

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Sygeplejersken kan trænge ind til misbrugereren

DE RETTE TIL
AT TAGE DEN SVÆRE
ALKOHOLSAMTALE

SIDE 20

ALKOHOLAFHÆNGIGE
ER OVERALT

SIDE 24

EN ALKOHOLMYTE:
"RYGRAD SOM EN
REGNORM"

SIDE 32

ALKOHOLSKADER
KOSTER DYRT

SIDE 34

NY PRAKSIS

Ammevejledning.

Ny vejledning giver nybagte forældre fire råd om amning.

SIDE 8

PEER REVIEWED

Colonkirurgi.

Patienter kan kraftigt forøge energi- og proteinbalancen på opvågningsafsnittet.

SIDE 42

FAGLIGT AJOUR

Tilbage til det basale.

Fundamentals of Care er en ny teoretisk forståelsesramme for sygepleje.

SIDE 52

PÅ SPIDSEN

Tættest på patienten?

Giver nye ord og begreber i uddannelsen overhovedet mening?

SIDE 75

Redaktionspanel

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

ANNE KJÆRGAARD DANIELSEN

Ph.d., sygeplejerske, cand.pæd.pæd., MKS (master i klinisk sygepleje). Medlem af DASYS' forskningsråd. Ansat dels som forskningssygeplejerske 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.



ALLAN FLYVBJERG

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



ERIK ELGAARD SØRENSEN

Professor 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.



KIRSTEN LOMBORG

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



MARI HOLEN

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



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

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

Fagredaktør
JETTE BAGH
jbb@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

Webredaktør
CHARLOTTE TROLLE
ctr@dsr.dk
Telefon: 4695 4111

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

Journalist
SUSANNE BLOCH KJELDSEN
sbk@dsr.dk
Telefon: 4695 4178

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

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

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

Journalist
EMMA TRAM
emt@dsr.dk
Telefon: 4695 4106

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

Tryk
ColorPrint

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

Manuskriptvejledning, 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 2445-9461



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

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

.....
Illustration, foto og grafik side 23, 36, 42, 52, 57, 58, 60, 63, 64, 66, 68 og 70: iStock / Foto side 20 og 22: Michael Berg / Grafik og illustration side 9, 13, 17, 27, 28, 31 og 35: Mathias N Justesen

OVERBLIK

Ny
Praksis

Fire råd om amning rækker

AMNING. Fire enkle råd om amning hjælper forældre til en bedre start på amningen og fører til færre genindlæggelser. Sygeplejerske og ammeforsker Ingrid Nilsson har som led i sin ph.d.-afhandling fundet det bevist, at fire enkle råd til de nybagte forældre har en væsentlig bedre effekt for barn og forældre end tidligere tiders lange tjekliste: Fokus på de fire enkle råd om amning passer godt til den nye virkelighed, hvor nybagte forældre sendes hurtigere og hurtigere hjem fra fødeafdelingerne.

LÆS SIDE

8

Overlevering sker forsvareligt

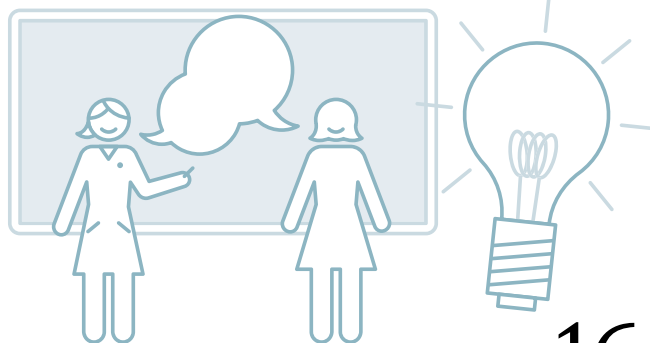
PATIENTSIKKERHED. Teksten på et kort, som passer i lommen, sikrer en forsvarlig overlevering ved vagtskifte af den patient, som skal opereres eller netop er blevet det. Lommekortet indeholder punkter, som strukturerer de nødvendige informationer ved overleveringen og sikrer, at ingen nødvendig information om patienten går tabt, forklarer sygeplejerske, ph.d. Susanne Friis Søndergaard, Regionshospitalet i Viborg.

LÆS SIDE

12

Håb og ligeværd i psykiatrisk behandling

PSYKIATRI. Medarbejdere, patienter og pårørende mødes på tværs og hører hinandens erfaringer. Det giver en oplevelse af hinanden i nye og mere ligeværdige roller og skaber nye perspektiver på og forståelser af psykisk sygdom og recovery. Håbet om, at det altid er muligt at komme videre i livet med eller uden symptomer på en psykisk sygdom, er bærende for recovery-tankegangen inden for psykiatrisk behandling.



LÆS SIDE

16



Fotograf Michael Bergs tanke bag motivet er, at den alkoholafhængige patient i sin drift efter at udløse belønningsstoffet dopamin i hjernen, igen og igen bliver konfronteret med alkoholuhøret, og dermed bliver lokket mod afgrunden.

Den svære samtale om alkoholproblemer

Trods årtier med oplysning og anbefalinger er antallet af danskere med et problematisk forbrug af alkohol højt. F.eks. kan op mod hver fjerde indlæggelse relateres til alkohol, der er så kulturelt accepteret, at samfundet selv er med til at skabe problemerne.

Sygeplejersker kan og bør spille en nøglerolle i at få taget hul på de komplekse alkoholproblemer, mener sundhedsforsker. Som faggruppe har sygeplejersker stor goodwill i befolkningen, og folk stoler på, at de vil dem det bedste. Den tillid er vigtig i den svære snak om alkoholforbrug. For samtalen er svær, også for sygeplejerskerne. Barriererne kan være en misforstået respekt for patientens privatliv, manglende redskaber til at påbegynde den vanskelige samtale, manglende kendskab til behandlingsmuligheder eller sygeplejerskens eget forhold til alkohol.

Et overforbrug af alkohol har store konsekvenser for patienten selv, men også de pårørende, hvor især børn er i

særlig risiko. Og også økonomisk belaster alkoholproblemer samfundet hårdt, alene i 2016 kostede borgere med et overforbrug af alkohol de danske kommuner 3,5 mia. kr.

Årsagerne til, at et menneske bliver afhængigt af alkohol, er talrige. Genetiske og miljømæssige faktorer er i spil. Tidlig debut er en risikofaktor ligesom accept af et stort forbrug af alkohol i ens nærmeste omgivelser kan føre til accept og vanedannelse. Fælles for de fleste alkoholforbrugere er, at manglende viljestyrke til at holde op ikke er en årsag til fortsat drikkeri.

Hjælpen til at komme væk fra et overforbrug af alkohol findes i hver eneste kommune, og det er vigtigt, at sygeplejersker har grundig viden om, hvortil de kan henvise patienter, der ønsker hjælp til at komme ud af problemerne.

LÆS SIDE

20

FALDFOREBYGGELSE.

Ekspertter diskuterer, om systematisk faldforebyggelse på hospitalsniveau er nødvendigt, eller om screening foregår for systemets skyld.

PATIENTOPLEVELSER.

Med en stabiliserende rygoperation håber patienten at opnå et bedre liv, men kan ved samme lejlighed få en følelse af eksistentiel utryghed.

ALKOHOLFORBRUG.

Sundhedspersonale har en vigtig rolle i forhold til at hjælpe patienter ud af et for stort alkoholforbrug, men der er flere barrierer, som hindrer, at det sker.

TRANSITION.

Støtteprogrammer for erfarne sygeplejersker, som forlader sekundær sektor til fordel for primær sektor, kan sikre deres forbliven samt højne kvaliteten i sundhedssektoren.

LÆS SIDE 37

Tidlig ernæring på opvågningsafsnittet er et skridt i den rigtige retning

På et opvågningsafsnit får patienter sædvanligvis vand eller saftvand, men ikke ernæringstilskud. Kan det være anderledes? Artiklen beskriver et studie, hvor effekten af tidlige orale ernæringstilskud på opvågningsafsnittet efter colonkirurgi blev evalueret.

Studiet var et prospektivt, randomiseret kontrolleret interventionsstudie. Patienter indlagt til elektiv colonkirurgi blev randomiseret enten til en gruppe, der modtog tidlige orale ernæringstilskud (n = 24) eller til en gruppe, der modtog traditionel behandling med vand eller saftvand (n = 22).

Resultaterne af studiet viste bl.a., at ernæring til patienter, der gennemgår colonkirurgi, kan forbedres ved at implementere tidligere orale ernæringstilskud på opvågningsafsnittet, men også at mange patienter har en lav energi- og proteinbalance selv dag 2 efter operationen. De er dermed delvist underernærede.

Tidlig ernæring på opvågningsafsnittet er et skridt i den rigtige retning, men sygeplejersker skal indføre yderligere interventioner, f.eks. ved at afkorte præoperativ faste, strukturere præoperativ undervisning til patienterne om ernæring og ved at inddrage pårørende mere.

42

LÆS SIDE

Fagligt
Ajour

PÅ SPIDSEN

De er ikke snu, egoistiske og ondskabsfulde

Beboere med svigtende frontale færdigheder mangler empati, sociale færdigheder og dømmekraft, og de bliver ofte opfattet som grove og ondskabsfulde fremfor det, de er, demente. Kendskab til deres livshistorie kan tegne et andet billede og dermed hjælpe til et nyt syn på personerne og en ændret tilgang til plejen af det menneske, som tidligere har levet et almindeligt liv med arbejde og sociale relationer. De mentale funktionstab kan føre til grænseoverskridende adfærd, men også til, at hjælpen kan opfattes som uetisk, fordi den ikke levner plads til diskussioner, inddragelse og længere samtaler.

LÆS SIDE 70

Plejen kan justeres, hvis noget halter

Plejen bygger på traditioner og er afhængig af den enkelte sygeplejerskes erfaring og kompetence. Det lyder måske bekendt, men på en afdeling for levertransplanterede patienter valgte man efter en audit at ændre arbejdsrutiner og udarbejdede fem standardiserede plejeplaner. Brugen af dem har givet positive resultater for både patienter og sygeplejersker, og især nyansatte har gavn af den struktur, plejeplanerne giver.

LÆS SIDE 58

Diabetesrelateret følelsesmæssig stress kan måles

Diabetes kan være en vanskelig sygdom at leve med, og det kan få personen med diabetes til at blive frustreret og overvældet af de krav, sygdommen stiller til måling af blodsukker, medicinering, kontrol, motion, fodpleje og kost – tilsat en personlig frygt for senfølger. Denne tilstand kan påvirke personens familie og kontakten til behandlere. Den kaldes diabetes distress, hvilket betyder diabetesrelateret følelsesmæssig stress, som er noget andet end generel følelsesmæssig stress.

LÆS SIDE 64



Klinisk lederskab skal den studerende kunne varetage **fra første færd** med progression gennem uddannelsen.

LÆS SIDE 75

Sygepleje back to basics

God sygepleje findes på hele kloden, men det gør mindre god sygepleje også.

For at øge kvaliteten i sygeplejen arbejder man i Region Nordjylland på tværs af universitet, hospital, kommune og sygeplejerskeuddannelse med at udvikle en ny begrebsramme for sygeplejen, Fundamentals of Care (FoC). Rammen bliver udviklet, raffineret og underbygget med den nyeste forskning, og målet er at modernisere og styrke videnskabeligt dokumen-

teret sygepleje. Arbejdet er internationalt, og det bliver ledet af professor Alison Kitson, University of Adelaide, Australien.

Samarbejdet mellem forskerne har affødt stor interesse, pga. de genkendelige situationsorienterede og individualiserede elementer i Fundamentals of Care.

LÆS SIDE 52

MISBRUGSPORTALEN

YDER DAGLIGT GRATIS
ANONYM RÅDGIVNING TIL
AFHÆNGIGE, PÅRØRENDE
OG FAGPERSONALE FRA
HELE LANDET.

TLF. 70 90 90 80

FØLG OS PÅ FACEBOOK

MP MISBRUGS
PORTALEN.DK

Er du interesseret i sukker, ernæring og sundhed?

Vi holder dig informeret via tidsskriftet Perspektiv
og vores e-nyhedsbrev. HELT GRATIS.

Perspektiv udkommer 2 gange om året og informerer bredt om
ernæring og sukkerets sundhedsmæssige betydning.
Artiklerne er skrevet af anerkendte forskere og fagfolk.

E-nyhedsbrevet er baseret
på forskningsnyheder og
udkommer 3 gange om året.

Tilmeld dig på
www.perspektiv.nu

 **Nordic Sugar**
Member of Nordzucker Group

Nordic Sugar A/S, Langebrogade 1, 1014 København K



Fire råd fører til færre genindlæggelser



De tidlige udskrivelser er kommet for at blive. Derfor må lange detaljerede ammevejledninger i stedet erstattes med fire centrale og nødvendige ammeråd, fortæller sygeplejerske og ammeforsker Ingrid Nilsson, som står bag en ny ph.d. om amning.

Sygeplejersker og jordemødre kan **hjælpe forældre til en bedre ammestart**, hvis de rådgiver forældre ud fra en ny ammevejledning.

Tekst **LAURA ELISABETH LIND**
Foto **HENRIK FRYDKJÆR**

Den er enkel. Der er kun fire vejledende råd. Men selvom den nye ammevejledning er skåret helt ind til benet og kun indeholder de mest nødvendige råd, så kvitterer den alligevel med gode resultater. Blandt de kvinder, som følger vejledningen, bliver langt færre genindlagt med gulsot, dehydrering eller vægttab sammenlignet med kvinder, som gør som normalt og følger fødestedernes mere detaljerede vejledninger. Og markant flere kvinder, som har fulgt de fire råd, ammer stadig efter et halvt år.

Det viser en ny ph.d., som sygeplejerske og ammeforsker Ingrid Nilsson står bag. Vejledningen er en del af ph.d.en og er lavet, fordi de fleste – 60 pct. af alle nybagte forældre – i dag forlader barselsgangen allerede indenfor de første to døgn efter fødslen. Det kan derfor være svært for nye forældre at forholde sig til lange vejledende snakke om amning. Vejledningen skal være kort, men relevant:

“De tidlige udskrivelser er kommet for at blive. Det er kun gået den vej siden 1950’erne. Så mit mål har hele tiden

været at undersøge, hvordan man kan tilpasse en vejledning til de rammer, der faktisk er,” forklarer Ingrid Nilsson.

Frustrerede over tidligere ammevejledning

Hun har i mange år undervist jordemødre, sygeplejersker og sundhedsplejersker i amning og har herigennem fået et indblik i vejledningen på fødestederne:

“Jeg kunne se, at de tit tager udgangspunkt i en lang tjekliste, selvom forældrene går hjem få timer efter fødslen. Det er frustrerende. Både for personalet og for de nybagte forældre. Personalet føler sig presset på tid, og forældrene kan ikke forholde sig til al den information lige efter, at de har født. Derfor besluttede jeg mig for at lave en enkel vejledning, så forældrene kun får de allervigtigste råd, for at de kan få etableret en god amning. De behøver ikke forholde sig til alle mulige oplysninger, som de måske aldrig kommer ud for, f.eks. forebyggelse af brystbetændelse. Der kommer jo en sundhedsplejerske og fortæller om det senere i deres eget hjem.”

Ingrid Nilsson har læst al relevant litteratur på området. Hun kom frem til, at fire råd går igen og igen, hvis amning skal blive en succes:

- Hud mod hud, så meget som muligt og primært hos moderen.
- Hyppig amning, når barnet gerne vil, og mindst otte gange i døgnet.
- Tilbagelænet amning eller anden god stilling, hvor mor og barn har tæt fysisk kontakt.
- Amning er en fælles forældreopgave.

De fire råd understøtter tilsammen de fysiologiske mekanismer, der gør, at moderen får godt gang i mælken indenfor de første tre døgn, og at barnet på samme tid omstiller sig til at få mad med intervaller.

“Det er fire råd, som alle har afgørende betydning for amningen. F.eks. er tilbagelænet amning vigtigt, for så er mor og barn fuldkommen tæt på hinanden. Ellers risikerer man, at barnet trækker i brystet. Det gør ondt, og det kan derfor ende med, at barnet ikke får nok at spise. Forskningsmæssigt har man også fundet ud af, at barnet bruger flere af sine neonatale reflekser, når det ligger sådan og spiser, så derfor kan det bedre komme til at holde sig i gang med at spise.”

Tro på egen formåen

Men de gode resultater hænger også sammen med, at de fem sygehuse, som under forskningen har fulgt den nye vejledning, også har fulgt en ny sundhedspædagogisk tilgang.

“Personalet vejleder ud fra en teori om “self-efficacy”, som handler om at give forældre en tro på, at de godt kan klare det – også hvis de støder på problemer undervejs. Ud fra den tilgang skal forældrene hjælpes til at få nogle gode erfaringer med at amme. Ved at få viden i den konkrete situation, de er i, og vejlede, så viden kobles til situationen og den viden, de i forvejen har om amning, kan det øge forældrenes handlekompetence. På den måde bliver ammevejledningen også mere individuel.”

Ingrid Nilsson håber på, at den nye vejledning bliver standardvejledningen i Danmark. De fem sygehuse er da også fortsat med at rådgive ud fra de fire råd, og mange andre fødesteder har allerede vist interesse for vejledningen, som nu også bliver en del af en revideret amme håndbog til sundhedspersonale, som Sundhedsstyrelsen snart udgiver. Men selvom hendes forskning netop er afsluttet, er Ingrid Nilsson ikke færdig med at forske i amning:

“Jeg påtænker at udvide projektet for at undersøge, om den nye vejledning kan have en særlig effekt på udsatte grupper såsom unge mødre, enlige mødre og mødre med kort uddannelse.” ●

Referencer:

1. Nilsson I et al. Early discharge following birth – what characterises mother and infant? *Sexual & Reproductive Healthcare* 2017;11:60-8. 2. Nilsson I et al. Focused breastfeeding counselling improves short and long-term success in an early discharge setting – a cluster randomised study. *Maternal & Child Nutrition* (in press). 3. Victora CG et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* 2016;387(10017):475-90. 4. Kähler CF. *Det kompetente selv. En introduktion til Albert Banduras teori om selvkompetence og kontrol.* Frydenlund. 2014.

Metode

Siden foråret 2013 har fem sygehuse gjort som normalt, og fem sygehuse har fulgt den nye vejledning. Sygehuse er: Kolding, Horsens, Viborg, Nykøbing Falster, Randers, Hjørring, Thisted, Aalborg og Sygehus Sønderjylland (der dengang var to sygehuse).

Personalet er blevet undervist i de fire råd, i evidensen bag rådene og har trænet deres kommunikation, så den styrker forældrenes tro på egen formåen – deres self-efficacy.

I alt 4.036 mødre modtog et spørgeskema, og 3.600 svarede. Bl.a. blev det undersøgt, hvor mange der ammede seks måneder efter fødslen, og hvor mange der blev genindlagt indenfor den første uge efter fødslen.

Forskningsprojektet er finansieret af Trygfonden og Dansk Sygeplejeråd.

Resultater

Der var 36 pct. flere mødre fra fødestederne med den nye vejledning, som ammede efter seks måneder, sammenlignet med fødestuerne med den vante vejledning.

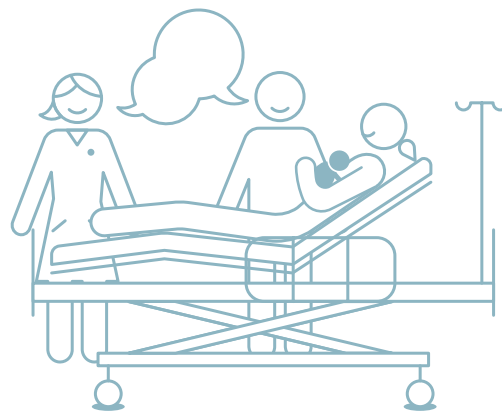
50 pct. færre babyer fra fødestederne med den nye vejledning blev genindlagt på grund af væggtab, gulsot og dehydrering.

Blandt kvinder, som kun var indlagt under to døgn efter fødslen, var der 65 pct. færre genindlæggelser.

Betydning for klinisk praksis

Færre genindlæggelser og bedre ammeforløb.

Tilbagelænet amning



En sygeplejerske spørger ind til forældrenes tanker om amning og observerer amningen. Med udgangspunkt i forældrenes ønsker og behov vejleder sygeplejersken dem ud fra de fire nye ammeråd.



Amning skal være så enkelt som muligt

Sygeplejersker og jordemødre på Kolding Sygehus tager nu i højere grad **udgangspunkt i den enkelte familie**, når de vejleder i amning.

Tekst **LAURA ELISABETH LIND**
Foto **CLAUS FISKER**

“Hun laver ikke meget andet end at spise,” siger den nybagte far Knud Hansen.

Med nænsom hånd hjælper han sin lille nyfødte datters hoved til rette ved mors bryst. Hun er tre dage gammel, skal hedde Augusta og er allerede godt i gang med at få mælk ved sin mor, Camilla Facius.

Hun har dog haft lidt svært ved at få fat ved brystet, fordi det er meget spændt, så mens Knud Hansen hjælper med at støtte op med dyne og puder, fortæller sygeplejerske Janni Skovshoved, hvordan Camilla Facius med et varmt omslag før og efter amningen kan lette brystspændingen, og hvordan hun kan massere brystet, så Augusta bedre kan komme til.

Når hun vejleder forældrene på barselsgangen i amning, tager hun udgangspunkt i de fire ammeråd, som har vist sig at mindske antallet af genindlæggelser og forbedre chancen for en vellykket

amning. Et af de fire råd er, at amning er en fælles forældreopgave, hvor far har en støttende og aktiv rolle:

“Vi vil gerne, at forældrene er sammen om det. Derfor viser vi også, hvordan faderen kan støtte op med puder under armen. Vi involverer ham mere nu og fortæller ham også, at han gerne må smide blusen, så barnet også kan ligge hud mod hud hos ham.”

Hud mod hud er også et af de fire råd. Hvis barnet ligger sådan, kan det bedre finde ro til at søge, sutte og synke ved brystet. Og så lærer man sit barn bedre at kende, når det ligger hud mod hud:

“Nu skal barnet vænne sig til at spise med intervaller, da det ikke længere får mad konstant, som da det var i livmoderen og fik mad gennem navlesnoren. Det er en omstillingsproces. Forældrene vil opfange barnets signaler og reflekser bedre, når det ligger hos dem hud mod hud. Det er nemmere for dem at mærke,

når barnet er sultent. Når barnet så lægges i vuggen, skal barnet have tøj på og svøbes i en babydyne, så det forbruger så lidt energi som muligt på at holde sig varmt,” fortæller Janni Skovshoved.

Hun understreger, at barnet altid i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør puttes på ryggen i sin egen vugge, når forældrene skal sove – for at forebygge vuggedød.

Den enkelte familie er i fokus

Fra 2013 var barselsafsnittet med i et stort forskningsprojekt om amning, hvor over 400 mødre fra Kolding Sygehus deltog og blev vejledt i de fire ammeråd – siden er barselsafsnittet fortsat med at følge de fire råd. Den største udfordring for sygeplejerskerne og jordemødrene har været at holde den store viden, de har om amning, tilbage og fokusere på de fire råd. I dag er det en lettelse for sundhedspersonalet ikke længere at



4 GODE RÅD

Husk at få ledelsens opbakning og prioritering af den nye ammevejledning.

Sørg for, at personalet får undervisning i den nye ammevejledning ud fra det evidensbaserede undervisningsmateriale: Manual – Amning – en tryk start, af Ingrid Nilsson.

Erstat den tidligere vejledning med den nye ammevejledning

Sørg for, at afdelingen og personalet arbejder ud fra fælles strategi om patientinvolvering, hvor familiens ønsker og behov er i centrum.

Sygeplejerske Janni Skovshoved er glad for den nye og enkle ammevejledning, som barselsafsnittet på Kolding Sygehus nu følger, når de vejleder forældrene i amning. De nybagte forældre Knud Hansen og Camilla Facius har, som andre forældre, fået en folder med fra fødegangen, der handler om de fire nye ammeråd.

skulle gennemgå en bred vifte af råd og informationer om amning på den korte tid, der ofte er, før forældrene er på vej hjem med deres nyfødte baby.

“Formålet med de fire råd er at støtte forældrenes evne til at få etableret en god amning, at sikre barnets trivsel og øge forældrenes tiltro til, at de kan få amningen til at fungere. Det skal derfor være så enkelt som muligt, og vi tager nu altid udgangspunkt i den enkelte familie og deres behov og ønsker. Vi begynder f.eks. ikke at tale om gulsot, hvis ikke det er aktuelt,” fortæller sygeplejersken.

Ovre fra barselssengen kommer små knirkelyde fra Augusta. Da hun blev født, var hun en tur forbi neonatalafdelingen for at få ilt, fordi hendes lunger ikke havde foldet sig helt ud. Og Camilla Facius måtte forbi operationsgangen, fordi hendes moderkage ikke ville komme ud af sig selv. Hun har mistet over 2 liter blod, og derfor er hun nu indlagt i et par

dage. Hun ligger i en tilbagelænet stilling, som er specielt god i starten, hvor barnet skal finde ud af at sutte. Tilbagelænet amning, eller anden god stilling, hvor mor og barn har tæt fysisk kontakt, er derfor også et af de fire råd i den nye ammevejledning.

“Vi vil gerne have fokus på den tilbagelænte amning, for der har mor det bedre. Her er hun helt afslappet og spænder f.eks. ikke op i skuldrene. Tyngden af barnet ligger på mor, og dermed er trækket i brystet ikke så hårdt,” forklarer Janni Skovshoved.

Hyppig amning

Augusta har tilsyneladende fundet sit yndlingssted. Ved mors bryst.

“Skal jeg lægge hende til, hver gang hun begynder at søge, eller skal jeg kigge på klokken?” spørger Camilla Facius.

“Prøv at holde øje med hendes signaler. Hun er god til at fortælle, hvad hun vil. Det

er kun godt, hvis hun vil amme hyppigt,” siger Janni Skovshoved med det fjerde råd i baghovedet: Hyppig amning, når barnet gerne vil, og mindst otte gange i døgnet.

Når moderen ammer barnet hyppigt, er der større chance for, at det tager på i vægt, og man mindsker risikoen for gulsot. Hvis man trækker tiden mellem amningerne, er der risiko for, at mælkeproduktionen nedsættes.

Camilla Facius er meget indstillet på at få amningen til at fungere. Storebror, Tristan på fire år, ammede kun i en måned, fordi hun og Knud Hansen aldrig rigtig fik styr på ammeteknikken. Og derfor stoppede mælkeproduktionen.

“Jeg har en meget større tro på, at amningen nok skal komme til at fungere denne her gang. Vi får en grundigere vejledning end sidst. Det virker mere enkelt og ligetil nu, og derfor er det nemmere at holde fokus. Og så er vi meget mere fælles om amningen.” ●

Lommekort sikrer patienten under operationer



Det er nødvendigt, at overleveringen af en patient sker fuldstændig struktureret, så der ikke går informationer tabt om patientens identitet eller de sygeplejefaglige opgaver, der foregår omkring patienten, forklarer Susanne Friis Søndergaard.

Et redskab til at strukturere overlevering af informationer **ved afløsning under operationer** skal give større patientsikkerhed.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

Skal patienten opereres på højre eller venstre side? Sidder der pårørende og venter på, at operationen er færdig? Har patienten allergi? Det er blot nogle af de informationer, der er vigtige at få overleveret fra den ene sundhedsprofessionelle til den anden, når en afløsning foregår under en operation.

Derfor har man på anæstesi- og operationsafdelingen, Regionshospitalet Viborg, udviklet et overleveringsredskab, der skal øge patientsikkerheden. Redskabet, kaldet PAS, er et lommekort med punkter, der strukturerer de informationer, som er vigtige at huske, når patienten bliver overleveret.

Det lyder simpelt, men det har været en omfattende proces, der har ført til, at siden januar 2015 har man på Regionshospitalet i Viborg brugt lommekortet PAS i daglig praksis ved 90 pct. af alle overleveringer under operationer.

Ifølge sygeplejerske og ph.d.-studerende Susanne Friis Søndergaard, som står bag projektet, er kortet en nødvendighed.

”Der er behov for, at overleveringen sker fuldstændig struktureret, så der ikke går informationer tabt om patientens identitet eller de sygeplejefaglige opgaver, der foregår omkring patienten,” forklarer hun.

Susanne Friis Søndergaard har arbejdet som operationssygeplejerske i mere end 20 år og har stået for at udvikle det nye værktøj sideløbende med sine ph.d.-studier.

”Videnskabelig litteratur viser, at der er en klar sammenhæng mellem struktureret overlevering og patientsikkerhed. Et eksempel på uheldige konsekvenser af ustrukturerede overleveringer kunne være en patient, der bliver opereret i den forkerte side,” siger Susanne Friis Søndergaard.

PAS er en forkortelse for ”Patient, Aktiviteter og Surroundings”, der udgør tre overskrifter på kortet. I alt er der oplyst 16 punkter fordelt på de tre overskrifter. I en dialog mellem to fagprofessionelle gennemgås punkterne som en huskeseddel, når det formelle ansvar for patienten overleveres.

Susanne Friis Søndergaard forklarer indholdet i de tre hovedpunkter:

”Først gennemgås informationer knyttet til patienten, f.eks. CPR-nummer, detaljer om indgrebet, patientens tilstand, og om der er pårørende, som venter. Dernæst gennemgås detaljer om selve operationen under punktet ”aktiviteter”. Det sidste punkt ”surroundings” er alt det, som ikke har med patienten eller operationen at gøre. F.eks. at man bliver afløst igen om en halv time, når frokost-pausen er ovre,” fortæller Susanne Friis Søndergaard.

I de fleste tilfælde tager det 1-2 minutter at overlevere informationerne, dog ved mere vanskelige indgreb kan det tage 5-6 minutter. Den tid bruger en sygeplejerske også på overleveringen uden PAS.

Nøglepersoner blev brugt til implementering

Udover at gennemgå den videnskabelige litteratur på området sammen med en gruppe sygeplejersker indsamlede Susanne Friis Søndergaard data om, hvad der er betydningsfuldt, når patienten overleveres. Med udgangspunkt i den kliniske praksis, der allerede var på afdelingen, blev i alt 22 overleveringer observeret af tre basissygeplejersker, der blev uddannet som observatører.

”Selve udviklingen af redskabet foregik over to dage, hvor vi otte personer fjernede os fra hverdagspraksis og arbejdede i en kreativ proces med de fund, vi havde fra litteraturgennemgangen og observationsstudiet,” beretter Susanne Friis Søndergaard.

Det helt afgørende for implementeringen var udvælgelse af nøglepersoner, der skulle stå for processen.

”Vi udvalgte tre sygeplejersker på baggrund af, at de normalt var dem, som blev hørt på af de andre kollegaer. I løbet af implementeringsperioden på tre måneder var de tre sygeplejersker hele tiden i tæt dialog med afdelingens ledere om implementeringen,” forklarer Susanne Friis Søndergaard.

Projektet har også resulteret i et særligt felt i den elektroniske patientjournal, som afkrydses, når overleveringen er sket ved hjælp

Metode

- Et litteraturstudie af sammenhængen mellem strukturerede overleveringer og patientsikkerhed.
- Et observationsstudie af hverdagspraksis: 22 overleveringer under forskellige operationstyper.
- Udvikling af redskabet ved en todages kreativ konference.
- Implementeringsproces, hvor tre sygeplejersker blev benyttet som ambassadører.

