsigt og viden om problemer i forbindelse med dobbeltsorg, fordi deres støtte kan have afgørende betydning for børnene og de unge og deres familier (11,25,31).

Metodologiske problemstillinger og begrænsninger

Selv om datasøgningen blev gennemført i overensstemmelse med videnskabelige procedurer, som sikrer reproducerbarhed og gennemsigtighed, er der nogle begrænsninger, der skal tages højde for (1,38,39). Kun nogle få af artiklerne fokuserede specifikt på sygepleje, selv om det meste af forskningen behandlede forskellige sundhedsproblemer. Derfor udtrykker litteraturreviewet ikke i høj grad eksplicit viden til sygeplejepsiksis. Integrationen af kvalitativ og kvantitativ forskning kan endvidere

byde på udfordringer, eftersom disse forskningsmetoder er baseret på epistemologiske og videnskabsteoretiske positioner, som afviger en del fra hinanden (39). Mere specifikt kan der naturligvis sættes spørgsmålstegn ved placeringen af meget forskellige undersøgelser i kategorier med høj og lav kvalitet og relevans, især fordi kategoriseringen ikke var baseret på objektive kriterier, men på en generel vurdering i forbindelse med den aktuelle undersøgelse. Alle forfatterne deltog imidlertid i kategoriseringen, og der blev opnået konsensus for alle artikler. Analyserne blev i øvrigt udført i overensstemmelse med principper for systematisk integrativ gennemgang, som beskrevet af Whittemore og Knafl (1).

Kun få undersøgelser behandler dobbeltsorg

Selv om en væsentlig andel af de børn og unge, der oplever en forælders død eller kritiske sygdom med forestående død, forinden også har oplevet en forældreskilsmiss, er dobbeltsorg kun behandlet i nogle få undersøgelser. Den aktuelle gennemgang indikerer, at disse børn og unge kan være en sårbar gruppe, og at vi har brug for mere information om dem. Vi mener især, at der er brug for mere information om, hvad der kendetegner disse børn og unge, og i hvilken grad de kan have brug for mere støtte eller andre former for støtte end andre børn og unge, der har oplevet tab. Hvis der identificeres særlige behov, bør støtteforanstaltninger målrettet mod disse børn og unge udvikles og evalueres. Sådanne foranstaltninger kan både have relation til sygeplejepsiksis og til tværfaglig praksis.

Det begrænsede antal undersøgelser af dobbeltsorg skyldes måske, at forskning i sorg og tab og skilsmissforskning traditionelt har været to separate forskningsområder med begrænset informationsudveksling. Dette er bemærkelsesværdigt, eftersom begge forskningsområder har fokus på meget store tab inden for familier. Der ser ud til at være en tilsvarende adskillelse med hensyn til støtteforanstaltninger rettet mod personer, der har oplevet en af de to former for tab. Derfor kan fremtidig forskning i dobbeltsorg såvel som udvikling af støtteforanstaltninger rettet mod børn og unge, som har oplevet dobbeltsorg, indebære mere samarbejde mellem eksperter i henholdsvis sorg og skilsmiss. På denne måde vil forskningen og den kliniske praksis vedrørende dobbeltsorg kunne bidrage til at nedbryde de uheldige barrierer mellem områderne sorg og skilsmiss og således kunne udgøre en betydningsfuld bro mellem disse områder. ●

Referencer

1. Whittemore R, Knafk K. *The integrative review: Updated methodology*. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
2. Stroebe M, Schut H. *The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description*. *Death Stud*. 1999;23(3):197-224.
3. European Commission E. *Divorces by country of birth of wife and husband (partner)*.
4. Frølander A. *Danmarks statistik – statistics Denmark*. 2015.
5. Walls MJ. *Disenfranchised grief: The death of a noncustodial parent*. [Doctor of Psychology]. Indiana University of Pennsylvania; 1995.
6. Werner-Lin A, Biank N, Rubenstein B. *There's no place like home: Preparing children for geographical and relational attachment disruptions following parental death to cancer*. *Clinical Social Work Journal*. 2010;38(1):132-43.
7. Krattenmacher T, Kühne F, Ernst J, Bergelt C, Romer G, Möller B. *Parental cancer: Factors associated with children's psychosocial adjustment – a systematic review*. *J Psychosom Res*. 2012;72(5):344-56.
8. WHO. *The world health report, mental health: New understanding, new hope*. 2001.
9. Amato PR, Anthony CJ. *Estimating the effects of parental divorce and death with fixed effects models*. *Journal of Marriage and Family*. 2014;76(2):370-86.
10. Amato PR. *Children of divorce in the 1990s: An update of the amato and keith (1991) meta-analysis*. *Journal of Family Psychology*. 2001;15(3):355-70.
11. Kim Y, Lucette A, Loscalzo M. *Bereavement needs of adults, children, and families after cancer*. *Cancer J*. 2013;19(5):444-57.
12. Amato PR, Keith B. *Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis*. *Psychol Bull*. 1991;110(1):26-46.
13. Amato PR, Keith B. *Parental divorce and adult well-being: A meta-analysis*. *Journal of Marriage and the Family*. 1991;53(1):43-58.
14. Størksen I, Røysamb E, Holmen TL, Tambs K. *Adolescent adjustment and well-being: Effects of parental divorce and distress*. *Scand J Psychol*. 2006;47(1):75-84.
15. Størksen I, Røysamb E, Moum T, Tambs K. *Adolescents with a childhood experience of parental divorce: A longitudinal study of mental health and adjustment*. *J Adolesc*. 2005;28(6):725-39.
16. Wallerstein JS. *Children after divorce: Wounds that don't heal*. *Perspect Psychiatr Care*. 1987;24(3-4):107-13.
17. Ottosen M, Andersen D, Nielsen L, Lausten M, Stage S. *Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel*. 2010.
18. Rodgers B, Power C, Hope S. *Parental divorce and adult psychological distress: Evidence from a national cohort: A research note*. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 1997;38(7):867-72.
19. Amato P. *Long-term implications of parental divorce for adult self-concept*. 1988;9 (*Journal of family issues*):201-13.
20. McLanahan S, Sandefur G. *Growing up with a single parent. What hurts, what helps*. 1994.
21. McLeod JD. *Childhood parental loss and adult depression*. 1991; *Journal of Health and Social Behavior*; 32:205-20.
22. Mack KY. *Childhood family disruptions and adult well-being: The differential effects of divorce and parental death*. *Death Stud*. 2001;25(5):419-43 25p.
23. Garrard J. *Health sciences literature review made easy: The matrix method*. 4th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2014:xii, 217 s., illustreret.
24. Miles M, Huberman A, eds. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif., London: Sage; 1994.
25. Bugge KE, Helseth S, Darbyshire P. *Children's experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer*. *Cancer Nurs*. 2008;31(6):426-34.
26. Bugge KE, Helseth S, Darbyshire P. *Parents' experiences of a family support program when a parent has incurable cancer*. *J Clin Nurs*. 2009;18(24):3480-8.
27. Morgan C, Kirkbride J, Leff J, et al. *Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: A case-control study*. *Psychol Med*. 2007;37(4):495-503.
28. Oakley Browne MA, Joyce PR, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR. *Disruptions in childhood parental care as risk factors for major depression in adult women*. *Aust N Z J Psychiatry*. 1995;29(3):437-48.
29. Grossman JA, Clark DC, Gross D, Halstead L, Pennington J. *Child bereavement after paternal suicide*. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 1995;8(2):5-17.
30. Gordon RB, Duttera MJ, Lee C, Cincotta N, Haltom CS. *Multidisciplinary rounds. A breast cancer patient involved in a child custody suit*. *Cancer Pract*. 1999;7(2):55-8.
31. Davey MP, Askew J, Godette K. *Parent and adolescent responses to non-terminal parental cancer: A retrospective multiple-case pilot study*. *FAM SYST HEALTH*. 2003;21(3):245-58.
32. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK. *Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders*. *Psychiatr Serv*. 2008;59(9):1018-26.
33. Walls MJ. *Disenfranchised grief: The death of a noncustodial parent*. [Doctor of Psychology]. Indiana University of Pennsylvania; 1995a.
34. Walls MJ. *Disenfranchised grief: The death of a noncustodial parent*. [Doctor of Psychology]. Indiana University of Pennsylvania; 1995b.
35. Stroebe M, Schut H. *The dual process model of coping with bereavement: A decade on*. *Omega: Journal of Death & Dying*. 2010;61(4):273-89.
36. Rosenberg SD, Lu W, Mueser KT, Jankowski MK, Cournos F. *Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders*. *Psychiatric Services*. 2007;58(2):245-53.
37. Buchwald D, Delmar C, Schantz-Laursen B. *How children handle life when their mother or father is seriously ill and dying*. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(2):228-35.
38. Hayden JA, Côté P, Bombardier C. *Evaluation of the quality of prognosis studies in systematic reviews*. *Ann Intern Med*. 2006;144(6):427-78.
39. Greenhalgh T. *Papers that summarize other papers (systematic reviews and meta-analyses)*. 1997;315:672-5.

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, forfatteren har angivet.

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.



MITTI BLAKØ

Uddannet sygeplejerske fra Metropol i 2006, ansat på Bispebjerg Hospital fra 2006-2008, Hjertekirurgisk afdeling Rigshospitalet fra 2008. Klinisk vejlederuddannelse 2010, deltaget i Hjertecentrets træningsforløb 2015.



HELLE GREVE

Uddannet sygeplejerske 1974, cand.cur. i 2002, klinisk sygeplejespecialist på Hjertekirurgisk afdeling Rigshospitalet siden 2004.

Mail: Helle.Greve@regionh.dk

Gangtest forudsiger behov for sygepleje

Sårbare ældre kirurgiske hjertepatienter har behov for særligt tilpasset postoperativt forløbsprogram.

”Vi ved jo godt, at det er svært for de ældre patienter at følge forløbsprogrammet efter en hjerteoperation ... Så den præoperative information, vi giver til patienterne om, hvad de kan forvente under deres indlæggelse, den passer ikke helt til de lidt skrøbelige ældre patienter ... Altså – vi ved jo godt, det bliver et længere og sværere forløb for dem ...” (sagt af sygeplejerske).



På Hjertekirurgisk Afdeling på Rigshospitalet har vi gennem det sidste år screenet alle patienter over 70 år for frailty ved hjælp af en simpel 5 meter gangtest. Frailty er et anerkendt geriatrisk syndrom, der reflekterer patientens biologiske alder. Det definerer ældre, som mangler generel fysisk styrke, og som er sårbare overfor fysiske stressorer som f.eks. operation eller sygdom som følge af hormonelle og endokrine forstyrrelser. Det kan resultere i negativ katabolisme med tab af muskelmasse og nedsatte fysiologiske ressourcer, der kan udløse en ond cirkel, hvor fysisk inaktivitet og nedsat ernæringsindtag kan medføre yderligere tilbagegang (1,2,3).