Resultater

Lommekortet PAS er implementeret del af hverdagspraksis på afdelingen og benyttes ved 90 pct. af afløsninger under operationer.

Betydning for praksis

Lommekortet sikret en fuldstændig struktureret overlevering af en patient, så ingen informationer om patienten går tabt.

af PAS. Hvis ikke PAS har været brugt, f.eks. ved akutte operationer, er der mulighed for bagefter i patientjournalen at skrive en forklarende note.

”Det er meget svært at få lov til at ændre på op-sætningen i den elektroniske patientjournal, så det var en kæmpe sejr, da det lykkedes at få det særlige afkrydsningsfelt,” konstaterer Susanne Friis Søndergaard. ●

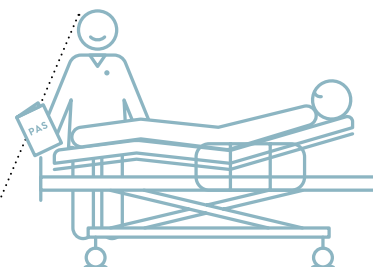
Sikker overlevering af informationer om patient ved f.eks. vagtskifte



1. En sundhedsprofessionel skal overlevere informationer ved en afløsning (frokost, kaffepause eller vagtskifte) til en anden sundhedsprofessionel under en operation.



2. Overleveringen af informationer struktureres ved at gennemgå de 16 huskepunkter på lommekortet PAS.



3. Patientsikkerheden øges, og arbejdsgangen lettes for den sundhedsprofessionelle.

Vi kommer omkring alt, der er vigtigt at overlevere

Nyt redskab til at strukturere overlevering af informationer ved afløsninger på operationsgangen er blevet en succes, fordi det giver mening i praksis.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

Afdelingssygeplejerske Camilla Hostrup træder ind på operationsstue 5 for at afløse operationssygeplejerske Tina Flyvholm Haagh, som skal til frokostpause under en operation.

”Skal vi lige lave en overlevering?” spørger Camilla Hostrup.

Tina Flyvholm Haagh åbner stuesedlen på computeren. De kigger begge på skærmen og gennemgår navn og CPR-nummer på kvinden, der ligger på lejet.

”Hun skal have lavet en laparoskopisk sterilisation, og patienten har skrevet under på, at hun vil have lavet indgrebet,” indleder Tina Flyvholm Haagh.

Informationerne flyver i en lind strøm i takt med, at de to sygeplejersker gennemgår de 16 punkter, som er printet på det lommekort, Tina Flyvholm Haagh har i lommen på sin kittel. Efter at have konstateret, at kvinden ingen allergier har, ikke er gravid og ikke har fået indopereret noget metal i kroppen eller har pacemaker, fortsætter Tina Flyvholm Haagh:

”Vi er godt i gang med operationen – vi har lige fået sat portene og skal til at gå i gang med selve indgrebet.”

Vi befinder os på Anæstesi- og Operationsafdelingen på Regionshospitalet Viborg. Lommekortet, kaldet PAS, er et

redskab, der er udviklet på afdelingen og har været implementeret her siden 2015. Formålet med kortet er at strukturere de informationer, der skal overleveres ved en afløsning under en operation, så sygeplejerskerne er sikre på at få overleveret alle relevante informationer.

Camilla Hostrup tager et hurtigt kig på lommekortet.

”Er der nogen pårørende?” spørger hun.

”Der sidder en søster ovre i dagkirurgisk i venteværelset. Hun er der, når patienten kommer tilbage,” svarer Tina Flyvholm Haagh.

Kan bedre udføre en korrekt sygepleje

Begge sygeplejersker har deltaget i processen med at udvikle PAS, og Tina Flyvholm Haagh er begejstret for det nye redskab.

”Vi bruger det ved hver afløsning i løbet af dagen for at være sikre på, at vi får lavet en korrekt overlevering. Vi plukker selvfølgelig noget ud fra kortet, for alt er ikke lige relevant i alle situationer,” fortæller hun.

Tina Flyvholm Haagh mener, at det har højnet kvaliteten i sundhedspersonalets arbejde på afdelingen.

”Før PAS blev implementeret, kunne jeg opleve ikke at få overleveret alle relevante informationer ved en afløsning. Det har virkelig hjulpet, fordi vi kommer omkring alle de ting, der er vigtige at overlevere.”

Tina Flyvholm Haagh oplever en større følelse af sikkerhed, når hun laver en afløsning.

”Det giver en større tilfredsstillelse og arbejdsglæde, fordi jeg er bedre i stand til at udføre en korrekt sygepleje, når jeg har de rigtige informationer,” forklarer hun.

På spørgsmålet om, hvordan hun har oplevet, at PAS er blevet taget imod på afdelingen, er Tina Flyvholm Haagh ikke i tvivl.

”Det er blevet taget rigtig godt imod. Folk er rigtig glade for at bruge det, fordi det giver mening i praksis og derfor kan forbedre vores sygepleje.”

Kan implementeres på andre operationsafdelinger

Camilla Hostrup oplever, at PAS nu er blevet en naturlig del af hendes arbejde.

”I starten havde vi det i lommen og tog det frem, hver gang der skulle ske overleveringer. Vi syntes, at det var mange ting, vi skulle igennem, men efterhånden er det blevet noget, vi bare gør,” fortæller hun.

5 GODE RÅD

Ledelsen skal **bakke 100 pct. op.**

Redskabet skal **understøtte
hverdagspraksis.**

Det skal **give mening** for den enkelte sygeplejerske.

Hav **fokus på at formidle,** hvorfor det er vigtigt.

Udvælg **uformelle ledere,** som kan deltage i implementeringen.

Der er også sket en mærkbar ændring i den måde, en overlevering foregår på.

”Nogle gange kunne man godt snakke lidt privat indimellem, når man skulle lave en afløsning. Med PAS er informationerne blevet meget mere strukturerede og relevante, og det kommer jo i sidste ende patienten til gode,” siger hun.

Hun ser et stort perspektiv i, at redskabet kan implementeres på andre operationsafdelinger, og her er det vigtigt, at det giver mening for den enkelte.

”Man kunne invitere nogen fra vores afdeling, som kunne fortælle, hvordan vi bruger det i vores hverdag, og hvorfor det giver mening for os. At give den viden videre fra sygeplejerske til sygeplejerske er vigtigt, så det ikke tvinges ned ovenfra,” mener Camilla Hostrup.

Tilbage til overleveringen på operationsstue 5 er Tina Flyvholm Haag ved at være klar til at gå til frokost.

”Det var vist, hvad jeg skulle fortælle om patienten. Her på hylden ligger bagvagtstelefonerne, som vi passer. Jeg forventer at være væk i 20 minutter til frokostpause og logger af computeren nu,” oplyser Tina Flyvholm Haag.

”Jamen, så god appetit,” siger Camilla Hostrup. ●

Sygeplejerske Tina Flyvholm Haag (tv.) gennemgår de 16 tjekpunkter på lommekortet i forbindelse med overlevering af en patient til afdelingssygeplejerske Camilla Hostrup.



Håb og ligeværd hjælper mennesker med psykiske lidelser



"At møde andre med andre eller tilsvarende erfaringer kan bringe både patienter, medarbejdere og pårørende langt," vurderer seniorforsker Lisa Korsbæk, Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, Region Hovedstadens Psykiatri.

Recoveryskoler understøtter mennesker med psykiske lidelser i at **komme sig af sygdommen ved at bevare håbet** og facilitere en ligeværdig erfaringsudveksling.

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

Recovery betyder at komme sig. På Skolen for Recovery i Region Hovedstadens Psykiatri støttes brugere i psykiatrien i muligheden for at komme sig helt eller delvist af deres psykiske sygdom.

"Mange mennesker med psykiske lidelser identificerer sig med deres sygdom eller diagnose. Recovery handler bl.a. om at finde ind til en identitet, der er andet og mere end sygdommen," siger seniorforsker Lisa Korsbæk om det arbejde, der foregår på skolen, som startede i 2015.

Hun er ansat ved Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, Region Hovedstadens Psykiatri.

Et af de bærende elementer på recoveryskoler er håbet om, at det altid er muligt at komme videre i livet – med eller uden symptomer på en psykisk sygdom.

"Hele recoverytænkningen handler om håb og muligheder. Det at møde andre, der har andre eller tilsvarende erfaringer i et fælles rum af læring og erfaringsudveksling, kan bringe både patienter, medarbejdere og pårørende langt," siger Lisa Korsbæk.

Det er netop afgørende, at kursisterne som en del af recoverykonceptet er en blanding af patienter, medarbejdere og

pårørende, som undervises sammen.

"Det, at medarbejdere, patienter og pårørende mødes på tværs og hører hinandens erfaringer, giver en oplevelse af hinanden i nye og mere ligeværdige roller og skaber nye perspektiver på og forståelser af psykisk sygdom og recovery," fortsætter hun.

En bragende succes i England

Idéen til at oprette en recoveryskole i Region Hovedstadens Psykiatri fik man fra England, hvor det første Recovery College startede i 2009. Siden er det gået rigtig stærkt. På bare syv år er der kommet i alt 30 recoveryskoler i England.

Den engelske succes vakte interesse i Danmark, og en projektgruppe tog i 2014 til England for at besøge de to ældste skoler, Nottingham Recovery College og North West London Recovery College.

Cand.psych. og ph.d. Lone Petersen var med på turen. Hun er leder af Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery i Region Hovedstadens Psykiatri.

"I England talte vi med både kursister og undervisere. Især det, at medarbejdere og patienter sidder på skolebænken sammen, vakte vores interesse. Der var ikke noget dem og os," fortæller Lone Petersen.

”Også det, at der altid var to undervisere til stede samtidig med henholdsvis brugerbaggrund og sundhedsprofessionel baggrund, kunne vi se var vigtigt. Der kom en erfaringsudveksling og et ligeværd ind i undervisningen,” siger hun.

Der findes i dag tre recovery-skoler i Danmark, og Lone Petersen vurderer, at der vil komme flere til, fordi interessen for skolerne er stor. De to øvrige findes i Region Midtjylland og Region Sjælland.

Understøtter håb og afhjælper selvstigmatisering

Indtil videre er der ikke forsket ret meget i effekten af at have recovery-skoler, fordi skolerne er så nye. Eksisterende undersøgelser peger dog på, at den fælles undervisning kan styrke menneskers følelse af håb og netop troen på muligheden for personlig recovery.

”En engelsk undersøgelse viser, at fem elementer er særligt betydningsfulde for recovery: samhø-

rihed, håb, mening, identitet og empowerment (selvstændighed, red.), og det er elementer, som kan være vanskelige at fremme med et rent behandlende perspektiv,” siger Lisa Korsbek.

Foreløbig viden på området antyder også, at undervisningen på recovery-skolerne kan bidrage til at afhjælpe stigmatisering.

”Det er et kendt fænomen hos mennesker med psykiske lidelser, at omverdenens stigmatisering og negative forventninger bidrager til, at mange stigmatiserer sig selv og derved får et negativt selvbillede og et lavt selvværd. Og selvstigmatisering virker i høj grad negativt ind på recovery-processen. Mødet med andre i recovery inden for rammerne af skolekonceptet bidrager formentlig til at reducere selvstigmatiseringen og øger dermed grundlaget for recovery,” fortæller Lisa Korsbek.

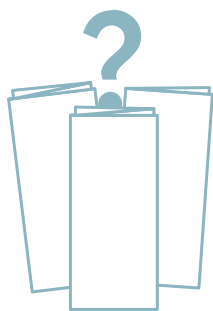
Endelig ser antallet af indlæggelser ud til at kunne reduceres via brugen af recovery-skolekonceptet. ●

Fakta om recovery-skoler

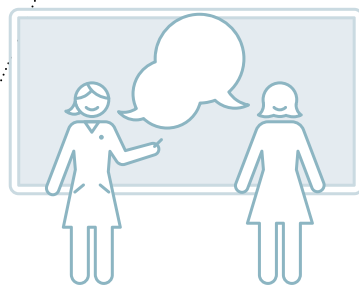
- Kurserne er for patienter, pårørende og medarbejdere.
- Patienten arbejder på egne betingelser for at genopbygge et meningsfyldt og tilfredsstillende liv.
- Der er faste rammer for undervisningens indhold og form.
- Hver kursist udarbejder så vidt muligt en individuel læringsplan.
- På alle kurser er der to undervisere: En med brugererfaring og en med fagprofessionel erfaring fra behandlingspsykiatrien.
- Samskabelse er omdrejningspunkt. Undervisningen er baseret på en ligeværdig erfaringsudveksling mellem kursister og mellem undervisere og kursister.
- Patienterne vælger selv kurserne. De skal ikke henvises.
- Der undervises bl.a. i:
 - *Hvad er recovery?*
 - *Hvordan genopbygger man livet?*
 - *Redskaber til, hvordan man opnår personlige mål i livet, lever med sin psykiske sygdom, vender tilbage til arbejde eller uddannelse eller lærer at administrere sine penge.*
 - *Hvordan man involverer sig med andre mennesker.*

Kilde: Meddings et al., 2015

Undervisning i Recovery er baseret på en ligeværdig erfaringsudveksling mellem kursister og mellem undervisere og kursister.



1. Patienten vælger frit mellem et udbud af recoverykurser



2. Håb og erfaringsudveksling er bærende elementer i undervisningen. En erfarings ekspert med brugererfaring og en fagprofessionel underviser altid sammen.



3. På et forløb gives mulighed for nye selvforståelser og perspektiver, og der arbejdes med metoder og strategier, der kan bidrage til recoveryprocessen.

Referencer:

1. Meddings et al. 2015. *Recovery colleges: quality and outcomes. Mental health and social inclusion* 19;4:212-21. 2. Topor A. *Recovery – at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser.* Hans Reitzel. København 2003. 3. Grimsrud B. *En dåre fri.* Gyldendal. København 2011.

Fortællingen om sig selv er vejen tilbage til livet

Kursisterne på Skolen for Recovery bygger deres liv op igen ved at **styrke nære relationer og sætte sig selv før deres psykiatriske diagnose.**

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



Sygeplejerske og master i sundhedspædagogik Christine Larsen (tv.) underviser sammen med sygeplejerske og master i sundhedspædagogik og sundhedsfremme Lis Andersen på kurset "Styrk dit netværk og dine relationer" på Recovery-skolen.

”Jeg indlagde mig selv den 29. februar 2016. Symptomerne var rysten, hjertebanken, tankemylder, koncentrationsbesvær, søvnløshed og usammenhængende tale. Journalnotatet siger psykose. Selv husker jeg ingen enkeltheder.”

Med let rystende stemme læser den 43-årige kvinde op fra sin fortælling om et langt år som psykiatrisk patient. Vi er på Skolen for Recovery, Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center i Ballerup.

Kvinden har fulgt flere kurser på skolen, og på det sidste kursus i recoveryfortællinger lærte hun at fortælle sin psykiatriske historie, så den bliver en del af selve den helingsproces, hun gennemgår for at komme sig af sin sygdom.

Sygeplejerske og master i sundheds-pædagogik Christine Larsen, som underviser på recoverykurserne, forklarer:

”Ved at lave sin egen fortælling tager man ejerskab over den, i stedet for at det bliver en problemmættet fortælling fuld af symptomer, medicin og svære ting, som står i journalen. Her er det patienten, der bestemmer, hvad der skal fortælles.”

Kvinden fortsætter oplæsningen af sin fortælling for en forsamling af kursister og undervisere. Hun har fået diagnosen akut belastnings- og tilpasningsreaktion samt forstyrret personlighedsstruktur.

”Jeg leder til stadighed efter det mærkat, denne diagnose har sat på min krop, som mine pårørende ser og til stadighed identificerer mig ud fra – som om de sidste 42 år overhovedet ikke har eksisteret. Jeg er 43 år gammel og på vej ud i et nyt liv, men hvilket?”

Fagprofessionelle og patienter oplever ligeværd

Recoveryfortællinger er blot ét af de 38 kurser, som skolen udbyder til psykiatriske patienter, deres pårørende og medarbejdere i psykiatrien, og som sidder side om side i undervisningen.

Christine Larsen forklarer, hvorfor kurserne er for både patienter, pårørende og behandlere:

”Man får en ligeværdighedsoplevelse i forhold til patienterne, når man som

sygeplejerske eller anden fagperson sidder ved siden af patienterne og gør de samme ting og deler sine overvejelser med de andre kursister.”

Hvis man senere hen skal hjælpe en patient med at lave et mål i en behandlingsplan eller en oversigt over sit netværk, vil man være bedre til at hjælpe, når man selv har siddet og bakset med de samme ting.

”Tilsvarende oplever patienterne et ligeværd i undervisningen på grund af den erfaringsudveksling, der foregår, hvilket er rigtig vigtigt i forhold til patientens helingsproces,” fortæller Christine Larsen.

Også pårørende kan have stort udbytte af undervisningen.

”Pårørende kæmper med mange af de samme temaer som den syge i forhold til ensomhed, og hvad man kan sige til familie og venner om sygdommen. De pårørende kan få et større indblik i, hvordan man kommer sig efter en psykisk sygdom, og på den måde blive bedre til at støtte op,” forklarer Christine Larsen.

Bedre relationer til mor og søster

En af kursisterne, som er kommet til oplæsningen af recoveryfortællingen, er en helt ung pige, som nu skal starte på sygeplejerskeuddannelsen. Hun har deltaget i kurserne ”Fem veje til et godt liv”, ”Styrk dit netværk og dine relationer” og ”Guide til et godt hverdagsliv”. Om kurserne siger hun:

”Det har givet mig et overblik i min hverdag og nogle strategier til at få bedre relationer til min mor og min søster. Og så har jeg fået kortlagt mine drømme og mål.”

Undervisningen på kurserne kredser da netop også om, hvordan patienterne bygger deres liv op igen, involverer sig med andre mennesker og når personlige mål. Sygeplejerske og master i sundheds-pædagogik og sundhedsfremme Lis Andersen, som også underviser på skolen, giver her et eksempel:

”Mange oplever at miste netværket under psykisk sygdom, og derfor oplever vi stor efterspørgsel på undervisning i at styrke sine relationer. På kurset ”Styrk dit netværk og dine relationer” kigger vi bl.a. på, hvem i netværket man kunne

5 GODE RÅD

Anerkend, at mennesker med **levede erfaringer** har vigtige indsigter

Udskift brugerinddragelse med **ligeværd, partnerskab og samskabelse**

Fokus skal være på **tilbagevenden til livet**

Styrk **menneskers identitet**, så identiteten ikke bliver sygdommen

Hav fokus på **fælles læring**

tænke sig at få tættere på eller længere væk, og hvordan man kan udvide sit netværk.”

Hvis nogen spørger ”Hvad laver du?”

På kurset ”Styrk dit netværk og dine relationer” arbejder undviserne også med, hvordan man kan præsentere sig selv i sociale sammenhænge, fordi nogle mennesker med psykiske sygdomme kan have tendens til at identificere sig med deres sygdom.

”Hvis nogen spørger, ”hvad laver du?” til et middagsselskab, hvordan præsenterer jeg så mig selv? Her laver vi f.eks. rollespil, hvor man prøver at præsentere sig som den, man er, uden nødvendigvis at nævne den psykiske sygdom,” fortæller Lis Andersen.

”Kursisterne nævner med tiden flere og flere ting om sig selv, inden de nævner deres diagnose, f.eks. ”Jeg er hundeejer og passer min søsters børn hver fredag,” uddyber hun.

Oplæsningen af den 43-årige kvindes recoveryfortælling er ved at være til vejs ende. Hun giver sin fortælling en optimistisk afslutning:

”Mens jeg skriver, mærker jeg langsomt energien vende tilbage i kroppen. Jeg startede på kravlestadiet, og allerede nu føler jeg mig på gåstadiet. Måske jeg kan lære at løbe igen – med tiden?”

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.



Sygeplejersken kan trænge ind til misbrugeren

Omkring 147.000 danskere er afhængige af alkohol, og ud over personlige og familiemæssige problemer koster alkoholfafhængighed milliarder for kommunerne. Sygeplejersker har så meget goodwill som faggruppe, at de er de rette til at tage den svære samtale med patienten om at ændre adfærd, vurderer sundhedsforsker.



ANETTE SØGAARD NIELSEN

Cand.phil., ph.d., projektdirektør, Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Klinisk Institut, Det Sundhedsfaglige Fakultet, Syddansk Universitet. Har i årtier forsket i sundhedsprofessionelles møde med og behandling af mennesker med alkoholproblemer og har adskillige videnskabelige artikler og bogudgivelser bag sig (1).



CHRISTINA SOMMER
Journalist



CONNIE MØRCK

Sygeplejerske, stud.cur. Ansat som alkoholkonsulent/alkoholbehandler hos Fonden Novavi samt teamleder for Det Udgående Team i Region Hovedstaden. Har bl.a. skrevet kapitlet "Anerkendende samtale og motiverende samtaleteknikker anvendt i praksis" (2) og artiklen "Sygepleje og alkoholfafhængige patienter" (3).

Danskerne problematiske forhold til alkohol trækker jævnligt overskrifter i medierne. I begyndelsen af 2017 viste en ny rapport fra Sundhedsstyrelsen f.eks. (4), at borgere med et overforbrug af alkohol alene i 2014 kostede de danske kommuner 3,5 mia. kr. Milliarderne går bl.a. til medfinansiering af sundhedsvæsenet, overførselsindkomster, personlig og praktisk hjælp i hjemmet samt anbringelse og andre hjælpeforanstaltninger til børn og unge.

Udgiftsposterne vidner om, at alkoholproblemer medfører store økonomiske og

menneskelige omkostninger. Det anslås, at omkring 147.000 danskere er afhængige af alkohol. Af dem er kun 14.000 i professionel behandling, og i snit begynder behandlingsforløbet først efter 10-12 år med problemer. Rapporten konkluderer da også, at ikke blot kommunerne, men hele det danske sundhedsvæsen, heriblandt sygeplejersker, skal i gang langt tidligere med både forebyggelse og behandling.

Det bifalder en af Danmarks eksperter på området, Anette Søgaard Nielsen:

”Alle faggrupper møder de her borgere – pædagoger, socialrådgivere, lærere, læger og sygeplejersker. Men især sygeplejerskerne kan spille en nøglerolle. Befolkningen har generelt stor tillid til sygeplejersker – de har så meget goodwill som faggruppe. Folk stoler på, at sygeplejersker vil dem det godt, hvorimod de godt kan være lidt skeptiske over for f.eks. en socialrådgiver,” siger hun.

En tryk platform

For mange mennesker med alkoholproblemer kan en enkelt samtale eller to være nok til at bryde den negative spiral. Og her er sygeplejersker oplagte

samtalepartnere, især på hospitalerne, hvor op til hver fjerde patient har et alkoholproblem, som er direkte eller indirekte medvirkende til indlæggelsen, eller som kan påvirke prognosen (5).

”I takt med den øgede specialisering og lægernes fokus på den ene lidelse, patienten er indlagt for, må sygeplejerskerne tage teten. De besidder den sundhedsfaglige viden og tilbringer ofte mest tid hos patienterne, selvom jeg er opmærksom på, at tidspres kan være en faktor,” siger Anette Søgaard Nielsen og fortsætter:

”En kort indledende snak kan gøre en stor forskel, både for de patienter, der bare drikker lidt for meget, men også for dem med mere alvorlige problemer. Det handler om at skabe en tryk platform, som man sammen kan reflektere ud fra. Det er sygeplejersker trænet i og rigtig dygtige til.”

Mange barrierer

Trods faglig ekspertise og pligt til at informere har mange sygeplejersker svært ved at tale om emnet, uanset om patientens alkoholproblem er åbenlyst eller ej (5). Barrierer kan bl.a. være en misforstået respekt for patienternes privatliv eller sygeplejerskernes eget forhold til alkohol (5,6). Men også følelsen af at komme til kort i forhold til viden om bl.a. samtaleteknikker og usikkerhed om, hvilken behandling de kan henvise til, spiller ind (5).

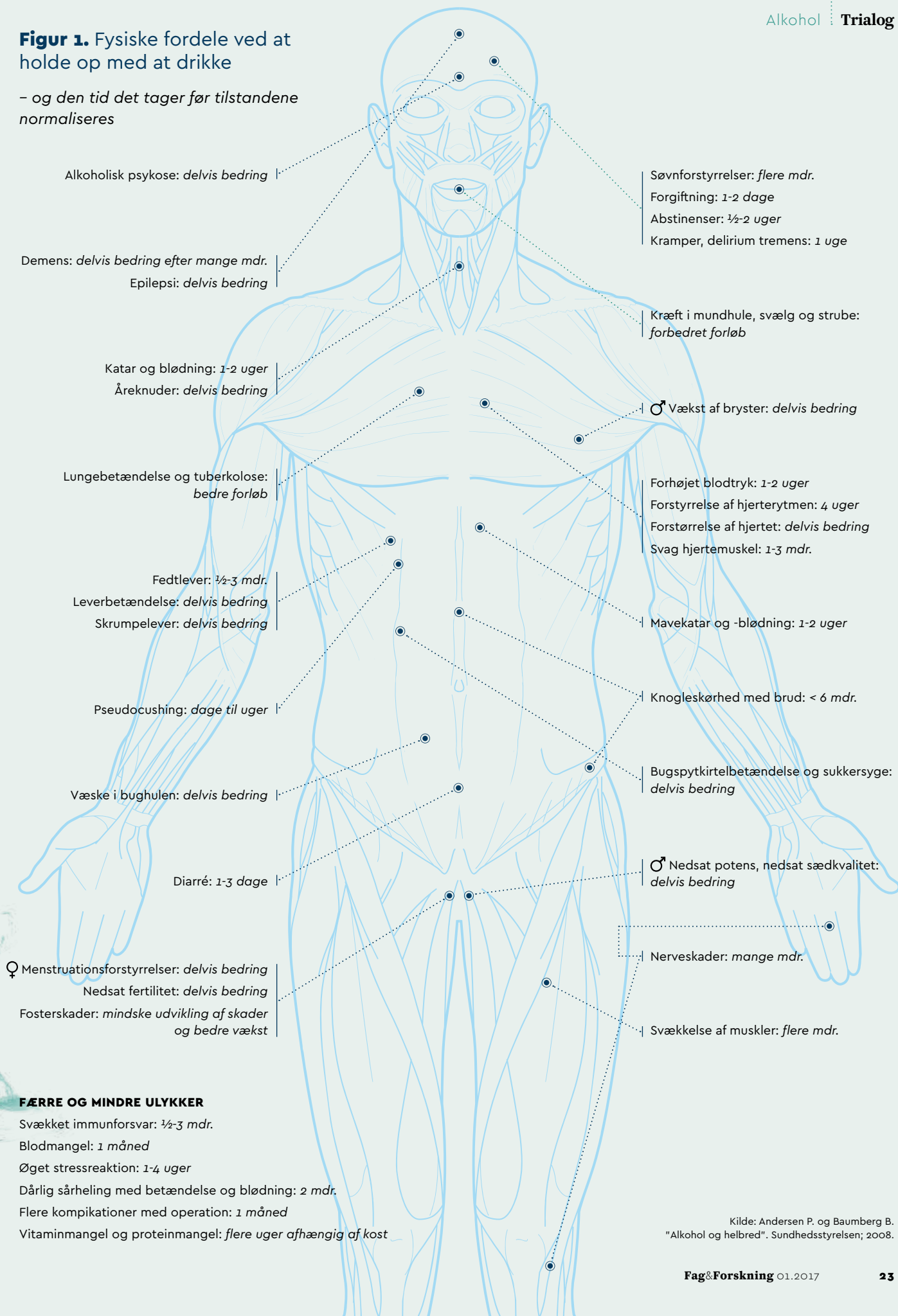
”Mange sygeplejersker har ingen problemer med at spørge ind til f.eks. kost og motion, selvom de måske ikke selv motionerer så meget. Men når det kommer til alkohol, er der stadig en del barrierer. Alkohol er så kulturelt accepteret, at det næsten er nemmere at sige, at man er veganer frem for at takke nej til et glas rødvin. Det er en skam,” synes Anette Søgaard Nielsen.

For mennesker, der er afhængige af alkohol, har stor fordel af at modtage den rette hjælp og behandling.

”Det er vigtigt at pointere, at når man stopper med alkohol, kan man blive de fleste alkoholskader kvit. I langt de fleste tilfælde restituerer kroppen sig selv inden for en overskuelig periode,” påpeger hun (se Figur 1). ●

Figur 1. Fysiske fordele ved at holde op med at drikke

– og den tid det tager før tilstandene normaliseres



Kilde: Andersen P. og Baumberg B. "Alkohol og helbred". Sundhedsstyrelsen; 2008.

Alle sygeplejersker møder dem

Mange sygeplejersker vil ofte støde på borgere med mere eller mindre åbenlyse alkoholproblemer. Patienterne vil gerne informeres om muligheder for hjælp, men sygeplejerskerne holder sig tit tilbage, bl.a. pga. personlige holdninger, berøringsangst og manglende redskaber.

Mellem 16 og 26 pct. af alle patienter på landets hospitaler har et overforbrug af alkohol, som er direkte eller indirekte skyld i, at de er endt på hospitalet (5). Men også sygeplejersker i lægekonsultationer, på plejecentre, i psykiatrien og hjemmeplejen vil jævnligt møde mennesker med alkoholproblemer i forskellig grad.

Ifølge Sundhedsloven og De Sygeplejeetiske Retningslinjer har sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle pligt til at tale med folk om evt. alkoholproblemer (se boksen ”Det siger loven”). Det sker dog til Anette Søgaard Niensens store ærgrelse langtfra systematisk mange steder:

”Alene ved at åbne for en dialog med patienten kan sygeplejersker være med til at skabe en forandring. De fleste mennesker, som har et stort alkoholforbrug, men også afhængighed, kan faktisk selv komme ud af det. Bare en kort samtale kan gøre meget og f.eks. få storforbrugere til at tænke over deres forbrug og ændre deres vaner, før de bliver afhængige. Men det kræver, at der er nogen på sidelinjen, som tager emnet op og inviterer til en samtale: ”Hov, her er måske et problem, skal vi ikke se, om vi kan vende det sammen?”

Følsomt område

Når sygeplejersker vægrer sig ved at komme ind på emnet, kan det bl.a. skyldes deres eget alkoholforbrug, som ifølge resultater fra den såkaldte sygeplejerskekohorte er højere end gennemsnittet (6). Det er svært og kan virke dobbeltmoralisk at rådgive andre professionelt om alkoholforbrug, hvis man selv regelmæssigt tager et glas rødvin eller to.

Også manglende viden i forhold til f.eks. livsstilssygdomme, samtaleredskaber, konsekvenser af for højt alkoholforbrug og behandlingstilbud spiller ind, viser en kvalitativ undersøgelse på somatiske afdelinger, som Anette Søgaard Nielsen har været med til at lave (5):

”Nogle undgår emnet af frygt for at træde patienten over tærerne. De kan være bange for at fornærme patienten eller frygter, at de får åbnet op for et stort personligt traume, som de ikke mener, de har redskaber til at tale med patienten om. Men barndomstraumer er sjældent skyld i alkoholproblemer, og er det endelig problemet, er der hjælp at hente. Sygeplejerskerne skal ikke løse alle problemerne, men henvise videre, hvis det er nødvendigt.”

I undersøgelsen nævner sygeplejersker også barrierer som tidspres, flermåndsstuer og hensynet til patientens privatliv samt patienten selv i forhold til alder, sygdomsbillede og social baggrund:

”Sygeplejerskerne har faktisk ikke svært ved at tale om alkohol, hvis problemet er synligt, f.eks. hos den socialt udsatte. Nogle lader så alligevel være ud fra en formodning om, at det alligevel ikke nytter noget. Og de tager det slet ikke op, hvis lægen ikke gør. De unge og de ældre lader de også være i misforstået fred – de unge skal have lov til at være unge, og de ældre skal have lov til at nyde de sidste år, siger Anette Søgaard Nielsen og tilføjer:

”Ser man meget pæn ud, f.eks. direktøren i 50’erne, føler sygeplejerskerne det ofte direkte anklagende, hvis

de spørger til alkoholforbrug, selvom lige præcis han kan have brug for vejledning. Sygeplejerskerne kan sagtens tale kost, røg og motion, men alkohol er og bliver et mere følsomt område.”

Screen alle

Fakta er dog, at patienterne faktisk gerne vil tale om deres alkoholforbrug og andre livsstilsfaktorer, som kan påvirke deres helbred negativt. Og mange patienter mener, at blot det at blive spurgt til livsstil kan styrke motivationen for at ændre en eller flere livsstilsvaner (7). Det viser de årlige patientundersøgelser på Odense Universitetshospital.

”Overordnet er flertallet meget tilfredse med behandlingen. Men kun 40-50 pct. af patienterne er tilfredse med den rådgivning, de får i forhold til, hvad de selv kan gøre for deres helbred og diagnose f.eks. i forhold til ændringer i livsstil,” siger Anette Søgaard Nielsen.

For at få enderne til at mødes mellem personalets pligt og evner til og patienternes ønsker om at tale om alkoholforbrug mener Anette Søgaard Nielsen, at også alkoholforbrug skal være en fast del af bl.a. hospitalers indlæggelsessamtaler:

”Alle patienter bør screenes ved indlæggelse, men det kræver så også, at der bliver ordentligt fulgt op på resultaterne og evt. problemer i en samtale. Et svensk studie viser, at hvis man konsekvent screener alle patienter for alkoholforbrug ved indlæggelse, og personalet ved, hvor man evt. skal henvise patienten videre til, så er sygeplejerskerne mere tilbøjelige til at tale med patienterne om emnet (8).”

Men også almen praksis, sundhedscentre og forvaltninger bør være mere opsøgende og systematiske i opsporing af borgere med alkoholproblemer, f.eks. ved helbredsundersøgelser i forbindelse med kørekort, livsforsikringer, forebyggelseskonsultationer, ved planlægning af graviditet eller henvisning til operation (7). Det kan være medvirkende til, at langt flere mennesker med alkoholproblemer søger hjælp tidligere end i dag, hvor der går mellem 10-12 år, før de kommer i behandling. ●

Læs også Journal Club side 40: "Sygeplejerskers usikkerhed influerer på alkoholsamtaler".

DET SIGER LOVEN

Ifølge Sundhedslovens § 16 har patienterne krav på information:

- "Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand, behandlingsmuligheder, risiko for komplikationer og bivirkninger."
- "Informationerne skal være ekstra detaljerede, når der er risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger."

Og i De Sygeplejeetiske Retningslinjer står der bl.a.:

- "Sygeplejersken skal medvirke til, at patienten modtager og forstår den information, der er nødvendig for at træffe et valg. Information, der gives, skal være tilpasset den enkelte patients ønsker og behov samt patientens livssituation."

AUDIT SOM SCREENINGSTRUMENT

Der findes flere screeningsinstrumenter, men det mest udbredte for alkoholproblemer både til forskningsformål og til anvendelse i daglig klinisk praksis er the Alcohol Use Disorder Test (AUDIT).

AUDIT består af 10 spørgsmål fordelt på tre grupper af spørgsmål: 1) Risikabelt alkoholforbrug, 2) Skadeligt alkoholforbrug og 3) Alkoholafhængighed.

AUDIT er beregnet til selvudfyldelse og er oprindeligt udviklet af Verdenssundhedsorganisationen WHO til identifikation af alkoholproblemer i almen praksis, men er også udbredt på skadestuer og andre hospitalsafdelinger samt anvendt til identifikation af risikogrupper i store befolkningsundersøgelser.

(Kilde: 7)

DEN MOTIVERENDE SAMTALE, TAK!

Der findes en lang række bøger og litteratur om den motiverende samtale og det motiverende interview, som er nogle af de bedste teknikker i forhold til at få en god, tillidsfuld og ligeværdig dialog med en borger om følsomme emner som alkoholproblemer. Anette Søgaard Nielsen uddyber:

"Som minimum bør personalet have sat sig ind i, hvordan man åbner for samtalen og får skabt en god relation. Man skal tale pænt og møde patienterne ordentligt og ydmygt. Det er ikke raketvidenskab," siger Anette Søgaard Nielsen.

Motivation skabes, omdannes og ødelægges i relation med andre, som Margaretha Järvinen (9) har formuleret det?

"Lige præcis," siger Anette Søgaard Nielsen, som dog alligevel efterlyser flere guidelines og mere uddannelse i alkohol- og misbrugsproblemer til både sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. F.eks. et obligatorisk modul i afhængigheds- og misbrugsproblemer, som skulle tilbydes alle studerende på landets professionshøjskoler.

"Altså en indførelse i, hvordan man bredt taler mønstre og adfærdændringer uden at fornærme folk. Det burde også være et fast punkt i alle arbejdspladsers introprogrammer," foreslår hun.

Masser af muligheder for hjælp

De danske kommuner har ifølge Sundhedsloven ansvaret for forebyggelse og behandling af alkoholproblemer. Behandlingen er gratis og er omfattet af behandlingsgarantien. Alkoholteams og socialsygeplejersker er vigtige aktører i behandlingen.

Landets 98 kommuner har siden 2007 haft ansvaret for alkoholbehandlingen i Danmark. Patienter kan frit og anonymt henvende sig i et alkoholambulatorium, men skal visiteres til dag- og døgnbehandling af deres bopælskommune. Herefter kan patienterne frit vælge mellem de kommunalt ejede ambulante behandlingstilbud og de private alkoholambulatorier, hvis de er godkendt til at indgå i det kommunale behandlingstilbud.

Ifølge Anette Søgaard Nielsen er Danmark godt med i forhold til andre lande, vi normalt sammenligner os med:

”Kommunernes behandlingstilbud er generelt rigtig gode, og forskellene på tilbuddene bliver mindre og mindre. Det skyldes bl.a. den nationale grunduddannelse for alkoholbehandlere. Vi har et meget fleksibelt behandlingssystem, og kommunerne skal tilbyde gratis og anonym behandling senest 14 dage efter første henvendelse. Trives man ikke med det tilbud, ens hjemkommune har, kan man søge hen i en anden.”

I mange kommuner er der desuden etableret såkaldte alkoholteams, som kan hjælpe berørte borgere og familier både hjemme, på hospitalet og med at formidle kontakt til behandlingstilbud. Og i Region Hovedstaden har kommunerne f.eks. et rigtig godt samarbejde med regionens socialsygeplejersker især i forhold til at hjælpe de borgere og patienter, der er hårdest ramt.

”Det vigtige er, at sygeplejerskerne ved, hvem de kan henvise videre til og trække ind, hvis det viser sig, at en borger eller patient kæmper med et stort alkoholproblem,” siger Anette Søgaard Nielsen.

Sundhedsstyrelsen arbejder for at understøtte kvaliteten i kommunernes alkoholbehandling ved at støtte forskellige udviklingsprojekter, udarbejde rådgivningsmateriale, udbyde kurser til f.eks. alkoholbehandlere og føre register over den offentligt finansierede alkoholbehandling i det såkaldt Nationale Alkoholbehandlingsregister, NAB. Derudover udgiver Sundhedsstyrelsen forskellige pjecer og hjemmesider med råd om f.eks. gode alkoholvaner målrettet voksne, gravide, børn og unge.

Ifølge Anette Søgaard Nielsen giver hjemmesiden www.hope.dk et aktuelt og let forståeligt overblik over kommunernes alkoholbehandlingstilbud, hvorimod den offentlige portal www.tilbudsportalen.dk desværre er sværere at finde rundt på. ●





Glem ikke de pårørende

Et overforbrug af alkohol har også store konsekvenser for de pårørende.

Et højt alkoholforbrug rammer i høj grad også de pårørende; især børn er i særlig risiko. Omkring 122.000 danske børn (i alderen 0-18 år) vokser op i en familie med alkoholoverforbrug, og de har bl.a. større risiko for at udvikle depression, opmærksomhedsforstyrrelser og selvværdsproblemer end andre børn. Man ved også, at hvert tredje barn selv udvikler problemer med stoffer eller alkohol som voksne (10).

En anden dansk undersøgelse har påvist, at børn, der lever i familier med alkoholoverforbrug, har større risiko for at:

- blive anbragt uden for hjemmet (øget 3,6 gange)
- blive indlagt med omsorgssvigt/børnemishandling (øget 1,9 gange)
- opleve vold i hjemmet (øget 7,9 gange)
- opleve familieopløsning (øget 5,1 gange)
- blive indlagt med psykisk lidelse, for narkomani og selvmordsforsøg (øget) (11).

Familieorienteret behandling

En anden undersøgelse viser desuden, at 79 pct. af danskerne har kendt nogen med et for stort alkoholforbrug. Knap halvdelen af disse har oplevet negative konsekvenser deraf. For 55 pct. af respondenterne drejer det sig om et familiemedlem, og for 22 pct. er det et husstandsmedlem. Af dem har 22 pct. haft familiemæssige eller ægteskabelige problemer på grund af en tredje persons alkoholforbrug (11).

”De pårørende opdager som oftest alkoholproblemet som de allerførste. Og de pårørende lider under det. Det er derfor som sygeplejerske vigtigt at vide, at også pårørende kan søge hjælp og rådgivning i alkoholbehandlingerne i kommunerne. Både så de pårørende kan blive støttet i en situation, der også er svær for dem, og så de kan være med til at motivere den drikkende til at komme i behandling,” siger Anette Søgaard Nielsen.

I Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed anbefaler man bl.a. også, at der bliver tilbudt kognitiv adfærdsterapeutisk familieorienteret alkoholbehandling til personer med alkoholafhængighed med en familie (12). ●

Alkoholproblemer rammer bredt

Mange voksne danskere drikker alkohol i begrænsede mængder og efterlever fint de officielle genstandsgrænser. Men omkring 860.000 voksne har et storforbrug, 620.000 et skadeligt forbrug, og omkring 147.000 er decideret afhængige.

Ifølge Den Nationale Sundhedsprofil fra 2013 (13) har 88,4 pct. af den voksne befolkning over 16 år drukket alkohol inden for det seneste år. Danskernes alkoholforbrug toppede i begyndelsen af 1980'erne med et årligt indtag på 12,8 liter ren alkohol pr. person mod 9,3 liter i 2015. Men selv her 30 år efter drikker danskerne stadig mere alkohol end befolkninger i mange andre europæiske lande, f.eks. Norge og Sverige (7).

Langt de fleste danskere formår at nyde alkohol i begrænsede mængder og uden stor risiko for helbred, da de formelt holder sig inden for Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. De blev indført i 1990 netop i erkendelse af, at forbruget var for højt, og senest revideret i 2010, hvor lavrisikogrænser bl.a. også blev indført (se boksen "Syv udmeldinger om alkohol").

"Genstandsgrænserne handler om at give befolkningen nogle rammer for et ikke-skadeligt forbrug – for kvinder højst 14 og for mænd 21 genstande på en uge og højst fem på en dag. Overskrider man disse anbefalinger, løber man en høj sundhedsmæssig risiko," fortæller Anette Søgaard Nielsen.

Kan vi gå ud fra, at borgerne kender genstandsgrænserne?

"Det er på ingen måde givet, og faktisk heller ikke personalet. Især ikke i forhold til, hvordan de skal vejlede ud fra grænserne. Det skyldes også, at

andre instanser løbende byder ind i debatten, f.eks. Kræftens Bekæmpelse, som for nylig udelukkende anbefaler folk at holde sig til lavrisikogrænserne. Men også forskning kan være med til at forvirre billedet, f.eks. undersøgelser, der slår fast, at lidt alkohol er sundt," siger Anette Søgaard Nielsen.

Privat sag

Med til at forplumre danskernes opfattelse af, hvad der er sundt og normalt, er også samfundets holdning til alkoholforbrug. Alkohol forbindes typisk med festlige og sociale stunder, og den enkeltes forbrug anses ofte som et privat anliggende.

"Vi er generelt meget liberale og forstående over for vores medmenneskers indtagelse af alkohol. Og lægfolk definerer oftest evt. problemstillinger ud fra en social kontekst. De opererer ikke med mængder. Kan folk drikke kontrolleret, på socialt acceptable tider, har de råd til det, og kan de stoppe, hvis de vil – så er vi som samfund o.k. med det. Men drikker man sig beruset i en forkert kontekst, eller har man ikke råd til det eller svært ved at stoppe, så reagerer omgivelserne ofte kraftigt. Det har ikke en tøddel med genstandsgrænser eller diagnoser at gøre. Det er mere et spørgsmål om, at vi siger fra, hvis vi får et socialt ubehag," påpeger Anette Søgaard Nielsen.

Problemer eller afhængig

Vejene ind i et problematisk forbrug af alkohol er mange (se artiklen "Rygrad som en regnorm er en myte"). Også graden af

problemer varierer, og her opererer man med tre overordnede definitioner af alkoholproblemer: 1) Storforbrug, dvs. forbrug over højrisikogrænsen, 2) Skadeligt forbrug, dvs. forbrug, der har medført fysisk eller mental helbredsskade samt 3) Afhængighed (14).

Afhængighed defineres igen ved hjælp af Verdenssundhedsorganisationen WHO's diagnosesystem ICD-10 (14). Ifølge WHO er man afhængig af alkohol, hvis mindst tre af de følgende seks symptomer har været til stede umiddelbart eller inden for de seneste 12 måneder: 1) Alkoholtrang, 2) Kontroltab, 3) Abstinenser, 4) Toleranceudvikling, 5) Alkohol dominerer prioritering og tidsforbrug og 6) Fortsat brug af alkohol trods erkendt skadevirkning.

I dag anslås det, at 860.000 voksne danskere har et storforbrug af alkohol, 620.000 har et skadeligt forbrug, mens ca. 147.000 er afhængige (14).

Alle kan få problemer

Den typiske patient med alkoholproblemer findes ikke, men sundhedsprofiler viser, at der er flest storforbrugere blandt unge mellem 16 og 24 år samt blandt de midaldrende mellem 55 og 74 år. Omvendt er antallet af storforbrugere lavere blandt de 25-54-årige og dem på 75+. Desuden udgør mænd størstedelen af storforbrugere, personer med et skadeligt forbrug og alkoholafhængige. Og relativt set har personer, som er arbejdsløse, oftere et skadeligt alkoholforbrug og er oftere afhængige sammenlignet med personer,

som er i arbejde. Endelig er enlige, personer uden børn og rygere oftere storforbrugere, har oftere et skadeligt alkoholforbrug og er oftere afhængige sammenlignet med gifte, personer med børn og ikkerygere (14).

”Men i princippet kan alle mennesker udvikle alkoholproblemer, og vi bør derfor tale med alle borgere og patienter om deres vaner. Så snart patienten er midaldrende, vil jeg dog være ekstra opmærksom, da man ved, de drikker mere end f.eks. folk i 30'erne og først i 40'erne, som ofte har små børn, familie og karriere at tage sig af,” siger Anette Søgaard Nielsen og tilføjer:

”De veluddannede ældre er også en gruppe, der drikker mere og mere. Vi har i øjeblikket et studie kørende med 60-årige, og det tyder lidt overraskende på, at man også kan udvikle et alkoholproblem sent, f.eks. når ungerne er flyttet hjemmefra, økonomien er god og forkælelse ofte er ensbetydende med et glas rødvin eller øl. Og har man et højt alkoholforbrug, skal der heller ikke så meget til, før man bliver afhængig. Det kan komme listende stille og roligt, hvis man f.eks. bliver lidt trist eller mister sit job. Det behøver på ingen måde at skyldes et traume i barndommen,” siger Anette Søgaard Nielsen (15,16,17). ●

Rygrad som en regnorm er en myte

Nogle mennesker har større risiko for at udvikle alkoholafhængighed end andre. Den præcise forklaring kendes ikke, men både gener, psykiske tilstande, udbændthed og socialisering spiller ind.

Årsagen til et afhængighedsforhold af alkohol er multifaktoriel, dvs. et samspil af genetiske og miljømæssige faktorer. Forskning tyder dog på, at ca. 60 pct. af risikoen for at udvikle alkoholafhængighed skyldes genetiske faktorer. Derfor ser man ofte, at flere i samme familie bliver afhængige (18).

Noget tyder også på, at jo mere man drikker, og jo yngre man er, når man begynder, jo større er risikoen for at udvikle et skadeligt alkoholforbrug. Og jo mere eksponeret man er for alkohol, og jo mere accepteret og almindeligt det er at drikke alkohol i ens omgivelser, jo større sandsynlighed har man for at indtage skadelige mængder af alkohol (18).

I den forbindelse peger Anette Søgaard Nielsen bl.a. på, at Danmark har nogle kedelige rekorder, f.eks. europarekord i debutalder, ligesom vi er et af de lande i verden med færrest afholdsfolk:

Opfattelse af årsager

I en undersøgelse i 2011 blev danskerne spurgt ind til, hvilke årsager de mener kan ligge til grund for udvikling af alkoholafhængighed. Svarene fordelte sig således:

- Sociale problemer (88,8 pct.)
- Stoffer er afhængighedsskabende (81 pct.)
- Psykiske problemer (84,6 pct.)
- Omgangskreds, som bruger (78,7 pct.)
- Manglende selvkontrol (71,2 pct.)
- Arveligt/genetisk (46 pct.)
- Stor tilgængelighed (31,7 pct.)
- Prisbillighed (31,3 pct.)

Konklusionen er, at danskerne anser individbundne årsagsforklaringer (f.eks. manglende selvkontrol) som væsentlige forklaringer på overforbrug og kollektivt orienterede og statsligt foranstaltede tiltag (f.eks. regulering af pris og tilgængelighed) som mindre væsentlige faktorer.

(Kilde: 7)

”Vi er et af de få samfund, som har accepteret, at vild druk er en del af det at være ung, det ville man aldrig gøre i Sydeuropa. Og rammerne er meget vide i dag. Der er mange forskellige slags alkoholprodukter, og forældrene transporterer gladeligt børnene til og fra festerne.”

Samfundsskabt

Den kulturelle accept af alkohol dominerer også mere eller mindre ubevidst på Christiansborg, og det er problematisk, mener Anette Søgaard Nielsen:

”Jeg har aldrig mødt nogen, som har besluttet sig for at blive afhængige. Det er noget, der opstår over længere tid af forskellige årsager, og her mener jeg, at det er vigtigt, at vi som samfund ser i øjnene, at vi er med til at skabe nogle af de alkoholafhængige og ikke mindst begynder at gøre noget ved det.”

Hun stiller sig kritisk over for, at minimumsgrænsen for at købe alkohol er 15 år og ikke 18, eller helst 21, ligesom det stadig er tilladt at reklamere for alkohol:

”Der er mange ting, man kun skal indtage i begrænset omfang, f.eks. chokolade. Alkohol er og bliver farligt, og jeg er faktisk lidt fortørnet over, at folketingspolitikerne ikke har forbudt reklamer for alkohol ligesom for tobak. I Frankrig må man kun vise brandnavnet og ikke kæde det sammen med sociale ting, som f.eks. unge, der fester. Det er jo nærmest kutyme i danske reklamer.”

Alkohol ændrer hjernen

Endelig er det vigtigt at understrege, at alkoholafhængighed ikke skyldes

7

UDMELDINGER
OM ALKOHOL

”rygrad som en regnorm” (se også boksen ”Opfattelse af årsager”).

”Mange mennesker tror, at grunden til, at man bliver afhængig eller ikke kan stoppe igen, er manglende viljestyrke. Intet kunne være mere forkert, men holdningen er udbredt og kan påvirke sygeplejerskernes tilgang til alkoholafhængige uheldigt,” forklarer Anette Søgaard Nielsen.

Igennem de seneste 10-20 år er der blevet forsket mere i alkohol og andre stoffers påvirkning af hjernen (19). Kort fortalt påvirker alkohol biokemien i hjernen, og indtager man for meget alkohol i en længere periode, kan det medføre både biologiske og adfærdsmæssige forandringer. Alkoholafhængighed knytter sig især til signalstoffet dopamin og hjernens belønningssystem, som bl.a. styrer fødeindtagelse, seksuelle aktiviteter og sociale interaktioner og er af afgørende betydning for vores overlevelse. Alkoholens påvirkning af belønningssystemet kan på længere sigt skabe ubalance i hjernens signalstoffer, hvilket igen kan medføre abstinenser og mere eller mindre vedvarende afhængighed. De viljestyrede handlinger ”kapres”, og der kan man blive ude af stand til at kontrollere sit alkoholindtag. Og det tyder på, at nogle personers hjerner er anderledes følsomme over for alkohol end andres (20).

Den psykiske afhængighed er en snigende tilstand karakteriseret ved en trang til at fortsætte alkoholindtagelsen for at opnå velvære eller undgå ubehag.

”De ved simpelthen ikke, hvor de skal gøre af sig selv, hvis de ikke kan drikke,” forklarer Anette Søgaard Nielsen og tilføjer:

”Det er vigtigt, at sygeplejersker og andre fagpersoner har øje for, at en alkoholproblematik ikke er noget, man kommer sig over fra fredag til mandag. Genindlæggelser er naturlige og forventelige, alligevel skal man arbejde omsorgsfuldt og tålmodigt med patienten.” ●

Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred

Drik ikke alkohol for din sundheds skyld

Du har en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et maksimalt forbrug på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd

Du har en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol, hvis du drikker mere end 14/21 om ugen

Stop før fem genstande ved samme lejlighed

Er du gravid – undgå alkohol. Prøver du at blive gravid – undgå alkohol for en sikkerheds skyld

Er du ældre – vær særlig forsigtig med alkohol.

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Alkoholskader er dyrt for både helbred og omgivelser

Alkohol er i sin rene form et organisk opløsningsmiddel, som øger risikoen for en lang række fysiske, psykiske og sociale skader. Jo større forbrug, jo større risiko.

Fra tømmermænd til skrumpeliver, knoglebrud og depression. Selv om alkohol ofte forbindes med nydelse og glade stunder, er det i bund og grund et opløsningsmiddel, som påvirker både krop, psyke og omgivelser på kort og lang sigt (Figur 2 "Fysiske skader som følge af et stort alkoholforbrug" side 36).

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark, og hvert år dør omkring 3.000 danskere pga. alkohol som primær eller medvirkende årsag (21). Som tidligere beskrevet er alkohol et afhængighedsskabende stof, der påvirker næsten alle kroppens organer. Det er årsag til omkring 60 sygdomme og tilstande, herunder skader, sinds- og adfærdsmæssige lidelser, mave-tarm-lidelser, kræftsygdomme, lungesygdomme, muskel- og skeletsygdomme m.fl. (21). Og risikoen for skader og sygdom vokser i langt de fleste tilfælde proportionelt med mængden af alkohol, man indtager – jo større forbrug, jo større risiko for skader og sygdom.

Intenst og kort alkoholforbrug kan medføre såkaldt akutte virkninger og konsekvenser, som ofte varer kort tid, f.eks. tømmermænd. Alkoholforbrug over længere tid kan derimod medføre kroniske virkninger og konsekvenser, dvs. sygdomme og lidelser, der udvikler sig til kroniske lidelser over længere tid som f.eks. skrumpeliver og forskellige kræftsygdomme (19).

Restitution mulig

Der er individuelle forskelle på, hvordan kroppen nedbryder og skades af alkohol. Hvor et alkohol-

forbrug kan være uskadeligt for nogle, kan det omvendt være skadeligt for andre.

"Uanset hvor lidt alkohol, man drikker, løber man en helbredsmæssig risiko. I lægekredse er der dog konsensus om, at ganske lidt alkohol, højst et glas om dagen, reducerer risikoen for hjertesygdomme. Men er man f.eks. disponeret for leversygdomme eller kræft, kan selv et lille forbrug øge risikoen. Der er ingen eksakte sandheder. Det er det, der gør det så kompliceret," fremhæver Anette Søgaard Nielsen.

Foruden de skader og sygdomme, alkohol kan påføre den person, som drikker, kan et menneskes alkoholforbrug også have konsekvenser for omgivelserne, lige fra at spolere naboernes nattesøvn til de mere alvorlige som ødelagt parforhold, omsorgssvigt af børn, ulykker, kriminalitet, vold og drab.

Uanset om der er tale om akutte eller kroniske konsekvenser eller sygdomme, viser forskningen dog, at der selv for alkoholafhængige er fordele ved at nedsætte eller stoppe forbruget (se figur 2 side 36: "Fysiske skader som følge af et stort alkoholforbud").

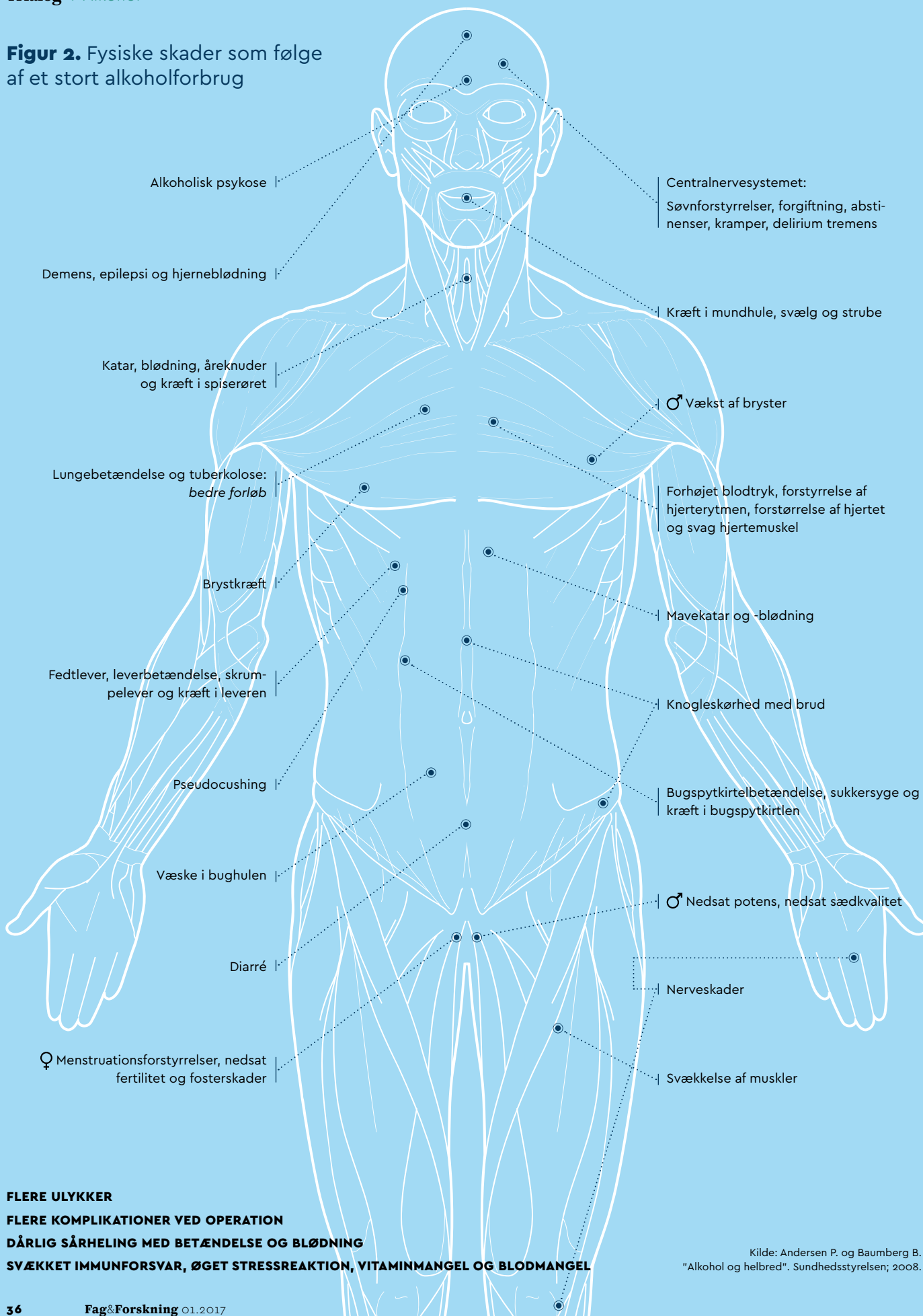
"Det er vigtigt at understrege, at når man stopper med at drikke, er der rigtig meget, der ændrer sig til det bedre inden for en overskuelig periode. Kroppen kan restituere sig fra langt de fleste alkoholskader, f.eks. depression eller for højt blodtryk, hvor kroppen ofte stabiliserer sig igen inden for 6-8 uger. Den psykologiske afhængighed kan have lidt længere perspektiver i forhold til restitution, og mange vil nok bære den med sig resten af livet som en af de få permanente skader," siger Anette Søgaard Nielsen. ●



Referencer

1. For publikationsliste søg "Anette Søgaard Nielsen" på <http://findresearcher.sdu.dk/portal/> under emnet "Find en forsker". 2. Brünés N, Elholm BS, Kappel N (red.). *Mennesker med alkoholproblemer. Baggrund, belastning, behandling*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd; 2015. 3. Mørck C. Sygepleje og afhængige patienter. *Klinisk Sygepleje* 2006;(4):41-9. 4. Sundhedsstyrelsen, KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning 2016. *Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3 - en registerbaseret analyse af kommunernes meromkostninger til overførselsindkomster, personlig og praktisk hjælp og andre støttende foranstaltninger*. 5. Hellum R, Bjerregaard L, Nielsen AS. Factors influencing whether nurses talk to somatic patients about their alcohol consumption. *Nordic studies on alcohol and drugs* 2016;(33):415-36. 6. Friis K, Ekholm O, Hundrup YA. Comparison of lifestyle and health among Danish nurses and the Danish female population: is it possible to generalize findings from nurses to the general female population? *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci* 2005;(19):361-7. 7. Becker U, Tolstrup JS (red.). *Alkohol - brug, konsekvenser og behandling*. København: Munksgaard; 2016. 8. Geirsson M, Bendtsen P, Spak F (2005). Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 388-93. doi:10.1093/alcalc/agh185 9. Järvinen M. *Det dårlige selskab. Misbrug, behandling, omsorg*. Forlaget Socpol, Holte; 1998. 10. Lindgaard H. *Familier med alkoholproblemer og deres børn - en sammenfatning*. Arbejdsnotat. TUBA Danmark. 2008. 11. *Alkoholstatistik 2015. Nationale data*. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut; 2015. 12. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*. Sundhedsstyrelsen; 2015. 13. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. *Danskernes sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2013*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen; 2014. 14. Hvidtfeldt UA, Hansen ABG, Grønæk M, Tolstrup JS. *Alkoholforbrug i Danmark: Kvantificering og karakteristisk af storforbrugere og afhængige*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2008:1-33. 15. Emiliussen J, Nielsen K, Nielsen AS. Why do some older adults start drinking excessively late in life? - results from an Interpretative Phenomenological Accepted, Study Journal: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017. 16. Andersen K, Bogenschutz MP, Bühringer G, Behrendt S, Bilberg R, Braun B, Ekstrøm CT, Forchimes A, Lizarraga C, Moyers TB, Nielsen AS. Outpatient treatment of Alcohol Use Disorders among subjects 60+ years. Design of a randomized controlled trial conducted in three countries (Elderly-study). *BMC Psychiatry* (2015) 15:280 DOI 10.1186/s12888-015-0672-x. 17. Emiliussen J. *Hvorfor begynder nogle at drikke sent i livet?* *Magasinet RUS*, 2017;1:18-9. 18. Pedersen MU. *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler*. Aarhus Universitetsforlag; 2005. 19. *Sundhedsstyrelsen 2008. Alkohol og helbred*. 20. Volkow N, Koob GF, McLellan AT. *Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction*. *New England Journal of Medicine* 2016;374:363-71. 21. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, Sørensen J, Juel K. *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen; 2016.