Årsagen til, at vi gik i gang med screeningen, var, at andelen af patienter over 70 år er steget markant de seneste 15 år. I 2014 var andelen af patienter over 70 år på 46 pct., og der blev opereret 130 patienter, som var over 80 år gamle. Dette tal forventes at stige de kommende år (4). Som sygeplejerskens udsagn viser, så er erfaringen fra klinikken, at de ældre patienter, som præoperativt har et nedsat fysisk funktionsniveau, også ofte har en øget forekomst af sygeplejefaglige problematikker i det postoperative forløb. De kan derfor have svært ved at følge afdelingens vanlige postoperative forløbsprogram. De kan f.eks. have problemer med immobilisering, ernæring, nyreinsufficiens eller øget tendens til at blive konfuse eller delirøse postoperativt.

Sårbarhed kan måles

I Danmark risikovurderes hjertekirurgiske patienter præoperativt ud fra Euroscoren, som benyttes til at beregne mortalitetsrisici forud for operationen. Studier peger dog på, at scoren er mangelfuld i forhold til at vurdere risikoen for postoperative komplikationer hos ældre patienter, idet mortalitetsrisikoen overvurderes, og risikoen for alvorlig morbiditet ved et hjertekirurgisk indgreb ikke inddrages (4). Kardiovaskulær sygdom menes at være en vigtig årsag til, at et individ udvikler frailty, da der biologisk er en tæt sammenhæng mellem de fysiologiske mekanismer, der medfører såvel iskæmisk hjerte-kar-sygdom som frailty (2).



Frailty er et anerkendt geriatrisk syndrom, der reflekterer patientens biologiske alder.

Følgende fem målbare punkter menes at have betydning for at identificere frailty: udmattelse, nedsat fysisk aktivitet, svag muskelstyrke, langsom ganghastighed og vægttab. Vurdering af fysiske præstationer som f.eks. ganghastighed og gribestyrke er objektive måleredskaber, som indfanger den enkeltes sårbarhed overfor stressorer (2).

Gangtest afslører behov for sygepleje

Det anbefales, at man medtænker frailtyscoring hos ældre patienter, da den har vist sig bedst egnet som supplement til de gængse risikoscorer (5). Lægefaglige studier har vist, at 5 meter gait speed er den måling, der bedst indfanger risikoen for mortalitet og morbiditet efter hjertekirurgi (3,6). Vi fandt det derfor relevant at undersøge, om scoren også kan indfange risikoen for, at ældre patienter udvikler sygeplejefaglige problematikker i det postoperative forløb. Ved at få et mere fyldestgørende billede af, hvilke patienter der er i størst risiko, og hvilke problematikker der specifikt er tale om, kan den postoperative sygepleje målrettes til denne gruppe.

Gangtesten udføres ved, at patienten går i sit vanlige tempo på et lige uindret gangareal, hvor der er opmålt og markeret 5 meter. Sygeplejersken tager tid, fra første gang foden sættes efter 5 meter-markeringen, til sidste gang foden sættes efter markeringen. Testen gentages tre gange med

RESUME

Hjertekirurgiske patienter, som postoperativt har behov for sygeplejefaglige interventioner indenfor udvalgte parametre, kan identificeres før operationen ved en simpel 5 meter gangtest, viser undersøgelse på Rigshospitalets Hjertekirurgiske Afdeling.

På grund af stigende alder blandt hjerteopererede patienter har det vist sig, at de har svært ved at følge afdelingens vanlige postoperative forløbsprogram på grund af problemer med immobilisering, ernæring, nyreinsufficiens eller øget tendens til at blive konfuse eller delirøse. Gangtesten screener patienten for frailty, et anerkendt geriatrisk

syndrom, der afspejler patientens biologiske alder. Frailty definerer ældre, som mangler generel fysisk styrke, og som er sårbare over for diverse fysiske stressorer.

Undersøgelsen blandt elektive patienter fyldt 70 år viste frailty hos 21 af 76 patienter. Undersøgelsen viste endvidere, at frail patienter i gennemsnit er indlagt i længere tid, har øget behov for hjælp til mobilisering og øget forekomst af konfusion. Ved at indføre gangtesten som en fast del af det præoperative forløbsprogram er det muligt at målrette den sygeplejefaglige indsats og forebygge sygeplejefaglige komplikationer.

højest 30 sekunder mellem hver. Patienten klassificeres som frail, hvis det tager 18 sekunder eller mere at gå 3 x 5 m.

Sygeplejefaglige parametre blev målt

Implementering af gangtesten bygger på en undersøgelse, vi foretog i afdelingen i perioden 20. maj – 22. august 2014. Alle elektive patienter > 70 år blev gangtestet dagen inden operationen. Ud fra gait speed-scoren blev patienterne klassificeret som frail eller non-frail. Non-frail patienterne udgør kontrolgruppen. Patienterne blev ekskluderet, hvis de var kørestolsbrugere, havde dyspnø og/eller angina, som forhindrede, at testen kunne udføres forsvarligt, eller hvis de var indlagt akut eller subakut med venteforløb på hjertemedicinsk afdeling.

Begge grupper blev undersøgt ved prospektiv gennemgang af journaldata fra deres postoperative forløb på Rigshospitalet indenfor tre generelle parametre: indlæggelsesdage på intensiv, indlæggelsesdage i alt, udskrivning til hjem eller overflytning til lokalsygehus, og syv sygeplejefaglige parametre: antal dage med behov for personstøtte til mobilisering (beskrevet i dokumentationen som massiv støtte af minimum en person), for væskeskema, for kateter à demeure (KAD) og for CPAP/PEEP-behandling. Desuden registreredes forekomst af konfusion/delir (beskrevet i dokumentationen som desorienteret i tid eller sted eller hallucineret i kortere eller længere tid), behov for supplerende laksantia og opnået energibehov.

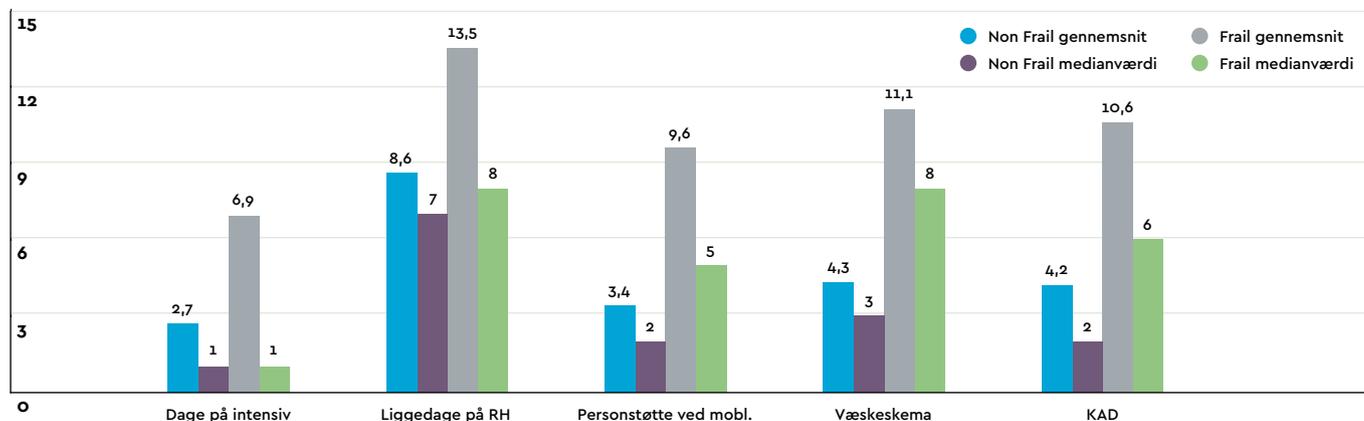
Fire ud af 10 patienter var frail

I undersøgelsen deltog i alt 76 patienter, som i henhold til gait speed-scoren blev inddelt i to grupper:

1. Non Frail = Samlet gait speed på 17 sek. eller derunder (kontrolgruppe), n=55
2. Frail = Samlet gait speed på 18 sek. eller derover, n=21

Gennemsnitsalderen hos frail patienterne var 2,4 år højere end i kontrolgruppen af non-frail. Sammenligner man grupperne, var der blandt de frail lidt flere kvinder og lidt flere, der fik foretaget koronar bypassopera-

Figur 1. Sygeplejefaglige problemer registreret i patientjournalen.



Tabellen viser, hvilke sygeplejefaglige problemer der blev registreret i patientjournalen under indlæggelsen, fordelt på frail og non-frail patienter.

Antal dage på intensiv var hos frail patienterne mere end dobbelt så høj som hos de non-frail.

Medianværdien viser imidlertid, at halvdelen af patienterne i begge grupper var et døgn på intensiv.

Den samlede indlæggelsestid var hos frail patienterne næsten dobbelt så lang som hos non-frail patienterne.

Medianværdien var lidt højere hos frail end hos non frail patienterne.

Antal dage med personstøtte til mobilisering er defineret som mindst én persons støtte til mobilisering ud af seng. Både ved gennemsnit og medianværdi ses, at antal dage med behov for personstøtte ved mobilisering er ca. tre gange så højt hos frail patienterne som hos non-frail patienterne.

Antal dage med behov for væskeskema var næsten tre gange så højt hos frail patienterne som hos non-frail patienterne, både når man ser på gennemsnittet og på medianværdien.

Antal dage med behov for KAD (kateter à demeure) var 2-3 gange længere end for de non frail, både når man ser på gennemsnit og på medianværdi.

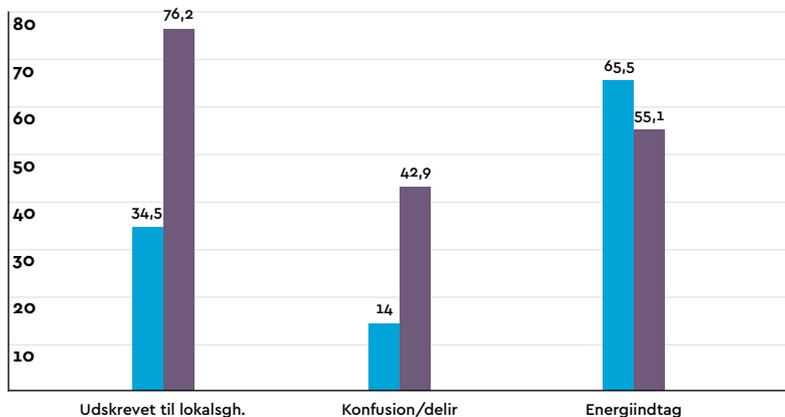
tion kombineret med operation for hjerteklap, end hos de non-frail.

Som det ses af figur 1, tilbragte frail patienterne mere end dobbelt så lang tid på intensiv som de non-frail. Medianværdien viser imidlertid, at halvdelen af patienterne i begge grupper var et døgn på intensiv. Ses der på det samlede antal indlæggelsesdage på RH, var indlæggelsestiden for frail patienterne næsten dobbelt så lang som for non-frail patienterne. Medianværdien var lidt højere hos de frail end hos non-frail patienterne. Frail patienterne havde behov for støtte fra mindst én person ved mobilisering ud af sengen i næsten tre gange så mange dage som de non-frail. Hvad angår behov for væskeskema, var antallet af dage næsten tre gange så højt hos de frail sammenlignet med non-frail patienterne, både når man ser på gennemsnittet og på medianværdien. Endelig kan det ses, at



Gangtesten udføres ved, at patienten går i sit vanlige tempo på et lige uhindret gangareal, hvor der er opmålt og markeret 5 meter.