Figur 2. Fysiske skader som følge af et stort alkoholforbrug



FLERE ULYKKER

FLERE KOMPLIKATIONER VED OPERATION

DÅRLIG SÅRHELING MED BETÆNDELSE OG BLØDNING

SVÆKKET IMMUNFORSVAR, ØGET STRESSREAKTION, VITAMINMANGEL OG BLODMANGEL

Kilde: Andersen P. og Baumberg B. "Alkohol og helbred". Sundhedsstyrelsen; 2008.



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

- Faldforebyggelse:** Australsk undersøgelse om effekten af hospitalsbaseret faldforebyggelse har udløst international diskussion om værdien af screeninger.
- Patientoplevelser:** Beslutning om operation i ryggen kan betyde et positivt vendepunkt i livet for patienten, men kan efterfølgende udløse en oplevelse af utryghed i patientens tilværelse .
- Alkoholforbrug:** Sundhedspersonalets manglende viden kan være en barriere for, at sygeplejersken indleder en samtale med patienten om overforbrug af alkohol.
- Transition:** Erfarne sygeplejersker, som skifter fra sekundær til primær sektor, skal tilbydes støttende programmer for at fastholde dem og sikre, at kvaliteten i sundhedsvæsenet bliver øget.

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.



Mangel på evidensbaseret viden om at forebygge fald

Faldforebyggelse. Verdens hidtil største undersøgelse af et hospitalsbaseret faldforebyggelsesprogram har udløst international diskussion om nødvendigheden af systematisk faldscreening.



Barker AL, Morello RT, Wolfe R, Brand CA, Haines TP, Hill KD, Brauer SG, Botti M, Cumming RG, Livingston PM, Sherrington C, Zavarsek S, Lindley RI, Kamar J. **6-PACK programme to decrease fall injuries in acute hospitals: cluster randomised controlled trial.** BMJ 2016;352:h6781

Introduktion: Patientfald på hospitaler anses som en hændelse, der kan forebygges, og som hænger sammen med patientsikkerhed og kvalitet. I dag findes der ikke studier, der kan dokumentere, hvordan patientfald og faldskader på hospitaler kan reduceres effektivt. I Australien anses det såkaldte 6-pakkeprogram (6-PP) for "best practice" til reduktion af patientfald og faldskader. Formålet var at undersøge, om 6-PP kunne reducere antallet af fald og skader på afdelinger med akutte patienter.

Metode: Der er tale om et klyngerandomiseret kontrolleret forsøg på seks australske hospitaler, hvor 24 afdelinger er udvalgt. 12 af afdelingerne er tilfældigt udtrukket til at implementere 6-PP, mens de 12 kontrolafdelinger fortsætter med den almindelige pleje. 6-PP udføres af sygeplejersker og består af en risikovurdering efterfulgt af en sygeplejefaglig vurdering med udvælgelse af 1-6 interventioner. Interventionerne er bl.a. overvågning og tilgængelighed af ganghjælpemidler. Analyserne er foretaget ud fra deskriptiv statistik.

Resultater: Under den etårige forsøgsperiode blev der registreret 1.831 fald og 613 faldskader hos 31.411 individuelle patienter. Der blev ikke fundet forskel på antallet af fald eller faldskader mellem den gruppe, der havde implementeret 6-PP, og kontrolgruppen. Begge grupper faldscreenede og anvendte alle seks interventioner. En forskel var, at interventionsgruppen screenede alle patienter og anvendte interventioner fra 6-PP tre gange mere end i kontrolgruppen.

Diskussion: Denne undersøgelse er den største i verden, der har undersøgt effekten af et hospitalsbase-



Der blev ikke fundet forskel på antallet af fald eller faldskader mellem den gruppe, der havde implementeret 6-PP, og kontrolgruppen.

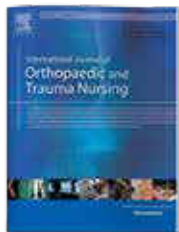
ret faldforebyggelsesprogram. Den supplerer andre studier, som påpeger, at der mangler evidensbaseret viden om effektive faldforebyggelsesprogrammer.

Konsekvenser for praksis: Undersøgelsen har skabt international diskussion om "best practice" samt om nødvendigheden af systematisk faldscreening på hospitalsniveau blandt eksperter. Der peges på, at resultaterne vil påvirke nogle landes nationale kliniske guidelines. Dette er særlig interessant i forhold til Danmark, hvor vi diskuterer, om dokumentation og screening foregår for systemets skyld, og diskuterer ineffektiv brug af ressourcer til unødvendig dokumentation. Efterfølgende kommentarer og editors på BMJ's hjemmeside peger på, at kultur og personalekompetencer er andre vigtige variable. For at løfte kvaliteten i praksis anbefales systematisk og målrettet undervisning i faldforebyggelse på præ- og postgraduat niveau. ●

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

Rygoperation – efter lindring følger utryghed

Patientoplevelser. Efter en stabiliserende rygoperation håber patienterne på færre smerter og et bedre liv, men paradoksalt nok kan operationen samtidig medføre en følelse af eksistentiel utryghed over fremtiden.



Damsgaard JB, Jørgensen LB, Norlyk A, Birkelund R. **Spinal fusion surgery: From relief to insecurity.** Int J Orthop Trauma Nurs. 2016 Jun 17. doi: 10.1016/j.ijotn.2016.06.001.

Introduktion: Rygsmerter beskrives som destruktive for både den fysiske og psykiske trivsel hos det enkelte menneske og dets familie. I beslutningsprocessen er operation frivillig, men den opleves alligevel som et nødvendigt valg. Vedholdende fysiske og psykiske problemer opstår både før og efter udskrivelse. I Danmark estimeres de samlede offentlige udgifter til pa-

tidspunkter i patientforløbet. Databearbejdning blev foretaget med inspiration af Paul Ricoeurs fortolkningsteori, der bestod af tre niveauer: Naiv læsning, strukturanalysen og kritisk fortolkning og diskussion. **Resultater:** Beslutningen om stivgørende rygoperation kunne føles som et vendepunkt for patienterne og gav håb om et normalt liv med flere ressourcer som forælder, partner, ven og kollega og ingen eller lette smerter.

Beslutningen om operation gav en kortvarig følelse af lettelse. Dog ændrede et liv med rygsmerter patienternes forståelse af sig selv. Som følge af dette kunne tilværelsen opleves som utryk, og der opstod lav selvfølelse og problemer med at finde meningen med livet.

Diskussion: I et kvalitativt studie fokuseres på at beskrive patienters oplevelser. Resultaterne kan betragtes som vejledende og kan overføres til andre lignende situationer.

Konsekvenser for praksis: Den danske undersøgelse peger på, at sygeplejersker bør være opmærksomme på, at det er afgørende at hjælpe patienter med at genfinde meningen med livet, at fokusere på deres livsverden og på, hvad der er vigtigt for dem. ●

● ● Beslutningen om operation gav en kortvarig følelse af lettelse. Dog ændrede et liv med rygsmerter patienternes forståelse af sig selv.

tienter med rygsmerter til 16,8 mio. kr. pr. år. Formålet med studiet var at undersøge patienters oplevelse af deres situation, fra beslutningen om stabiliserende rygoperation var taget og frem til hverdagslivet efter operation.

Metode: Studiet havde en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang og blev gennemført på et dansk hospital. 10 patienter blev interviewet 2-3 dage samt 10 måneder efter stivgørende rygoperation. Der blev desuden gennemført deltagerobservation på udvalgte

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

Sygeplejerskers usikkerhed influerer på alkoholsamtaler

Alkoholforbrug. Sygeplejerskers barrierer og fremmende faktorer i relation til at tale med patienter om alkohol blev identificeret til fire kategorier: Sygeplejersken, patienten, afdelingen og et projekt om alkoholscreening.



Hellum R, Bjerregaard L, Nielsen AS.

Factors influencing whether nurses talk to somatic patients about their alcohol consumption.

Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2016 sep. 29;33(4):415-36.

Introduktion: Mange danskere drikker så meget, at det er skadeligt for deres helbred. De er i risiko for at få følgesygdomme og blive indlagt på somatiske afdelinger. Litteraturen peger på, at plejepersonalet oplever barrierer i forhold til at tale med patienter om alkoholforbrug. Formål med studiet var at identificere potentielle faktorer, der havde indflydelse på, om sygeplejersker på somatiske afdelinger talte med patienter om alkoholforbrug.

Metode: En Grounded Theory-metode blev anvendt til at indsamle og analysere data i dette kvalitative studie. Der blev gennemført semi-strukturerede individuelle interview med syv sygeplejersker fra somatiske afdelinger på to danske hospitaler.

Resultater: Der blev fundet barrierer i forhold til sygeplejerskernes egne oplevelser af alkoholforbrug, sygeplejerskernes usikkerhed og mangel på viden. Barrierer i afdelingen viste sig ved manglende støtte fra lægerne, tidsmangel, beskyttelse af privatlivet, ungt personale og stor udskiftning af personale. Barrierer hos patienterne var dårlig fysisk og mental tilstand, unge patienter, ældre patienter, socioøkonomisk status, synligt alkoholproblem og patienternes modvilje i forhold til at tale om deres alkoholforbrug.

Fremmende faktorer for at tale med patienter om alkoholforbrug var, hvis sygeplejerskerne havde erfaring med alkoholrelaterede lidelser, hvis der var retningslinjer for screening i afdelingen, og hvis patienterne havde tydelige alkoholproblemer. Et alko-



Litteraturen peger på, at plejepersonalet oplever barrierer i forhold til at tale med patienter om alkoholforbrug.

holscreeningsprojekt viste sig at kunne være med til at nedbryde sygeplejerskernes barrierer.

Diskussion: Dette studie understøtter fund fra andre studier, som ligeledes har vist, at sundhedspersonalets manglende viden er en barriere for at indlede en samtale med en patient vedrørende alkoholforbruget.

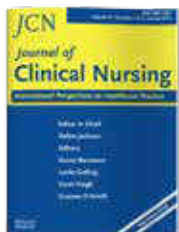
Konsekvenser for praksis: Den danske undersøgelse peger på, at sygeplejersker bør være ajourførte med viden om, hvilke skader et for stort alkoholforbrug kan medføre, samt hvilke behandlingsmuligheder der er i Danmark. ●

Læs også Trialog om konsekvenser af overforbrug af alkohol og sygeplejerskers rolle i forebyggelse og behandling side 20-37.

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

Garvede sygeplejersker får et realitetschok

Transition. Realitetschok hos erfarne sygeplejersker i overgangen mellem sektorer kan afhjælpes med forberedelse, undervisning og støtte.



Ashley C, Halcomb E, Brown A. **Transitioning from acute to primary health care nursing: an integrative review of the literature.** J Clin Nurs. 2016;25:2114-25. doi:10.1111/jocn.13185

Introduktion: Sundhedsvæsenet undergår for tiden en global forandring, hvor flere og flere akutte opgaver flyttes til primær sektor. De nye opgaveløsninger i det nære sundhedsvæsen fordrer derfor et stigende behov for dygtige sygeplejersker med erfaring fra akutsygeplejen. For at sikre høj kvalitet af behandling og pleje sættes der på rekruttering af erfarne sygeplejersker fra akutområdet. Desværre oplever mange erfarne og dygtige sygeplejersker ofte et realitetschok, når de skifter speciale, og de er vanskelige at fastholde.

Formålet er at undersøge erfarne sygeplejerskers oplevelse af overgangen fra sekundær til primær sektor gennem kritisk syntese af eksisterende viden på området.

Metode: Der er tale om et integrativt litteraturreview med tematisk analyse. Ud af 442 fundne artikler blev otte udvalgt efter særlige inklusions- og kvalitetskriterier.

Resultater: Der er tre væsentlige temaer.

1. Begrebsmæssig forståelse: Skiftet fra sekundær til primær sektor kan påvirke den professionelle identitet.
2. Rolletab og -gevinster: Manglende transfer af færdigheder og fortrolighed med den nye rolle som primærsygeplejerske versus nye muligheder for mere selvbestemmelse, empowerment og etablering af relationer med borgerne.
3. Barrierer og fordele: Undervisning og forberedelse til den ny rolle, udvikling af færdigheder samt organisatorisk og personlig støtte.

Diskussion: De stressfaktorer, som erfarne sygeplejersker oplever i skiftet fra sekundær til primær sektor, kan sammenlignes med det realitetschok, som nyuddannede sygeplejersker oplever i begyndelsen af deres karriere. Derfor er der risiko for, at de dygtige og erfarne sygeplejersker med viden om akut sygepleje forlader primær sektor igen, hvis de ikke ligesom de nyuddannede forberedes og støttes i deres nye rolle.

Konklusion: Erfarne sygeplejersker, som rekrutteres fra sekundær til primær sektor, bør støttes gennem kliniske og akademiske programmer for at sikre fastholdelse og øge kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Konsekvenser for praksis: Både sygeplejersker i klinikken, ledere og politiske beslutningstagere bør forstå disse oplevelser hos erfarne sygeplejersker i overgange mellem sektorer. Artiklen er relevant, fordi den stigende efterspørgsel på sygeplejersker med erfaring fra akutsygeplejen til opgaver i primær sektor også ses i Danmark. ☉

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

PATIENTER KAN HAVE GAVN AF ORALT ERNÆRINGSTILSKUD PÅ OPVÅGNINGSAFSNITTET

BAGGRUND. Historisk set har man rutinemæssigt anvendt nasogastrisk sonde efter gastrointestinal kirurgi indtil ophør af postoperativ ileus. Derfor er oral ernæring blevet udsat til efter seponering af den nasogastriske sonde. I de seneste 25 år er det dog påvist i flere studier, at tidligt oralt fødeindtag er sikkert, mens der er rejst tvivl om behovet for postoperativ brug af nasogastrisk sonde.

FORMÅL. At evaluere betydningen af at implementere tidlige orale ernæringstilskud på opvågningsafsnittet efter colonkirurgi.

Simpel intervention kan øge energi- og proteinbalancen



Colonkirurgi.

Tidlig oral tilførsel af ernæringstilskud på opvågningsafsnittet øger den akkumulerede energi- og proteinbalance signifikant.

METODE. Et randomiseret kontrolleret interventionsstudie, hvor patienter indlagt til elektiv colonkirurgi blev randomiseret til enten en gruppe, der modtog tidlig oralt ernæringstilskud eller en gruppe, der modtog traditionel behandling med vand eller saftvand på opvågningsafsnittet.

RESULTATER. På dag 2 efter operationen havde patienterne i gruppen, der modtog tidligt oralt ernæringstilskud, et højere samlet indtag af energi og protein sammenlignet med gruppen, der modtog traditionel behandling. Der var ingen signifikant forskel mellem grupperne mht. postoperativ forekomst af kvalme og opkastning, smerter, varighed af ophold på opvågningsafsnittet og behovet for en nasogastrisk sonde.

KONKLUSIONER.

Ernæringsforløbet for patienter, der gennemgår colonkirurgi, kan forbedres ved at implementere tidligt oralt ernæringstilskud på opvågningsafsnittet.

I

Introduktion

Historisk set har man rutinemæssigt anvendt nasogastrisk sonde efter gastrointestinal kirurgi indtil ophør af postoperativ ileus, hvorfor oral ernæring er blevet udsat til efter seponering af den nasogastriske sonde.

I de seneste 25 år er det dog påvist i flere studier, at tidligt oralt fødeindtag er sikkert, mens der er rejst tvivl om behovet for postoperativ brug af nasogastrisk sonde (1-13). Tidligt oralt fødeindtag kan tåles selv umiddelbart efter anæstesi og har vist sig at reducere varigheden af forbigående postoperativ ileus og øge evnen til at spise og drikke (14-18).

I nogle få studier er der fundet en tendens til øget incidens af postoperativ kvalme og opkastning (PONV, postoperative nausea and vomiting), men ingen øget risiko for svære komplikationer såsom anastomoselækage (12,17,19-24). Det er evident, at et ernæringsregime, som inkluderer tidligt oralt ernæringstilskud, øger det samlede indtag af energi og protein, understøtter en positiv nitrogenbalance under hospitalsindlæggelse og har en positiv indvirkning på postoperative komplikationer og restitution (25-29).

I Danmark er det almindelig praksis at give patienten vand og saftvand på opvågningsafsnittet, men ingen ernæringstilskud (30). Hvis sygeplejersker ændrer deres praksis og fuldt ud implementerer "fast track"-principperne, så orale ernæringstilskud allerede gives på opvågningsafsnittet, er det måske muligt at øge energi- og proteinbalancen efter colonkirurgi, så der opnås en forbedret kvalitet af den ernæringsmæssige pleje. En barriere for ændring af denne praksis kunne være den enkelte sygeplejerskes opfattelse af patientens evne til at tåle og kunne lide ernæringstilskud (31) eller bekymring for, at tidligt oralt ernæringstilskud vil øge incidensen af PONV.

FORFATTERE



LOUISE BANG GRODE

MScPH, BA, RN. Uddannet sygeplejerske i 1995 ved Bispebjerg Sygeplejeskole. 2002-2008 BA og kandidat i Folkesundhedsvidenskab (cand.scient.san.publ.) ved Syddansk Universitet. Tidligere udviklingssygeplejerske gennem seks år ved Anæstesiologisk Afdeling, Hospitalsenheden Horsens, hvorfra nærværende projekt er udgået. Fra 2014 ph.d.-studerende ved Medicinsk Afdeling, Hospitalsenheden Horsens, og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Forskningsfeltet er den autoimmune sygdom cøliaki (glutenintolerance), sygdommens epidemiologi i Danmark og sammenhænge med reproduktion.

louise.grode@horsens.rm.dk



ANETTE SØGAARD

MScN, RN. Uddannet sygeplejerske i 2000, suppleringsuddannelse 2003, cand.cur. fra Aarhus Universitet i 2008. Har desuden et diplommodul "Innovation - fra strategi til praksis" fra 2012. Ansat som udviklingsygeplejerske ved Kirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Horsens.

På trods af at fast track-protokoller kun langsomt vinder indpas på verdensplan, baserer flere europæiske lande såsom Holland, Tyskland, Sverige og Danmark deres plejepraksis på fast track-principper for postoperativ oral ernæring (10,17,27,32-35).

Indlæggelsesperioden for patienter, som følger en fast track-protokol, er kortere og mere koncentreret. Patienter, som skal gennemgå elektiv colonkirurgi, faster fra fast føde i op til 30 timer før operationen pga. udrensning af tarmen (24 timer før operationen), faste inden anæstesi (seks timer før operationen) og forsinkelser. Medmindre kirurgen træffer et andet valg, har sygeplejersker ansvaret for beslutninger vedrørende patienternes individuelle ernæringsregime, når blot det er i overensstemmelse med fast track-protokollen.

Eftersom indlæggelsesforløbet er accelereret, og varigheden af opholdet (LoS – length of stay) på hospitalet er afkortet, er der mindre tid til at vejlede patienterne i at vælge den rette postoperative kost og give dem anbefalinger om indtag af energi og proteiner. Derfor er det meget vigtigt, at sygeplejerskerne udnytter alle muligheder for at optimere ernæringsplejen.

Formålet med dette studie var at evaluere effekten af tidligt oralt ernæringstilskud på opvågningsafsnittet efter colonkirurgi.

M

Metoder

Dette prospektive, randomiserede, kontrollerede studie blev designet til at evaluere betydningen af at implementere en systematisk ernæringsintervention. Patienter over 18 år, som skulle have foretaget elektiv

åben eller laparoskopisk colonresektion i henhold til den multimodale fast track-protokol på en kirurgisk afdeling på et dansk undervisningshospital fra november 2010 til januar 2012, var egnede til at

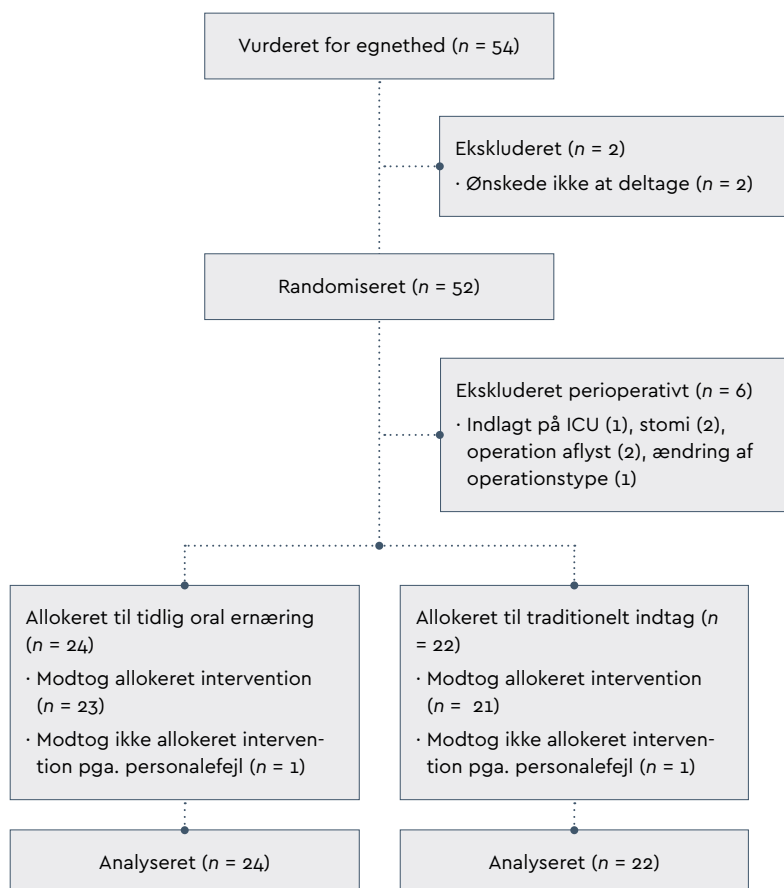
deltage. Resektioner under sigmoideum blev udelukket. Patienterne blev tilfældigt allokateret til de to studiegrupper ved anvendelse af 52 forseglede uigennemsigtige kuverter, der afgjorde, om den enkelte patient skulle i gruppen med tidlig ernæring, som skulle modtage den nye intervention med tidlig oral ernæring på opvågningsafsnittet, eller i gruppen med traditionelt indtag, som skulle modtage traditionel ernæring på opvågningsafsnittet.

Randomiseringen blev udført på indlæggelsesdagen af en af de to investigatore. Deltagerne blev ikke straks informeret om, hvilken gruppe de var allokateret til. Det fandt de ud af på opvågningsafsnittet ud fra, om opvågnings-sygeplejersken tilbød dem ernæringstilskud eller ej.

Der blev i alt randomiseret 52 patienter, hvoraf 44 modtog den allokaterede intervention, heraf 23 i gruppen med tidlig ernæring og 21 i gruppen med traditionelt indtag. Figur 1 viser patientflowet gennem studiet.

En deltager i hver studiegruppe modtog den forkerte intervention, men data blev analyseret som tilhørende den studiegruppe, deltagerne oprindeligt var blevet randomiseret til (36). Årsagen til manglende data blev vurderet til at være "missing completely at random" (dvs. helt uafhængige af patientkarakteristika eller behandling) og i alle tilfælde forårsaget af personalets manglende registrering af data (37). Antallet af deltagere, som blev inkluderet i hver analyse, fremgår af tabellerne og figurerne.

Figur 1. Patientflow gennem studiet. ICU = Intensivafsnit



Primært mål for resultatet

Det primære resultatmål var den akkumulerede energi- og proteinbalance på dag 2 efter operationen. Dette blev beregnet som det samlede energi- (kilojoule, kJ) og proteinindtag (gram, g) i forhold til patienternes estimerede energi- og proteinbehov (skala baseret på kropsvægt og aktivitet, se tabel 1).

Vi beregnede indtaget fra og med 24 timer på operationsdagen (inklusive postoperativ intravenøs væske (i.v.-væske)) til og med dag 2 efter operationen. Vi akkumulerede energi- og proteinindtaget på dag 2 efter operationen (72 timer, inklusive postoperativ i.v.-væske). Vi trak energi og protein fra interventionen (1.280 kJ og 8 g protein i den saftbaserede næringsdrik med højt proteinindhold til oralt indtag) fra det akkumulerede resultat for gruppen med tidlig ernæring for at eliminere den direkte effekt af interventionen. Alle akkumulerede resultater er derfor uafhængige af energi- og proteinindtaget fra interventionsdrikken. De sekundære resultatmål var nasogastrisk sonde fra operationsdagen til og med slutningen af dag 3, PONV på opvågningsafsnittet, smerter på opvågningsafsnittet (målt ved hjælp af en numerisk rangskala), LoS på opvågningsafsnit-

tet (målt i minutter) og udskrivning på dag 3 efter operationen (96 timer).

Vurdering af egnethed

Alle patienterne fulgte hospitalets multimodale fast track-protokol, som tillod patienterne frit oralt indtag af væske umiddelbart efter operationen på opvågning.

Ved ankomsten til opvågningsafsnittet vurderede opvågningssygeplejersken alle de patienter, der deltog i studiet for at afgøre, om de stadig var egnede til frit oralt indtag af væske (f.eks. ingen ikke-planlagte interventioner under operationen, som medførte begrænsning af ernæringsregimet), og i givet fald blev patienterne i interventionsgruppen tilbudt en saftbaseret ernæringsdrik med højt proteinindhold inden for 30 minutter efter ankomst til opvågningsafsnittet (200 ml Nutricia, Nutridrink Juicy Style, som indeholdt i alt 1.280 kJ og 8 g protein). Sygeplejersken hjalp patienten med at drikke og opfordrede patienten til at drikke 200 ml inden for den første time. Det nøjagtige indtag af ernæringsdrikken blev målt i milliliter. Patienten kunne samtidig også få serveret vand eller saftvand. Kontrolgruppen blev kun tilbudt vand og saftvand på opvågningsafsnittet.

Alt oralt indtag og administreret i.v.-væske på opvågningsafsnittet blev rutinemæssigt dokumenteret, og som del af studiet blev energi- og proteinindholdet beregnet. Tilbage på den kirurgiske afdeling modtog begge grupper standardbehandling i henhold til hospitalets fast track-protokol. Alt oralt indtag og administreret i.v.-væske blev løbende registreret. Energi- og proteinindholdet blev beregnet ved anvendelse af hospitalets tabeller over føde- og drikkevarers standardsammensætning. Plejepersonalet anvender rutinemæssigt hospitalets tabeller over føde- og drikkevarers standardsammensætning samt billederne af portionsstørrelser med nøjagtigt energi- og proteinindhold. Der var ikke behov for ekstra oplæring, da hele studiepersonalet allerede var fortrolige med denne rutine.

Generelt om ernæring

– før og efter colonkirurgi

Behandling og pleje er standardiseret for patienter, som får foretaget elektiv colonresektion i henhold til hospitalets fast track-protokol for colonresektion (38). Denne protokol specificerer forberedelse af tarmen, anvendelse af orale ernæringstilskud under indlæggelsen, smertestillende behandling og planlagt udskrivning på dag 3 efter operationen. Alle patienter opfordres til at drikke 500 ml ernæringsdrik med højt proteinindhold dagligt fra operationsdagen og frem til udskrivning. Alle patienter må indtage væske oralt, så snart de vågner efter operationen, og der tillades stigende mængder af fast føde, når

Tabel 1. Estimerede energi- og proteinbehov for patienter pr. dag

Vægt (Kg)	Slet ikke mobiliseret		Mobiliseret ud af sengen	
	Energi (KJ)	Protein (g)	Energi (KJ)	Protein (g)
90	9.000	95	10.000	105
85				
80	8.000	85	9.000	95
75				
70	7.000	75	8.000	85
65				
60	6.000	65	7.000	75
55				
50	5.000	55	6.000	65
45				
40				

Tilpasset med tilladelse fra Sundhedsstyrelsen.

de vurderes at være stabile (under hensyntagen til risikoen for reoperation under generel anæstesi).

Traditionelt set har hospitalsplejen ikke konsekvent omfattet tilbuddet om oralt ernæringstilskud på opvågningsafsnittet. Ifølge et retrospektivt studie med analyse af 314 journaler fra en blandet population af operationspatienter, som var indlagt på opvågningsafsnittet, modtog mindre end 2 pct. af dem oralt ernæringstilskud under deres ophold på dette afsnit (39). Patienterne skulle drikke 500 ml ernæringsdrik med højt proteinindhold på operationsdagen, men traditionelt blev den første drik tilbudt, når patienten var tilbage på kirurgisk afdeling efter udskrivning fra opvågningsafsnittet.

Studie godkendt af Datatilsynet

Studiet blev godkendt af Datatilsynet (journalnummer 2007-58-0010). Der blev indhentet mundtligt og skriftligt informeret samtykke fra alle patienter, som deltog i evalueringen af den systematiske ernæringsintervention.

52 patienter udvalgt til studiet

Populationsstørrelsen blev bestemt ved hjælp af en styrkeberegning. For at kunne påvise en forskel på 2.000 kJ i samlet energiindtag på operationsdagen med en sandsynlighed på 90 pct. ved et statistisk signifikansniveau på 5 pct. ville en samlet studiepopulation på minimum 42 være tilstrækkelig. For at give mulighed for frafald blev der randomiseret 52 patienter.

Kontinuerede numeriske variabler er præsenteret som medianer (min./maks.). Der blev anvendt t-test for at undersøge forskelle mellem de to studiegrupper. Antagelser om normalitet blev undersøgt ved hjælp af QQ-plot. Kategoriske variabler er præsenteret



teret som antal og procenter, og der blev anvendt Fishers exact test til at undersøge forskelle mellem grupperne. Al statistisk vurdering var tosidet, og P-værdier under 0,05 blev anset for statistisk signifikante. Dataanalyser blev udført ved anvendelse af SPSS, version 18 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

R Resultater

Der blev i alt inkluderet 46 deltagere, heraf 24 i interventionsgruppen med tidlig ernæring og 22 i kontrolgruppen med traditionelt indtag. Tabel 2 viser de demografiske karakteristika og operationskarakteristikaene for deltagerne ved baseline. Der er ingen signifikant forskel mellem studiegrupperne for grundlæggende demografiske karakteristika og operationskarakteristika.

Den akkumulerede energi- og proteinbalance, se tabel 3 side 48, i de to studiegrupper blev sammenlignet. I kontrolgruppen var medianen for den akkumulerede energibalancen på dag 2 efter operationen 51,8 pct., og i gruppen med tidlig ernæring var den 69,2 pct. (P = 0,019). I kontrolgruppen var medianen for den akkumulerede proteinbalance på dag 2 efter operationen 43,6 pct., og i gruppen med tidlig ernæring var den 62,4 pct. (P = 0,015).

Figur 2 og 3 viser individuelle plots af patienternes akkumulerede energi- og proteinbalance efter dag 2 efter operationen. Medianen for henholdsvis energi- og proteinbalancen for hver enkelt dag er vist i figur 4 og 5 side 49 (dag 3 efter operationen er inkluderet, selvom der var færre data til rådighed til den beregning, fordi ni patienter var blevet udskrevet fra hospitalet). Figur 4 viser, at medianen for energibalancen selv på dag 3 stadig er højere i gruppen med tidlig ernæring end i gruppen med

Tabel 2. Demografiske karakteristika og operationskarakteristika

Patientkarakteristika	Tidlig ernæring (n=24), n (pct.)	Traditionelt indtag (n=22), n (pct.)	P-værdi
Alder, år/interval	65 (46-85)	67,5 (50-88)	0,795
Mand/Kvinde	15 (62,5)/9 (37,5)	8 (36,3)/14 (58,3)	0,139
Body Mass Index	24,0 (19-31)	26,5 (18-36)	0,141
ASA			
I	6 (25)	2 (9,1)	0,542
II	15 (62,5)	16 (72,7)	
III	2 (8,3)	3 (13,6)	
IV	1 (4,2)	1 (4,6)	
Rygning			
Ja	5 (20,5)	4 (18,2)	0,821
Nej	19 (79,2)	18 (81,8)	
Kirurgisk operationsmåde			
Åben	15 (62,5)	9 (40,9)	0,237
Laparoskopisk	9 (37,5)	13 (59,1)	
Kirurgi (resektion)			
Højre colon	10 (41,7)	11 (50)	0,260
Venstre colon	3 (12,5)	3 (13,6)	
Transversum	4 (16,7)	0	
Sigmoideum	6 (25)	8 (36,4)	
Andet	1 (4,2)	0	

Dataene er udtrykt som median (min./maks.) eller antal (pct.), hvor det er relevant. Tabellen viser demografiske karakteristika og operationskarakteristika for studiedeltagerne ved baseline. **ASA:** American Society of Anaesthesiologists.

traditionelt indtag. For proteinbalancen (figur 5) var der ingen forskel mellem de to grupper på dag 3.

For at belyse de sekundære resultatmål blev der foretaget en sammenligning mellem de to studiegrupper af incidensen af PONV på opvågningsafsnittet, anvendelse af nasogastrisk sonde fra operationsdagen til og med slutningen af dag 3 efter operationen, smerter på opvågningsafsnittet, LoS på opvågningsafsnittet og udskrivning på dag 3 (tabel 3). I gruppen med traditionelt indtag oplevede 50 pct. af patienterne PONV, og i gruppen med tidlig ernæring oplevede 39,1 pct. PONV ($P = 0,554$). I gruppen med traditionelt indtag var der ingen patienter, som havde behov for nasogastrisk sonde fra operationsdagen til og med dag 3 efter operationen. I gruppen med tidlig ernæring var behovet ingen på operationsdagen, men en patient på dag 2 efter operationen og to patienter på dag 3 efter operationen. Der havde været behov for nasogastrisk sonde hos 12,5 pct. ($n = 3$) af patienterne i gruppen med tidlig ernæring sammenlignet med 0 i gruppen med traditionelt indtag. Denne forskel var ikke statistisk signifikant ($P = 0,235$). For smerter på opvågningsafsnittet, LoS på opvågningsafsnittet og udskrivning på dag 3 blev der ikke fundet signifikante forskelle mellem grupperne.

D

Diskussion

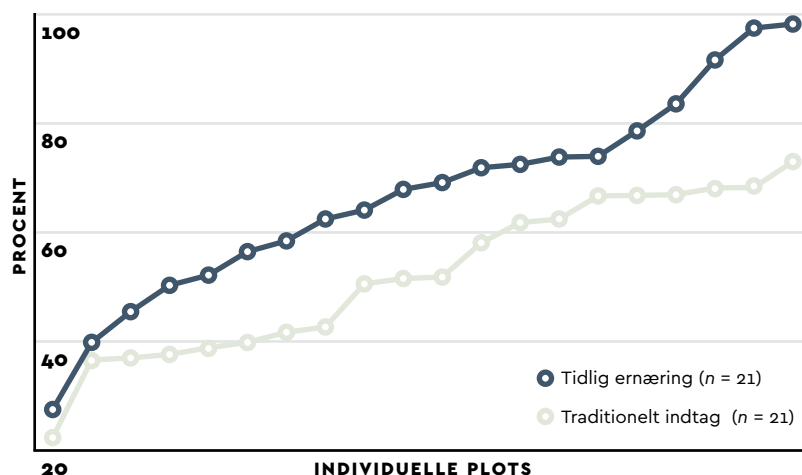
Hensigten med multimodale fast track-protokoller er at fremme restitution og afkorte hospitalsopholdet. Et dedikeret professionelt team er en forudsætning for at få succes med multimodale fast track-protokoller. Hospitals-

opholdet afkortes, og det kræver, at det professionelle team fokuserer på, hvordan de kan optimere ethvert aspekt af de mange regimer. Ernæringsregimet er centralt for patienter, som gennemgår gastrointestinal kirurgi, og ernæringen er ofte et sygeplejersvar inden for rammerne af fast track-protokollen.

Formålet med dette studie var at evaluere betydningen af at implementere en systematisk intervention med tidligt oralt ernæringstilskud på opvågningsafsnittet. Resultaterne viser, at tidlig oral tilførsel af ernæringstilskud på opvågningsafsnittet øger den akkumulerede energi- og proteinbalance signifikant målt efter dag 2 efter operationen (selv når energi og protein fra interventionen er fratrukket), mens der ikke blev observeret en signifikant stigning i incidensen af PONV eller anvendelse af nasogastrisk sonde efter dag 3 efter operationen.

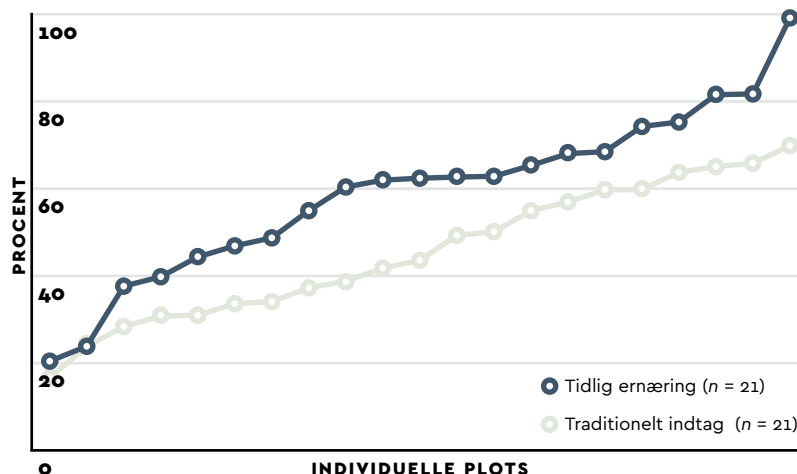
Tre patienter fra gruppen med tidlig ernæring fik behov for en nasogastrisk sonde, og det skal overvejes, om der er en sammenhæng med anvendelsen af tidlig ernæring. Alle tre patienter fik anlagt sonden mindst 48 timer efter operationen, og ingen af patienterne

Figur 2. Akkumuleret energibalace dag 2 efter operation



Figuren viser den akkumulerede energibalace på dag 2 efter operationen efter fratækning af intervention.

Figur 3. Akkumuleret proteinbalance dag 2 efter operationen



Figuren viser den akkumulerede proteinbalance på dag 2 efter operationen efter fratækning af intervention.

terne havde begrænsninger i deres kost inden sondeanlæggelsen. Alle tre patienter havde været i stand til at drikke og spise fast føde 48 timer efter den tidlige ernæring. Ingen af de tre patienter blev udskrevet på dag 3 efter operationen. I forhold til den traditionelle gruppe var der imidlertid ingen statistisk signifikant forskel i udskrivningen på dag 3 efter operationen. Vi påviste, at de patienter, som modtog tidlig ernæring, faktisk indtog signifikant mere energi pr. kg pr. dag i dagene efter operationen.

Figur 6 side 49 viser, at selv på dag 2 efter operationen (ikke akkumuleret og ikke direkte afhængigt af dagen for interventionen) var energiindtaget pr. kg højere for patienter i gruppen med tidlig ernæring. Dette indikerer, at ændring af praksis til at servere

200 ml ernæringsdrik med højt protein- og energiindhold tidligt efter en operation kan påvirke den enkelte patients ernæringsforløb signifikant – ikke alene på dagen for interventionen, men også som en effekt, der opretholdes flere dage efter operationen. Det er klart, at effekten af interventionen er en kombination af ernæringstilskud og opvågnings-sygeplejerskernes fokus på patientens ernæringsregime. Derfor kan en del af forklaringen være en psykologisk faktor – patienterne bliver mere opmærksomme på deres ernæringsforløb under hospitalsopholdet. En anden faktor, som kan bidrage til den akkumulerede effekt af interventionen, kunne være hurtigere ophør af forbigående postoperativ ileus, men vi foretog ikke registrering af afføring.

Uopnåeligt under korte indlæggelser

Det blev i dette studie konstateret, at meget få patienter nåede en energi- og proteinbalance på 100 pct., hvilket indikerer, at patienterne blev delvist underernæret under indlæggelsen. En ernæringsbalance på 100 pct. kan dog være uopnåelig under korte indlæggelser. Tidlig oral ernæring på opvågningsafsnittet er ét element til forbedring af ernæringsforløbet, men det er ikke nok. Sygeplejerskerne skal indføre yderligere interventioner som f.eks. at fokusere på at afkorte den præoperative faste, strukturere præoperativ undervisning til patienterne om ernæring og inddrage de pårørende mere.

Til trods for randomisering ser det ud til, at fordelingen af kirurgiske operationsmetoder i de to

studiegrupper er uensartet – dog uden at dette er statistisk signifikant. Det kan tænkes, at der kunne være en sammenhæng mellem evnen til at indtage tidlig oral ernæring og kirurgisk operationsmetode.

Der er offentliggjort nogle få studier med varierende resultater om restitution efter laparoskopisk vs. åben kirurgi ved coloncancer. Basse et al. (40) fandt, at funktionel restitution indtraf hurtigt med en fast track-protokol, og der var ingen forskel mellem åben og laparoskopisk kirurgi. King et al. (41) og Feroci et al. (42) fandt, at de kortsigtede resultater var bedre efter laparoskopisk kirurgi med hensyn til tidlig kosttolerance, postoperative komplikationer og reduceret hospitalsophold. Hypotesen bag disse studier var, at minimal invasiv kirurgi fører til fordele, såsom reduktion i de postoperative smerter og ileus. Vores studie har ikke teststyrke til at undersøge denne forbindelse. Der er behov for yderligere veltilrettelagte studier med fokus på dette aspekt (43).

Begrænsninger for studiet

Til beregning af den estimerede energi- og proteinbalance anvendte vi de danske nationale retningslinjer for ernæring til indlagte patienter (44). Dette estimat tager kun højde for vægt og aktivitet (inaktiv eller mobiliseret ud af sengen) – ikke for temperaturen. Det estimerede forbrug i retningslinjerne kan være over- eller undervurderet.

I litteraturen har der været anvendt forskellige ligninger til estimering af energiforbrug. I de danske

Tabel 3. Sammenligning af primære og sekundære resultatmål

Resultatmål	Tidlig oral ernæring	Traditionelt indtag	P-værdi
Energibalance pct. Akkumuleret på dag 2 efter operationen (intervention fratrukket)	69,2 (27,5-101,9)	51,8 (22,4-100,0)	0,019
Proteinbalance pct. Akkumuleret på dag 2 efter operationen (intervention fratrukket)	62,4 (20,4-99,9)	43,6 (16,6-69,9)	0,015
Gennemsnitligt energiindtag pr. kg pr. dag (3 dage; g; intervention fratrukket)	77,5 (27,9-125,4)	58,8 (31,1-125,5)	0,024
Gennemsnitligt proteinindtag pr. kg pr. dag (3 dage; kJ; intervention fratrukket)	0,74 (0,22-1,22)	0,51 (0,25-0,95)	0,018
Smertescore, ankomst til opvågningen	5,0 (0-10)	1,5 (0-10)	0,602
Smertescore, maks. i opvågningen	6,0 (0-10)	5,0 (0-10)	0,751
PONV på opvågningsafsnit	9 (39,1 pct.)	11 (50 pct.)	0,554
Nasogastrisk sonde Operationsdagen: Dag 3 efter operationen:	0 3 (12,5 pct.)	0 0 pct.	0,235
LoS på opvågningsafsnit (min.)	220 (90-470)	225 (130-370)	0,494
Udskrevet på dag 3 efter operationen	6 (25 pct.)	3 (13,6 pct.)	0,460

Dataene er præsenteret som median (min./maks.) eller antal (pct.) og P-værdier (for energi- og proteinbalance P-værdier). Tabellen viser en sammenligning af primære resultatmål (energi- og proteinbalance) og sekundære resultatmål (PONV, nasogastrisk sonde, udskrivelse, smertescore og LoS på opvågningsafsnittet).

PONV: Postoperativ kvalme og opkastning (postoperative nausea and vomiting), **LoS:** Varighed af opholdet (length of stay).

nationale retningslinjer for ernæring fra 2009 (44) er det estimeret, at en normal midaldrende mobiliseret patient har behov for 100-120 kJ/kg/dag. Reid (45) konkluderer, at patienternes energibehov efter abdominalkirurgi vil blive opfyldt med 60-70 kJ/kg/dag.

Med den almindeligt anvendte Harrison-Benedict-ligning, som er baseret på køn, BMI og alder, er estimeret for mænd (60 år, 70 kg, 175 cm, inaktive) ca. 110 kJ/kg/dag (46). Ifølge Boullata et al. (46) er Harrison-Benedict-ligningen den mest nøjagtige ligning ud af syv evaluerede ligninger. Her viste det estimerede energiforbrug sig dog alligevel unøjagtigt for 39 pct. af de indlagte patienter. I vores studie var det gennemsnitlige energiindtag pr. kg pr. dag (3 dage) 77,5 kJ/kg/dag i gruppen med tidlig ernæring og 58,8 kJ/kg/dag i gruppen med traditionelt indtag (P = 0,024). Uanset hvilke estimater vi anvender, havde vores deltagere i gruppen med traditionelt indtag et lavt energiindtag pr. kg pr. dag, og selv gruppen med tidlig ernæring lå lavt ifølge nogle af de ligninger, der anvendes til estimering.

Interventionen med tidlig ernæring omfattede også overvågningssygeplejerskens støtte til patienten. Interaktionen mellem patient og sygeplejerske kunne i sig selv få patienten til at øge sit orale indtag i den postoperative periode.

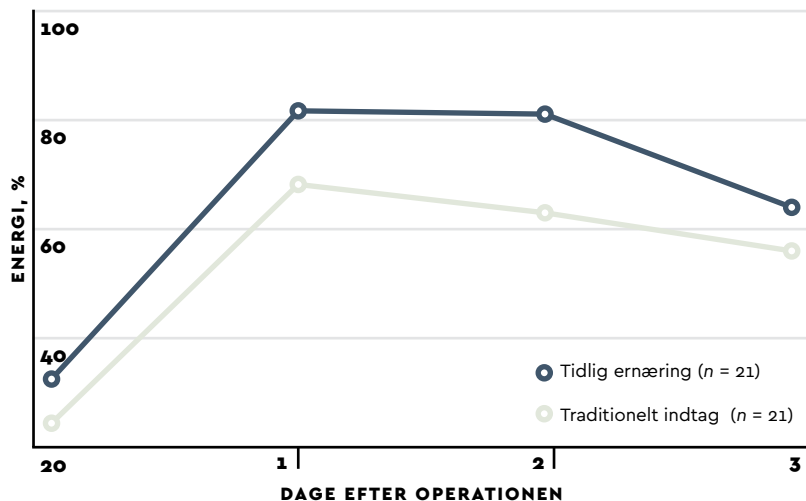
Plejepersonalet dokumenterede

Observation og registrering af det daglige orale indtag under indlæggelse blev rutinemæssigt dokumenteret af plejepersonalet, og nogle data manglede som følge af personalets manglende registrering af det faktiske indtag. Det, at mængden af oralt indtag var baseret på skøn (personalet gjorde brug af billeder af standard-portionsstørrelser), kan også have ført til unøjagtige estimater af energi- og proteinindtag. Eftersom dette er et lille studie, vil det være relevant at bekræfte vores resultater i andre og større studier.

Simpel intervention øger energi- og proteinbalancen

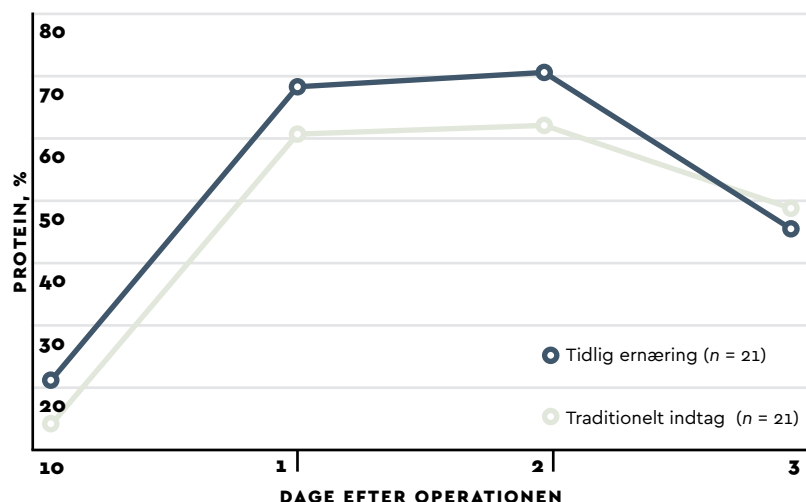
Denne evaluering har vist, at implementering af en simpel intervention, som omfatter oralt ernæringstilskud på opvågningsafsnittet umiddelbart efter colonkirurgi, øger energi- og proteinbalancen i flere dage efter operationen. Patienterne tålte tidlig ernæring godt, og vi fandt ingen indlysende grunde til ikke at udnytte tiden på opvågningsafsnittet med hensyn til at forbedre ernæringsforløbet for den kirurgiske patient. Generelt viser vores evaluering, at mange patienter har en lav energi- og proteinbalance selv efter dag 2 efter operationen. Dette øger behovet for, at sygeplejersker udvikler evidensbaserede systematiske strategier, der optimerer patienternes ernæringsforløb under indlæggelse. Der bør iværksættes et større randomiseret kontrolleret studie med henblik på bekræftelse af vores resultater. ©

Figur 4. Median for energibalancen



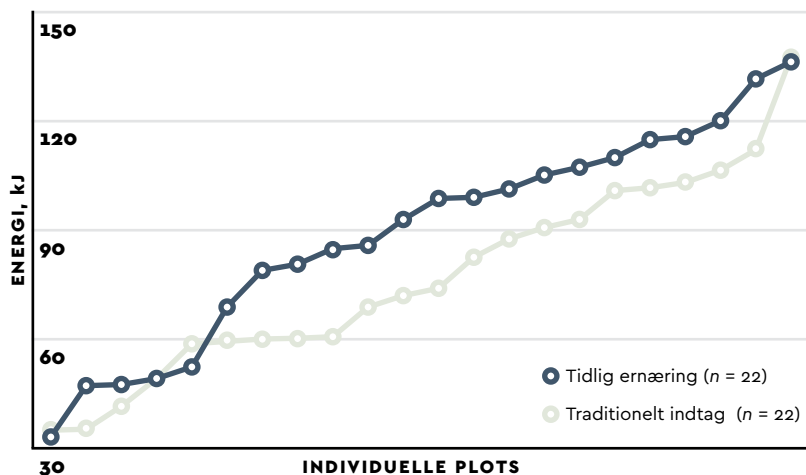
Figuren viser median for energibalancen efter fratrækning af intervention.

Figur 5. Median for proteinbalancen



Figuren viser median for proteinbalancen efter fratrækning af intervention.

Figur 6. Energiindtag pr. kg dag 2 efter operation



Figuren viser energiindtaget pr. kg på dag 2 efter operation.

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.

Referencer

1. Wara P, Hessov I. Nutritional intake after colorectal surgery: A comparison of traditional and a new post-operative regimen. *Clin Nutr.* 1985;(4):225-8.
2. Bufo AJ, Feldman S, Daniels GA, Liberman RC. Early post-operative feeding. *Dis Colon Rectum.* 1994;(37):1260-5.
3. Vermeulen H, Storm-Versloot MN, Busch ORC, Ubbink DC. Nasogastric intubation after abdominal surgery—A meta-analysis of recent literature. *Arch Surg.* 2006;(141):307-14.
4. Nelson R, Tse B, Edwards S. Systematic review of prophylactic nasogastric decompression after abdominal operations. *Br J Surg.* 2005;(92):673-80.
5. Lassen K, Hannemann P, Ljungquist O et al. Patterns in current perioperative practice: Survey of colorectal surgeons in five northern European countries. *BMJ.* 2005;330:1420-1.
6. Reissman P, Teoh TA, Cohen SM, Weiss EG, Nogueras JJ, Wexner SD. Is early oral feeding safe after elective colorectal surgery: A prospective randomized trial. *Ann Surg.* 1995;222:73-7.
7. Suehiro T, Matsumata T, Shikada Y, Sugimachi K. Accelerated rehabilitation with early postoperative oral feeding following gastrectomy. *Hepatogastroenterology.* 2004;(51):1852-5.
8. Dominioni L, Rovera F, Pericelli A, Imperatori A. The rationale of early enteral nutrition. Review. *Acta Biomed.* 2003;(74):41-4.
9. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Topley ST. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: Systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMJ.* 2001;(323):773-6.
10. Maessen JM, Hoff C, Jottard K, et al. To eat or not to eat: Facilitating early oral intake after elective colonic surgery in the Netherlands. *Clin Nutr.* 2009;(28):29-33.
11. Minig L, Biffi R, Zanagnolo V et al. Early oral versus "traditional" postoperative feeding in gynecologic oncology patients undergoing intestinal resection: A randomized controlled trial. *Ann Surg Oncol.* 2009;(16):1660-8.
12. Ng WQ, Neil J. Evidence for early oral feeding of patients after elective open colorectal surgery: A literature review. *J Clin Nurs.* 2006;(15):696-709.
13. Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, van Laarhoven CJHM. Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery (review). *Cochrane Database Syst Rev*; CD007635, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007635.pub2>;2011.
14. Shah JN, Maharjan SB, Manandhar K et al. Early feeding and discontinuation of intravenous fluid after laparoscopic cholecystectomy. *J Nepal Health Res Council.* 2012;(10):28-31.
15. Henriksen MG, Jensen MB, Hansen HV, Jespersen TW, Hessov I. Enforced mobilization, early oral feeding, and balanced analgesia improve convalescence after colorectal surgery. *Nutrition.* 2002;(18):147-52.
16. Theo WH, Shah MK, Mah CL. A randomised controlled trial on beneficial effects of early feeding post-Caesarean delivery under regional anaesthesia. *Singapore Med J.* 2007;(48):152-7.
17. Gustafsson UO, Hausel J, Thorell A, Ljungqvist O, Soop M, Nygren J. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Arch Surg.* 2011;(146):571-7.
18. Sindell S, Causey MW, Bradley T, Poss M, Moonka R, Thirlby R. Expediting return of bowel function after colorectal surgery. *Am J Surg.* 2012;(203):644-8.
19. Lewis SJ, Andersen HK, Thomas S. Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: A systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg.* 2009;(13):569-75.
20. Kehlet H. Postoperative ileus—An update on preventive techniques. *Natl Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2008;(5):552-8.
21. Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PHP et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *Br J Surg.* 2006;(93):800-9.
22. Mattei P, Rombeau JL. Review of the pathophysiology and management of postoperative ileus. *World J Surg.* 2006;(30):1382-91.
23. Andersen HK, Lewis SJ, Thomas S. Early enteral nutrition within 24 h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev*; CD004080, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004080.pub2>;2006.
24. Lassen K, Kjæve J, Fetveit T et al. Allowing normal food at will after upper gastrointestinal surgery does not increase morbidity. *Ann Surg.* 2008;(247):721-9.
25. Dag A, Colak T, Turkmenoglu O, Gundogdu R, Aydin S. A randomized controlled trial evaluating early versus traditional oral feeding after colorectal surgery. *Clinics (Sao Paulo).* 2011;(66):2001-5.
26. Hessov I, Ljungqvist O. Perioperative oral nutrition. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 1998;(1):29-33.
27. Henriksen MG, Hansen HV, Hessov I. Early oral nutrition after elective colorectal surgery: Influence of balanced analgesia and enforced mobilization. *Nutrition.* 2002;(18):263-7.
28. Smedley F, Bowling T, James M et al. Randomized clinical trial of the effects of perioperative and postoperative oral nutritional supplements on clinical course and cost of care. *Br J Surg.* 2004;(91):983-90.
29. Gianotti I, Nespoli L, Torselli L, Panelli M, Nespoli A. Safety, feasibility, and tolerance of early oral feeding after colorectal resection outside an enhanced recovery after surgery (ERAS) program. *Int J Colorectal Dis.* 2011;(2):747-53.
30. Toppenberg M, Uhrenfeldt L, Søgaard A, Grode L. Stor variation i ernæringstilbuddet til patienter på opvågningsafsnit. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen.* 2011;(87):18-21.
31. Jakobsen DH, Hallin M, Kehlet H. Nye plejeprincipper efter colonkirurgi. *Sygeplejersken.* 1999;(46):36-9.
32. Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, et al. Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clin Nutr.* 2005;(24):466-77.
33. Braumann C, Guenther N, Wending P et al. Multimodal perioperative rehabilitation in elective conventional resection of colonic cancer: Results from the German Multicenter Quality Assurance Program "Fast track Colon II". *Dig Surg.* 2009;(26):123-9.
34. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast track surgery. *Ann Surg.* 2008;(248):189-98.
35. Pascal HE, Teeuwen RP, Bleichrodt CS et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) versus conventional postoperative care in colorectal surgery. *J Gastrointest Surg.* 2010;(14):88-95.
36. Gravel J, Opatrný L, Shapiro S. The intention-to-treat approach in randomized controlled trials: Are authors saying what they do and doing what they say? *Clin Trials.* 2007;(4):350-6.
37. Eekhout I, de Boer RM, Twisk JW, de Vet HC, Heymans MV. Missing data: A systematic review of how they are reported and handled. *Epidemiology.* 2012;(23):729-32.
38. Thomsen N, Aagaard A, Thomsen H, Søgaard A. Colonresektion, patientforløbsbeskrivelse. *Reg Hosp Horsens.* 2010.
39. Grode L, Lundbye K, Uhrenfeldt L. Early nutrition in the recovery room at a Danish Hospital. *Posterpræsentation, RCN 2010.*
40. Basse L, Jakobsen DH, Bardram L et al. Functional recovery after open versus laparoscopic colonic resection. A randomized blinded study. *Ann Surg.* 2005;(241):416-23.
41. King PM, Blazeby JM, Ewings P et al. Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery for colorectal cancer within an enhanced recovery programme. *Br J Surg.* 2006;(93):300-8.
42. Feroci F, Kröning KC, Lenzi E et al. Laparoscopy within fast track program enhances the short-term results after elective surgery for resectable colorectal cancer. *Surg Endosc.* 2011;(25):2919-25.
43. Kehlet H. Comment: Interpretation of meta-analyses of laparoscopic versus open colorectal surgery? *Dis Colon Rectum.* 2013;(56):e364-e65.
44. Sundhedsstyrelsen: DTU Fødevareinstituttet. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Fødevarestyrelsen. *Anbefalinger for den danske institutionskost. Danmark: 4. udgave, 1. oplag, 2009. Revideret 2015.*
45. Reid CL. Nutritional requirements of surgical and critically-ill patients: Do we really know what they need? *Proc Nutr Soc.* 2004;(63):467-72.
46. Boullata J, Williams J, Cottrell F, Hudson L, Compher C. Accurate determination of energy needs in hospitalized patients. *J Am Diet Assoc.* 2007;(107):393-401.

Du er ikke alene, er en letlæst selvhjælpsbog om

En opvækst med alkoholproblemer

Kampagnepris i
Sygeplejersken
Kun kr. 225,-

Vejl. Udsalgspris
Kr. 299,95.

Bestilling se nederst
på siden.



Når et familiemedlem drikker, rammes hele familien. I dag ses pårørende som en vigtig ressource, når en alkoholiker skal have hjælp. Men de pårørende lider også.

Mere end 500.000 voksne over 19 år er vokset op i et hjem med alkoholproblemer. En stor del af dem kæmper i dag med lavt selvværd, mistro til andre mennesker og er på overarbejde i alle af livets forhold.

I bogen *Du er ikke alene* fortæller psykolog Kristina Hermann om, hvad det gør ved et menneske at vokse op i et hjem med alkoholproblemer. Hvad betyder det for ens liv at være pårørende til en alkoholiker? Og hvordan hjælper vi fagpersoner bedst det voksne barn med at hele sårene fra barndommen?

Med viden, forståelse og en række brugbare værktøjer kan vi give voksne børn af alkoholikere den hjælp, de har brug for.

Læs mere om bogen på: www.duerikkealene.com

Køb bogen med kampagnerabat på:
www.muusmann-forlag.dk

Anvend kuponkoden *Sygeplejersken* i feltet dertil og få bogen til kampagne pris kr. 225,- inkl. gratis forsendelse i Danmark.

muusmann forlag

NYE VENNER - NYE VANER



I Lænnen støtter vi hinanden til et godt liv uden alkohol

Du er altid velkommen.

Find din lokale forening ved at skanne QR koden

Landsforeningen Lænnen er en landsdækkende brugerstyret organisation, som repræsenterer mennesker med et alkoholproblem, deres pårørende og børn. Vi støtter sociale fællesskaber som led i forebyggelse af alkoholproblemer. Lænnen er uafhængig af partipolitiske, religiøse og erhvervs-mæssige interesser. Alle aktiviteter foregår i et alkoholfrit miljø. Der kræves ikke afholdsløfte.

Landsforeningen Lænnen

Drejervej 15,5 · 2400 København NV
3677 5656 · lf@laenzen.dk · www.laenzen.dk

ALKOLINJEN
Anonym og gratis rådgivning
om alkoholproblemer

Ring 80 200 500

Åben mandag-torsdag kl. 11.00 - 16.00

IDOMOVE GO PULSE

AKTIVITETSARMBÅND MED PULSMÅLER



Måler gang, løb og cykling



Pulsmåler



Distance



Forbrændte kalorier



Søvnavtivet



Se opkald/sms/notifikationer



TILBUD **649,-**

Køb det på udvalgte apoteker landet over,
på idomove.com og sygeplejebutikken.dk

IDOMOVE
Læs mere på www.idomove.com

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.



ERIK ELGAARD SØRENSEN

Sygeplejerske 1983, SD 1991, cand.cur. 2001, ph.d. 2006. Leder af Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, siden 2011. Lektor 2012-2015 og derefter professor MSO, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

ees@rn.dk



IBEN BØGH BAHNSEN

Sygeplejerske 1996, cand.cur. 2005. Uddannelseschef i 2015 ved Sygeplejerskeuddannelsen, University College Nordjylland.