Figur 2. Sygeplejefaglige tiltag for frail patienter



Tabellen viser andelen af patienter angivet i pct. som er udskrevet til lokalsygehus, registreret for konfusion eller organisk delirium, samt andelen af patienter, som har opnået et energiindtag på 75 pct. på tredje dag efter operationen.

Udskrevet til lokalsygehus: 16/21 (76,2 pct.) af frail patienterne blev udskrevet til lokalsygehus efter det postoperative forløb på Rigshospitalet, mod 19/55 (34,5 pct.) af non-frail patienterne.

Beskrevet konfusion/organisk delirium er defineret ved, at patienten er beskrevet som desorienteret i tid eller sted eller er hallucineret i kortere eller længere tid. Der ses øget risiko for, at frail patienterne udvikler konfusion/organisk delirium sammenlignet med non-frail patienterne.

Energiindtag efter operation: Ca. 2/3 af patienterne var kostregistreret på tredje dag efter operationen eller de første døgn efter ophold på intensiv. Frail patienterne opnår i gennemsnit lige over 50 pct. af deres energibehov mod 65,5 pct. af non-frail patienterne. Grupperne adskiller sig ikke statistisk signifikant fra hinanden.

frail patienterne havde KAD 2-3 gange så lang tid som de non-frail, både når man ser på gennemsnit og på medianværdi.

Figur 2 viser, at næsten tre gange så mange af frail patienterne blev udskrevet til lokalsygehus i stedet for til eget hjem, sammenlignet med non-frail patienterne. Der var tendens til øget risiko for, at frail patienterne udviklede konfusion/organisk delirium sammenlignet med de non-frail. Ca. to tredjedele af patienterne blev kostregistreret på tredje dag efter operation eller de første døgn efter intensiv. Frail patienterne opnåede i gennemsnit lidt over 50 pct. af deres energibehov, mens non-frail patienterne opnåede 65,5 pct. Grupperne adskilte sig ikke statistisk signifikant fra hinanden. Hvad angår behov for laksantia og behov for CPAP/PEEP, var der ingen forskel mellem grupperne.

Større behov for interventioner

Studiet viste 2-4 gange større behov for visse sygeplejefaglige interventioner hos frail patienter sammenlignet med non-frail patienter over 70 år inden for udvalgte sygeplejefaglige parametre. Især var frail patienterne i øget risiko for at blive konfuse eller udvikle organisk delirium, de havde et lavere energiindtag og et længerevarende behov for personstøtte ved mobilisering. De blev i højere grad overflyttet til lokalsygehus fremfor at kunne udskrives til hjemmet, og de havde et forlænget behov for KAD og væskeregistrering, hvilket er et indirekte udtryk for forekomsten af nyreinsufficiens i det postoperative forløb.

Screening for frailty med 3 x 5 meter gangtest er en hurtig og nem test at anvende i hjertekirurgisk sygeplejepraksis. Den har vist sig egnet til at udpege fysisk frail patienter og til at give en prognose for, hvilke patienter der kan have en øget forekomst af sygeplejefaglige problematikker og dermed øget behov for sygeplejefaglige interventioner efter elektiv hjertekirurgi.

Kan bruges på andre patientgrupper

Gait speed er valideret på hjertekirurgiske patienter og derfor anvendelig

• som screeningsredskab i hjertekirurgisk praksis. Scoren er hurtig og nem at bruge. Hvis man ønsker at screene for frailty inden for andre specialer, er det nødvendigt først at undersøge forskellige skalaers egnethed på den aktuelle patientgruppe, inden man går i gang

med at screene. Der findes mange forskellige frailty-screeningsredskaber, der kombinerer forskellige parametre.

Tilpasset forløbsprogram til frail patienter

Da studiet viste et behov for at tilpasse forløbsprogrammet til frail patienterne, har vi arbejdet med at målrette den sygeplejefaglige indsats og forebygge sygeplejefaglige komplikationer. Vi har implementeret 5 meter gait speed





Da studiet viste et behov for at tilpasse forløbsprogrammet til frail patienterne, har vi arbejdet med at målrette den sygeplejefaglige indsats og forebygge sygeplejefaglige komplikationer.

som frailty screening til at være en fast del af det præoperative program. De patienter, der scores frail, tilbydes et tilpasset forløbsprogram, der har særligt fokus på sufficient ernæring (herunder kostregistrering), forebyggelse af delirium/konfusion, fysisk træning og forlænget observation af væskeind- og -udgift. Screening for frailty kan også blive et værdifuldt redskab i en mere behovsorienteret tildeling af sygeplejeressourcerne, idet det bliver tydeligt, hvilke patienter der har størst behov for sygepleje.

I resultaterne indgår både begrebet konfusion og organisk delirium. Det skyldes, at vi i forløbet har arbejdet med organisk delirium i Hjertecentret, så der nu screenes hyppigere for delirium med brug af B-Cam screeningsredskabet, og vi forsøger at tilrettelægge sygeplejen, så de udsatte patienter skærmes mest muligt. Det er derfor muligt, at en del af de patienter, der i begyndelsen af undersøgelsesperioden er beskrevet som konfuse, ville blive registreret som delirøse, hvis de var indgået senere.

Der er aktuelt iværksat et nyt studie med det formål at undersøge effekten af det tilpassede forløbsprogram. Studiet, som har et kombineret kvalitativt og kvantitativt design, vil ud over at kvalitetssikre det tilpassede forløbsprogram følge frail patienter efter udskrivelse/overflyttelse fra Rigshospitalet samt undersøge eventuelle genindlæggelser og patienternes fysiske og kognitive tilstand ét år efter hjerteoperationen. ●

Debat!



Hvordan kan I anvende gait speed-test på jeres arbejdsplads?

Hvor gamle er jeres patienter i gennemsnit?

Hvad betyder patienternes alder for jeres sygepleje?

Referencer

1. van Kan GA, Rolland Y, Houles M et al. The Assessment of Frailty in Older Adults. *Clin Geriatr Med.* 2010;(26):275-86.
2. Afilalo J, Alexander KP, Mack MJ et al. Frailty assessment in the cardiovascular care of older adults. *Journal of the American College of cardiology.* 2014;63(8):747-62.
3. Afilalo J, Mottillo S, Eisenberg MJ et al. Addition of frailty and disability to cardiac risk scores identifies elderly patients and high risk of mortality or major morbidity. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes. Journal of the American Heart Association* 2012;(5):222-28.
4. Thoraxkirurgisk klinik. Bypasskirurgi tal og risiko - hjerteoperation på voksne. RH intranet.
5. Robinson TN, Wu DS, Pointer L et al. Simple frailty score predicts postoperative complications across surgical specialties. *The American Journal of Surgery* 2013;(206):544-50.
6. Afilalo J, Eisenberg MJ, Morin JF et al. Gait Speed as an Incremental Predictor of Mortality and Major Morbidity in Elderly Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Journal of the American College of Cardiology.* 2010;56(20):1668-76.

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.



KATJA BALLE KNUDSEN

Afdelingssygeplejerske. Uddannet sygeplejerske i 1999. Gastroenheden, Hvidovre Hospital.



SIGNE BEYERHOLM KIELMANN

Uddannet sygeplejerske i 1999. Gastrokirurgisk afdeling, Universitetssykehuset, Tromsø.



PIA STUHR CHRISTIANSEN

Uddannet sygeplejerske i 1998. Gastroenheden, Hvidovre Hospital.



DORTHE HJORT JAKOBSEN

Uddannet sygeplejerske i 1983. Klinisk oversygeplejerske, MKS, Kirurgisk Projekt på Rigshospitalet.
Mail: dorte.hjort.jakobsen@regionh.dk

Høj kvalitet i arbejdet kræver styr på data

Ledende sygeplejersker spiller en stor rolle, når **kvalitetsarbejde skal sættes i værk og holdes ved lige**. Data om patienternes forløb og tilfredshed er helt essentielle som grundlag for arbejdet.

☪ Gastroenheden på Hvidovre Hospital var den første afdeling i verden, der implementerede principperne for accelererede operationsforløb til colonopererede patienter. Det skete efter det i adskillige randomiserede og kontrollerede studier havde vist, at det førte til færre medicinske komplikationer og hurtigere restitution af operationspatienten (1), se boks 1 side 56.



RESUME

Nøglen til at bevare et konstant højt kvalitetsniveau i pleje og behandling af colonopererede patienter i Gastroenheden på Hvidovre Hospital er at kende sine data og handle på dem. Det kræver en kontinuerlig fokusering, og det handler i høj grad om faglig ledelse i samspil med et motiveret og dedikeret personale. Denne metode med brug af audit og patientinterview har vist sig at være effektiv til at fastholde og udvikle kvaliteten af sygeplejen.

Audit udføres dels på en større gruppe patienter over en længere periode, dels som et øjebliksbillede, hvor der auditeres detaljeret på de sidste 10 operationsforløb.

De indsamlede data kommer hovedsageligt fra standardplejeplaner suppleret med data fra den elektroniske patientjournal.

Med henblik på at indhente kvalitative data og involvere patienterne udføres en tilfredshedsundersøgelse, hvor patienterne 30 dage efter operationen udfylder et spørgeskema om tilfredsheden med hele operationsforløbet.

Desuden udføres et gruppeinterview med tre patienter et par måneder efter deres operation. Her spørges der ind til, hvad der er vigtigt for patienterne i forhold til temaerne: den præoperative information, aftenen før operationen, mobilisering, ernæring og smerter postoperativt samt information ved udskrivelsen.

Data fra audit er meget brugbare, når det skal evalueres, om målsætningen for mobilisering bliver opfyldt.

Tabel 1. Mobiliseringsgrad

Mobiliseringsgraden fra operationsdagen til 2. postoperative dag (A1: N=50)

	Dag 0	Dag 1 - DV	Dag 1 - AV	Dag 2 - DV	Dag 2 - AV
Ikke mobiliseret	19 ptt	4 ptt	8 ptt	1 pt	3 ptt
½ time x 1	10 ptt	3 ptt			
1 time	4 ptt				
2 timer x 1	13 ptt	3 ptt	4 ptt	6 ptt	7 ptt
2 timer x 2	3 ptt	40 ptt	38 ptt	43 ptt	40 ptt
Gangtræning	22 ptt	49 ptt	49 ptt	50 ptt	50 ptt
Årsager til "Ikke mobiliseret"					
Sendt retur i afdelingen	7 ptt				
Travlhed		1 pt	1 pt		
Svimmelhed	11 ptt	2 ptt	1 pt		
BT-fald	1 pt				
Ønsker ikke mobilisering		1 pt			
Smerter				1 pt	1 pt
Kvalme					2 ptt

I dag arbejder stort set alle kirurgiske afdelinger i Danmark efter de accelererede principper, ligesom det i tiltagende grad ses i udlandet under navnet Fast Track eller Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) (2).

Krav om planlægning

Principperne i accelererede operationsforløb kræver en omfattende omlægning af rutiner i den kirurgiske pleje og organisering af arbejdet samt en kontinuerlig fokusering på kvalitetsdata og undervisning i den nyeste evidens inden for området for at fastholde og sikre den bedst mulige pleje og behandling (3). Her er faglig ledelse essentiel med henblik på at sikre, at de accelererede principper fastholdes i en travl hverdag, hvor der også er fokus på mange andre områder.