PREBEN ULRICH PEDERSEN

Sygeplejerske 1980, ph.d. 2000. Leder af Center for Kliniske Retningslinjer fra 2008 og siden 2013 professor MSO, Health Science and Technology, Aalborg Universitet.



LISBETH UHRENFELDT

Sygeplejerske 1976, SD 1982, exam.phil. i 1992, cand.cur. i 1996. BA i 2001, ph.d. i 2007. Lektor, Enhed for Klinisk Forskning i Sygepleje, Aalborg Universitet, og professor, Fakultet i sygepleje- og sundhedsvidenskab, Nord Universitet, Norge.

Sygepleje tilbage til det basale

Fundamentals of Care er en ny teoretisk forståelsesramme for sygepleje. Rammen har **fokus på planlægning og udøvelse af situationsorienteret og individualiseret sygepleje**, dvs. en back to basics-model, der også arbejdes med i et internationalt perspektiv.

Der eksisterer i stigende grad dokumentation fra patienter og fra offentligheden for, at sygeplejersker verden over ikke så konsekvent som nødvendigt leverer tilstrækkelig kvalitet i sygepleje (1-3). Det på trods af mange initiativer, standarder, forskning, politiske rapporter og anbefalinger (1). Det betyder ikke, at sygeplejersker ikke længere ved, hvordan man yder sygepleje. Faktisk er det vigtigt at bemærke, at mange sygeplejersker hver dag over hele verden yder fremragende sygepleje. Men i takt med den sundhedsteknologiske udvikling og øgede speciali-

sering er der set en tendens til, at der oprettes incitament for at stimulere sygeplejersker til at fokusere mest på løsning af specialiserede opgaver fremfor at fokusere på planlægning og udøvelse af situationsorienteret og individualiseret sygepleje.

Virginia Henderson identificerede tilbage i 1950'erne 14 almenmenneskelige behovsområder, lige fra "at trække vejret" (respiration), "at spise og drikke passende" (ernæring), "udskille affaldsstoffer", "bevæge sig og opretholde gode legemsstillinger" til "at sove og hvile" og "at lege eller deltage i forskellige former for adspredelse" (4).

Hendersons beskrivelse byggede på psykolog Abraham Maslows originale fremstilling af menneskets behov. Mange af aktiviteterne i relation til de 14 behovsområder anskues som ukomplicerede og simple hos det raske menneske. Det er hos det syge menneske, aktiviteterne bliver mangfoldige og komplekse. Således kræver det at børste tænder ingen anstrengelse for det raske menneske. Men når mennesket er blevet patient og f.eks. sederet, intuberet og tilkoblet en respirator, står sygeplejersken overfor udfordringer, der kræver viden, planlægning og situationsorientering samt en sikker udførelse (5).

Viden, planlægning og sikker udøvelse af sygepleje følges ikke altid ad i praksis.



Der eksisterer i stigende grad dokumentation fra patienter og fra offentligheden for, at sygeplejersker verden over ikke så konsekvent tilstrækkelig kvalitet i sygepleje.

af og reaktion på patienters vitale værdier som vejrtrækning, hudens farve og temperatur, bevidsthedsniveau og/eller hydreringstilstand. Der er konkrete eksempler på manglende observation af en patients væskebalance (dehydrering) eller mangelfuld observation af eller reaktion på knæk på en urinslange, der i begge tilfælde fik livstruende konsekvenser for patienter.

Sygepleje af høj kvalitet er en udfordring

For nærmere at udforske patienters og sygeplejerskers udfordringer med sygepleje blev der i 2012 afholdt et todages seminar omhandlende Fundamentals of Care (FoC) på Oxford Universitet, UK, i regi af International Learning Collaborative (ILC). ILC blev under ledelse af professor Alison Kitson, University of Adelaide, Australien, etableret i 2008 og omfatter en række eksperter i patientcentreret sygepleje, sundhedspolitik, forskning og ledelse. Formålet med seminaret var specifikt at diskutere, hvordan patienter oplever FoC, og om patienters oplevelser med FoC kan forbedres (1).

Ifølge The Garling Report (6) og The Francis Report (7) fører mangelfuld sygepleje til utilsigtede hændelser og i særlige tilfælde til uacceptable patientdødsfald. F.eks. pådrager patienter sig lidelser på grund af utilstrækkelig opmærksomhed om infektionshygiejne, mobilisering, ernæring og hydrering (1).

Ifølge Styrelsen for Patientsikkerhed (8) relateres en del af de i gennemsnit 175.000 årligt indberettede utilsigtede hændelser til mangelfuld sygepleje. Det er dog uklart hvor mange, idet pleje og behandling registreres sammen. Utilsigtede hændelser relateret til mangelfuld sygepleje kan bestå af manglende observation

RESUME

Den internationalt udviklede begrebsramme om sygepleje kaldet "Fundamentals of Care" skal ses i fortsættelse af Virginia Hendersons oprindelige tænkning om sygeplejefagets unikke og centrale opgaver. Begrebsrammen er et modsvar på, at der verden over ikke altid leveres sygepleje af tilstrækkelig kvalitet.

En ny kritisk revideret begrebsramme kan hjælpe sygeplejersken til at prioritere nogle elementer før eller frem for andre og forstå, hvilke elementer der hører sammen, og hvilke der kan høre sammen. Begrebsrammen er under fortsat udvikling, og den er ikke knyttet an til diagnoser, institutioner

eller behandling. Den fokuserer derimod på, hvordan patient og sygeplejerske i en tryk og kompetent atmosfære foretager en fælles vurdering af patientens situation, sætter en fælles handleplan op, udfører samt monitorerer den hen imod en evaluering og afslutning af indsatsen inden for rammerne af Fundamentals of Care.

De enkelte begreber mv., der tilsammen udgør begrebsrammen, skal fremadrettet gøres til genstand for en lang række videnskabelige undersøgelser med henblik på en fortsat udvikling af rammen.

Gennem drøftelserne stod det klart, at sygeplejefprofessionens udøvere, forskere og ledere har en række udfordringer med at yde og fremme en ensartet, sikker og respektfuld sygepleje af høj kvalitet til patienter samt med at påtage sig en aktiv førerposition i udviklingen af en handlingsplan for patientcentreret sygepleje og formidling af viden om denne. Fokus skulle være sygepleje, når den udøves af sygeplejersker. Ikke for at udelukke andre sundhedsprofessionelle eller pårørende, der beskæftiger sig med sygepleje, men for indledningsvist at fokusere på sygeplejerskers virksomhed. Det stod samtidig klart, at der var brug for nye måder at anskue udfordringerne på.

Sygeplejefprofessionen måtte og må på ny engagere sig i patientens lidelser forud for et kommende udviklings- og forskningsarbejde. Kort og godt kaldte Oxford-mødet i 2012 på handling, hvorfor der i løbet af det efterfølgende år blandt ILC-medlemmerne blev udformet et dokument, der indeholdt en opdateret begrebsramme for fremtidens professionelle sygepleje.

Begrebsrammen, som udlægges i det følgende, er udviklet induktivt på baggrund af forskning, der omfattede udtalelser fra patienter, pårørende og sygeplejersker og er i tråd med review publiceret om patientcentreret sygepleje (1,9-11). Udlægningen er en dansk oversættelse af centrale begreber og deres sammenhænge, som de indgår i rammen. Der er i oversættelsen ikke inddraget danske begreber eller for-forståelser af sygepleje som f.eks. grundlæggende og specialiseret sygepleje. Fundamentals of Care er i oversættelsen udlagt som sygepleje.

Begrebsramme som hjælp til prioritering

Hensigten med FoC er beskrevet i forlængelse af Virginia Hendersons oprindelige tænkning om sygeplejefagets unikke og centrale opgaver og lyder således:

”At assistere de(t) enkelte menneske(r), syg eller rask, i at udføre de aktiviteter/handlinger/opgaver, der hjælper dem til øget sundhed, velvære, rehabilitering eller en fredfyldt død. Aktiviteter eller handlinger, som den enkelte selv gerne havde udført, såfremt den nødvendige styrke, vilje eller viden havde været til stede” (1:14).

En kritisk revideret begrebsramme kan hjælpe sygeplejersken til at prioritere nogle elementer før eller frem for andre og forstå, hvilke elementer der hører sammen, og hvilke der kan høre sammen. Begrebsrammen er under fortsat udvikling, og den er ikke knyttet an til diagnoser, institutioner eller behandling. Den fokuserer derimod på, hvordan patient og sygeplejerske i en tryk og kompetent atmosfære foretager en fælles vurdering af patientens situation, sætter en fælles handleplan op, udfører samt monitorerer den hen imod en evaluering og afslutning af indsatsen inden for rammerne af FoC.

I FoC-begrebsrammen indgår en bevidst tilpasning af tre dimensioner for samarbejde, der udgør tre koncentriske cirkler, se figur 1: 1) en central di-



Etablering af relationen er central for forholdet mellem patient og sygeplejerske. Den hviler på sygeplejerskens faglige vidensniveau, praktiske håndlag og evne til at indgå i en dialog med patienten.

mension for etablering af relationen omgivet af 2) en dimension for integrering af sygepleje og 3) en perifer dimension, der omhandler konteksten for sygepleje.

1. Etablering af relationen

Etablering af relationen er central for forholdet mellem patient og sygeplejerske. Den hviler på sygeplejerskens faglige vidensniveau, praktiske håndlag og evne til at indgå i en dialog med patienten; en dialog og relation, som kan være udfordret af korte, afbrudte eller sjældne møder. I relationen indgår fem kerneelementer, ekspliciteret af sygeplejersken til patienten som:

- *Opmærksomhed*: Hvordan giver jeg dig min udelte opmærksomhed?
- *Viden*: Hvad har jeg brug for at vide om dig, og hvorfor du er her?
- *Tillid*: Hvordan kan vi udvikle en tillidsfuld relation?
- *Forudseenhed*: Hvordan kan jeg bedst hjælpe dig i forløbet?
- *Vurdering*: Hvordan ved vi, om det fungerer? (1:14).

Relationen bygger på et sæt af værdier, ekspliciteret af patienten som:

- ”Vær god ved mig.”
- ”Få mig til at føle mig sikker.”
- ”Hjælp mig med at få det bedre.”

Ekspliciteret af sygeplejersken som:

- ”Jeg vil være god ved dig.”
- ”Jeg vil få dig til at føle dig sikker.”
- ”Jeg vil hjælpe dig med at få det bedre.” (1:15).

Gennem denne relation skal sygeplejersken kunne opfylde eller hjælpe patienten med at opfylde dennes behov gennem sygepleje, der er empatisk, indlevende, respekt- og samvittighedsfuld samt personlig. Relationen er baseret på sygeplejerskens forpligtelse til at ville pleje patienten. Desuden er det vigtigt både at sikre sammenhæng og en patientfokuseret tilgang i løbet af den tid, patienten er i kontakt med sundhedsvæsenet, herunder når sygeplejersken overdrager ansvaret for sygepleje til kolleger på tværs af skift, afdelinger eller institutioner. I det forplig-

tende samarbejde inddrages patientens erfaringer med det at være syg, og hvilken hjælp vedkommende har brug for:

- Hvad er der i vejen med mig?
- Hvorfor har det været nødvendigt at opsøge hjælp?
- Hvor er jeg?
- Hvad har jeg brug for hjælp til?
- Hvad kan jeg spørge om hjælp til?

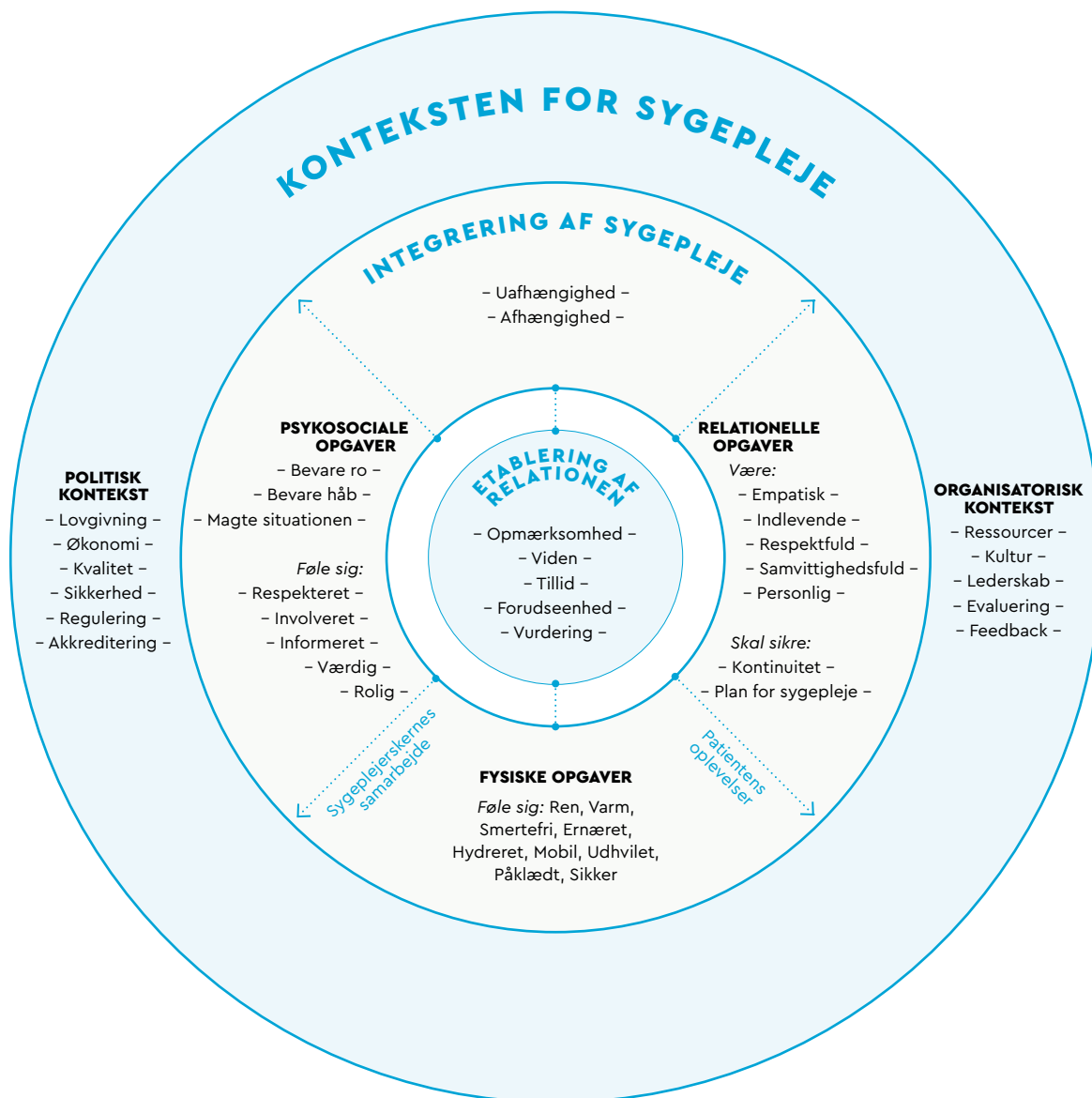
Denne vurdering er ikke en formel klinisk, sygeplejefaglig vurdering af patienten, men handler snarere om at etablere en tillidsfuld og fælles forståelse af patientens oplevelse af situationen, så sygeplejersken er i stand til at tilvejebringe den rette type og det rette niveau for hjælp i takt med, at relationen udvikler sig.

2. Integrering af sygepleje

Efter det første møde, der afspejler sygeplejerskens forpligtelse til at etablere en relation til patienten, følger det videre forpligtende samarbejde mellem patient og sygeplejerske om integrering af sygepleje. Sygeplejerskens rolle



Figur 1. Tredimensionel begrebsramme for sygepleje



er at foretage en vurdering sammen med patienten om behov for sygepleje og derpå udvikle en individuel, realistisk plan for sygepleje sammen med patienten. Planen integrerer fysiske, psykosociale og relationelle elementer af sygepleje, og endelig forhandles patientens oplevelse af forløbet fra afhængighed til uafhængighed eller personlig håndtering af afhængighed. Planen omsættes direkte af sygeplejersker ved at udføre sygepleje omhandlende f.eks.:

- at hjælpe med fysiske opgaver såsom at holde patienten ren, varm, smertefri, ernæret, hydreret, mobil, udhvilet, påklædt og sikker.
- at hjælpe patienten med psykosociale opgaver såsom at bevare ro, håb og magte situationen, føle sig respekteret, involveret, informeret, værdig og rolig.

Det handler om at sikre integriteten mellem de fysiske, psykosociale og relationelle elementer af enhver oplevelse af sygepleje. Har patienten en ydmygende oplevelse, f.eks. at være inkontinent, fordi en sygeplejerske ikke har responderet på patientens kald, eller ikke at have fået sin mad, fordi patienten ikke kunne nå maden, vil patientens tillid og tiltro til sygeplejersken og troen på, at omgivelserne er til for at hjælpe én til at få det bedre, undermineres.

Sygeplejersken er bevidst og metodisk i måden, hvorpå hun støtter patientens behov for sygepleje og patientens uafhængighed eller tilbagevenden til velbefindende. Sygeplejersken indtager en koordinerende rolle, hjælper, underviser, støtter patienten og/eller andre medlemmer af patientens nærmeste netværk.

Det er velkendt, at nogle patienter vil forblive afhængige eller blive mere afhængige under mødet, og at disse muligheder skal håndteres omhyggeligt, respektfuldt og værdigt. Tilsvarende vil der være patienter med nedsat kognitiv funktion eller med vanskeligheder i at kommunikere og/eller danne en relation. En følge af dette er, at der stilles større krav til sygeplejersken, ligesom der kan være behov for, at der inddrages andre parter for at højne sygeplejen.

Den logiske begrundelse i anvendelsen af begrebsrammen FoC er, at hvis den indledende relation mellem sygeplejersken og patienten er etableret med et positivt, nært forhold, så er sandsynligheden for, at patientens behov for sygepleje imødekommes på en konsistent og hensigtsmæssig måde, større. Det betyder, at en af de afgørende faktorer – sygeplejerskens evne til at etablere relationen – adresseres. Dog ved vi, at en lige så betydningsfuld påvirkning er konteksten.

3. Konteksten for sygepleje

Den perifere dimension, konteksten for sygepleje, handler om den konkrete patient-sygeplejerske-relation og integrering af sygepleje belyst fra en organisatorisk og politisk kontekst. Ingen af disse kontekster er ukendte. Hvad der er ukendt, er behovet for, at ethvert sundhedsvæsen engagerer sygeplejersker og patienter i at udtrykke, hvordan væsenet vælger at



Sygeplejersken er bevidst og metodisk i måden, hvorpå hun støtter patientens behov for sygepleje og patientens uafhængighed eller tilbagevenden til velbefindende.

allokere ressourcer for at kunne tilbyde sygepleje af høj kvalitet.

Den organisatoriske kontekst omfatter aspekter som ressourcer, kultur, lederskab, evaluering og feedback. Ressourcer inkluderer fysiske ressourcer udtrykt i omgivelser, udstyr og infrastruktur såvel som menneskelige ressourcer inklusive komplementære færdigheder og bemanding. Kultur omfatter værdier og normer og angiver organisationens mål, hvordan personalet respekteres og værdsættes og organisationens eksplicitte forpligtelse i forhold til innovation og læring. Lederskab relaterer sig til lederstile, som understøttes i organisationen: Hvordan ledelse skaber muligheder, hvordan roller defineres og støttes, og hvordan personale vejledes og instrueres.

Evaluering og feedback kræver processer på et individuelt, team- og organisatorisk niveau, som tilvejebringer feedback på en støttende, konstruktiv måde. Det indbefatter også patient- og personalesensitive måleværktøjer omkring FoC.

Den politiske kontekst omfatter lovgivning og økonomi, kvalitet, sikkerhed, regulering og akkreditering. Den kan opfattes som at være uden for den individuelle sygeplejerskes eller patients indflydelse. Ikke desto mindre må den identificeres og diskuteres i debatten om, hvordan sygepleje forbedres.

Begrebsrammen skal fortsat udvikles

Som medlem af ILC har forskere i klinisk sygepleje fra Region Nordjylland deltaget i udvikling af begrebsrammen og en international handlingsplan (1). Med handlingsplanen følger, at de enkelte begre-

Dansk introduktion af Fundamentals of Care

Fundamentals of Care (FoC) blev først introduceret på grunduddannelsen til sygeplejerske på University College Nordjylland (UCN) ved efterårssemestrets studiestart 2016. Aktuelt introduceres FoC på Aalborg Universitetshospital (AAUH) efter en nøje planlagt udbredelsesmodel. Herefter sættes forskning i FoC i regi af Klinisk Institut, Aalborg Universitet (AAU), Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje AAUH, Enhed for klinisk forskning i sygepleje AAU og sygeplejerskeuddannelsen UCN igang i 2017. Sidst, men ikke mindst er det planen, at begrebsrammen senere skal introduceres i Aalborg Kommune (AAK) og i Center for Kliniske Retningslinjer, AAU.



ber, de tre dimensioner og sammenhænge imellem dem, der tilsammen udgør begrebsrammen, fremadrettet gøres til genstand for en lang række videnskabelige undersøgelser med henblik på en fortsat udvikling af rammen. Samtidig skal sygepleje sættes yderligere på dagsordenen. Kliniske sygeplejersker, sygeplejefaglige ledere, undervisere og forskere i sygepleje tildeles hver især en række opgaver i henhold hertil (1).

I Region Nordjylland sker det med strukturerede, planlagte aktiviteter på tværs af sektorer, dvs. stat, region og kommune og institutioner dvs. forskningsenhed, hospital, Universitet, University College/sygeplejerskeuddannelse og kommune. Det sker for at udbrede kendskabet til ovenstående tankegang, for at stimulere engagementet samt indarbejde tænkningen i den overordnede planlægning af uddannelse, praksis, forskning og udvikling. Denne artikel er derfor både en orientering og en status over dette arbejde. ●

Referencer

1. Kitson A, Conroy T, Kuluski K, Lyons R. *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patient's basic human needs*. Adelaide, South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide, 2013. Hentet 17. oktober 2016. www.health.adelaide.edu.au/nursing 2. Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century*, National Academy Press, Washington, 2001. 3. Care Quality Commission, *State of Care Report 2010/2011*, United Kingdom. Hentet 17. oktober 2016. <http://www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports/state-care-report-2010/11>. 4. Henderson V. *Basic Principles of Nursing Care*. Geneva: International Council of Nurses (1959/1960). 5. Dale CM, Wiechula R, Lewis A, McArthur A, Breen H, Scarborough A, Rose L. "Partnerships to Improve Oral Hygiene Practices: Two Complementary Approaches." *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2016;(29):47-58. 6. Garling P. *Final Report of the Special Commission of Inquiry, Acute Care Services in NSW Public Hospitals*. NSW Department of Premier and Cabinet, 2008. 7. Francis ROC. *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Inquiry*. Department of Health. *Patients First and Foremost: The Initial Government Response to the Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. Vol. 8576. The Stationary Office, 2013. 8. *Styrelsen for Patientsikkerhed 2016*. Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2015, København. ISBN (digital): 978-87-998966-0-8. 9. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. *What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing*. *Journal Advanced Nursing* 2013;69(1):4-15. 10. Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S. *Defining the fundamentals of care*. *International Journal of Nursing Practice* 2010;(16):423-34. 11. Kitson A, Robertson-Malt S, Conroy T. *Identifying the Fundamentals of Care within Cochrane Systematic reviews: The role of the Cochrane Nursing Care Field Fundamentals of care Node*. *International Journal of Nursing Practice* 2013;(19):109-15.

**Hvordan kan øget brug
aftænkningen bag FoC
bidrage til at forebygge
en negativ oplevelse og
dermed en klage fra en
patient?**

**Hvilke begreber i FoC er
umiddelbart forståelige?
Er der nogle, jeg kunne
tænke mig at få uddybet
eller drøfte med mine
kolleger?**

**Hvem kunne jeg tænke mig
at samarbejde med om
nytænkningen af sygepleje
i fremtiden?**

**Hvor synes jeg især,
nytænkningen er aktuell i
forhold til min praksis?**

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.



KRISTINE ELBERG DENGSØ

Klinisk sygeplejespecialist, cand.scient. san., ph.d.-studerende. Klinik Ctx, afdeling 2124, Ctx, Abdominalcentret, Rigshospitalet.

kristine.elberg.dengsoe@regionh.dk



CARINA LUND SØRENSEN

Transplantationskoordinator, sygeplejerske. Klinik Ctx, afdeling 2122, Rigshospitalet.

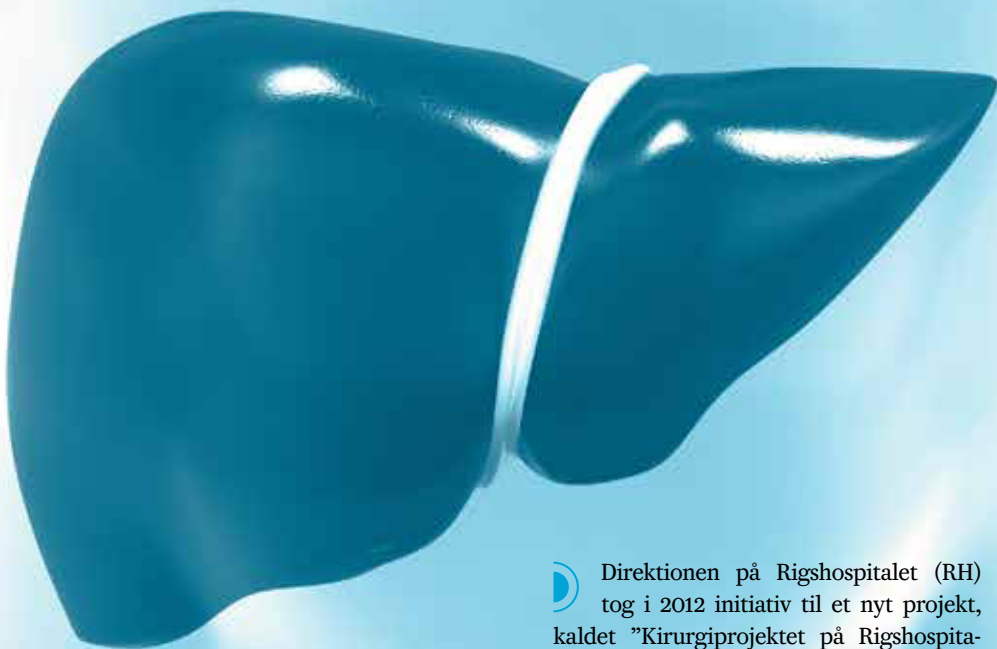


DORTHE HJORT JAKOBSEN

Klinisk oversygeplejerske, MKS, Kirurgiske forløb på Rigshospitalet, Juliane Marie Centret.

Systematiske plejeplaner sikrer evidensbaseret sygepleje

At arbejde med evidensbaserede plejeplaner gør det lettere at være nyanset sygeplejerske på en afdeling med levertransplanterede patienter, for **målinger af effekten af plejen gør det muligt** at sætte ind, hvis noget halter.



Direktionen på Rigshospitalet (RH) tog i 2012 initiativ til et nyt projekt, kaldet "Kirurgiprojektet på Rigshospitalet". Baggrunden for projektet var ønsket om en optimering af alle kirurgiske forløb, bl.a. ved at sikre, at de evidensbaserede fast-track pleje- og behandlingsprincipper er implementerede og ajourførte. Alle kirurgiske klinikker blev bedt om at udvælge operationsforløb, og der blev etableret et samarbejde med Sundhedsstyrelsen (nu Statens Serum Institut), som to gange årligt leverer udtræk på liggetider, genindlæggelser og død indenfor 30 dage i relation til de udvalgte operationskoder.

Med henblik på at identificere kliniske problemstillinger blev det i direktionen besluttet at udføre retrospektive audit på udvalgte operationsforløb. Data fra disse audit sammenholdes herefter med udtræk fra Landspatientregisteret (LPR), hvilket har vist sig at være brugbart for kontinuerlig kvalitetsudvikling, som også er beskrevet i litteraturen (1).

Audit som metode er kendt for at være effektiv i forhold til at skabe målbare forbedringer af kvaliteten, når trinene i kvalitetsudviklingsprocessen følges (2), se figur 1. Et af de operationsforløb, der blev udvalgt til "Kirurgiprojektet på Rigshospitalet", var forløbet for levertransplantation (Ltx).

Ltx udføres på RH som det eneste sted i Danmark og har været standardbehandling siden 1990. I Danmark transplanteres årligt ca. 50 patienter hovedsageligt pga. levercirrose eller skleroserende kolangitis (3).

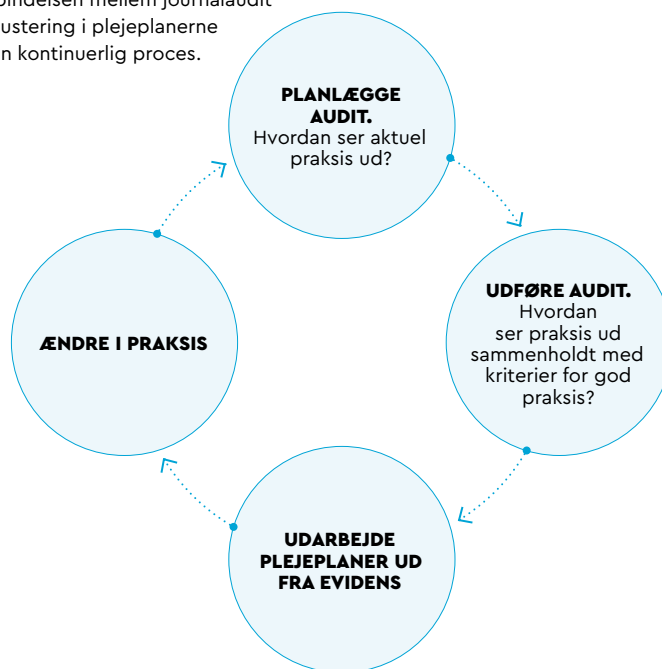
Sygepleje savnede struktur og evidens

Den postoperative sygepleje er kompleks, hvilket kan medvirke til, at den basale sygepleje bliver overskygget af den specielle og komplekse sygepleje i dagligdagen. På afdelingen for Ltx har den postoperative sygepleje gennem årene været præget af manglende struktur og ajourført evidens, og plejen har bygget på traditioner. Kvaliteten af sygeplejen har været afhængig af den enkelte sygeplejerskes erfaring og kompetencer, og det har været tidskrævende at oplære nye sygeplejersker.

Da resultaterne fra første audit i 2013 identificerede kliniske problemstillinger, valgte afdelingsledelsen at højne kvaliteten af sygeplejen til patientgruppen. Det blev besluttet at udarbejde og implementere systematiske plejeplaner til Ltx-forløb. Formålet med dette kvalitetsudviklingsprojekt var derfor at optimere patientforløb før og efter levertransplantation med implementering af et evidensbaseret plejeprogram og standardiserede forløb, så patientsikkerhed og kvalitet af sygeplejen kan sikres og forbedres i en kontinuerlig proces.

Figur 1. En kontinuerlig proces

Forbindelsen mellem journalaudit og justering i plejeplanerne er en kontinuerlig proces.



RESUME

Indførelse af systematiske og standardiserede plejeplaner for levertransplanterede patienter har haft en positiv effekt på flere parametre i forhold til patienterne, bl.a. liggetid, som blev reduceret.

Med standardiserede plejeplaner, der indeholder mål for observationer og interventioner, hjælpes sygeplejersker (især nyansatte) igennem den daglige basale sygepleje samt de specielle observationer og interventioner, som denne patientgruppe kræver. Endvidere ensrettes og udøves sygeplejen ud fra evidensbaseret viden.

Sygeplejen er blevet mere synlig i afdelingen, og de overordnede planer for dagen er lagt qua plejeplanerne. Det er

blevet en naturlig del af hverdagen at undersøge og vurdere tiltag i relation til udvikling af sygeplejen til patientgruppen. Pga. kompleksiteten er en af udfordringerne at have fokus på de individuelle behov, der måtte opstå i løbet af tilmelding, indkaldelse, indlæggelse eller udskrivelse, som ikke fremgår af planerne. Derfor er dokumentation essentielt for den professionelle standard.

Plejeplanerne blev indført, efter direktionen på Rigshospitalet i 2012 tog initiativ til at gennemføre "Kirurgiprojektet på Rigshospitalet". Forløbet for levertransplantation blev udvalgt som et af projekterne til at identificere kliniske problemstillinger.

Der er ikke tidligere beskrevet erfaringer med fast-track-principperne for ltx-patienter, hvorfor der er benyttet transfer evidence fra andre operationsforløb (4). Principperne er imidlertid ikke ukendte for sygeplejerskerne på afdelingen, da disse gennem en årrække er blevet anvendt til andre patientgrupper på afdelingen.

Dynamisk og kontinuerlig proces

Kvalitetsudvikling indebærer en dynamisk, kontinuerlig proces med det formål at fremme kvaliteten af sygeplejen. Udgangspunktet er kriterier og standarder for kvalitetsmål og indsamling af data, som i dette tilfælde udføres ved audit. Afvigelser mellem aktuel praksis og evidensbaseret praksis vurderes, og praksis justeres i form af plejeplaner. Denne form for kvalitetsudvikling egner sig specielt til at drive forandringsarbejde, der skal afprøves og implementeres i klinisk praksis. Det er en let tilgængelig og overskuelig måde at afprøve forandringstiltag med efterfølgende refleksion og eventuel justering. Hver cyklus bidrager til ny viden om, hvordan forandringstiltaget virker i den lokale kontekst (2).

Data hentet i elektronisk patientjournal

Audit 1 (A1) (n=20) blev udført i 2013 med henblik på identifikation af eventuelle sygeplejefaglige problemstillinger med data indsamlet fra den elektroniske patientjournal. Der blev målt på følgende variable: Indlæggelsesdage (length of stay (LOS)), antal dage med kateter à demeure (KAD), antal dage til første afføring, indtagelse af kost, graden af mobilisering, kvalme og smerter de første syv postoperative døgn inklusive behov for p.n.-morfina samt antal blodsukre målt pr. døgn. Resultaterne fra A1 dannede således udgangspunkt for udarbejdelse af følgende planer: "Tilmelding til venteliste", "indkaldelse til transplantation", "modtagelse fra intensivt afsnit", "daglig postoperativ plejeplan med mål for sygeplejen", "udskrivelse" samt "dagsprogram til patient".

Der blev udarbejdet systematiske tjeklister, og patientinformationen blev (så vidt muligt) evidensbaseret. Dette



På afdelingen for ltx har den postoperative sygepleje gennem årene været præget af manglende struktur og ajourført evidens, og plejen har bygget på traditioner.

kunne være information vedr. fysisk forberedelse i ventetiden, livet som immunsupprimeret patient, infektionstegn, medicin mv. I "Modtagelse fra Intensiv" er indarbejdet en medicinpakke indeholdende faste og p.n.-ordinationer til forebyggelse af smerte, kvalme samt obstipation. Disse præparater bliver ordineret ved ankomst til sengeafdelingen, og når patienten har behov for f.eks. kvalmestillende medicin, skal sygeplejersken ikke afvente læge, før medicinadministrationen kan finde sted.

I den "Daglige postoperative plejeplan" er indarbejdet systematisk gennemgang af den daglige, basale sygepleje med mål for sygeplejen (f.eks. mobilisering, smertevurdering og ernæring) samt den specielle og komplekse sygepleje (f.eks. erstatning af drænoutput, medicin og blodprøver).

Plejeplanen for "Udskrivelse" indeholder bl.a. information til patienten vedrørende infektionstegn, regler for tandlægebesøg, brug af solfaktorcreme, interaktioner mellem fødevarer og immunsupprimerende medicin mv., se figur 2.

Udover ovenstående planer til sygeplejersken er der udarbejdet en patientpjece, der indeholder en plan over det forventede postoperative forløb og udleveres umiddelbart efter ltx. Patienten har her mulighed for at følge med i den daglige plan for sygepleje og få indblik i de postoperative forventninger bl.a. vedr. ernæring og mobilisering. I pjecen er der plads til, at patienten kan skrive egne mål og noter.

Audit A2 (n=20) blev udført i 2015, efter plejeplanerne havde været implementeret og justeret løbende over et år. Der blev målt på samme variable som i A1, men også på nye variabler, som man i afdelingen mente kunne være genstand for forbedring og optimering. Data blev indsamlet fra den elektroniske patientjournal samt de udarbejdede plejeplaner.

Data præsenteres med deskriptiv statistik. Parametriske data præsenteres som gennemsnit med tilhørende standarddeviation (SD). Non-parametriske data præsenteres med median og tilhørende range. Der er ikke udarbejdet signifikanstests grundet lille samplesize.

20 patienter i hver audit

Der blev udarbejdet to audit (A1 og A2) med 20 patienter i hver. Der blev fundet en reduktion på LOS, antal døgn på intensiv afdeling, ITA, antal døgn med centralt venekateter, CVK, og KAD, antal døgn til første afføring samt reduktion i dage til indtagelse af fuldkost. I A2 havde samtlige patienter fået målt blodsukker i henhold til ordination, hvilket til sammenligning i A1 svingede fra 6-16 patienter. Hertil blev 16-20 patienter i A2 mobiliseret i henhold til målene i modsætning til A1, hvor 0-15 patienter blev mobiliseret i henhold til given anbefaling, se tabel 1 side 62.

Positiv effekt på flere variable

Indførelse af systematiske plejeplaner har haft positiv effekt på flere variable i denne opgørelse, herunder reduceret liggetid. Dette kan skyldes, at patienterne får seponeret blærekateter tidligere, har reduceret tid til første afføring efter operation, reduceret tid til indtagelse af fuldkost efter

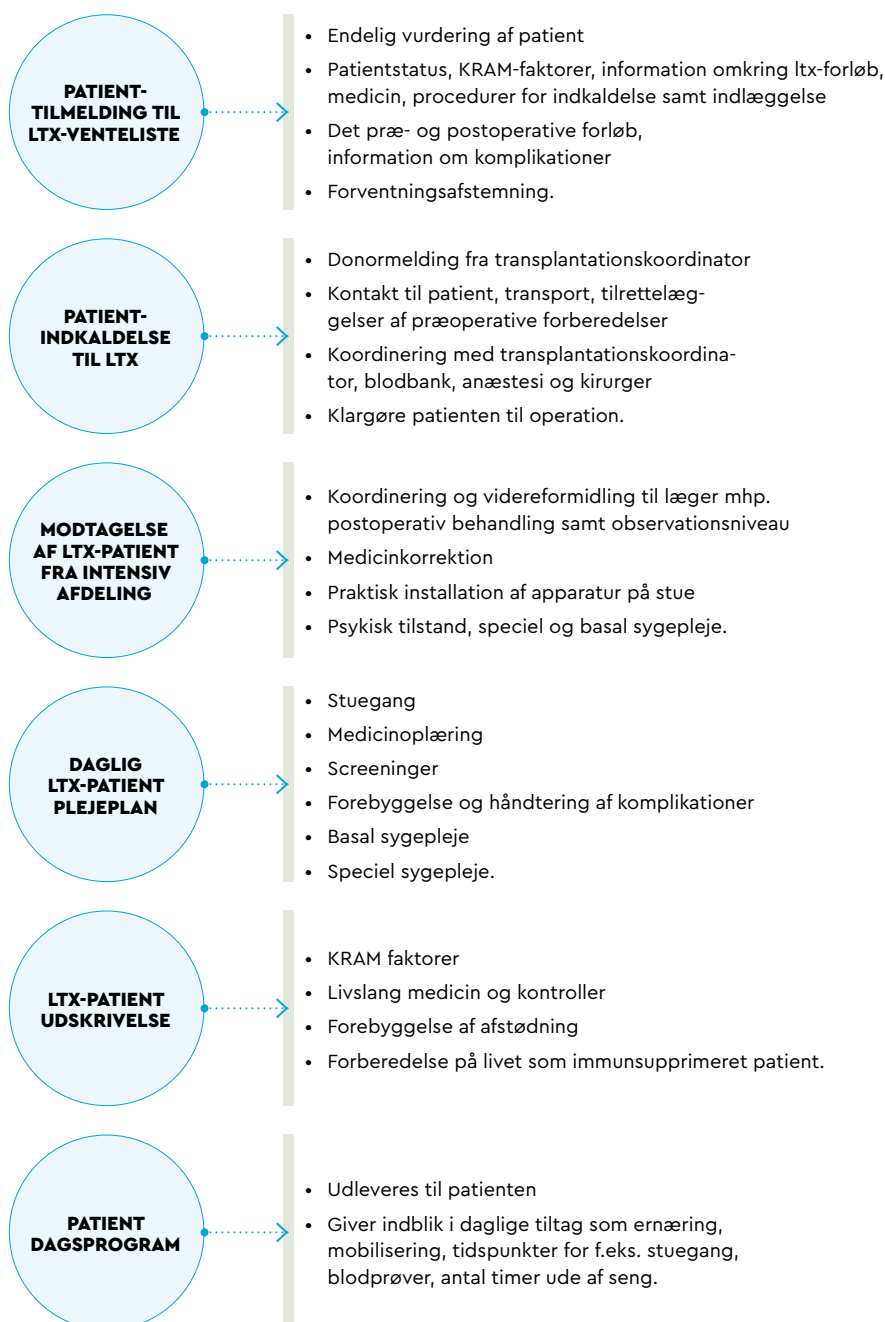
operation samt i højere grad bliver mobiliseret, hvorved udskrivelseskriterierne opfyldes tidligere.

Ny struktur og organisering af sygeplejen

Forberedelse til transplantation og det præ- og postoperative ltx-forløb er blevet systematisk tilrettelagt med udgangspunkt i evidensbaseret tanke-

Figur 2. Plejeplaner

Plejeplaner fra tilmelding til venteliste til udskrivelse efter levertransplantation.



gang, og det har dannet ramme for en ny struktur og organisering af sygeplejen til ltx-patienter. Før i tiden, når patienterne skulle forberedes til ltx eller udskrivelse, var den givne information afhængig af sygeplejerskens viden og erfaring. Med en struktureret samtaleplan guides sygeplejersken igennem den information, der skal gives til – og ikke mindst forstås af – patienten. Samtidig kan ny information hurtigt og let implementeres i klinisk praksis.

Med standardiserede plejeplaner, der indeholder mål for observationer og interventioner, hjælpes sygeplejersker (især nyansatte) igennem den daglige basale sygepleje samt de specielle observationer og interventioner, som denne patientgruppe kræver. Endvidere ensrettes og udøves sygeplejen ud fra evidensbaseret viden (5).

Før implementering af plejeplanerne blev to sygeplejersker på sengeafdelingen afsat til at modtage patienten fra intensiv. Den ene sygeplejerske skulle være på stuen, mens den anden fik rapport fra intensivsygeplejersken. Efter indførelse af planen "Modtagelse fra Intensiv" har det ikke vist sig nødvendigt at være to sygeplejersker til denne opgave, netop fordi modtagelsen på forhånd er tilrettelagt, systematiseret og struktureret.

Bedre dokumentation og synlig sygepleje

Sygeplejen er blevet mere synlig i afdelingen, og de overordnede planer for dagen er lagt qua plejeplanerne. Det er blevet en naturlig del af hverdagen at undersøge og vurdere tiltag i relation til udvikling af sygeplejen til patientgruppen. Pga. kompleksiteten er en af udfordringerne at have fokus på de individuelle behov, der måtte opstå i løbet af tilmelding, indkaldelse, indlæggelse eller udskrivelse, som ikke fremgår af planerne. Derfor er dokumentation essentielt for den professionelle standard (6).

I et dansk studie finder man, at sygeplejerskerne ofte underrapporterer patienternes problemer, samt at sygeplejerskerne har mere viden om patienten end den, der rent faktisk bliver dokumenteret (7). I et tilsvarende amerikansk studie finder man, at måden at udføre dokumen-

tation på ofte er smitsom. Det vil sige, at hvis sygeplejersken i dagvagt dokumenterer fyldestgørende, gør de efterfølgende aften- og nattevagter også dette, og modsat ved mangelfuld dokumentation (8). Ud fra dette grundlag kan systematiske plejeplaner være med til at sikre kvaliteten af sygeplejen, og at al relevant sygepleje bliver udført og dokumenteret til de efterfølgende vagter.

En kontinuerlig proces

Udarbejdelsen af plejeplanerne var i starten en tidskrævende proces, som krævede prioritering af ressourcer fra afdelingsledelsen. Efterfølgende har audit og juste-



I et tilsvarende amerikansk studie finder man, at måden at udføre dokumentation på ofte er smitsom.

ringer af planerne været lette at udføre og implementere. Udvikling af plejeplanerne er en kontinuerlig proces med løbende justering og undersøgelse af områder, hvor kvaliteten af plejen til patienterne konstant kan forbedres.

Afsmittende effekt på andre behandlinger

Siden januar 2015 har transplantation af nyre og bugspytkirtel til nyresyge patienter med svær diabetes været et behandlingstilbud på samme afdeling. Tilrettelæggelsen af dette behandlingsforløb har været afhjulpet af transfer evidence fra eksisterende plejeplaner, og en struktureret og planlagt sygepleje har været en anseelig hjælp for sygeplejersker og læger i det præ- og postoperative forløb.

Nem og effektiv metode

Hensigten med denne kvalitetsudviklingsproces var at systematisere den basale sygepleje, så patientsikkerhed og kvalitet

Tabel 1. Resultat fra audit A1 og A2

	A1 (n=20)	A2 (n=20)
Mænd	13	12
Kvinder	7	8
Alder (Gennemsnit ±SD)	52 (10)	48 (12)
LOS (Median, Range)	20 (15-84)	17 (8-30)
Antal dage på ITA (Median, Range)	2 (1-11)	1 (0-4)
Genindlæggelse ≤ 30 dage (n)	1	3
POD sep KAD (Median, Range)	5 (2-19)	3 (1-6)
POD afføring (Median, Range)	4 (3-9)	3 (2-7)
Patienter med epiduralkateter (n)	0	13
Behov for PN morfika (n)		
POD 1	9	7
POD 2	12	8
POD 3	7	9
POD 4	6	7
POD 5	9	7
POD 6	8	4
POD 7	8	4
POD EE opstart (Median, Range)	2 (1-7)	2 (1-4)
BS måling minimum 4 gange pr. døgn		
POD 1	6	20
POD 2	11	20
POD 3	10	20
POD 4	14	20
POD 5	16	20
POD 6	13	20
POD 7	11	20
Patienter fuldt mobiliseret		
POD 1	0	16
POD 2	0	17
POD 3	5	20
POD 4	7	20
POD 5	7	20
POD 6	14	20
POD 7	15	20

Resultaterne af udvalgte variable i A1 og A2.

Forklaring på forkortelser: **LOS:** Length of stay, **ITA:** Intensiv afdeling, **SEP:** Seponat, **POD:** Antal postoperative dage, **PN:** Pro necessitate, **EE:** Efter evne

af sygeplejen kunne sikres og forbedres. Auditmetoden har vist sig at være nem og effektiv til at identificere kliniske problemstillinger inden for den basale sygepleje samt til at implementere nye pleje- og behandlingstiltag i et speciale med kompleks sygepleje. Desuden kan auditmetoden være med til at frembringe procedurespecifik evidens, hvor denne er begrænset, hvilket var tilfældet i det aktuelle kvalitetsudviklingsprojekt. ●



Efterfølgende har audit og justeringer af planerne været lette at udføre og implementere.



Hvordan foretrækker I at udføre kvalitetsarbejde på jeres arbejdsplads?

Hvem kan hjælpe jer med at vælge en brugbar metode?

Hvilke aktuelle problemer er der med kvaliteten af sygeplejen på jeres arbejde?

Referencer

1. Wong FW. Chart audit: strategies to improve quality of nursing documentation. *Journal for nurses in staff development: JNSD: official journal of the National Nursing Staff Development Organization*. 2009;25(2):E1-6. **2.** Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet. København: Munksgaard Akademisk; 2006: 288. **3.** Schulze S, Kjeldsen HC. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/mave-tarm/tilstande-og-sygdomme/behandlinger/levertransplantation/>; Sundhed.dk; 2013 [cited 2016 8. februar]. **4.** Hjort Jakobsen D, Rud K, Kehlet H, Egerod I. Standardising fast-track surgical nursing care in Denmark. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*. 2014;23(9):471-6. **5.** Kehlet H, Slim K. The future of fast-track surgery. *The British journal of surgery*. 2012;99(8):1025-6. **6.** Sullivan GH. Does your charting measure up? *Rn*. 2004;67(3):61-5. **7.** Adamsen L, Tewes M. Discrepancy between patients' perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2000;14(2):120-9. **8.** Morrissey-Ross M. Documentation. If you haven't written it, you haven't done it. *The Nursing clinics of North America*. 1988;23(2):363-71.

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.



BIRTHA PETREA HANSEN

Sygeplejerske, cand.cur. Ansat i mange år i Medicinsk Endokrinologisk Afdeling (MEA), Aarhus Universitetshospital (AUH). Siden 2000 ansat som klinisk sygeplejespecialist indenfor diabetes samme sted. Har i samarbejde med fire danske sygeplejersker udviklet "Kliniske retningslinjer for injektion af insulin til voksne med diabetes mellitus", som er godkendt i Center for Kliniske Retningslinjer. Har undervist og arbejdet i Dubai og underviser både lokalt, nationalt og internationalt.

bph@clin.au.dk

Diabetes distress kan måles og afhjælpes

Det er komplekst at få diabetes til at passe ind i hverdagslivet. Risikoen for, at personen med diabetes mister motivationen til at følge anbefalingerne til behandlingen, er til stede, **men kan forebygges.**

At leve med en kronisk sygdom som diabetes kan være svært set i lyset af de komplekse, og ofte forvirrende anbefalinger til diabetesbehandling og egenomsorg. Personer med diabetes (PMD) kan blive frustrerede og overvældede af alle de krav, der konstant stilles til dem for at kunne mestre livet med diabetes. De kan blive vrede, overvældede og miste modet. Det er oftest bekymringer for udvikling af sendiabetiske komplikationer og den potentielle risiko for, at diabetes forkorter deres liv, der medfører angst og bekymringer for fremtiden (1,2), se boks 1 for forklaringer af artiklens nøglebegreber.

Det er meget komplekst at få diabetes til at passe ind i hverdagslivet, og derfor kan PMD miste motivationen til at følge anbefalingerne til behandlingen. Der opstår skyld og skam pga. dårlig adherence, dvs. at anbefalinger for behandlingen ikke følges. Der kan opstå diabetesrelaterede konflikter i familien, og relationen til de sundhedsprofessionelle kan blive anspændt. Risikoen for depression er forhøjet (1,2).

Der ses også andre følelsesmæssige reaktioner på diabetes, f.eks. vrede, frygt for lavt blodglukose, spiseforstyrrelser,

RESUME

Diabetesrelateret følelsesmæssig stress kaldet diabetes distress er almindeligt hos personer med diabetes, men er oftest et overset problem i klinisk praksis. Det er bekymringer for udvikling af sendiabetiske komplikationer og følelsen af skyld og angst pga. dårlig adherence, dvs. at anbefalingerne for behandlingen ikke følges, som oftest stresser personen med diabetes.

Gennem internationalt anerkendte spørgeskemaer er det muligt at afdække, om en person med diabetes har diabetes distress.

Ved at svare på spørgsmål og udsagn i to skemaer, PAID-skemaet og WHO-5 Well-Being Index, kan en fagperson afdække risikoen for, om en person med diabetes er i fare for at komme i en tilstand af diabetes distress.

En intervention i form af fire dages gruppeundervisning ved tværfagligt team suppleret med individuel undervisning, støtte til problemløsning og livsstilsændringer samt pumpebehandling har haft god effekt på diabetes distress og trivsel hos personer med type 1-diabetes.

Boks 1. Definitioner på artiklens nøglebegreber

PMD: Patienter/personer med diabetes

PAID: Problem Areas in Diabetes er et spørgeskema, der afdækker omfanget af de emotionelle reaktioner i forhold til at leve med diabetes. Et screeningsinstrument til klinisk- og forskningsbrug (1).

DAWN-PROGRAMMET: Diabetes Attitudes, Wishes and Needs er et internationalt program med øget fokus på de psykosociale aspekter hos patienter med diabetes (6).

DAWNMIND ONLINE: Monitoring of Individual Needs in Diabetes er elektroniske værktøjer til sundhedsprofessionelle til brug i klinikken for at sætte fokus på diabetes distress bl.a. ved hjælp af PAID-skemaet og velbefindende ved hjælp af WHO-5 Trivselsindeks (7).

ADA: American Diabetes Association (4).

PCD: Perceived competence in diabetes er et spørgeskema bestående af tre spørgsmål, der omhandler patientens egen opfattelse af og tro på kompetencer til at håndtere diabetes (8).

SELF-EFFICACY: Tiltro til – eller bedømmelse af – egen evne til at organisere og udføre bestemte aktiviteter eller handlinger, så bestemte resultater opnås (5).

GUIDET EGEN-BESLUTNING: En samarbejdsmetode med forskellige arbejdsplaner, der er udviklet til at udvælge og reflektere over, hvad der kan gøre det svært at leve med diabetes. Fokus er en samarbejdsrelation, hvor sygeplejersken støtter patienten til at bygge bro mellem liv og sygdom. GEB er udviklet af den danske sygeplejerske Vibeke Zoffmann (8).

manglende accept af at have diabetes og ensomhed (1,2).

Diabetes distress refererer til de negative emotionelle psykologiske reaktioner (overvældet, uden håb og hjælpeløs), der skyldes de følelsesmæssige byrder og bekymringer specielt i forhold til den enkelte persons egne erfaringer og oplevelser med at håndtere en alvorlig, kompliceret og krævende kronisk sygdom (3,4).

Det er påvist, at generel følelsesmæssig stress er anderledes end diabetesrelateret følelsesmæssig stress, som benævnes diabetes distress (1).

Diabetes distress er meget almindeligt hos PMD med en prævalens på 18-45 pct. og en incidens på 38-48 pct. over 18 måneder. Et højt niveau af diabetes distress er signifikant forbundet med dårlig medicin-adherence, højere middelblodglukoseværdier, dårligere self-efficacy (5) og uhensigtsmæssige mad- og motionsvaner (4).

Diabetes distress har større indvirkning på adfærden og de metaboliske resultater end depression (3). Depression rammer 20-25 pct. af PMD, og har de både diabetes og depression, er der dobbelt risiko for at få myokardieinfarkt (4). En PMD og distress kan befinde sig i en af tre kategorier: diabetes distress og depression, depression uden signifikant diabetes distress og diabetes distress uden signifikant depression (4).

Måling af diabetes distress via skema

I klinisk praksis er der behov for at kunne måle/afdække diabetes distress med henblik på at kunne tilbyde og iværksætte relevant behandling. Derfor udviklede psykologer og læger på Joslin Diabetes Center og Harvard Medical School i Boston, USA, i 1995 spørgeskemaet PAID (Problem Areas in Diabetes).

Det primære formål med at bruge PAID-skemaet er at afdække omfanget af de emotionelle reaktioner i forhold til at leve med diabetes. Det er et screeningsinstrument til klinisk brug og forskningsbrug. Skemaet er udviklet til at hjælpe sundhedspersonale med at identificere PMD, som oplever diabetes distress, og derved hjælpe dem med at formulere relevante behandlingsinterventioner indenfor de afdækkede specifikke problemområder (1).



Det primære formål med at bruge PAID-skemaet er at afdække omfanget af de emotionelle reaktioner i forhold til at leve med diabetes.

PAID-skemaet består af 20 spørgsmål eller udsagn, som Polonsky og kollegaer havde identificeret som almindelige negative følelser relateret til at leve med diabetes, f.eks.: "At du føler dig alene med din diabetes?" eller "At du er bekymret for fremtiden og risikoen for alvorlige komplikationer?"

Af de 20 spørgsmål omhandler de 12 emotionelle forhold (score 0-60), tre er behandlingsspørgsmål (score 0-15), tre er kostspørgsmål (score 0-15), og to spørgsmål handler om social støtte og netværk (0-10).

Hvert spørgsmål har fem svarmuligheder på en skala fra 0-4: 0 = ikke et problem, 1 = mindre problem, 2 = moderat problem, 3 = et forholdsvis alvorligt problem, og 4 = alvorligt problem.

Alle scorer lægges sammen og multipliceres med 1,25 til total score mellem 0-100. PMD, som scorer >40 eller mere, er på niveau med emotionel burnout, dvs. følelsesmæssig udbrændthed. Her kan personen opleve, at han er konstant vred, frustreret, overvældet, udmattet, udkørt, bekymret for fremtiden og egen sundhedstilstand, og der er behov for hjælp fra sundhedspersonalet. En score fra 30-39 er forhøjet, og der er oftest behov for intervention. En score fra 20-29 anses som det gennemsnitlige niveau, og en score på 0-19 viser ingen belastning



Hvis PMD har mange problemer, prioriterer personen selv, hvilke problemer der skal arbejdes med og i hvilken rækkefølge.

og anses som værende under det gennemsnitlige niveau. En meget lav score fra 0-10 kombineret med dårlige blodglukoseværdier kan være tegn på manglende accept af diabetes (1). PAID-skemaet kan måle forandringer over tid (2).

PAID-skemaet er internationalt

PAID-skemaet bruges i dag overalt i verden (2). Siden starten af DAWN-programmet i 2001 (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs), som er et internationalt program startet af Novo Nordisk i samarbejde med IDF (International Diabetes Federation), diabeteseksperter bl.a. fra Danmark og PMD fra hele verden, har der været øget fokus på de psykosociale aspekter hos PMD. Målet med DAWN er at forbedre behandlingen af diabetes ved at have fokus på personen og specielt de psykosociale problemer i livet med diabetes (6).

I 2011 blev der i DAWN-programmet ud fra allerede eksisterende skemaer udviklet elektroniske værktøjer

til sundhedsprofessionelle til brug i klinikken for at sætte fokus på diabetes distress bl.a. ved hjælp af PAID-skemaet og velbefindende ved hjælp af WHO-5 Trivselsindeks: DAWNMIND Online (Monitoring of Individual Needs in Diabetes).

WHO-5 er et spørgeskema udviklet til at måle trivsel. WHO-5 indeholder fem positivt formulerede spørgsmål, der er relateret til godt humør (glad og afslappet), vitalitet (at være aktiv og vågne frisk og udhvilet) og generelle interesser (være interesseret i ting).

For hvert spørgsmål er der seks svarmuligheder med værdierne 0 til 5, hvor 0 repræsenterer "på intet tidspunkt" og 5 repræsenterer "hele tiden". Scorerne lægges sammen og multipliceres med 4, hvorved der opnås en score på 0-100. Høje værdier indikerer et højt trivselsniveau. En samlet score på <50 er en indikator for lavt humør, men ikke nødvendigvis depression. En samlet score på <28 indikerer muligvis depression.



Det anbefales at anvende DAWNMIND Online mindst en gang om året for at registrere patientens velbefindende og diabetes distress som en del af diabetesbehandlingen (7). Den danske version af PAID-skemaet er valideret til PMD (8).

PAID-skemaet bruges meget internationalt, men skemaet bruges kun få steder i Danmark på trods af, at diabetes distress er meget almindeligt hos personer med diabetes (1). Sagt på en anden måde er distress ofte et overset problem i klinisk praksis trods anbefaling fra ADA (American Diabetes Association) og Dansk Endokrinologisk Selskab om rutinescreening (4,9).

PAID-spørgeskemaet er et valideret screeningsinstrument udviklet til brug i klinikken og i forskning. Det afdækker diabetesrelateret følelsesmæssig stress = diabetes distress og sætter fokus på de psykosociale faktorer i relation til at leve med diabetes. Når sundhedspersonale har identificeret de personer, der oplever emotionelle reaktioner i livet med diabetes, kan der i dialog aftales behandlingsinterventioner indenfor de specifikke problemområder.

PAID-skemaet sætter fokus på distress

Siden 2004 er PAID-skemaet i papirform blevet anvendt til personer med type 2-diabetes, som kommer til gruppeundervisning i Diabetesskolen (MEA, AUH). PAID anvendes dels til at afdække og sætte fokus på de psykosociale faktorer i relation til at leve med diabetes og dels til i samarbejde med patienten at støtte denne til at løse eventuelle problemer. Hvis patienten har mange problemer, prioriterer personen selv, hvilke problemer der skal arbejdes med og i hvilken rækkefølge. PAID giver både for patient og sygeplejerske et hurtigt overblik over, om der er problemer i forhold til diabetes. Nogle problemer kan løses med det samme, f.eks. angst for hypoglykæmi (lavt blodglukose), hvis patienten f.eks. kun får Metformin-tabletter, idet sygeplejersken kan korrigere denne fejlsluttelse med det samme.

Tabel 1. Resultater for alle patienter i followup MEA, AUH (n=90). Parrede test

	Ved start	Efter 8,2 måned	Ændring	p-værdi*
Primære outcome				
PAID-total (gennemsnit)	41,8	34,9	-7,0	<0,001
PAID-treatment (gennemsnit)	5,5	4,3	-1,2	<0,001
PAID-emotional (gennemsnit)	26,7	22,1	-4,6	<0,001
PCD	17,3	19,3	2,0	<0,001
HbA1c (gennemsnit)	8,7	7,1	-1,6	<0,001
Sekundære outcome				
PAID-social	3,1	2,7	-0,4	0,005
BMI (gennemsnit)	31,2	30,5	-0,8	0,001
Peroral antidiabetikum (andel)	52,2 pct.	52,2 pct.	0,0 pct.	1,000
Insulin (andel)	14,4 pct.	41,1 pct.	26,7 pct.	<0,001
PAID-food (gennemsnit)	6,3	5,7	-0,7	0,008
På diæt (andel)	35,6 pct.	100,0 pct.	64,4 pct.	<0,001

* parret t-test og parret fortegnstest (10).

Har personen med type 2-diabetes mange problemer, opfordres denne til at kontakte egen læge hurtigst muligt med henblik på at få yderligere hjælp, evt. blive screenet for depression eller blive henvist til psykolog eller psykiater, hvis personen ønsker dette.

Gruppeundervisning evalueret med PAID-skemaet

Diabetesskolen har eksisteret i MEA, AUH siden 1989. I 2005-2006 evaluerede jeg gruppeundervisningen ved hjælp af bl.a. PAID-skemaet og PCD (Perceived Competence in Diabetes)-skemaet, der består af tre spørgsmål, der omhandler patientens egen opfattelse af og tro på kompetencer til at håndtere diabetes. Gruppeundervisningen indeholdt 14 timers undervisning ved tværfagligt team, praktisk madlavning ved diætist, og motion ved fysioterapeut. Desuden var der efter behov individuelle samtaler hos sygeplejerske/diætist eller læge ved ændringer i den medicinske behandling. Der blev evalueret før start i Diabetesskolen og efter 8,2 måneder ved followup, se tabel 1.