Accelererede operationsforløb har været implementeret i snart 20 år i Gastroenheden på Hvidovre Hospital. Alligevel viser audit behov for løbende justering og oprustning af plejen, da de evidensbaserede mål for sygeplejen kan skride i travle perioder eller i perioder med mange nye ansatte. Denne artikel beskriver, hvordan afdelingen kontinuerligt bruger både kvantitative og kvalitative data til at fastholde principperne i accelererede operationsforløb og derved sikre den bedst mulige kvalitet af sygeplejen.

Audit er en effektiv metode

Når sygeplejen til accelererede patientforløb bliver evalueret, vurderes, om organiseringen og selve operationsforløbet er tilfredsstillende, og patienternes oplevelser bliver analyseret, se boks 2 side 57.

Audit har vist sig at være en effektiv metode til kvalitetsudvikling af pleje og behandling (2). Derfor består den kvantitative metode af audit med fokus på de mål, der er opstillet for sygeplejen såsom mobiliseringsgraden og indtag af mad/drikke. Desuden vurderes omfanget af postoperative problemstillinger (smerter, kvalme, paralytisk ileus, indlæggelsestid og genindlæggelser).

Audit udføres dels på en større gruppe patienter over en længere periode (A1), dels som et øjebliksbillede, hvor der auditeres detaljeret på de sidste 10 operationsforløb (A2). Begge audit bruges til

Boks 1. Accelereret operationsforløb

Beskrivelse af et accelereret operationsforløb for en colonopereret patient:

- Når det besluttes, at en patient skal opereres, informerer kirurgeren om operationen, som typisk vil foregå en uge senere.
- Patienten og de pårørende får 1-5 dage inden operationen tid til en ambulant samtale med en sygeplejerske fra afdelingen, som er specielt trænet til at afholde disse samtaler. Der afsættes 75 minutter til samtalen.
- Patienten møder til indlæggelse aftenen før operationen.
- Der stiles mod udskrivelse tre dage efter operationen, hvis udskrivelseskriterierne er opfyldt, og patienten føler sig klar til udskrivelse.
- Dagen før eller på udskrivelsesdagen afholdes en udskrivelsessamtale.
- Patienten kontaktes telefonisk 1-2 dage efter udskrivelsen.
- Patienten møder 30 dage postoperativt til opfølgende og afsluttende samtale med en sygeplejerske fra afdelingen, der er specielt trænet til at afholde disse samtaler.



kvalitetssikring og oplæg til debat på personalemøder, hvor sygeplejens fokusområder og kvalitet er på dagsordenen. De indsamlede data kommer hovedsageligt fra standardplejeplaner suppleret med data fra den elektroniske patientjournal.

Med henblik på at indhente kvalitative data og involvere patienterne udføres en tilfredshedsundersøgelse, hvor patienterne 30 dage efter operationen udfylder et spørgeskema om tilfredsheden med hele operationsforløbet.

Gruppeinterview med tre patienter

Som noget nyt valgte vi også at udføre et gruppeinterview med tre patienter et par måneder efter deres operation. Ved interviewet blev der spurgt ind til, hvad der er vigtigt for patienterne i forhold til følgende fire temaer: den præoperative information, aftenen før operationen, mobilisering, ernæring og smerter postoperativt samt information ved udskrivelsen.

Temaerne var beskrevet i den skriftlige invitation til de interviewede patienter med henblik på at give dem mulighed for refleksion inden mødet. Der var også udarbejdet en semistruktureret interviewguide i forhold til temaerne. Ud over de tre patienter deltog observatører bestående af plejepersonale fra afsnittet. Intervieweren var en ekstern person. Interviewet blev optaget og skrevet ud i fuld længde, og der er efterfølgende skrevet en rapport til internt brug.

Resultater fra audit og interview

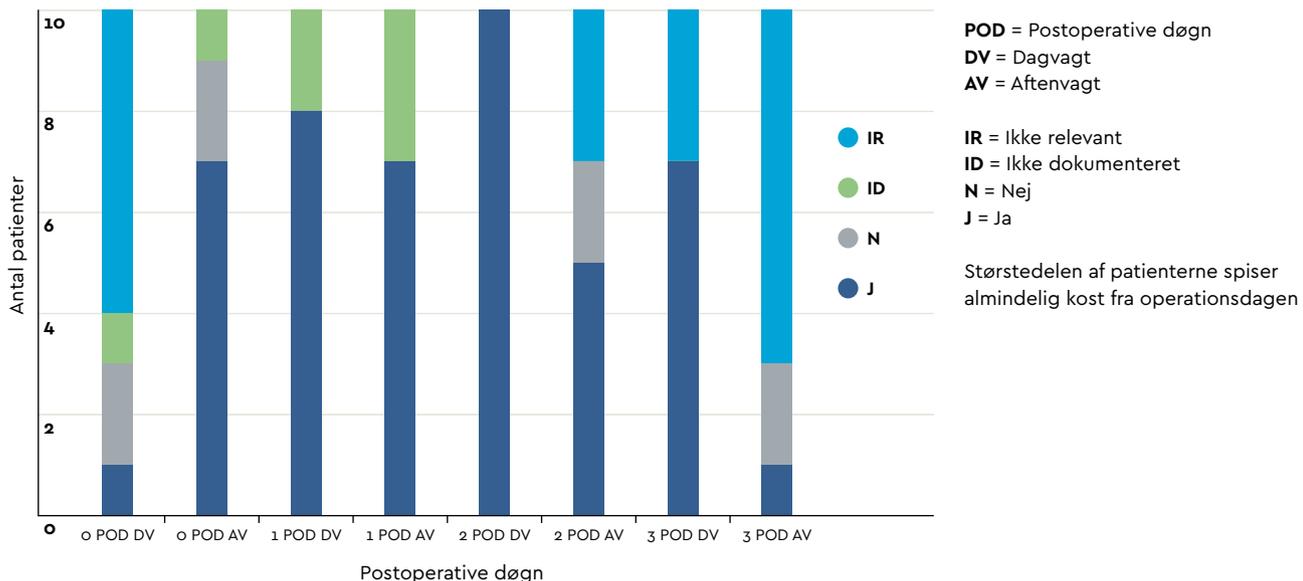
Resultaterne af den store audit A1 (N=50) kan aflæses direkte af tabel 1 side 55 og tabel 2. Resultaterne af den lille audit (A2: N=10) viste blandt andet følgende:

Postoperativ kvalme forekommer

Syv ud af de 10 patienter oplevede postoperativ kvalme og opkast i større eller mindre omfang, hvoraf de seks patienter fik antiemetika. Sammenhol-

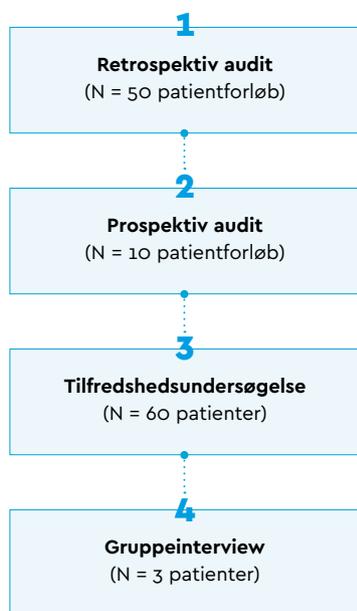
Figur 1. Normal kost efter operationen

Colonforløb. Antal patienter, der spiser normal kost de første tre dage efter operationen (A2: N=10)



Boks 2. Sikring af kvalitetsudviklingen

Kvalitetsudviklingen bliver sikret gennem indsamling af data:



des dette med kostindtaget, ses, at patienterne kunne spise ved det efterfølgende måltid, når de have fået antiemetika, se figur 1. Ingen af patienterne opfyldte plejeplanens mål vedrørende indtag af proteindrikke.

Fem ud af 10 havde brug for p.n.-analgetika

Vi undersøgte, om patienterne havde fået den ordinerede perorale analgetika og epiduralbehandling, og behovet for p.n.-analgetika blev registreret. Alle 10 patienter havde fået anlagt epiduralkateter og fik fast analgetika efter ordination. Med hensyn til p.n.-analgetika havde fem ud af de 10 patienter brug for dette, dog havde kun en ud af fem patienter brug for p.n.-analgetika mere end én gang under indlæggelsen.

Kateter fjernet efter planen

Alle 10 patienter fik anlagt kateter a demeure. Ifølge standardplejeplanen skal

dette seponeres første postoperative dag. Ni ud af de 10 patienter fik fjernet kateteret efter planen. Den ene patient havde en urologisk komplikation og skulle derfor bibeholde kateteret. Ingen af patienterne havde brug for steril intermitterende kateterisation (SIK) til trods for, at de først fik seponeret epiduralkateteret et døgn senere.

Resultaterne af den kvalitative spørgeskemaundersøgelse kan ses i tabel 3 side 58.

Tre patienter i gruppeinterview

Resultaterne af det kvalitative gruppeinterview med tre patienter gav følgende resultater, fordelt på fire temaer:

Tema 1: Den præoperative information

De tre patienter fremhæver vigtigheden af sygeplejerskens ro, evne til omsorg og professionalismisme:

”Jeg synes, at det var en meget fin måde, som det blev fortalt på, hvordan forløbet var, og hvordan det hele skulle foregå. At man havde følelsen af, at hun havde tid til én, og at man betød noget for hende. At det ikke bare var et nummer, der kom ind, og så siger man bla, bla, bla. Sådan var det ikke. Hun var rolig, og hun var omsorgsfuld.”

”De var rigtigt professionelle ... de koncentrerede sig om opgaven – så kommer der også ro på ved mig, når jeg kan mærke, at jeg har en person over for mig, som ved, hvad vedkommende snakker om.”

Patienterne huskede ikke i særlig høj grad den præoperative information om at spise og drikke, komme ud af sengen og at få dækket smerterne efter operationen. Tilsyneladende er det ikke særlig vigtigt for patienterne netop på det tidspunkt:

”Jeg synes på det tidspunkt, hvor man sidder derinde og skal høre om operationen, det, der forløb bagefter, det er lige, som om det ikke siver rigtigt ind. Det kom senere, og vi fik det skam at vide igen.”

Patienterne fremhæver betydningen af den personlige samtale med sygeplejersken frem for det skriftlige informationsmateriale:

Tabel 2. Postoperativ indlæggelsestid

Postoperativ indlæggelsestid og årsag til indlæggelse > 3 dage (A1: N=50)

Postoperativ indlæggelsestid		
Median	3 dage (2-8 dage)	
Gennemsnit	3,6 dage	
Årsag til indlæggelse > 3 dage		
4 dage	Diarré	1 pt
	Manglende mave-tarm-funktion	6 ptt
	Smerter	1 pt
5 dage	Manglende mave-tarm-funktion	2 ptt
	Smerter	1 pt
6 dage	Manglende mave-tarm-funktion	2 ptt
7 dage	Blødning per rectum	1 pt
8 dage	Psykosocialt	1 pt

”Og det vigtigste af alt det er det personlige. Det er det personlige ... Absolut! Du kan få alle de papirer, du vil i verden, men at sidde over for et menneske, det er 100 pct.”

Tema 2: Aftenen før operationen

Aftenen før operationen er det værste tidspunkt for patienterne. De er bange og føler sig alene:

”Det er rart at møde et smilende ansigt, når man kommer, fordi man er så hunderræd, og man vil helst gå igen. Så det er meget, meget væsentligt, at den sygeplejerske, som nu har travlt, alligevel har tid til at sige goddag, goddag og velkommen og sådan noget. Selvom man ved, at det kun er rutine, så er man jo glad for at få et venligt og sødt smil.”

”Det er det værste tidspunkt i virkeligheden. Fordi der går ens mand, og pludselig

er man alene i et helt nyt univers, man kender det ikke. Det er sådan et meget mærkeligt sted, folk har travlt, og de løber rundt, og pludselig er man inde i en helt anden verden.”

Tema 3: Mobilisering, ernæring og smerter postoperativt

Ingen af patienterne husker at have haft smerter, der gjorde, at de ikke kunne mobiliseres:

”Det eneste, jeg kan huske, er, at jeg ingen smerter havde. Jeg spiste de smertestillende piller, de gav mig på de der bestemte tidspunkter. Jeg har overhovedet ikke følt smerte. Og jeg var hurtigt ude af sengen, og jeg gik selv, jeg vadede op og ned ad gangen.”

To af patienterne beskriver det som positivt, at plejepersonalet tog styringen og stillede krav:

”Og det der med at man skal gå meget, og at de holder øje med én, og man bliver pludselig 5½ år gammel eller noget i den retning ... og det er også fint nok, for det har man behov for at være. Hvad vil det sige at være 5½ år gammel? Det vil sige, at lige pludselig er man ikke nogen rigtig, altså, man kan ikke leve sit eget liv, fordi man får at vide, hvad man skal gøre. Det er ikke en bebrejdelse, fordi man bliver egentlig 5½ år gammel, man har lyst til at være 5½ år gammel og lade alle andre fortælle én, hvad man skal gøre for at blive rask, ik?”

Tablet 3. Patienternes tilfredshed med indlæggelsesforløbet

Kvalitative data vedrørende tilfredshed med indlæggelsesforløbet (N=60)

	Ja	Nej	Kommentarer
Var den skriftlige information inden operationen fyldestgørende?	59 ptt	1 pt	1 patient har ikke svaret, da han ikke havde læst informationen.
Var den mundtlige information inden operationen fyldestgørende?	58 ptt	2 ptt	1 patient var ikke forberedt på, at det var så smertefuldt at få lagt et epiduralkateter. 1 patient manglede oplysning om fordele ved åben/lapkirurgi.
Følte du dig på udskrivelsesdagen klar til at blive udskrevet?	57 ptt	3 ptt	1 patient pga. smerter. 1 patient pga. hård afføring. 1 patient pga. manglende opfølgning.
Har du efter udskrivelsen manglet information om din sygdom, kost, smertebehandling, fysisk aktivitet eller andet?	14 ptt	46 ptt	1 patient manglede information om, hvornår sædvanlig mave-tarm-funktion kunne forventes. 1 patient havde brug for en samtale med medicinerne om kost/medicin. 1 patient følte sig usikker – boede alene. 2 patienter manglede information om sårpleje. 2 patienter manglede information om kost/aktivitetsniveau. 7 patienter uddybede ikke, hvad de manglede information om.
Fik du tilbud om at blive ringet op af en sygeplejerske 2-3 dage efter udskrivelsen?	45 ptt	15 ptt	
Havde du gavn af at blive ringet op af en sygeplejerske efter udskrivelsen?	31 ptt	29 ptt	15 patienter fik det ikke tilbudt. 5 patienter blev aldrig kontakttet – trods en aftale. 8 patienter: fint tilbud/tryghed – men havde ikke brug for det. 1 patient blev først ringet op efter 8 dage, hvilket var for sent.
Har du haft gavn af at komme til 30-dages kontrol hos sygeplejersken?	58 ptt	2 ptt	58 ptt: Det var en god måde at afslutte på, dejligt at føle sig hørt, dejligt at have mulighed for at spørge og tale forløbet igennem.

Der er generelt stor tilfredshed med den givne information og den afsluttende kontrol hos sygeplejersken, men der mangler konsekvent tilbud om opringning efter udskrivelsen.

Patienterne gav udtryk for, at plejepersonalet stiller høje krav til, hvad de skal spise og drikke. Proteindrik bryder ingen af patienterne sig om, og de drikker dem tilsyneladende heller ikke. En patient nævner, at hun ikke spiser ret meget hjemme, og det gør kravene under indlæggelsen meget store:

”Man bliver lidt presset til at drikke disse forfærdelige drikke. Også spise meget og sådan noget. Altså, det er også helt i orden, men man behøver ikke at sige det så meget.”

Tema 4: Information ved udskrivelsen

Patienterne var klar over, at de planmæssigt ville blive udskrevet ca. tre dage efter operationen, når de kunne spise og drikke og ikke havde smerter. Det stod i det skriftlige materiale, og plejepersonalet informerede patienterne undervejs:

”Jeg synes, at den allervigtigste samtale, det var den, jeg havde med sygeplejersken, lige før man tog af sted. Når man nu skal hjem, så har man en masse ting, man er lidt nervøs for. Det er nærmest, som da man kom hjem med sit første barn, ik? Man ved ikke rigtig noget om det og vil gerne have, at jordmoderen eller en anden fortæller lidt om det. Her kommer man hjem og er nyopereret og ved faktisk ikke en pind om det. Sådan nogle ting som bare ... selvom jeg er en gammel dame, så har jeg en dejlig mand, og at vi lige får vendt det der med seksualiteten også. Hvornår kan man begynde. Og det kan jeg netop huske, at vi talte om. Og jeg synes, at det er væsentligt, man får at vide, hvad kan man spise, og hvordan skal man forholde sig. Jeg synes, at man skal vide facts, at du skal altså ikke være ked af det, hvis du er møghamrende træt efter tre måneder eller fire måneder. Fordi så tænker man, nåh ja, det sagde de jo også.”

”Vi har ikke fået god nok besked om, hvad det egentlig er, vi skal spise efter operationen. Ja, det er meget væsentligt, fordi ens mave fungerer jo ikke sådan helt optimalt, eller slet ikke. Det øjeblik, vi går ud fra hospitalet, hvad skal vi så? Det er den eneste ting, jeg kan sige, som ikke har været virkelig god.”

Det skriftlige materiale ved udskrivelsen spiller ikke den store rolle. Det gør derimod den personlige kontakt:

”Som ved indlæggelsen er det den personlige samtale, der vægter højt.”

”Jeg synes bare dét, at nogle fortæller det, og man hører det, det er nok. Jeg tror heller ikke, der er så mange, der læser det.”

”Det ville selvfølgelig være lettere at give noget papir og sige værsgo, men det må I ikke stryge! Fordi det menneskelige er det allervæsentligste.”

Faglig ledelse er alfa og omega

Som alle andre afsnit har vores afdeling været igennem flytninger, fusioner og effektiviseringer. Der ligger et stort arbejde i at sikre, at de evidensbaserede principper i accelererede operationsforløb bliver fastholdt på trods af en travl hverdag, hvor der også er fokus på mange andre områder.

Hvordan holder en afdeling, der er erfaren i accelererede operationsforløb, fast i den gode kvalitet og i det, vi bør gøre? Afdelingen har igen mange år arbejdet målrettet på at skabe en kultur med høj faglig kvalitet. Afdelingssygeplejersken spiller her en vigtig rolle og kan gøre en forskel i forhold til at vise, hvilken retning sygeplejen skal bevæge sig i. Det fordrer, at hun er en synlig leder, der kender sit personales kompetencer og sørger for kompetenceudvikling bl.a. ved at være involveret i oplæring af nyt personale.



Når sygeplejen til accelererede patientforløb bliver evalueret, vurderes både, om organiseringen og selve operationsforløbet er tilfredsstillende, og patienternes oplevelser bliver analyseret.

Der skal først og fremmest skabes tid til den direkte sygepleje. Komplexerede akutte kirurgiske forløb stjæler tid fra den elektive patient, der bare skal følge et standardiseret, accelereret forløb. Desuden er den elektive patient i dag ofte en patient med ko-morbiditet og mange behov. Det har hjulpet at udarbejde en skriftlig status over hver enkelt patientforløb en gang ugentligt og ved behov. Det skaber et hurtigt og grundigt overblik, hvilket frigør ressourcer til motivation, dialog og mobilisering af patienterne.

Opdelt i to team

Afdelingen er opdelt i et Colonteam og et Rectumteam. Plejepersonalet er ansat i afdelingen, men de allokeres til ét team, så den enkelte opnår kompetencer på ekspertniveau, hvilket i øvrigt også er gældende for lægegruppen. Organiseringen er med til at sikre et tæt tværfagligt samarbejde, som er essentielt for at opnå de bedst mulige operationsforløb. Der er løbende undervisning af personalet med henblik på at sikre, at alle har den nødvendige viden om den evidens, som bl.a. accelererede forløb bygger på. Det er vigtigt at gentage undervisningen med jævne mellemrum, ellers ender det med, at en stor del af personalet mangler den viden, der er med til at fastholde plejeprincipperne. Temadage er ligeledes eksempler på, hvordan afdelingen arbejder med kvalitet. Af nylige temadage kan nævnes: ”Hvad skal kendte sygeplejen i afsnit 227?” og ”Hvad ønsker vi, at patienterne skal huske os for?”

Temadagene har bl.a. dannet baggrund for ovennævnte kvalitetsundersøgelser, da det er essentielt at kende sine data. Resultaterne (data) præsenteres for personalet på temadage. De gode resultater er med til at skabe stolthed i afdelingen og definere kvalitetsmål for sygeplejen. De områder, hvor der var plads til forbedring, diskuteres, og løsninger aftales bl.a. ved at danne arbejdsgrupper, der går videre med bestemte emner.



Vores erfaring er, at nøglen til bevarelse af et konstant højt kvalitetsniveau i pleje og behandling er at kende sine data og handle på dem.

Data i denne artikel har bl.a. afstedkommet diskussioner om vigtigheden af den personlige kontakt, at patienterne føler sig hørt og set, og især måden den enkelte kliniker møder patienterne på. Interviewene viste tydeligt behovet for omsorg aftenen inden operationen.

Citaterne er med til at styrke plejepersonalets bevidsthed om, at der skal prioriteres tid til at tale med patienten. Udsagnene viste også, at det er tiden værd at prioritere én til én-kontakten ved den præoperative forberedelse af patienterne.

Data førte til opstramninger

Tilfredshedsundersøgelsens data om telefonopkald var en øjenåbner for personalet, som troede, at stort set alle patienter blev ringet op efter udskrivelsen. Her fandt vi, at 15 ud af 60 patienter ikke fik tilbudt en opringning fra en sygeplejerske, og at fem patienter ikke blev ringet op til trods for, at det var aftalt. Det har medført en opstramning og nye procedurer med henblik på at sikre, at alle patienter ringes op et par dage efter udskrivelsen, hvis de ønsker det.

De to audit viste en høj faglig kvalitet. Der er stort set ingen problemer med er-

næring, smerter og kvalme. Udtalelserne fra interviewet og det manglende indtag af proteindrikke har ført til diskussion om, hvorvidt proteindrikke er nødvendige, når patienterne indtager normal kost. Det er derfor besluttet at fokusere mindre på proteindrikke, da det belaster patienterne, og i stedet sørge for at dække proteinbehovet via kosten og andre proteinrige kilder, f.eks. is, ost og yoghurt.