Patienten har fået kontrol over sin diabetes

Interventionerne havde signifikant effekt på PAID-skalaerne og gav et signifikant fald i HbA1c (middel blodglukoseværdier de sidste 8-12 uger) samt et fald i BMI (body mass index) trods en meget bedre regulering af blodglukoseværdierne. Andelen af patienter på diæt og i farmakologisk behandling steg statistisk signifikant, herunder andelen af personer i insulinbehandling. Dette kan skyldes, at patienterne selv ønskede at blive behandlet, indtil de nåede de optimale mål for behandlingen, og måske fordi de nu havde viden om, hvor vigtigt det er med en god regulering af diabetes, og derfor fulgte anbefalingerne for behandlingen, se tabel 1.

Der var signifikant effekt på PCD-resultatet, hvilket vil sige, at patienten gennem støtte til adfærdsendringer og gennem undervisning har øget sin handlekompetence og føler at have kontrol og magt

over egen diabetes. Dette er fint i overensstemmelse med PAID-skemaet, hvor deltagerne oplever færre problemer i relation til at leve med diabetes, hvilket kan hænge sammen med større autonomi og evne til egenomsorg (10).

Tilbud om intenst forløb

MEA-Ambulatoriet på AUH startede implementeringen af DAWNMIND Online i 2012. Der blev oprettet to databaser: en database til diabetespatienter uden insulinpumpe – dog primært personer med type 1-diabetes – og en database til patienter med insulinpumper.

DAWMIND Online spørgeskemaerne indgår i årssamtalen hos personer med type 1-diabetes, i samtalen før start af pumpebehandling samt i tremåneders followupsamtalen hos personer med insulinpumpe.

Hvis der afdækkes mange problemområder ved hjælp af PAID-skemaet og ifølge patienten, tilbydes et intenst forløb hos en sygeplejerske, som er trænet i en speciel samarbejdsmetode kaldet Guidet Egen Beslutning (GEB) (8).

Personer med type 1-diabetes, som skal have en insulinpumpe, deltager i fire dages gruppeundervisning, dvs. i alt 20 timer ved tværfagligt team. Der er mulighed for individuel undervisning f.eks. hos sygeplejerske/diætist eller samtale med læge ved ændring i den medicinske behandling. DAWNMIND Online spørgeskemaerne diskuteres altid i en indivi-

Boks 2. Resultater fra en deskriptiv opgørelse

Ved baseline rapporterer 12,0 pct. (n=108: 72 type 1-diabetes, 35 type 2-diabetes, en ikke oplyst diabetes af ovennævnte personer uden insulinpumpe) og 26,3 pct. (n=99: type 1-diabetes) af kommende insulinpumpepatienter at have høj diabetes distress, defineret ved en samlet PAID-score på ≥ 40 . Mht. patienter uden insulinpumpe rapporterer 27,8 pct. og 30,3 pct. af kommende insulinpumpepatienter at have lavt humør, defineret ved en samlet WHO-5-score på ≤ 50 , mens 10,2 pct. af patienter uden insulinpumpe og 5,1 pct. af kommende insulinpumpepatienter har en WHO-5-score på ≤ 28 , hvilket indikerer mulig depression.

Ved tre måneders followup har ingen patienter med insulinpumpe (n=22) høj diabetes distress og ingen score på WHO-5, der indikerer mulig depression (11).

Boksen viser resultaterne fra en deskriptiv opgørelse af trivsel og diabetesrelateret stress blandt diabetespatienter i Afdeling MEA, AUH, 2016.

duel samtale med sygeplejersken. Har PMD mange problemer, tilbydes et forløb med Guidet Egen Beslutning eller henvisning til diabetespsykolog, hvis PMD ønsker dette.

Intervention gav signifikant effekt

Interventionerne har signifikant effekt på diabetes distress og trivsel, idet ingen PMD oplever diabetes distress efter tre måneder. Trivslen er øget, og ingen PMD er i risiko for depression (11).

Interventionerne er i overensstemmelse med fundene i et systematisk review, som fandt følgende interventioner effektive: samtaler med psykolog/psykiater, undervisning med fokus på psykosociale problemer, hyppige samtaler >6 samtaler over en >3 måneders periode ved diabetesteam, dvs. diabetespecialist/praktiserende læge/sygeplejerske/diætist (12).

Både sygeplejerskerne og PMD er meget tilfredse med, at PAID-skemaet anvendes i daglig klinisk praksis, fordi det sætter fokus på de psykosociale faktorer i livet med diabetes. Der skabes et hurtigt overblik over eventuelle problemer, og i dialogen med PMD kan der startes relevante interventioner, så "emotionel burnout" undgås. ●



Både sygeplejerskerne og PMD er meget tilfredse med, at PAID-skemaet anvendes i daglig klinisk praksis, fordi det sætter fokus på de psykosociale faktorer i livet med diabetes.



**Hvordan ser I på de måle-
metoder, der introducere-
res i artiklen?**

**Hvordan kan jeres
patienter med diabetes
have gavn af PAID-ske-
maet?**

**Hvad vil det kræve at ind-
føre nogle af de metoder,
artiklen beskriver?**

Referencer

1. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA et al. Assessment of Diabetes-Related Distress. *Diabetes Care*; 1995;(18) 6:754-60. **2.** Polonsky WH, Fischer L, Earles J et al. Assessing Psychosocial Distress in Diabetes. Development of the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care* 2005;(28):3:626-31. **3.** Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, MD Maryniuk, Siminerio L, Vivian E. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care* 2015 Jul; 38(7):1372-82. **4.** American Diabetes Association. Foundations of care and comprehensive medical evaluation. Sec. 3. In *Standards of Medical Care in Diabetes - 2016*. *Diabetes Care* 2016;39(Suppl. 1):S23-S35. **5.** Bandura A. Self-efficacy. *The Exercise of Control*. WH Freeman/Times Books. New York 1997. **6.** Skovlund SE, Peyrot M. The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) program: a new approach to improving outcomes in diabetes care. *Diabetes Spectr*. 2005;(18):136-42. **7.** DAWN™ 10 years: Lessons learned and the way forward. Novo Nordisk A/S. **8.** Zoffmann V. Guided Self-Determination, a life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes. PhD Thesis. Faculty of Health Sciences, University of Aarhus. 2004. **9.** <http://www.endocrinology.dk/> > ENDO NBV > Nationale rapporter om endokrinologiske emner > diabetes mellitus > Kliniske retningslinjer for behandling af voksne med Type 1 diabetes > Side 13: Psykosocial omsorg. **10.** Hansen B, Andersen EK. Evaluering af tværfaglig diabetes-skole for mennesker med type 2-diabetes. En undersøgelse i Medicinsk Endokrinologisk afdeling M, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus. 2005-2006. Rapport udarbejdet til Sundhedsstyrelsen 2007. Fås hos forfatteren. **11.** Stallknecht SE, Olsen J. Trivsel og diabetesrelateret stress blandt diabetespatienter. En deskriptiv opgørelse over diabetespatienter tilknyttet Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Version 1, marts 2016. Ikke publiceret undersøgelse. Incentive. Fås hos denne artikels forfatter. **12.** Sturt J, Dennick K, Hessler D et al. Effective interventions for reducing diabetes distress: systematic review and meta-analysis. *REVIEW. International Diabetes Nursing*, Vol. 12;2015:40-55.

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.

Plejhjemsbeboere med svækkede frontale funktioner kan opnå bedre livskvalitet

En mindre gruppe beboere på plejehjem lider af frontotemporal demens, som medfører, at de bl.a. **mangler empati, sociale færdigheder og dømmekraft**, og det gør deres tilværelse vanskelig. Særligt tilrettelagt pleje af disse beboere giver mulighed for at håndtere og forebygge konflikter.



KIRSTEN GOTFREDSEN

Uddannet sygeplejerske 1979. Har siden 1991 arbejdet på demensområdet med forskning og udviklingsprojekter. Master i folkesundhedsvidenskab 2001. Modtog Alzheimerforeningens forskningspris i 2004. Etablerede samme år konsulentvirksomheden "Masterclass på Demensområdet" og arbejder med rådgivning og undervisning primært om uadærgende adfærd hos demensramte.

kontakt@masterclass-demens.dk

Der har i mange år været fokus på at udvikle og forbedre hjælpen til mennesker med demenssygdomme. Med demenshandleplanen, som blev vedtaget i december 2016 (1), er der blevet endnu mere opmærksomhed på at forbedre forholdene for mennesker med demens.

Interessen for demensområdet omfatter også plejehjem, hvor man anslår, at 75 pct. af beboerne er ramt af demenssygdomme (2) svarende til omkring 30.000 personer. Men opmærksomheden på at forbedre hjælpen til demensramte fokuserer primært på den store gruppe af beboere, som er præget af problemer med hukommelse, genkendelse, vanskeligheder med at udtrykke sig og problemer med at bruge indlærte handlemønstre (3).

Imidlertid er der på mange plejehjem en lille gruppe beboere, som er ramt af demenssygdomme og andre lidelser, som primært har svækket de forreste dele af hjernens frontallapper. Det er områder i hjernen, som har ansvaret for de sociale færdigheder, dømmekraft og den overordnede styring, mens der omvendt kun er begrænsede problemer med hukommelse og genkendelse (4).

Case: Beboer med svækkede frontallapsfunktioner

Jens Nielsen, en tidligere skoleinspektør, er 76 år og har boet på plejehjemmet i et halvt år efter en apopleksi. I de første

måneder efter apopleksien var han meget svækket, men nu er han fysisk frisk, har en udmærket hukommelse og kontrollerer, om tiderne for servering af måltider overholdes. Men han har ændret karakter og er ofte grov mod de andre beboere, ligesom han går ind i deres lejligheder og tager slik og andet. Han kan ikke klare den basale personlige hygiejne og påklædning, fordi han har problemer med at komme i gang og ikke får gjort noget færdigt. I stedet fortaber han sig i gentagelser. Han mener selv, han er fejlanbragt ”på denne her tosseanstalt”.

Sygeplejersker kan hjælpe

På trods af, at beboere som Jens Nielsen reagerer med en adfærd, som kan være svær at forstå og håndtere på plejehjem, har der været begrænset fokus på at beskrive og udvikle hjælpen til beboere med frontale funktionstab.

Formålet med artiklen er derfor at give et indblik i de mentale funktionstab, som ligger bag adfærden hos beboere med svækkede frontale funktioner, og beskrive, hvordan sygeplejersker på plejehjem kan hjælpe denne gruppe.

Frontotemporal demens giver ændringer i adfærd

Der er flere demenssygdomme, som primært angriber hjernens frontallapper. Da den forreste del af temporallapperne også ofte er ramt i forbindelse med frontallapsdemens, er den rigtige medicinske betegnelse frontotemporal demens. Man antager, at omkring 8-10 pct. af alle med demenssygdomme



Når plejehjemsbeboere har en begrænset frontallapsfunktion, kommer den pågældende ofte i konflikt med andre, fordi personen ikke længere kan sætte sig ind i deres situation og væremåde.

RESUME

En mindre gruppe plejehjemsbeboere er ramt af en demenssygdom, som primært svækker de forreste dele af hjernens frontallapper. Da disse dele af hjernen bl.a. har ansvaret for personens sociale færdigheder, dømmekraft og overordnede styring, kan det være svært for plejehjemmets personale at forstå og håndtere disse beboeres adfærd.

Plejehjemsbeboere med svigtende frontale funktioner har behov for hjælp

til kompensation for de funktioner, de ikke længere magter. Det er derfor sygeplejerskens opgave sammen med det øvrige personale at sikre beboerne den bedst mulige hverdag ved at yde hjælp til at komme i situationer, som beboeren opfatter som rare og betydningsfulde.

Gennem særligt tilrettelagte forløb med udgangspunkt i ensartede handlinger og rutiner samt faste tidspunkter kan personalet være en god støtte

for beboeren ved f.eks. personlig hygiejne, deltagelse i aktiviteter, spisesituationer, samvær og håndtering af konflikter, alt sammen situationer, hvor beboeren kan opleves som vanskelig at have med at gøre.

Personalet bør i forhold til denne lille gruppe personer have forståelse for og accept af de særlige mentale vanskeligheder, som er årsag til disse menneskers umiddelbart irriterende og forstyrrende adfærd.

har frontotemporal demens, dvs. omkring 8.000 personer (4). Hovedparten af mennesker med frontotemporal demens har en variant, der er karakteriseret af ændringer i adfærden (4). Men det er ikke ualmindeligt, at også demens af Alzheimers type involverer hjernens frontallapper, efterhånden som sygdommen udvikler sig. Desuden kan apopleksier, hovedtraumer og visse neurologiske sygdomme som f.eks. ALS (Amyotrofisk Lateral Sklerose) samt et overdrevent forbrug af alkohol medføre skader i frontallapperne (4).

I en spørgeskemaundersøgelse til ledere på plejecentre anslag de adspurgte, at omkring 4 pct. af beboerne enten havde frontotemporal demens eller havde en adfærd, der svarede til adfærden hos mennesker med frontotemporal demens (5).

Frontallapperne har en afgørende rolle

Frontallapperne har en afgørende rolle i menneskers evne til at indgå i sociale relationer og i den overordnede styring af individets handlinger.

For at kunne fungere i sociale sammenhænge skal personen kunne forstå, at andre mennesker kan tænke på en anden måde end personen selv, ligesom man må have medfølelse og empati for andre. Når plejehjemsbeboere har en begrænset frontallapsfunktion, kommer den pågældende ofte i konflikt med andre, fordi personen ikke længere kan sætte sig ind i deres situation og væremåde.

Den overordnede styring af handlinger og adfærd, der betegnes som de eksekutive funktioner, varetages også af frontallapperne. De eksekutive funktioner omfatter evnen til at udtænke, planlægge, iværksætte, udføre, løbende justere og færdiggøre en handling. Dømmekraften og evnen til at hæmme impulser er f.eks. væsentlige bestanddele af de eksekutive funktioner.

Svigtende eksekutive funktioner hos plejehjemsbeboere indebærer ofte, at personens adfærd får en flimrende, planløs karakter med en tendens til at gentage handlinger eller sætninger, samtidig med at personen distraheres af ydre indtryk eller af indre indskydelser. Personen mangler ofte hæmninger og kan ikke bedømme situationer og forudse konsekvenserne af egne handlinger.

Det er vigtigt, at omgivelserne er klar over, at beboere med svækkede frontale funktioner ikke ser sig selv som ændret, netop på grund af den manglende dømmekraft, men i stedet oplever, at det er omgivelserne, som reagerer på en underlig måde (6).

Medarbejdere skal sikre dagligdagen

Det er sygeplejerskens opgave sammen med de øvrige medarbejdere at sikre beboere med svigtende frontale funktioner den bedst mulige hverdag. Det indebærer, at man hjælper beboerne med at kompensere for de færdigheder, som de ikke længere har, og yder hjælp til at være i situationer, som personen opfatter som rare og betydningsfulde, se oplistning herunder samt boks 1.

Hjælp til personlig hygiejne. Beboere med svækkede frontale funktioner kan nemmere håndtere dagligdagen, når den forløber på en relativt ensartet måde med faste tidspunkter og ensartede rutiner for personlig hygiejne, aktiviteter og måltider (7). I situationer, hvor beboeren skal udføre praktiske opgaver som f.eks. personlig hygiejne, kan medarbejderne opdele processen i sekvenser (8) og undervejs bruge korte anvisninger som understøttes af gestus, som f.eks. "Kom," medarbejderen åbner døren til badeværelset, "Sæt dig her," medarbejderen peger på badestolen, og "Vask ansigtet," medarbejderen rækker en våd vaskeklud frem.

Opdelingen af processen kan hjælpe beboeren til at fokusere på de enkelte sekvenser, så han undgår den overordnede planlægning af processen, som ikke længere kan håndteres. De korte sætninger kan bidrage til, at der ikke er så mange ord, som kan aflede og forstyrre beboeren.

Det er en god idé, at beboeren undgår valgsituationer, som den pågældende ikke længere kan magte (7). F.eks. skal man ikke spørge beboere, der altid fravælger basal personlig hygiejne, om de vil vaskes og have rent tøj på. Det er bedre, at medarbejderen hjælper beboeren ind i den konkrete situation og begrunder det med sætninger som: "Det plejer vi at gøre." Men de valgsituationer, som beboeren stadigvæk kan håndtere, skal naturligvis ikke undgås.



**Frontale funktions-
tab betyder, at man
ikke længere forstår
andres følelser, og
derfor er det nyttes-
løst at forsøge at få
beboeren til at indse,
at han har gjort no-
get forkert.**

Hjælp til at deltage i aktiviteter. Det er imidlertid vigtigt, at sygeplejersken sammen med personalet forsøger at finde aktiviteter, som beboeren kan glæde sig over og være optaget af. Det kan være en udfordring, fordi mange beboere med svækkede frontale funktioner ikke kan ignorere indtryk fra omgivelserne. Det kan

indebære, at den pågældende får alt for mange impulser med det resultat, at personen kan ende med at blive urolig og forvirret.

Mange beboere med svigtende frontale funktioner kan imidlertid deltage i overskuelige fællesaktiviteter som sang eller bevægelse, hvis de får hjælp fra en medarbejder til at dæmpe impulser og fastholde opmærksomheden på aktiviteten. Men det kan være nødvendigt at overveje, om beboeren kan deltage i hele forløbet, eller om udbyttet er størst for personen, hvis han kun er med i en del af aktiviteten.

Selvom mange beboere med svigtende frontale funktioner er afhængige af faste rutiner, har de også glæde af afbræk fra hverdagen som f.eks. gåture og udflygter (9). Det vil dog være en god idé, at personalet forinden tilrettelægger turen, så det er planlagt, hvem beboeren er sammen med, og at turens varighed og indhold ikke overstiger beboerens mentale kapacitet.

Hjælp til at spise. Hvis en beboer med svigtende frontale funktioner bliver distraheret af andre beboere under måltiderne, er det bedre, at den pågældende spiser alene eller sammen med en medarbejder, som kan hjælpe med at fastholde beboerens opmærksomhed på måltidet.

De beboere, som stopper mad i munden uden at tygge den foregående mundfuld først, kan hjælpes, ved at måltidet består af mange små portioner, som beboeren får tilbudt en ad gangen, når den foregående er tygget og sunket (8). Hvis ikke man gør det, er der en reel risiko for, at beboeren fejlsynker maden.

De manglende hængninger betyder, at beboere med svigtende frontale funktioner ofte tager den mad, som er synlig. Her vil det være nødvendigt, at medarbejderne først stiller maden frem umiddelbart før måltidet.

Hvis beboere med svigtende frontale funktioner selv tager mad fra fælles køleskabe eller skuffer, er det ofte en god idé at få lås på skabene.

Hjælp til at forebygge og håndtere konflikter. Da mange beboere med svækkede frontale funktioner ikke længere har empati og mangler hængninger, er de i højrisiko for at komme i konflikt med andre beboere, fordi de ofte kommer med negative kommentarer og sårende bemærkninger.

Det er derfor vigtigt, at fællesrummene er indrettet med flere mindre grupper, så beboere med svækkede frontale funktioner er sammen med de beboere, som de fungerer bedst med. Som hovedregel skal man undgå store, ustrukturerede grupper som f.eks. det lange spisebord, hvor alle beboerne sidder sammen under og mellem måltiderne.

Selvom medarbejderne har indarbejdet gode rutiner med at undgå konflikter, kan der alligevel optræde stridigheder mellem beboere med svigtende frontale funktioner og andre. Når det sker, må medarbejderne stoppe konflikten ved enten at hjælpe den ene part med at flytte sig eller placere sig mellem og aflede den ene eller begge. Det kan være med afledninger som: ”Kom med mig, jeg har lige en smøg,” eller ”Jeg tror vist, jeg glemte at finde den Cola, jeg lovede dig. Den skal vi da have fat i nu.”

Afledning er som hovedregel det bedste redskab, hvorimod man ofte optrapper konflikten, hvis man forsøger at korrigerer beboeren og få ham til at forstå, at der er sagt noget sårende. Frontale funktionstab betyder, at man ikke længere forstår andres følelser, og derfor er det nyttesløst at forsøge at få beboeren til at indse, at han har gjort noget forkert. Hvis personen erkender, at der er gjort noget forkert, vil det alligevel ikke betyde, at han ikke kommer til at gøre det samme i lignende situationer.

Boks 1. Hjælp til beboere med svækkede frontale funktioner

SEKS ANBEFALINGER

- Sørg for, at beboeren oplever gode stunder.
- Opdel praktiske aktiviteter i sekvenser, som beboeren hjælpes til at færdiggøre en ad gangen.
- Brug få ord suppleret af gestus som støtte til praktiske aktiviteter.
- Undgå valgsituationer, som beboeren ikke længere kan håndtere.
- Planlæg, så beboere med svækkede frontale funktioner primært er sammen med beboere, som de ikke kommer i konflikt med.
- Brug afledning i konfliktsituationer fremfor at korrigerer beboeren.

Man skal være opmærksom på, at konflikter altid udvikler sig mellem mindst to parter (10). Beboere med svækkede frontale funktioner bliver reelt ofte mobbet af andre beboere, der råber eller på anden måde taler grimt til den pågældende. Derfor må medarbejderne være opmærksomme på, hvordan konflikter mellem beboerne udvikler sig, og forsøge at forebygge dem ved at være bevidste om at skabe de bedst mulige grupperinger i fællesrummene.

Hjælp til at være sammen med andre. Selvom beboere med svækkede frontale funktioner har begrænsede sociale færdigheder, har mange alligevel glæde af samvær med personalet, hvor formålet udelukkende er at være sammen, og hvor beboeren oplever en interesse for sin person og det, som han synes er betydningsfuldt (9).

Det kan måske dreje sig om forhold fra beboerens liv, inden sygdommen udviklede sig, om her-og-nu-forhold som familiens trivsel eller måske bare vind og vejr. Det vil ofte være i de situationer, beboeren får mulighed for at bruge bevarede ressourcer, og medarbejderne kan få et glimt af den personlighed, som karakteriserede beboeren, inden sygdommen udviklede sig.

Beboerne er ikke snu og egoistiske

Beboere med svigtende frontale færdigheder bliver ofte fejlopfattet som ikke rigtigt demente, men bare snu, egoistiske og

ondskabsfulde (10). Hvis ikke beboerens mentale funktionstab er tydelige for alle, som hjælper, er der derfor en risiko for, at medarbejderne ikke opfatter beboeren som "vores", men som en, der ikke hører til på plejehjemmet, og som man derfor heller ikke rigtig har et ansvar for.

Derfor må sygeplejersken medvirke til, at alle medarbejdere får en forståelse for og accept af de særlige mentale vanskeligheder, som er årsag til beboerens umiddelbart irriterende og forstyrrende adfærd.

Jo bedre, medarbejderne kan genkende, forstå og forudsige beboerens reaktioner i forskellige situationer, jo større overskud bliver der til at opbygge gode relationer og positivt samvær.

I den forbindelse kan sygeplejersken ofte bruge beboerens livshistorie til at tydeliggøre konsekvenserne af de frontale skader. Livshistorien kan netop vise, at personen tidligere har levet et almindeligt liv med arbejde og sociale relationer, der ikke ville have været mulige, hvis beboeren dengang havde de mentale funktionstab, som han aktuelt er præget af i dag.

For mange medarbejdere er udfordringen ikke kun, at beboeren har en grænseoverskridende adfærd, men også at den hjælp, som støtter beboeren på den bedste måde, opfattes som uetisk og grænseoverskridende.

I et samfund, hvor individets frie valg er i højsædet, virker det forkert, når personalet må overtage den overordnede styring af et voksent menneskes liv og f.eks. bruge korte sætninger, aflede og tage ansvar for at forebygge konflikter mellem beboerne. Der er også en reel risiko for, at indsatsen bliver et hårdhjertet forsøg på at opdrage og disciplinere beboeren, hvis medarbejderne ikke forstår de mentale funktionstab, som er årsagen til beboerens væremåde. Derfor er det vigtigt, at sygeplejersken på den ene side hjælper medarbejderne med at finde de tiltag, både med hensyn til planlægning, kommunikation og tilpasning af de fysiske rammer, som giver borgeren den bedste livskvalitet, og på den anden side indgår i de etiske diskussioner på en konstruktiv måde, så konkrete situationer drøftes, og mulige alternativer vurderes. ●

Læs også Trialogen "Demens udfordrer sygeplejersker" i *Fag&Forskning* nr. 4/2016.

Referencer

1. *Aftale om den nationale demenshandlingsplan. Sundheds- og Ældreministeriet. 15. december 2016.* 2. Lolk A, Andersen K. Forekomst af depression og demens blandt plejehjemsbeboere. *Ugeskrift for læger* 2015;(6):546-50. 3. Olsen RS. Behov for særlige botilbud til borgere med frontallapsdemens. I *Nyhedsbrev for demenskoordinatorer 2010(1)*. 4. Waldemar G, Brændgård H. Demenssygdomme. I Paulson OB, Gjerris F, Sørensen PS editors. *Klinisk Neurologi og Neurokirurgi København: FADL'S Forlag;2015:582-600.* 5. Gotfredsen K, Persdatter K. Mennesker med nedsat funktion af frontallapperne på plejehjem i Danmark. 6. Dinand C, Nover SU, Holle D et al: What is known about the subjective needs of people with behavioural variant frontotemporal dementia? A scoping review. *Health and Social Care in the Community* 2016;24(4):375-85. 7. Faurschou L. Pleje af demente med frontallapsdemens. I Buss D:editor. *Håndbog om demens; til pleje og omsorgspersonale på ældreområdet, undervisere og frivillige.* Odense: Socialstyrelsen 2008:153-60. 8. Massimo L, Grossman M. Patient Care and Management of Frontotemporal Lobar Degeneration *American Journal of Alzheimer's Disease & other Dementias* 2008;(3):125-31. 9. Edberg AK, Edfors E. Nursing care for people with frontal-lobe dementia – difficulties and possibilities. *International Psychogeriatrics.* 2007;20(2):361-74. 10. Pillemer K, Chen EK, Van Haitsma KS et al. Resident-to-Resident Aggression in Nursing Homes: Results from a Qualitative Event Reconstruction Study. *The Gerontologist* 2011;52:(1):24-33.



Afledning er som hovedregel det bedste redskab, hvorimod man ofte optrapper konflikten, hvis man forsøger at korrigere beboeren og få ham eller hende til at forstå, at der er sagt noget sårende.

Hvilke hensyn tager I til mennesker med svækkede frontale funktioner på jeres arbejdsplads?

Hvordan kortlægger I beboerens livshistorie?

Hvilke erfaringer har I med at hjælpe beboere med svækkede frontale funktioner til en bedre livskvalitet?

Hvordan håndterer I etiske overvejelser omkring beboere med nedsat funktion af frontallapperne?

Hvilke erfaringer har I med at tilpasse indretningen af fællesrum, så beboere med svækkede frontale funktioner får den bedste mulige livskvalitet?

Er vi fortsat dem, der er tættest på patienten?

Nye ord og begreber uden nærmere definition er kommet ind i sygeplejerskeuddannelsen. Giver de overhovedet nogen mening?



NANNA KAPPEL, sygeplejerske, ph.d., lektor, Professionshøjskolen Metropol

Det vrirler med nye ord og begreber i bekendtgørelsen om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje fra august 2016. Klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen, sundhedsudfordringer og sygdomssammenhænge er genstand for heftig debat blandt studerende, undervisere og kliniske vejledere. Debatten afspejler, at der med bekendtgørelsen hverken fulgte en definition eller en manual til at operationalisere begreberne.

Så hvad betyder klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen, og er der noget nyt i begreberne? De dukker op i en tid, hvor opgaveglidning mellem sektorerne er hverdag, og hvor sygeplejen i borgernes hjem bliver stadigt mere kompleks.

På Institut for Sygepleje tog vi fat i begreberne og søgte efter en definition på klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab. Vi blev inspireret af Gillespies model (1), hvor den studerende integrerer forskellige former for viden og den kontekst, der omgiver patienten. Klinisk beslutningstagen er den proces, der foregår, når en sygeplejerske på baggrund af data, dvs. egne observationer og patientens viden om udvikling af problemet, foretager en analyse ved at anvende forskellige former for viden og derefter i samarbejde med patienten foreslår, hvordan patientens sundhedsudfordringer og sygdomssammenhænge kan håndteres.

Klinisk lederskab skal den studerende kunne varetage med progression gennem uddannelsen. Det første spæde lederskab består i, at den studerende leder sygeplejen til en tildelt patient og bedriver selvledelse, og senere skal den studerende kunne uddelegere opgaver til andre samarbejdspartnere og på den måde varetage klinisk lederskab.

Begreberne introduceres for de studerende allerede på 1. semester. Her skal de studerende bruge begreberne og de forskellige former for viden, der er forudsætningen for at kunne analysere en eller flere udvalgte sundhedsudfordringer og sygdomssammenhænge i forhold til en konkret patient i den kliniske del af uddannelsen og i et teoretisk læringsrum, f.eks. ved at analysere en patientcase.

Der er særligt fokus på, at sygeplejersken udnytter patientens viden om sig selv og sin situation og samarbejder i den kliniske beslutningsproces.

Med begreberne kommer dannelse og socialisering ind i uddannelsen, da klinisk lederskab kræver, at den sygeplejestuderende har indsigt i egne kompetencer, værdier, styrker og begrænsninger. Den studerende skal være modig og innovativ for at være klar til det nuværende arbejdsmarked med



Klinisk lederskab skal den studerende kunne varetage fra første færd med progression gennem uddannelsen.

opgaveglidning over sektorer og komplekse problemstillinger med borgere i det primære sundhedsvæsen.

Hvordan parterne kobler begreberne sundhedsudfordringer og sygdomssammenhænge, vil de kommende år forhåbentlig give svar på. I disse dage eksamineres det første hold 1. semesterstuderende efter uddannelsesreformen, og det bliver spændende at få indblik i, hvordan de studerende håndterer de nye begreber. Sygeplejersker har altid skullet ”udføre, formidle, udvikle og lede” sygepleje, men kan de nye begreber bidrage til at fastholde vores position som de professionelle, der er tættest på patienten? Eller er det en illusion? ●

Reference: Gillespie M. Using the Situated Clinical Decision-Making framework to guide analysis of nurses' clinical decision-making. *Nurse Education in Practice*. November 2010, Volume 10, Issue 6. 333-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2010.02.003>

FULD AF VIDEN

KURSER, UDDANNELSER OG SUPERVISION

Misbrugsuddannelse på Center for Forsorg og Behandling

Du får grundlæggende færdigheder i at tale og hjælpe mennesker, der kæmper med misbrugsproblematikker som alkohol, hash og andre rusmidler.

Center for Forsorg og Behandling tilbyder:

- 1-årig Narrativ Misbrugsuddannelse
- 1-årig Kognitiv Misbrugsuddannelse
- Uddannelse i Den Motiverende Samtale

Uddannelserne henvender sig til fagpersoner, der arbejder med samtalebehandling og/eller socialpædagogisk arbejde på specialinstitutioner og botilbud.

Læs mere om vores kurser, uddannelser og tilbud om supervision på www.densocialevirksomhed.dk/cfb eller ring til vores uddannelseskoordinator Lene Rørbech på tlf. 61 36 36 32.



**Center for Forsorg
og Behandling**