Mobilisering er det vigtigste

Mobilisering af patienten er en af grundstenene i de accelererede operationsforløb og noget, som vores afdeling har haft fokus på i mange år, bl.a. ved at have nedskrevne delmål for sygeplejen i hver vagt. Afdelingssygeplejersken skal have øje for eventuelle behov for organisatoriske ændringer. Vi har bl.a. flyttet ressourcer fra dagvagten til aftenvagten med henblik på at intensivere mobilisering af patienterne også i aftenvagten.

Data fra audit er meget brugbare, når det skal evalueres, om målsætningen for mobilisering bliver opfyldt. Det er et område, vi løbende evaluerer, og vi sammenligner data fra tidligere audit. Her er det essentielt at kende årsagen til den manglende mobilisering, når plejen skal optimeres. Vi har derfor en rubrik i standardplejeplanen, hvor det skal dokumenteres, hvorfor patienten ikke har opfyldt målene for mobilisering.

Det har været en udbredt holdning, at de fleste patienter havde urinretention efter seponering af blærekateter på første postoperative dag, hvilket audit kunne afkræfte. På den måde fjernes også nogle fordomme i plejen, når vi får data på bordet.

Vi har i mange år arbejdet på at skabe en kultur i afdelingen, hvor patienterne forstår betydningen af, at de selv spiller en vigtig rolle for at opnå det bedst mulige forløb. I den forbindelse udarbejdede en gruppe sygeplejersker en roll-up med informationer til patienten om, hvordan man selv kan påvirke forløbet.

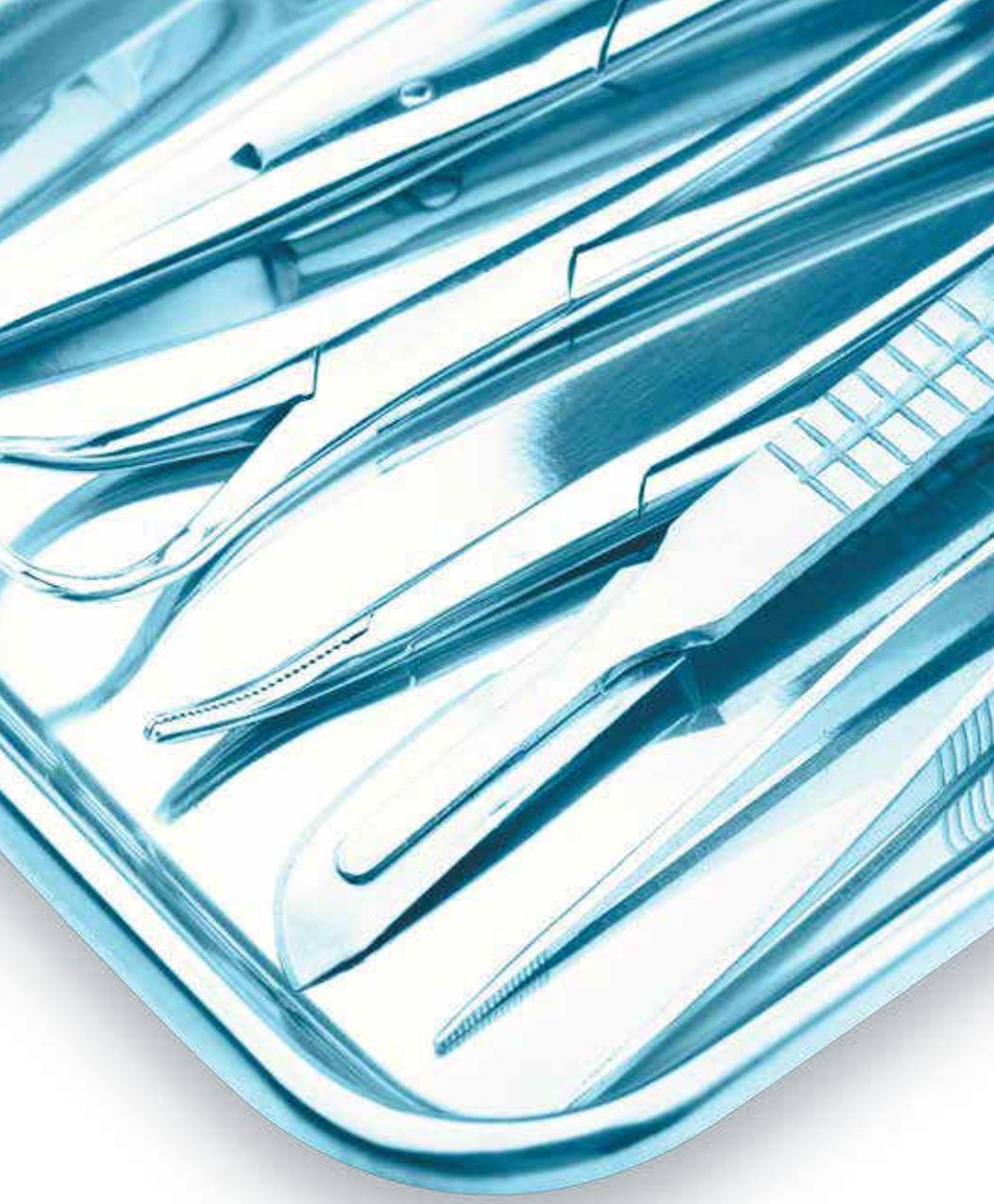
Denne roll-up er det første, patienter og pårørende møder, når de træder ind ad døren. Den summerer op, hvad der siges til den præoperative samtale, og har haft en gavnlig effekt:

”Så vil jeg også sige, at når man sidder udenfor på gangen og venter, så sidder man jo og studerer den planche, der er. Den siger en kolossal masse ... og den giver jo et fantastisk billede af hele forløbet. Der stod trin for trin, hvordan det skulle foregå. Indlagt, operationen og bagefter og til hjemsendelsen. Jeg kan huske, at jeg læste den flere gange, og jeg synes, at den gav en fantastisk god forklaring.”

Som afdelingssygeplejerske må man hele tiden prioritere og vurdere, hvordan ressourcer og tid udnyttes bedst muligt. Det har vist sig at være en god investering at sætte tid af til inddragelse af sygeplejerskerne i audit, interview og spørgeskemaundersøgelser, da det motiverer til kontinuerlig kvalitetsudvikling.

Vigtigt at kende og handle på data

Vores erfaring er, at nøglen til bevarelse af et konstant højt kvalitetsniveau i pleje og behandling er at kende sine data og handle på dem. Handlingerne



Debat!

Hvordan arbejder I med kvaliteten af den sygepleje, I udfører? Hvilke metoder benytter I?

Hvilken betydning har jeres sygepleje for patienten?

Hvilke data er væsentlige for jeres arbejde med kvalitet?

Hvordan handler I på jeres kvalitetsdata for at sikre optimering af pleje og behandling?

består dels i organisatoriske ændringer, undervisning, kompetenceudvikling og justering af mål for sygeplejen ud fra evidensen. Det kræver en kontinuerlig fokusering, og det handler i høj grad om faglig ledelse i samspil med et motiveret og dedikeret personale. Denne metode med brug af audit og patientinterview har vist sig at være effektiv til at fastholde og udvikle kvaliteten af vores sygepleje. ●

Referencer

1. Kehlet H, Wilmore D. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg*;2008;(248):189-98. 2. Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard, 2001. 3. Ljungqvist O. ERAS-Enhanced Recovery After Surgery: Moving Evidence-Based Perioperative Care to Practice. *J Parenter Enteral Nutr* 2014;(24);38:559-66. 4. Maessen J, Dejong CHC, Hausel J, Nygren J, Lassen K, Andersen J, Kessels AGH, Revhaug A, Kehlet H, Ljungqvist O, Fearon KCH, Meyenfeldt MF. A protocol is not enough to implement an enhanced recovery programme for colorectal resection. *Br J Surg* 2007;(94):224-31.

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.



LISBETH KAASGAARD MADSEN

Uddannet sygeplejerske i 1991 fra Randers Sygeplejeskole, projektsygeplejerske i akutteam onkologisk-geriatrisk projekt Aarhus Universitetshospital.



KIRSTEN MARIE BUUS

Uddannet sygeplejerske i 1984 fra Aalborg Sygeplejeskole, afdelings-sygeplejerske i geriatrisk team, Aarhus Universitetshospital, cand.scient.san.



CHARLOTTE THORDAL POULSEN

Uddannet sygeplejerske fra VIA University College, Aarhus i 2015, distrikts-sygeplejerske i geriatrisk team, Aarhus Universitetshospital.

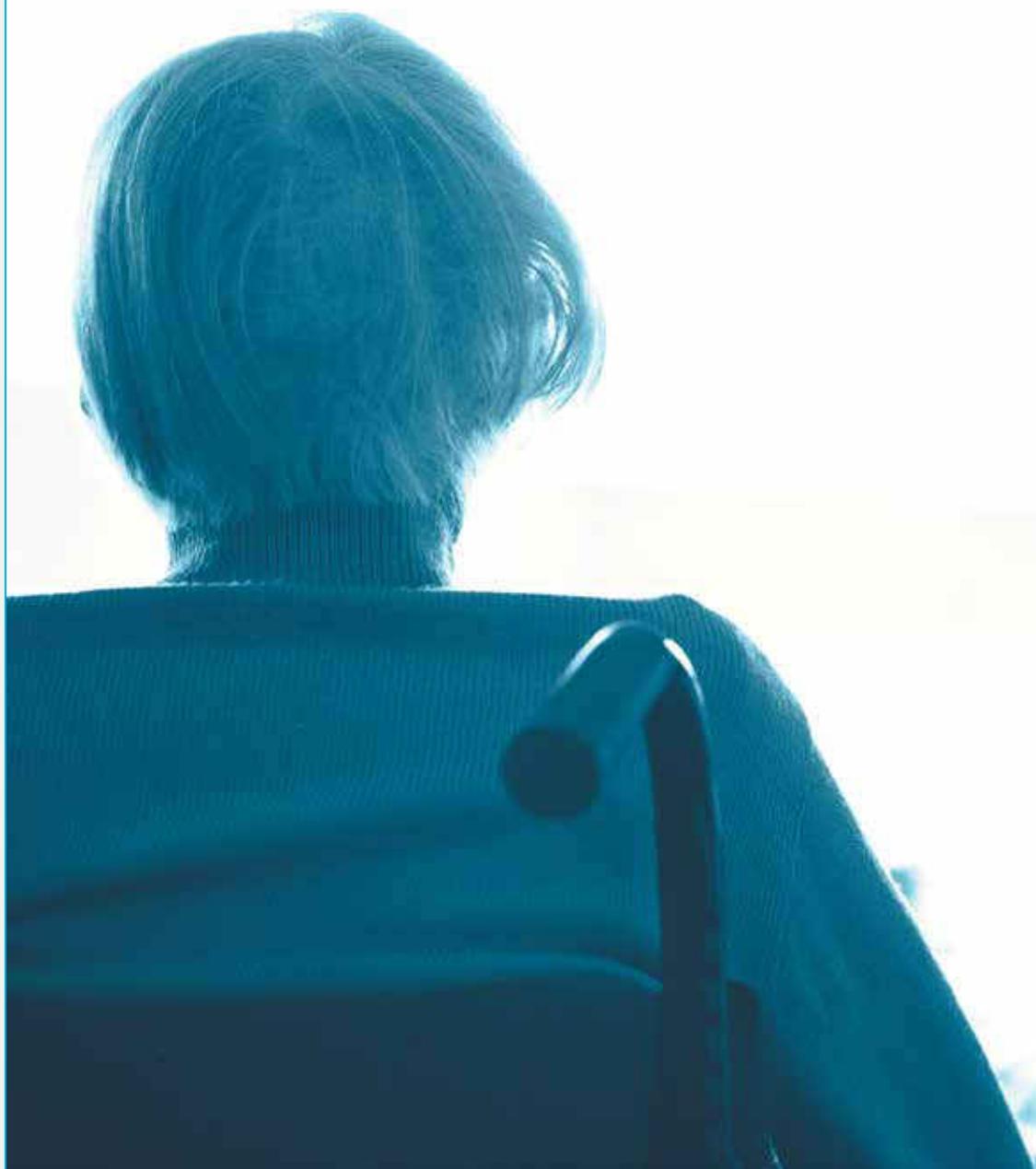


MERETE GREGERSEN

Uddannet sygeplejerske fra Vejle Sygeplejeskole i 1992, klinisk specialist ved forskningsenheden, geriatrisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, cand.scient.san., ph.d.; Mail: mereg@rm.dk

Fælles indsats halverer antal genindlæggelser

Et fælles geriatrisk og kommunalt team, der varetager akutte funktioner i hjemmet i Aarhus Kommune, har ført til en halvering af antallet af genindlæggelser.



Ⓛ Krav om effektiviseringer og besparelser presser både det regionale og det kommunale sundhedsvæsen. Presset på sengepladser på hospitalerne og kortere indlæggelsestider øger behovet for flere alternative samarbejdsmetoder på tværs af sektorerne for at behandle og pleje det voksende antal af ældre i Danmark. I pleje og behandling af de akut syge ældre er kommunikation og kompetenceløft hos de sundhedsprofessionelle grundlæggende parametre for at kunne forbedre sammenhæng i sundhedsvæsenet og til at forebygge indlæggelser og unødvendige genindlæggelser. Det gælder både på det kommunale og det regionale plan.

Mange samtidige sygdomme

Den geriatriske patient er kendetegnet ved mange samtidige sygdomme og et skrøbeligt helbred, der bevirker, at situa-

Tabel 1. Historisk udvikling af tværfaglig intervention på tværs af sektorgrænser.

Opstart år	Udvikling af det tværsektorielle samarbejde i Aarhus
1993	Udskrivelsessamtaler med hjemmeplejen: Møde med patient, hjemmesygeplejerske og hospital for at fremme kommunikationen og kontinuiteten mellem hospital og hjem
1995	Geriatrisk Team: Sygeplejerske, terapeut og læge besøger patienten i hjemmet til udredning, behandling og opfølgning efter henvisning fra egen læge
2001	Geriatrisk Følge-hjem-team: Sygeplejerske og fysioterapeut (og læge) planlægger udskrivelsen i samarbejde med hjemmeplejen og eventuelt familien. Patienten ledsages til hjemmet
2003	Apopleksi Team: Tværfagligt samarbejde med neurologisk afdeling og med geriatrisk opfølgning i hjemmet
2006	Ortogeriatrisk Team: Tværfagligt samarbejde med Ortopædkirurgisk afdeling. Tidlig opfølgning og hospital i hjemmet
2012	Tidlig geriatrisk opfølgning: Besøg i hjemmet indenfor 24 timer (på hverdage) efter udskrivelse samt hospital i hjemmet
2014	Shared Care: Fælles geriatrisk og kommunalt team, der varetager akutte funktioner i hjemmet



Desværre oplever hver femte patient, at vigtige informationer går tabt i samarbejdet mellem hospital, kommune og egen læge.

tionen ofte bliver kompleks. Netop hos denne patientgruppe er en tværfaglig, tværsektoriel og helhedsorienteret indsats af stor betydning for at sikre gode overgange mellem afdelinger internt på hospitalet og mellem hospital og hjem. Desværre oplever hver femte patient, at vigtige informationer går tabt i samarbejdet mellem hospital, kommune og egen læge, og ca. 20 pct. bliver genindlagt indenfor 30 dage efter udskrivelsen fra hospitalet (1,2).

Samarbejde gennem 22 år

Forskellige tiltag er iværksat flere steder i Danmark med fokus på sammenhæng og videndeling mellem primær og sekundær sektor. På Aarhus

RESUME

Et døgndækkende akutteam i Aarhus Kommune kan forhindre unødvendige indlæggelser, fordi sygeplejerskerne i det geriatriske team har særlige kompetencer, der indebærer, at de kan træde til i mere komplekse og akutte situationer. Teamet, der er et Shared Care-tilbud, er et samarbejde mellem Geriatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, og Aarhus Kommune.

Sygeplejerskerne fra kommunen og fra hospitalet har hver deres base, men mødes dagligt for at koordinere arbejdet og følge op på akutte opgaver. Tilbuddet for-

udsætter et tæt samarbejde med patienten og dennes praktiserende læge samt med primær sektor.

Den geriatriske patient bliver vurderet, diagnosticeret og behandlet i eget hjem med et helhedsorienteret fokus, og de pårørende bliver inddraget i det omfang, patienten ønsker det.

Geriatrisk afdeling har igennem de seneste 22 år samarbejdet med Aarhus Kommune om de akut syge geriatriske patienter, og samarbejdet er i de seneste tre år blevet intensiveret med flere akutte funktioner i hjemmet.

Universitetshospital har Geriatrik Afdeling igennem de seneste 22 år samarbejdet med Aarhus Kommune om de akut syge geriatrike patienter, se tabel 1 side 63. Dette samarbejde er i de seneste tre år blevet intensiveret med flere akutte funktioner i hjemmet, der i den internationale litteratur betegnes som "Hospital i Hjemmet" (3).

Tre mål med indsatsen

Tidlig geriatrik hospitalsopfølgning i hjemmet startede i 2012 på Aarhus Universitetshospital som et kvalitetsudviklingsprojekt i samarbejde med Region Midtjylland baseret på "Triple Aim"-tankgangen, hvor formålene er at forbedre

sundhedstilstanden, forbedre klinisk og brugeroplevet kvalitet og reducere de sundhedsøkonomiske omkostninger.

Den tværfaglige indsats starter på hospitalet og efterfølges af et besøg senest første hverdag efter udskrivelse. Det første besøg foretages af sygeplejerske og læge fra Geriatrik Team. Herefter er der individuel opfølgning efter behov. Resultaterne fra projektet viser, at indlæggelsesværdigheden i gennemsnit bliver reduceret til to dage, og der er 48 pct. færre genindlæggelser hos de patienter, der modtager en tidlig geriatrik opfølgning i hjemmet i forhold til patienterne i kontrolgruppen, som i stedet får et tilbud om opfølgende hjemmebesøg fra egen læge/hjemmesygeplejerske – oftest først en uge efter udskrivelsen.

En spørgeskemaundersøgelse viser, at patienterne er yderst tilfredse med den tidlige geriatrike opfølgning efter udskrivelsen. Desuden ser det ud til, at interventionen reducerer de sundhedsøkonomiske omkostninger (4).

Patientinddragelse er vigtig

På grund af tidlig geriatrik opfølgning i hjemmet efter udskrivelse varer hospitalsopholdet i gennemsnit kun to dage for den akut indlagte geriatrike patient. At en indlæggelse kan være så kortvarig, er afhængig af, at der efterfølgende er et godt tilbud, der kan følge op på de undersøgelser og den behandling, der blev iværksat på hospitalet. Her har patientinddragelse en afgørende betydning for, at den ældre oplever et tilfredsstillende patientforløb, se boks 1. Geriatrike patienter beskriver det som meget vigtigt ved akut sygdom at føle sig tryk ved at være hjemme og at opleve en god kommunikation og et velfungerende samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle på hospitalet og i primær sektor (5).

Forhindrer unødvendige indlæggelser

Et døgndækkende akutteam – et Shared Care-tilbud – er et nyere tiltag i Aarhus, der har til formål at skabe et bedre tilbud til syge ældre borgere i deres eget hjem (6). Shared Care er et samarbejde mellem Geriatrik Afdeling og Aarhus Kommune. Ud over opfølgning i hjemmet efter udskrivelse har sygeplejerskerne i Geriatrik Team en akutfunktion i samarbejde med Aarhus Kommune. Det er en funktion, som kræver særlige kompetencer, hvilket indebærer, at de kan træde til i mere komplekse og akutte situationer og forhindre unødvendige indlæggelser. Geriatrik afdeling har ansvaret for behandlingen, når egen læge har henvist patienten.

Sygeplejerskerne fra kommunen og fra hospitalet har hver deres base, men mødes dagligt til koordinering af arbejdet for at løse og følge op på akutte opgaver. Den geriatrike patient bliver vurderet, diagnosticeret og behandlet i eget hjem med et helhedsorienteret fokus. Tilbuddet forudsætter et tæt samarbejde med patienten og dennes praktiserende læge og primær sektor. De pårørende bliver inddraget i det omfang, patienten ønsker det. Den geriatrike sygeplejerske udfører en omfattende geriatrik vurdering af patienten efterfulgt af skræddersyede pleje- og behandlingsopgaver. Funktioner som blodprøvetagning, anlæggelse af centralt venekateter, intravenøs medicinering, blodtransfusioner og subkutan væsketerapi foregår i hjemmet. Sygeplejerskernes kompetencer opnås ved interprofessionel læring, deltagelse i kurser og sidemandsoplysning i Geriatrik afdeling og i Akutmodtagelsen på hospitalet.

Følgende eksempler fra praksis beskriver to Shared Care-patientforløb fortalt af to sygeplejersker fra Geriatrik Team:

Boks 1. Forskningsprojekter

Forskningsprojekter i Geriatrik afdeling relateret til tværfagligt og tværsektorielt samarbejde:

- Projekt om tidlig udskrivelse af plejehjemsbeboere efter operation for hoftebrud, hvor geriatrik team tilbyder en tværfaglig og skræddersyet intervention i hjemmet: Gregersen M, Zintchouk D, Borris LC, Damsgaard EM. A geriatric multidisciplinary and tailor-made hospital-at-home method in nursing home residents with hip fracture. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation* 2011;2(4):148-154.
- Projekt om geriatrik vurdering og intervention i forbindelse med indlæggelse – herunder tidlig udskrivelsesplanlægning og følge-hjem-funktion hos ældre medicinske patienter: Gregersen M, Pedersen ABL, Damsgaard EM. Comprehensive geriatric assessment increases 30-day survival in the aged acute medical inpatients. *Danish Medical Journal*. 2012;59(6):A4442.
- Projekt om ernæringsopfølgning ved en diætist i hjemmet efter udskrivelse hos aleneboende ældre: Pedersen JL, Pedersen PU, Damsgaard EM. Early nutritional follow-up after discharge prevent readmission to hospital – a randomized clinical trial. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2016 (in press).
- Projekt om tidlig geriatrik opfølgning i hjemmet efter udskrivelse hos ældre medicinske patienter: Pedersen LH, Gregersen M, Barat I, Damsgaard EM. Early geriatric follow-up after discharge reduces readmission – A quasi-randomised controlled trial. *European Geriatric Medicine*. 2016 (in press).



Et døgndækkende akutteam – et Shared Care tilbud – er et nyere tiltag i Aarhus, der har til formål at skabe et bedre tilbud til syge ældre borgere i deres eget hjem.

Eksempel 1: Vedvarende febril patient

”Egen læge ringer til Geriatrik team, da patienten, en plejehjemsbeboer, er vedvarende febril og sengeliggende og ikke har haft effekt af sin antibiotikakur. Kommunens akutteam havde tre dage forinden startet intravenøs behandling, taget blodprøver og givet subkutan væske i plejeboligen på foranledning af den geriatrike læge. Vi (geriatrik læge og sygeplejerske) tager ud til patienten. De pårørende er hos patienten. Vi ændrer den antibiotiske behandling og informerer patienten, de pårørende og hjemmesygeplejersken om, hvad vi har gjort. Datteren var så glad for, at hendes mor ikke skulle indlægges og kunne blive behandlet i eget hjem. Efterfølgende har jeg haft telefonisk kontakt med sygeplejersken i plejeboligen for at sikre, at alt går, som det skal. Patienten er nu i sin habituelle tilstand.”

Eksempel 2: Psykisk støtte og hjælp til personlig pleje

”Et af de længere forløb var med en ældre dame, som boede i eget hus med sin ægtefælle. Hun var beskrevet som tidligere vel fungerende. Hun og ægtefællen fik ingen hjælp fra kommunen. Hun administrerede selv sin medicin og stod for rengøring og madlavning. Vi møder hende, da hun bliver indlagt akut og er tiltagende forvirret. Man mistænker, at hun har en urinvejsinfektion, der har udløst forvirringstilstanden. Hun udskrives efter et døgn indlægelse til eget hjem til videre opfølgning ved Geriatrik Team. Ved udskrivelsen aftales det, at hun de første to aftener og

nætter får fast vagt i hjemmet. Da tilbuddet med fast vagt er ophørt, er der stadig problemer i hjemmet. Ægteparret får ikke sovet om natten, de får ikke rigtig noget at spise og drikke, og patienten er stadig forvirret. Der aflægges et akut besøg ved læge og sygeplejerske fra Geriatrik Team. På grund af hyppige natlige vandladninger bliver der anlagt et kateter a demeure i håb om, at det kan give ro til nattesøvnen. Ægteparret bliver igen tilbudt en fast vagt, men afslår. De orienteres om, at de kan tage kontakt til os, hvis der bliver behov for det.

Patienten er fortsat meget urolig, og ægtefællen tager kontakt til vagtlægen i stedet for til Geriatrik Team. Vagtlægen vælger at genindlægge patienten. Hun udskrives igen dagen efter. Undervejs i forløbet og frem til nu viser det sig, at patienten over en længere periode er blevet tiltagende hukommelsessvækket, og at hun sandsynligvis har haft et overforbrug af medicin i benzodiazepin-kategorien. Jeg aftaler med patienten og ægtefællen, at der samtidig med udskrivelsen arrangeres et opfølgende besøg i hjemmet, hvor en hjemmesygeplejerske også deltager. I tæt dialog med patienten og ægtefællen får jeg og hjemmesygeplejersken afdækket de aktuelle psykiske, fysiske og sociale problemstillinger. Psykisk støtte og hjælp til personlig pleje, sufficient ernæring, rengøring, tøjvask og medicindosering iværksættes med øjeblikkelig virkning. Patienten er tilfreds med sit kateter, da det giver både hende og ægtefællen en sammenhængende nattesøvn. Patienten og ægtefæl-



len oplever herefter ro i hverdagen. De trives med støtte fra hjemmeplejen, og de genoptager langsomt deres vanlige rutiner som f.eks. deres små gåture. Geriatrik Team havde patienten i forløb endnu et par uger for at give mulighed for, at patienten, pårørende og hjemmeplejen kunne kontakte os, hvis der skulle opstå problemer.”

Geriatrik Team oplever generelt, at det lykkes bedst med det tværsektorielle samarbejde, når teamet mødes med repræsentanter fra primær sektor i hjemmet til samtaler med patienten og eventuelt dennes pårørende: ”Vi ser og hører patienten samtidig og kan byde ind med hver vores ekspertise,” fortæller en sygeplejerske fra Geriatrik Team. Sygeplejerskerne i Geriatrik Team fungerer som forløbskoordinatorer og som patientens livline til hospitalet.

Udvikling tager tid

Et velfungerende samarbejde på tværs af sektorgrænser kommer ikke fra den ene dag til den anden. Det kræver flere års udvikling. Sygeplejerskerne fra Geriatrik Team oplever, at forudsætningen for et optimalt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde bygger på høj grad af kendskab til hinandens arbejdsgange, strukturerne i hinandens organisationer og ikke mindst respekt for hinanden. Det fremmer sammenhængen i patientforløbene og er grundlaget for, at der kan gives et kvalificeret og skræddersyet tilbud til den enkelte geriatrike patient. ●



Et velfungerende samarbejde på tværs af sektorgrænser kommer ikke fra den ene dag til den anden. Det kræver flere års udvikling.



Hvordan undgår I, at patienten har uafklarede problemstillinger ved overgangen fra hospital til eget hjem?

Hvilke måder involverer I patientens familie på, når hun bliver udskrevet?

Hvordan har I over tid arbejdet med at gøre overgange fra hospital til hjem venlige og fagligt forsvarlige for patienten?

Referencer

1. Hagerup A, Sommer C. Patienter tabes mellem sektorerne. *Sygeplejersken* 2015;(7):22-7. 2. Sundhedsstyrelsen. Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008. København: 2009.13(2):43. 3. Shepperd D, Doll H, Broad J et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;1:CD000356. 4. Pedersen LH, Gregersen M, Barat I, Damsgaard EM. Early geriatric follow-up after discharge reduces readmission – A quasi-randomised controlled trial. *Eur Geriatr Med.* 2016; in press. 5. Gregersen M, Damsgaard EM. Development of patient satisfaction questionnaire evaluating “early discharge – hospital at home” in elderly. *Eur Geriatr Med.* 2015;6:S35-S36. 6. Region Midtjylland, praksisinformation. Døgndækkende akutteam i Aarhus.

Det giver tryghed at indordne sig

Nyuddannede sygeplejerskers socialisering ind i praksisfællesskabet gør dem tilbageholdende med at dele viden, stille kritiske spørgsmål og reflektivt involvere patienterne, viser et ph.d.-studie.



SIRI LYGUM VOLDBJERG, cand.cur., lektor, ph.d.-studerende

Nyuddannedes overgang fra uddannelse til klinisk praksis er kendetegnet ved et sammenstød mellem to kulturer, som taler hvert deres sprog. Kultursammenstødet har indflydelse på, hvilke videnskilder der reflektivt inddrages i kliniske beslutninger.

Det konkluderer jeg i mit ph.d.-studie, hvor formålet var at undersøge nyuddannede sygeplejerskers brug af videnskilder i klinisk beslutningstagen.

Efter i en årrække at have undervist sygeplejestuderende i at blive reflekterende og videnssøgende sygeplejersker, som med udgangspunkt i et holistisk menneskesyn tager beslutninger baseret på klinisk ekspertise, patientens præferencer, bedst mulig viden fra forskning og kontekstuelle faktorer, blev jeg nysgerrig på, om de som færdiguddannede sygeplejersker gør brug af deres viden, færdigheder og kompetencer i klinisk praksis.

De nyuddannede føler, at det er svært at honorere de forventninger, man har til dem i klinisk praksis. Deres forestilling om, hvad god sygepleje er, stemmer ikke overens med de rammer og krav, de møder i klinisk praksis. Uoverensstemmelserne giver dem en følelse af usikkerhed og utilstrækkelighed, som får dem til at søge tryghed ved at indordne sig efter praksisfællesskabets kultur. De tilpasser sig for at "blive en del af familien" ved at "gøre, som de andre gør".

At stille spørgsmål til praksis opfattes ikke som en central del af sygeplejen, snarere som et tegn på usikkerhed og mangel på kompetence. Det resulterer i, at der er nogle aspekter af sygeplejepsikis, der sjældent bliver sat spørgsmålstegn ved og dermed sjældent reflekteret kritisk over. Det viser sig bl.a. ved en manglende italesættelse af patienten som videnskilde, hvilket resulterer i en begrænset kritisk refleksiv inddragelse af patienten i kliniske beslutninger.

Kulturforskelle mellem uddannelse og klinisk praksis har indflydelse på nyuddannedes reflekterende tilgang til praksis og dermed inddragelse af bedst mulig viden i kliniske beslutninger.

Der er ikke slået bro over kløften mellem uddannelse og klinisk praksis. Der er et "os" og et "dem" kendetegnet ved forskelligheder i italesættelse af, hvad sygepleje er. Så længe, der er et os og dem med hver sin kultur og hver sit sygeplejefaglige sprog, vil nyuddannede have svært ved at bidrage til en reflekterende, videnssøgende sygeplejefaglig kultur, hvor patienten er udgangspunktet for sygeplejefaglige beslutninger.



At stille spørgsmål til praksis opfattes ikke som en central del af sygeplejen, snarere som et tegn på usikkerhed og mangel på kompetence.

Det er derfor vigtigt, at klinisk praksis og sygeplejerskeuddannelser i samråd stiller sig spørgsmålet: Hvordan bliver os og dem til et "vi" i den netop reviderede sygeplejerskeuddannelse? ●



TAG EN PAUSE FRA DIN DANSKE SKAT...

I Danmark beskattes inntekt som du vet med ca 50 %. Det du kanskje ikke visste, er at den norske skatten er kun 27 % (og skal ned til 25 %).

Er du spesialsykepleier, vil du få utbetalt mellom kr 3000 og 4000 mer per uke om du jobber i Norge og er ansatt hos oss i Dedicare. Det kan altså være riktig så lønnsomt å ta en pause fra dansk skatt til fordel for norsk. Og det hjelper ikke om du jobber i Norge for et dansk selskap. Da tar du bare din danske skatt med til Norge...

Som ansatt i Dedicare omfattes du av den norske folketrygden og vil ha rett til sykepenger etc. Dedicare betaler din reise. Og du får overtidbetalt om du jobber mer enn 35,5 timer pr uke.

JOBB HVOR – OG HVOR LENGE DU VIL

Som spesialsykepleier er du ettertraktet i Norge, og Dedicare kan bedre enn noen skaffe deg jobb der du har mest lyst til å være. Og vil du flytte litt rundt og se mer av Norge, samtidig som du tjener godt med din lave skatt, ordner vi det også!

Her ser du eksempel på timelønn (etter skatt)*

	Ansatt i DEDICARE	Ansatt i dansk selskap
Timelønn, utbetalt	220 kr	160 kr
Kveld/natt, utbetalt	303 kr	200 kr
Kveld/natt, helg	350 kr	295 kr
Overtid	440 kr	325 kr

*beregnet med 27 % skatt i Norge, 49 % skatt i Danmark.
Det er tatt hensyn til valutaforskjell på 25 %.

Vi ser fram til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse
+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse