

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Inddrag den ældre i faldforebyggelse

SYSTEMATIK
OG MÅLRETTET
KOMMUNIKATION

SIDE 20

DERFOR
FALDER ÆLDRE

SIDE 24

FALDOPFATTELSE
PÅVIRKER FORE-
BYGGELSEN

SIDE 26

DEN KOMPLEKSE
FOREBYGGELSE

SIDE 30

NY PRAKSIS

Apopleksi.

Markant flere når deres blodtryksmål med et opfølgingsforløb.

SIDE 8

PEER REVIEWED

Fast-track.

Fast-track succes betinget af veluddannede sygeplejersker

SIDE 40

FAGLIGT AJOUR

Pårørende.

Patientinvolvering skal medtænke pårørende som del af behandlingsforløbet.

SIDE 50

PÅ SPIDSEN

Dokumentation.

Essentiel dokumentation formidles ikke, når patienten overflyttes

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.



REDAKTION

.....

Redaktionssekretær

HENRIK BOESEN

hbo@dsr.dk

Telefon: 4695 4189

Mobil: 2121 8770

Redaktionssekretær

LOTTE HAVEMANN

lha@dsr.dk

Telefon: 4695 4179

Art Director

MATHIAS N JUSTESEN

mnj@dsr.dk

Telefon: 4695 4280

Journalist

CHRISTINA SOMMER

cso@dsr.dk

Telefon: 4695 4264

Journalist

SUSANNE BLOCH

KJELDSEN

sbk@dsr.dk

Telefon: 4695 4178

Journalist

ANNE WITTHØFFT

awi@dsr.dk

Telefon: 4695 4108

Journalist

EMMA TRAM

emt@dsr.dk

Telefon: 4695 4106

Journalist

DIANA MAMMEN

dma@dsr.dk

Telefon: 4695 4109

Distribueret oplag

1. januar – 30. juni

2016: 76.716 ekpl.

Medlem af Danske

Medier

Tryk

ColorPrint

Annoncer

Dansk Mediaforsyning

Elkjærvej 19, st.

8230 Åbyhøj

Telefon: 7022 4088

Fax: 7022 4077

info@dmfnet.dk

**Manuskriptvejledning,
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



Redaktionen påtager sig

intet ansvar for materialer,

der indsendes uopfordret.

Holdninger, der tilkendes

gives i artikler og andre

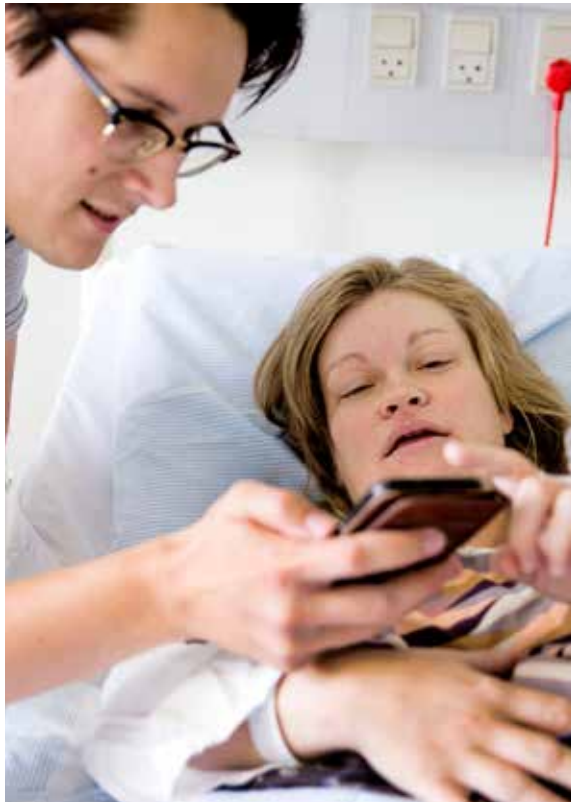
indlæg, udtrykker ikke

nødvendigvis Dansk Syge-

plejeråds synspunkter.

.....

Grafik side 13: Mathias N Justesen / Illustration, foto og grafik side 20-35, 40, 48, 50, 56, 61, 62, 67, 68 og 74: iStock



App afløser bunker af papir

INNOVATION. Tidligere modtog nybagte forældre mængder af information om deres nye situation i form af pjecer. Men oplevelsen for personalet på barselsgangen var ofte, at pjecerne blev efterladt urørte. Og tilbuddet om bare at ringe til sygeplejersken, hvis ”der er noget”, forblev ofte en uprøvet mulighed.

En nyudviklet app har givet sygeplejerskerne en ny mulighed for at rådgive forældrene, og det har ændret formen for kommunikation. I begyndelsen var sygeplejerskerne skeptiske.

LÆS SIDE

16



Faglitteraturens syn på alderdom og fald har ændret sig i takt med, at ny forskning kommer til. Før 1960 blev fald set som en naturlig del af aldringsprocessen, og fra 1960-1980'erne som et forebyggeligt uheld. Fra 1980 til omkring 2000 ændrede perspektivet sig til, at fald var symptom på sygdom, og fra 2005 og frem til nu er det dominerende syn, at fald i høj grad er et livstilsproblem, som er relateret til inaktivitet.

Kilde: Lotte Evron

Opfølgingsbesøg sænker blodtrykket

APOPLEKSI. To ud af tre apopleksipatienter fik i løbet af et forsøg sænket blodtrykket til deres individuelle mål, når de fik tilbud om en række opfølgingsbesøg. Og det positive resultat førte umiddelbart til oprettelsen af en klinik for forebyggelse på apopleksiambulatoriet.

Når først patienterne forstod, at de med henvisning til resultatet af ovenstående forsøg var i mindre risiko for en ny apopleksi, blev de motiverede til at tage den nødvendige medicin.

LÆS SIDE

8

Den svære kropslige kontakt med patienten

KROP OG BEVÆGELSE. Med fokus på krop og sanselighed bruger sygeplejestuderende på Diakonissestiftelsen dans og bevægelse til at træne bevidstheden om kroppens sprog i den professionelle praksis. Kroppen kommunikerer hele tiden, og derfor er det vigtigt, at en sygeplejerske kan se, læse og mærke patientens kropslige sprog.

En erfaring var, at de studerende følte sig mere kompetente i klinikken, fordi de forinden havde trænet sammen med medstuderende i et trygt rum.

LÆS SIDE

12

Fald kan forebygges

Ældre oplever ofte fald som en naturlig del af alderdommen, men for mange ramte er det også decideret pinligt at falde – man er nået til et stadie i sit liv, hvor man ikke længere kan styre sin krop. Og derfor er det også svært at tale om.

Men det gør man i f.eks. Sønderborg Kommunes Distrikt Fjord. På knap to år har hjemmesygeplejersker i samarbejde med det øvrige plejepersonale ved en systematisk og tværfaglig indsats næsten halveret antallet af fald blandt distriktets 600 visiterede borgere. Indsatsen omfatter såvel den ældre selv som pårørende og egen læge, og der er fuldt fokus på den forebyggende indsats. Medvirkende årsag til at holde fokus på forebyggelsen har bl.a. været Faldpakken og udviklin-

gen af et spil, som hjælper med at systematisere og kvalitetssikre indsatsen.

Statistiske opgørelser dokumenterer, at der er gode grunde til at forebygge fald – både i forhold til den enkelte borger i risikozonen og i forhold til en økonomisk betragtning. De ca. 360.000 ældre over 65 år, som årligt falder, resulterer i 45.000 behandlinger på akutklinik og 13.000 indlæggelser. Halvdelen af disse indlæggelser skyldes en hoftefraktur. En tredjedel af disse dør som direkte følge af faldet, og hver femte kommer til at bo på et plejecenter inden for et år efter faldet. Økonomisk lyder regningen på mere end 3 mia. kr.

LÆS SIDE

20

SMERTER.

På trods af fremgang i smertebehandlingen oplever patienter, som gennemgår en rygoperation, fortsat at have moderate til svære smerter.

FORSKNING.

Det er ikke nok for ledere at læse og diskutere udvalgte artikler; de har brug for input fra andre for at få andre perspektiver på de udvalgte emner.

ERNÆRING.

I en undersøgelse blev miljøet på et hospital i forbindelse med måltider for patienter med neurologiske lidelser observeret.

LÆS SIDE 36

Sygepleje ved fast-track total hofte- og knæalloplastik

Fast-track forløb er i stigning, og det betyder øget ansvar og flere opgaver til de sygeplejersker, som er involveret i disse forløb. En ortopædkirurgisk afdeling er fulgt i 10 år med henblik på at fastlægge antal operationer af typen total hofte- og knæalloplastik, sygeplejerskenormering og sygeplejebudget. Studiet havde et retrospektivt, beskrivende design. Data blev indsamlet fra hospitalets administrative database samt personlig kontakt og samtale med personalet om fast-track behandlingen og plejen.

Resultaterne viste, at antallet af operationer steg fra 351 operationer i 2002 til 1.024 operationer i 2012, dvs. en tredobling. Sygeplejersker har i samme periode overtaget opgaver fra både kirurger og fysioterapeuter, og to sygeplejersker er udpeget til at have specialistanstansvar. Konsekvenserne for patienterne er øget involvering i egen behandling og pleje, hurtigere udskrivelse og færre komplikationer. Artiklen afsluttes med en række anbefalinger, bl.a. at sygeplejerskerne i disse forløb skal være højt kvalificerede og gerne have status af ekspert- eller specialistsygeplejersker for at sikre kvalitet i forløbet og fokus på den enkelte patient.

LÆS SIDE 40

Fagligt
Ajour

PÅ SPIDSEN

Patientinvolvering skal medtænke pårørende

Pårørende spiller en central rolle i forbindelse med sygdom og behandling, og deres tilværelse forandres markant, når de skal yde omsorg til en kronisk syg eller måske døende nærtstående. Sygeplejersker må derfor være opsøgende og tilbyde støtte og vejledning til både patient og pårørende. Desuden er det væsentligt at kende det juridiske grundlag for inddragelse af den pårørende. Et af hovedbudskaberne er, at når et menneske rammes af sygdom, så rammes de nærmeste pårørende også. Et samarbejde mellem de tre parter patient, pårørende og sygeplejerske kan derfor øge informationsniveau, trykthed og kvalitet i sygeplejen.

LÆS SIDE

50

"Lægen sagde, at jeg ikke var døende nok"

Mennesker, som indlægges på hospice, tænker ofte, at det er den sidste station, og at døden er nært forestående. Derfor kan det skabe utrykthed, at udskrivelse kan komme på tale, når personen har profiteret så meget af at være på hospice, at egen læge og hjemmepleje kan tage over. Ved indlæggelse på hospice bliver muligheden for udskrivelse nævnt, men det husker en del af patienterne ikke. Når de bliver konfronteret med muligheden for at komme hjem eller på plejecenter, er det ikke umiddelbart i overensstemmelse med deres eget ønske. Sygeplejerskerne finder det tilsvarende svært at tage emnet op, fordi de opfatter det som svigt af den person, de er kommet tæt på over tid.

LÆS SIDE

56

Skærpet fokus på at fjerne kateteret

Kateter à demeure skal seponeres så hurtigt som muligt efter operation, og der skal anlægges så få katetre som muligt. Det viser en undersøgelse udført i ryggkirurgisk sektor, Middelfart Sygehus. Data blev indsamlet ved hjælp af spørgeskemaer og journalaudit. 166 patienter deltog, og af dem havde 11 haft en postoperativ urinvejsinfektion. En del blev først behandlet efter udskrivelse. Resultaterne har bevirket, at den lokale retningslinje er justeret, så færre får anlagt kateter à demeure, og fokus på at fjerne kateteret så hurtigt som muligt er skærpet.

LÆS SIDE

62

” Sygeplejersken er i vildrede, da hun pakker fødderne ind. Hun spørger mig. Jeg ved det ikke.

LÆS SIDE

75

Dokumentation ved overflytning

Dokumentation er belastende, der er for meget af den, den tager for lang tid, og det, der dokumenteres, er ikke relevant.

Vi kender alle til den type udsagn, som udfordrer dokumentationen.

En pilotundersøgelse af dokumentation omkring 16 patienter fra intensivt

afsnit baseret på data fra elektroniske patientjournaler viser, at den dokumentation, der findes vedrørende disse multi-syge mennesker, ikke finder anvendelse, når patienterne overflyttes til stamafsnit. Det kan gå ud over kontinuitet og patientsikkerhed.

LÆS SIDE

68



Til SOSU-assistenter hjemmeplejere sygeplejere køkkenpersonale madudbringnings- firmaer m.m.

Arbejder du med alvorligt syge? Laver du mad til - eller kommer du hjemme hos - alvorligt syge og svækkede ældre? Så vær opmærksom på, at alvorligt syge nemmere bliver syge af madbakterien listeria. Hvert år bliver op mod 50 indlagt på grund af listeria, og ca. hver fjerde dør.

SÅDAN UNDGÅR MAN LISTERIA:



Stil den udbragte mad i køleskab ved levering, så maden ikke står fremme ved stuetemperatur, indtil den bliver spist. Tjek også, at køleskabet er koldt og højst 5 °C.



Varm mad bør være rygende og gennemvarm. Høj varme dræber bakterier.



Den syge bør spise pålæg så friskt, som muligt. Hjælp med at rydde ud i køleskabet. Tjek datoen og smid gammelt pålæg, gamle færdigretter og gamle madrester ud.

LÆS MERE OM:

“Sådan undgår du listeria, hvis du er syg” på www.fvst.dk.

Det er effektivt at følge op på forhøjet blodtryk



Et pilotstudie viste, at to ud af tre patienter fik sænket deres blodtryk til det individuelle mål, når de fik tilbudt en række opfølgingsbesøg, fortæller forskningssygeplejerske Agnete Hviid Hornnes om baggrunden for opstart af en forebyggelsesklinikk.

En markant større andel af apopleksipatienter når deres blodtryksmål, når de gennemgår et opfølgingsforløb.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **BAX LINDHARDT**

”Resultaterne af pilotstudiet var så overbevisende, at den ledende overlæge med det samme besluttede, at vi skulle gå efter at omsætte projektet til praksis. Jeg var enig i, at patienterne ikke skulle vente i årevis på at få gavn af vores viden, så planerne om et multicenterstudie blev skrottet.”

Det fortæller forskningssygeplejerske, MPH og ph.d. Agnete Hviid Hornnes fra Neurologisk Afdeling på Herlev Hospital om, hvordan en forebyggelsesklinikk i 2014 blev startet op på apopleksiambulatoriet på baggrund af resultaterne af et klinisk studie.

Forinden gennemførte hun frem til 2007 en kohorteundersøgelse på 1.306 patienter med apopleksi. En opfølgning på 424 af patienterne viste, at to ud af tre patienter havde forhøjet blodtryk et år efter udskrivelsen.

”Vi ved, at forhøjet blodtryk er den vigtigste påvirkelige risikofaktor for tilbagefald af apopleksi, så jeg tænkte,

at her var et potentiale i forhold til at forebygge ny apopleksi,” siger Agnete Hviid Hornnes.

På den baggrund igangsatte hun et mindre randomiseret, kontrolleret interventionsstudie på 73 patienter. Det var tænkt som et pilotstudie til et større multicenterstudie, men endte med at danne grundlag for at starte Forebyggelsesklinikken op.

Flere end 80 pct. af patienterne kom i mål

”Pilotstudiet viste, at to ud af tre patienter fik sænket deres blodtryk til det individuelle mål, når de fik tilbudt en række opfølgingsbesøg,” fortæller Agnete Hviid Hornnes.

Til sammenligning lykkedes det kun for godt en ud af tre i kontrolgruppen, der fik den sædvanlige behandling i det daværende ambulatorium, nemlig et enkelt kontrolbesøg tre måneder efter udskrivelsen. Forskellen mellem de to grupper i studiet var højsignifikant.

Efterfølgende har en opgørelse på de første 400 patienter i Forebyggelsesklinikken vist, at flere end 80 pct. af patienterne kom i mål med deres blodtryk efter at have besøgt klinikken i gennemsnit 1,6 gange.

Patienterne blev mere motiverede

Opskriften på succesen var flere opfølgingsbesøg med en trinvis medicinsk optrapning indtil det individuelle blodtryksmål var nået, samt at patienterne kom til det første besøg kort tid efter udskrivelsen, og at behandlingen blev ændret i tilfælde af bivirkninger.

”Når først patienterne fik forklaret, at store undersøgelser viser en mindre risiko for ny apopleksi ved behandling af forhøjet blodtryk og sænkning af kolesteroltal til fastsatte mål, blev de motiveret for at tage medicinen,” siger Agnete Hviid Hornnes.

De blev grundigt vejledt også om nødvendige livsstilsændringer, og der blev udarbejdet en detaljeret skriftlig vejledning til patienten med det individuelle blodtryksmål og en plan for, hvor ofte patienten efter afslutning i projektet skulle gå til egen læge til behandling og kontrol af blodtryk og kolesteroltal.

Den trinvis medicinske optrapning foregik ved, at man supplerede med et nyt præparat i mindste dosis, hvis blodtrykket endnu ikke var i mål. Først når der blev behandlet med tre eller fire præparater, blev dosis øget.

”Det var et mål, at patienterne ikke skulle have bivirkninger af medicinen. Det er vigtigt, fordi der er tale om livslang forebyggende behandling, som patienten ikke må opgive på grund af bivirkninger,” forklarer Agnete Hviid Hornnes.

En udpeget læge i afdelingen skulle desuden godkende forslag til behandling og sørge for recepter.

Fik halvanden million kroner

Selvom pilotstudiet gav idéen til at starte en forebyggelsesklinik op, var der i starten ingen midler til at finansiere de ekstra opfølgingsbesøg pr. patient.

”Jeg ansøgte en kvalitetspulje om midler til at starte Forebyggelsesklinikken op og fik bevilget det maksimalt mulige beløb: halvanden million kroner,” fortæller Agnete Hviid Hornnes.

Pengene rakte til det første halvandet år og dækkede løn, blodprøver, patientkørsel og udstyr. Da pengene slap op, måtte Forebyggelsesklinikken desværre efter et stykke tid gå tilbage til kun at tilbyde et enkelt opfølgingsbesøg.

”Til gengæld er besøget nu meget mere forebyggelsesrettet end tidligere med samme grundige mundtlige og skriftlige vejledning af patienten som i pilotstudiet,” siger Agnete Hviid Hornnes.

”Det er nødvendigt, da jeg fra Dansk Hypertensionselskab ved, at det kniber med at overholde den nødvendige blodtryks-

Pilotstudie på 73 apopleksipatienter

- Interventionsgruppen (n=36) fik i gennemsnit fem opfølgingsbesøg med fire ugers mellemrum.
- Første besøg var en uge efter udskrivelsen
- Fokus på medicinsk behandling af forhøjet blodtryk og kolesterol
- Trinvis optrapning af medicin
- Fokus på at minimere bivirkninger
- Skriftlig handlingsplan og grundig vejledning af patienter
- Alle fik tilbud om ambulant besøg efter tre måneder og blev indkaldt til kontrol efter 10 måneder

Studiet er under publicering, og derfor er de nøjagtige tal ikke tilgængelige. Redaktionen er bekendt med resultaterne.

og blodprøvekontrol, der skal følge en behandling af forhøjet blodtryk og kolesterolsænkning.”

Vil undersøge effekten af flere besøg

Agnete Hviid Hornnes har efterfølgende søgt Datatilsynet om tilladelse til at undersøge, om der har været færre tilbagefald blandt de patienter, som fik en grundigere opfølgning i Forebyggelsesklinikken sammenlignet med de patienter, der kun har været til et enkelt opfølgingsbesøg.

”Hvis vi kan dokumentere, at en bedre opfølgning medfører færre tilbagefald af apopleksi, vil det kunne danne grundlag for en ansøgning om bevilgninger til at tilbyde patienterne flere forebyggende besøg,” siger hun. ●

Litteratur:

1. Mancia G et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension* 2013; 31(7):1281-357. 2. Glynn LG et al. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 17(3):CD005182.

Vi forbedrer patienternes odds for at undgå tilbagefald

Et opfølgningsbesøg i en forebyggelsesklinik for apopleksipatienter er et vigtigt skridt på vejen til at forebygge tilbagefald.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **BAX LINDHARDT**

Herman Rentorff har nået sit personlige blodtryksmål, siden han for to måneder siden fik ordineret blodtryks-sænkende medicin. Sygeplejerske Lone Sommer kontrollerer hans blodtryk.



”Jeg sætter lige manchetterne på,” siger sygeplejerske Lone Sommer til sin patient Herman Rendtorff og trækker op i begge hans skjorteærmer.

Lone Sommer fastgør to manchetter, en på hver af Herman Rendtorffs arme, før hun sætter blodtryksapparaterne i gang. Det viser, at højre arm har et højere blodtryk end venstre, og derfor bruger hun højre arm til tre nye målinger.

”116 over 56”, oplyser hun.

Herman Rendtorff er til opfølgning på ”Forebyggelsesklinikken” på apopleksiambulatoriet på Herlev Hospital. Ved sin indlæggelse for apopleksi

for to måneder siden fik han ordineret blodtryks-sænkende medicin, og blodtrykket er nu faldet, så han har nået sit individuelle blodtryksmål.

Lone Sommer forklarer, at formålet med at tilbyde opfølgningsbesøg til apopleksipatienter er at forebygge tilbagefald.

4 GODE RÅD

Sæt dig grundigt ind i behandling af forhøjet blodtryk og sænkning af kolesteroltal.

Sæt dig grundigt ind i korrekt blodtryksmåling.

Træf aftale om samarbejde med 2-3 dedikerede læger i afdelingen med henblik på godkendelse af dine behandlingsforslag og udfærdigelse af recept.

Udlevér informationsmateriale ved patientens første kontrol indeholdende blandt andet patientens individuelle mål for blodtryk under hensyntagen til apopleksidiagnose og comorbiditet

”Derfor er der især fokus på at få blodtryk og kolesterol ned, som er de faktorer, vi ved, betyder allermest for tilbagefald. Herudover snakker vi også med patienterne om, hvordan de i øvrigt har det med sygdommen, og hvad de skal gøre, hvis de får symptomer igen.”

Flere opfølgingsbesøg vil være godt

Da Forebyggelsesklinikken startede i 2014, blev patienterne tilbudt et opfølgingsforløb med flere besøg i klinikken. Forløbet var baseret på forskningsresultater, som viste, at to ud af tre patienter kom i mål med deres blodtryk efter et forebyggelsesforløb med flere opfølgingsbesøg.

Økonomien har sidenhen reduceret forløbet til kun ét opfølgingsbesøg. Lone Sommer ser opfølgingsbesøget som et vigtigt skridt på vejen til at forebygge nye tilfælde af apopleksi, men håber på, at der med tiden kan blive mulighed for igen at tilbyde flere besøg.

”Det ville give rigtig god mening rent forebyggelsesmæssigt, hvis patienterne kom til flere besøg, så vi her i klinikken kan sikre os, at patienterne når deres blodtryksmål, inden de overgår til egen læge,” siger Lone Sommer.

Opfølgingsarbejdet oplever hun sygeplejefagligt som meget meningsfuldt.

”Som hospitalssygeplejersker er vi ikke så vant til at få lov til at følge op på patienterne. Derfor er det et privilegie at være med til at følge op og samtidig bidrage til en forebyggende indsats, så vi forbedrer patienternes odds for at undgå tilbagefald,” siger Lone Sommer.

Sygeplejersken udformer en detaljeret plan

Blodtryksmålingen er færdig, og Lone Sommer ruller Herman Rendtorffs skjorteærmer ned igen. Han har kun været indlagt på hospitalet én gang før, og det var i 1955, hvor han fik fjernet sin blindtarm. Herman Rendtorff er pensioneret læge og har derfor ikke et stort behov for at snakke så meget om selve sin sygdom med Lone Sommer. Alligevel oplever han det som en positiv ting at komme til opfølgingsbesøget.

”Det er fint at komme her og få målt blodtrykket, og det er glimrende, at hospitalet tager sig så godt af mig.

Lone Sommer opsummerer opfølgingsbesøget med Herman Rendtorff:

”Vi snakkede om hvordan han har oplevet forløbet siden indlæggelsen, hvordan han har det nu og især, hvad han skal gøre fremadrettet i forhold til, hvor ofte han skal gå til egen læge og få tjekket blodtryk og få taget blodprøver. Jeg spurgte også ind til, om der var bivirkninger af medicinen.”

Lone Sommer udformer skriftligt et journalnotat om besøget. Det indeholder Herman Rendtorffs individuelle mål for blodtryk, blodtryk målt i Forebyggelsesklinikken, kolesteroltal og anbefalinger i forhold til medicin og livsstil.

Planen skal efterfølgende godkendes af en læge på afdelingen, som udfærdiger recept, hvis der er behov for ændring i behandlingen. ●

Om Forebyggelsesklinikken

Apopleksipatienter bliver tilbudt at komme til et opfølgingsbesøg på Forebyggelsesklinikken på apopleksiambulatoriet på Herlev Hospital fire uger til tre måneder efter udskrivelsen. Her får patienten målt sit blodtryk og kolesteroltal, og sygeplejersken gennemgår og udleverer en detaljeret plan for opfølgning hos den praktiserende læge.

I samtalen med sygeplejersken er der fokus på blodtryk og kolesterol og, hvorfor det er vigtigt at tage sin medicin samt betydningen af at ringe 112, hvis der igen skulle opstå symptomer på apopleksi.

Patienten får også lejlighed til at stille spørgsmål i forhold til sygdommen og behandlingsforløbet og får eventuelt vejledning i forhold til livsstilsændringer (KRAM-faktorerne).

Om at måle blodtryk

For at måle blodtrykket så korrekt som muligt anvender man i Forebyggelsesklinikken en metode, hvor blodtrykket initialt måles samtidig i begge arme, hvorefter blodtrykket måles tre gange i armen med det højeste blodtryk. Den endelige værdi er et gennemsnit af de tre sidste målinger.

Kilde: A'Court C, Sheppard J and Greenhalgh T. Blood pressure measurement: a call to arms. Br J Gen Pract 2016;66(652):552-553.

Dans og god jordforbindelse styrker mødet med patienten



Kroppen kommunikerer hele tiden, og derfor er det vigtigt, at en sygeplejerske kan se, læse og mærke patientens kropslige sprog, fortæller lektor og ph.d. Helle Winther.

Litteratur: *The Dancing Nurses and the Language of the Body*

Sygeplejestuderende har glæde af at lære om kropssprog, kontakt, intimitet og lederskab gennem træning i bevidstheden om kroppens sprog, viser forskning.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **NIKOLAI LINARES**

Når en sygeplejestuderende første gang skal i klinik, er det somme tider overvældende. Det kan være svært at indgå i situationer, der omfatter kropslig eller følelsesmæssig kontakt med patienten eller kræver, at den studerende udviser lederskab.

”Kroppen kommunikerer hele tiden, og derfor er det vigtigt, at en sygeplejerske kan se, læse og mærke patientens kropslige sprog. Ligesom sygeplejerskens kropslige udtryk kan have indflydelse på patientens oplevelse af at blive mødt,” fortæller lektor og ph.d. Helle Winther. Hun forsker i dans og bevægelsespsykologi og i kroppens sprog ved Institut for Idræt og Ernæring ved Københavns Universitet.

Helle Winther står bag et forskningsprojekt, der er udviklet i samarbejde med Diakonissestiftelsen Sygeplejerskeuddannelsen. Her sætter man fokus på krop og sanselighed og bruger dans og bevægelse til at træne de sygeplejerskestuderendes bevidsthed om kroppens sprog i den professionelle praksis.

”Det er helt nyt at benytte dans og bevægelse til at træne sygeplejestuderendes professionalitet, selvom der i mange år har været fokus på vigtigheden af sygeplejerskens sanselige kommunikation. Det har vist sig, at de studerende har et stort behov for at lære om kropssprog, kontakt, intimitet og lederskab i et trygt uddannelsesrum i samspil med deres erfaringer i klinikken,” siger hun.

De studerende følte sig mere kompetente

Undervejs i projektet blev de studerende bedt om at nedskrive de oplevelser, de havde haft både i undervisningen og i klinikken. Beskrivelserne viste, at undervisningen styrkede de studerende i mødet med patienterne.

”Selvom de studerende blev overvældede, følte de sig mere kompetente i klinikken, fordi de forinden havde trænet sammen med medstuderende i et trygt rum, siger Helle Winther.

”Forløbet sætter naturligvis ikke de studerende i stand til at mestre alle situationer i deres kommende virke, men det kan give dem øjne at se med, redskaber at handle med og bevidsthed om processer, der ellers kan være svære at håndtere,” siger hun.

En god jordforbindelse styrker evnen til at lede

Mere konkret består undervisningen af både teori og forskellige øvelser med inspiration fra dans og bevægelse. Det kan f.eks. være parvis at føre hinanden rundt til musik udelukkende ved hjælp af kropslig kommunikation. Øvelserne kan også handle om at møde hinandens blikke i enkle danseøvelser eller om at lære, hvordan man kan berolige et andet menneske gennem berøring.

”Øvelserne har fokus på at styrke de studerendes bevidsthed og fortrolighed med øjenkontakt, tillid, territoriale grænser, berøring eller lederskab. Der bliver f.eks. også arbejdet konkret med, hvordan man kan ”tune” sig ind på et andet menneskes rytme,” fortæller Helle Winther.

De sygeplejestuderende arbejder desuden med at få en god kontakt til deres egen krop.

”Grounding er et kropssygologisk begreb, som handler om at have en god jordforbindelse og en god kontakt til sin egen krop, så man kan mærke, at åndedrættet er frit. Hvis man er urolig, stresset eller bange, mister man sin grounding, og så kan man også miste sit lederskab i forhold til patienten,” forklarer Helle Winther. ●

Det lærte de sygeplejestuderende

Helle Winther har udviklet begrebet den professionspersonlige kompetence, der er baseret på tre områder, som de sygeplejestuderende blev undervist i:

1. Egenkontakt handler om sygeplejerskens kontakt til sin egen krop og har at gøre med evnen til at være nærværende og både mærke og mestre sine egne følelser. Egenkontakt kan give ro i kroppen. Hvis en studerende er i en stresset situation eller bliver følelsesmæssigt påvirket, kan vedkommende miste egenkontakten. Derfor er det vigtigt at lære at genfinde egenkontakten ved hjælp af en god jordforbindelse og en god kontakt til sin egen krop.

2. Kommunikationslæsning og kontaktevne handler om at kunne skabe en tillidsvækkende kontakt og om at kunne se, lytte og mærke, hvad der sker hos patienten, og hvad patienten fortæller med sin krop. Det er her, danseøvelserne med kontakt, berøring og fornemmelse for grænser er af stor betydning.

3. Lederskab handler om sygeplejerskens overblik og kropslige udstråling. Det er vigtigt, at de studerende lærer om kroppens betydning for lederskab, da de skal kunne vise både omsorg og kompetent lederskab i forhold til patienten.

Den professionspersonlige kompetence kan udvikles, bevidstgøres og modnes hele livet. Begrebet bruges også på læreruddannelser, pædagoguddannelser og universitetsuddannelser samt i mere kompleks form på efteruddannelse af praktiserende læger.

Bevidstheden styrkes gennem dans og bevægelse

Sygeplejestuderendes bevidsthed om kroppens sprog trænes gennem dans og bevægelse.



Øvelserne styrker de studerendes bevidsthed og fortrolighed med øjenkontakt, tillid, territoriale grænser, berøring og lederskab. De studerende føler sig mere kompetente, når de kommer ud i klinikken.

☺☺ Det er ikke farligt at berøre et andet menneske

Ved at danse, massere og være førerhund for hinanden lærer sygeplejestuderende at tage lederskab over svære og kaotiske patientsituationer, samt hvordan og hvornår de skal berøre en patient.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **NIKOLAI LINARES**

Ud over at være sygeplejerske og kandidat i sygeplejevidenskab har Susanne Næsgaard Grøntved taget et modul på den pædagogiske diplomuddannelse i idræt for at være klædt på til at undervise i faget "Krop og bevægelse".

De sygeplejestuderendes håndflader mødes i en pardans, hvor den ene med lukkede øjne lader sig føre rundt af partneren til latinamerikanske rytmer. Koncentrationen er stor, for mellem håndfladerne er en tændstik, der ikke må falde ned.

Borde og stole er skubbet tilfældigt til side i undervisningslokalet på Diakonissestiftelsen Sygeplejerskeuddannelsen, der danner rammen om lektionen i faget "Krop og bevægelse". Faget skal træne de studerendes professionalitet og klæde dem på til at håndtere svære situationer i den kli-

niske praksis. Og øvelsen med tændstikkerne handler om at tage lederskab.

"Mange studerende bliver usikre på sig selv og på, hvordan de handler professionelt korrekt, når de står i klinikken og skal være leder i en patientsituation. Derfor øver vi, hvordan vi tager styringen i dansen og får vores partner til at følge

os,” forklarer lektor og cand.cur. Susanne Næsgaard Grøntved, som underviser i faget.

Musikken hører op, og hun giver en hurtig instruks til de studerende om at stille sig sammen med en, de ikke kender i forvejen. Den ene skal massere den anden på skuldre og arme.

”Det går ud på at lære, at det ikke er farligt at berøre et andet menneske, og at det kan være en dejlig oplevelse at blive berørt. Her går det tit op for de studerende, at det er vigtigt at tage ordentligt fat. Patienterne skal kunne mærke, at nu bliver der taget sig af dem,” siger Susanne Næsgaard Grøntved.

Studerende: Det gav pludselig mening

25-årige Sally Rikke Lauridsen er netop blevet færdig som sygeplejerske fra Diakonissestiftelsen Sygeplejerskeuddannelsen og var med på det første hold i faget Krop og bevægelse.

”I starten kunne jeg ikke helt se meningen med det. Det var alt for abstrakt at skulle lave øvelser for at komme i kontakt med mig selv. Jeg havde modstand på og overgav mig ikke rigtig til øvelserne,” siger hun.

Men det hele vendte, da hun første gang kom ud i klinikken.

”Jeg stod i nogle rigtig svære situationer, hvor jeg lige pludselig kunne mærke, at nogle af de ting, vi havde arbejdet med, begyndte at give mening og virke.”

Sally Rikke Lauridsen var i klinik i psykiatrien, hvor hun en dag var til et møde med en meget dårlig patient. Til stede var en erfaren sygeplejerske, patientens far og en kammerat. Der var en trykket stemning i rummet, og de pårørende begyndte verbalt at angribe hinanden og sygeplejersken.

”Jeg blev meget overrasket over konflikten, der var trappet op på ingen tid, og blev bange og meget utilpas ved hele situationen. Her brugte jeg en grounding-teknik fra kurset, hvor jeg rykkede frem på stolen, så jeg kunne mærke gulvet under mig og trække vejret frit. Det gjorde, at jeg bedre kunne rumme situationen og blev mindre utilpas.”

Klinikken er overvældende

Når studerende falder fra sygeplejerskeuddannelsen, skete det især efter den første klinikperiode. Det fik Susanne Næsgaard Grøntved til at tænke i nye baner, og hun læste om de bevægelsespsykologiske principper, der ligger bag den undervisning, som i dag udgør faget Krop og bevægelse.

Hun kontaktede lektor Helle Winther fra Københavns Universitet, som har udviklet principperne, med henblik på et samarbejde omkring at arbejde med krop og bevægelse i undervisningen for at træne de studerendes professionalitet.

3 GODE RÅD

Sørg for relevant efteruddannelse til personale, f.eks. første modul af diplomuddannelsen "Professionspersonlige kompetencer i praksis" fra Københavns Universitet.

Giv plads til, at de studerende kan dele deres oplevelser, følelser og erfaringer.

Det er en fordel som underviser at have viden om dansens læringspotentialer og mulighed for personlig udvikling.

Frafaldet efter klinikperioden skete, fordi klinikken virkede for overvældende for de studerende.

”Især nærkontakten, når de stod alene med en patient, var svær. Unge har et andet forhold til kroppen i dag end for 20 år siden. Når kroppen afviger fra idealkroppen, kan der opstå en vis usikkerhed og en form for berøringsangst,” siger Susanne Næsgaard Grøntved.

Det billede kan Sally Rikke Lauridsen godt genkende.

”Hvordan og hvornår man skal berøre et andet menneske, er en hårfin og svær grænse. Vi udstråler vores grænser gennem vores kropssprog, og derfor træner vi i Krop og bevægelse, hvordan vi aflæser andre mennesker og bruger vores eget kropssprog til at skabe tillid.”

”Følg med mig, jeg har en plan”

Musikken er slukket, og Susanne Næsgaard Grøntved beder de studerende om at sætte sig i en rundkreds, så de kan dele deres oplevelser fra øvelserne. Studerende Louise Hansen begynder:

”I øvelsen med lederskab oplevede jeg, at hvis jeg skubbede lidt til den ene side, drejede hun automatisk den ene vej, uden at jeg behøvede at sige, at nu drejer vi.”

”Hvordan kan man overføre det til klinikken?” spørger Susanne Næsgaard Grøntved.

”At jeg kan udstråle ”følg med mig, fordi jeg har en plan med, hvor vi er på vej hen”,” svarer Louise Hansen. ●

App er livline for nye forældre



Min forskning har bidraget til at ændre praksis på barselsgangen, konkluderer sygeplejerske, cand.cur. og ph.d., Dorthe Boe Danbjørg.

En app giver nye forældre mulighed for hurtigt og let at få vejledning fra sygeplejersken og sparer både forældre og personale for unødige hospitalsbesøg.

Tekst **EMMA TRAM**
Foto **NILS LUND PEDERSEN**

⦿ Patienter er generelt indlagt kortere tid, udskrives hurtigere og skal derefter klare sig derhjemme. Det gælder også nye forældre, som ofte kan have brug for vejledning i forbindelse med amning og observation af barnet.

Tidligere har de fået stukket en pjece i hånden og fået et ”I ringer bare, hvis der er noget” af en sygeplejerske. Men ikke alle får ringet, og nogle ender med at tage til undersøgelse på hospitalet for at finde ud af, at alt er, som det skal være.

Derfor har Dorthe Boe Danbjørg som et led i sit ph.d.-projekt i samarbejde med sygeplejersker, jordemødre og læger på føde- og barselsgang og firmaet MedWare udviklet en app til de nye forældre. Appen har en informationsdatabase, hvor der kan findes gode råd og vejledningsvideoer om bl.a. amning, søvn og navlepleje. Derudover kan forældrene skrive og sende billeder til sygeplejersken, som svarer inden for fire timer, og appen sender automatisk beskeder hver 12. time om, hvordan barnet bør udvikle sig.

”Vi afholdt en workshop, hvor en af de nye forældre fortalte, at det ville være super, hvis der kunne stå en sygeplejerske ude på dørmåtten hele tiden. For det var rart at komme hjem, men det var også rart at have sygeplejersken til at

rådgive og vejlede,” fortæller Dorthe Bo Danbjørg, som er forsker og uddannelsesleder for kandidatuddannelsen i klinisk sygepleje på Syddansk Universitet og klinisk sygeplejeforsker på hæmatologisk afdeling på Odense Universitetshospital.

Derefter handlede det om at finde ud af, hvordan idéen bag sygeplejersken på dørmåtten kunne føres ud i livet, og svaret blev en app, der bl.a. indeholder en chatfunktion, forklarer Dorthe Boe Danbjørg.

Fra idé til færdig app

Forskningsdesignet bag appens tilblivelse kaldes brugerdreven innovation (eller Participatory Design) og går ud på, at brugeren er en central del af udviklingen. Efter en række observationer og interviews på barselsgangen og hjemme hos de nye forældre konkluderede Dorthe Boe Danbjørg bl.a., at forældrene ikke ringede til trods for opfordring fra sygeplejersken.

”Vi havde kreative workshops, hvor forældrenes ønsker blev sat sammen med min og sygeplejerskernes faglige viden og virksomhedens viden om, hvad kan lade sig gøre teknologisk. Det er jo en styrke ved den her forskningsmodel, at man har flere forskellige vidensformer i spil,” forklarer Dorthe Boe Danbjørg.

Herefter blev appen udviklet i tæt samarbejde mellem virksomheden, Dorthe Boe Danbjørg og sygeplejerskerne på barselsgangen, og de første 10 sæt nye forældre testede den. På baggrund af deres feedback blev der foretaget ændringer, og et nyt hold forældre fik lov at prøve kræfter med appen.

”Man bliver hele tiden klogere, når teknologien kommer ud i brug. Og så skulle vi også lige have tilpasset den nye praksis, som appen medførte, til den kultur, der allerede var på afdelingen,” fortæller Dorthe Boe Danbjørg.

Indholdet i appen er lavet i samarbejde mellem hende og barselsafdelingens sygeplejersker, og netop dette samarbejde mener Dorthe Boe Danbjørg er en af grundene til den store succes:

”Den her app er blevet godt implementeret, og jeg tænker, at det især er samspillet mellem forskeren og klinikken, der har været med til at gøre det,” siger hun.

Ændret kommunikation

Med appen fik sygeplejerskerne på barselsgangen et nyt redskab til at rådgive forældrene, men det ændrede samtidig kommunikationen, hvilket sygeplejerskerne indledningsvis var skeptiske omkring, fortæller Dorthe Boe Danbjørg:

”Dele af informationen blev automatiseret med beskeder til forældrenes telefoner, og det var en ændring af praksis, som var lidt provokerende for sygeplejerskerne. Især i forhold til at se det enkelte menneske og tilpasse sin kommunikation til den enkelte. Men da vi prøvede det af, så fungerede det rigtig godt for familierne, som f.eks. søgte hjælp, når det var relevant.”

Dorthe Boe Danbjørg påpeger, at en modreaktion på ændring af praksis ved indførelse af ny teknologi nemt kan komme til at handle om, at sygeplejersker ikke kan erstattes af en app. Men i praksis oplevede hun, at appen i stedet for at skulle erstatte sygeplejerskerne faktisk åbnede op for, at forældre, som ellers ikke ville have søgt hjælp, fik talt med en sygeplejerske.

Andre afdelinger tager godt imod

Dorthe Boe Danbjørgs konklusion på projektet er overvejende positiv, især fordi appen senere er blevet taget i brug af en lang række andre afdelinger på både Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus.

”Det er noget af det, som er interessant ved min forskning; at den har ændret praksis på barselsgangen, og at den har

været med til at ændre praksis på andre afdelinger, som kan bruge dele af appen,” siger hun.

Appen er nemlig udviklet, så de enkelte afdelinger kan tilpasse den til deres behov. Dorthe Boe Danbjørg fortæller, at andre afdelinger ofte ikke har brug for, at patienterne som på barselsgangen får beskeder hver 12. time, men de kan bruge chatfunktionen og videovejledninger f.eks. om forberedelse til operation.

Derudover peger hun på, at de forældre, som får børn i dag, er vant til at bruge smartphones og apps. Derfor har de taget rigtig godt imod den nye digitale løsning fremfor at få stukket en pjece i hånden. ●

Metode

”Brugerdriven innovation”, hvor nye forældre og barselsgangens sygeplejersker sammen med sygeplejeforskeren Dorthe Boe Danbjørg og en it-virksomhed var med til at udvikle en app målrettet netop de nye forældre.

Resultat

Der er sket en praksisændring i forhold til kommunikationen på barselsgangen, som sygeplejerskerne i kraft af deres medvirken har taget ejerskab for.

Derudover er der i form af appen blevet skabt en platform, som andre specialer kan tilpasse og i høj grad har gjort brug af.

Fakta

Appen hedder ”Mit Forløb” og kan downloades gratis. Nogle funktioner som f.eks. beskeder til sygeplejerskerne er dog først tilgængelige, når man logger ind.

Appen er taget i brug på flere hospitaler og kommuner i Region Syddanmark, hvilket betyder, at ”Mit Forløb” nu indeholder 49 patientforløb fordelt på 33 afdelinger (herunder seks sygehuse og to kommuner).

Kilde: www.medware.dk/project/mit-forloeb-region

Litteratur:

1. Clemensen J, Rothmann MJ, Smith AC, Caffery LJ, Danbjørg DB. Participatory design methods in telemedicine research. *Journal of Telemedicine and Telecare*. Epub ahead of print 27 Dec 2016 PMID: 28027678 DOI: 10.1177/1357633X16686747 2. Danbjørg DB, Wagner L, Kristensen, BR, Clemensen J. Intervention among new parents followed up by an interview study exploring their experiences of telemedicine after early postnatal discharge *Midwifery*. 2015 Jun;31(6):574-81. doi: 10.1016/j.midw.2015.02.007. 3. Danbjørg DB, Wagner L, Clemensen J. Designing, developing and testing an app for parents being discharged early postnatal. Volume 10. Issue 10.November/December 2014. *Journal for Nurse Practitioners*. DOI: 10.1016/j.nurpra.2014.07.023 4. Danbjørg DB, Wagner L, Clemensen J. Do families after early postnatal discharge need new ways to communicate with the hospital? A feasibility study. *Midwifery*. 2014; 30 (6):725-32. PMID: 23871291 DOI:10.1016/j.midw.2013.06.006



Vi kan bruge tiden på det vigtige

På Svendborg Sygehus får man et kodeord til en app i stedet for en bunke pjecer, når man har født, og det har fået betydning for sygeplejerskernes arbejde og kommunikation.

Tekst **EMMA TRAM**
Foto **NILS LUND PEDERSEN**

Sygeplejerske, stud.cur. Lene Marie Grønbæk sidder ved sin computer på barselsafdelingen på Svendborg Sygehus. På skærmen foran sig har hun oversigten over den app, som afdelingen bruger, kaldet "Mit Forløb". Oversigten viser, at der er 94 aktive forløb og 9.091 afsluttede forløb.

Ved siden af sig har hun en telefon, hvor beskeder fra forældre, som via appen kan chatte med sygeplejerskerne, popper op. Lige nu er der ingen beskeder at svare på, men selv når der er, tager det ikke lang tid, fortæller Lene Marie Grønbæk:

"Appen har faktisk løftet arbejdet, fordi vi kan bruge tiden på det, der er vigtigt – nemlig at tage os af patienterne og være nærværende – i stedet for at fokusere på at skulle give en hel masse beskeder," forklarer hun.

Før i tiden fik de nye forældre på afdelingen en stak pjecer, inden de skulle hjem. Men det var overvældende meget information, og sygeplejerskerne fandt ud af, at mange af pjecerne blev efterladt på stuerne, når forældrene tog hjem.

"Nu har vi kun en enkelt pjece, der bliver udleveret, som hedder "Tjek bleen".

Den virker, selvom de nye forældre taler kinesisk, tyrkisk eller andre sprog," fortæller Lene Marie Grønbæk og præsenterer pjecen, hvori farvede klatter i bleer viser, hvordan den nyfødtes afføring bør skifte farve i løbet af de første par dage.

Skeptiske sygeplejersker

Da forskeren Dorthe Boe Danbjørg først introducerede sin idé om appen, var sygeplejerskerne skeptiske, fortæller Lene Marie Grønbæk:

"Telemedicin har jo været under udvikling i mange år og bruges mange



Signe og Per Hofstedt Klaftrup med deres nyfødte - og med adgang til alle nødvendige oplysninger om det at være nybagte forældre via app'en på mobiltelefonen.

Hun fortæller samtidig, at projektet i starten var omstændeligt, da det foregik via låne-iPads, og samtidig fik forældrene også alle de gamle pjecer.

”Det har rykket sig, og nu er alle med på teknologien og tager det naturligt at få information via en app,” påpeger Lene Marie Grønbæk.

Da først appen blev taget i brug, erfarede sygeplejerskerne, at mange af de småhenvendelser, de tidligere fik, blev sorteret fra, fordi forældrene kan få informationen på appen. De får også færre unødvendige ambulatoriebesøg om f.eks. navleproblemer nu.

”Patienterne kan sende billeder ind, og det er virkelig smart. Det kan f.eks. være billeder af såret efter et kejsersnit, og det kan ofte spare dem for en tur herind. Nogle gange kan det selvfølgelig også føre til, at vi ringer og får en mere uddybende snak, eller at de bliver kaldt ind til et ambulatoriebesøg,” siger Lene Marie Grønbæk.

Ændret kommunikation

Den nye app har på nogle punkter ændret sygeplejerskernes kommunikation med patienterne, fortæller Lene Marie Grønbæk:

”Før gav vi al informationen på én gang, for det skulle dokumenteres, at vi havde givet den her information. Men for de nye forældre kan det være svært at rumme, så for dem er det bedre nu, hvor de får små bidder af nødvendig information, som vi har sorteret, de første fire dage.”

Ifølge Lene Marie Grønbæk er en anden kommunikativ overvejelse, hvordan man kommunikerer via en app, hvor det er nemt at ty til hverdagsprog, men stadig skal holde fast i, at man er en fagperson.

”Det handler om at finde en balance mellem fagpersonen og hverdagssproget, for det bliver nemt sådan lidt sms-agtigt, og nogle gange skriver forældrene ”Tak” og en smiley, når man har svaret,” uddyber hun.

Det har givet overvejelser i forhold til, hvorvidt det ville være smart for sygeplejerskerne at kunne besvare beskeder på

telefonen, eller om de som nu skal gøre det på computeren.

”Det ville være rart bare at kunne svare på telefonen, men det ville nok give problemer ift., om man fik husket at dokumentere og svare ordentligt og grundigt,” mener Lene Marie Grønbæk.

En anden ændring, appen har medført, er ifølge hende et fokus på, at der skal være tid til faglighed, f.eks. i form af faglige diskussioner og kurser. Det skal der bl.a. for at sikre, at informationen i appen løbende bliver revurderet i forhold til ny viden og retningslinjer. Det bliver gjort sammen med sygeplejerskerne på Odense Universitetshospitals barselsafdeling, som også bruger appen. Opdateringerne sker så vidt muligt løbende, men en del informationer bliver dog kun opdateret hvert andet år.

”Man bliver nødt til at være lidt kreativ, når teksterne skal formuleres, for de skal leve op til faglige standarder, men stadig være forståelige for forældrene, som sidder derhjemme og kigger på appen,” siger Lene Marie Grønbæk. ●

5 GODE RÅD

Gør det stednært – tag udgangspunkt i den afdeling, der skal bruge teknologien.

Anvend personalegruppen – der findes en masse praktiske erfaringer hos personalet.

God forberedelse – forbered også tværfaglige samarbejdspartnere, som evt. kan bidrage.

Gør processen forståelig og overskuelig – lav f.eks. en tidslinje og tal om forventninger.

Gør det spændende – find nogle fra personalegruppen, som er tovholdere og/eller superbrugere, som kan hjælpe kollegaerne.

andre steder, så det var bestemt noget, vi havde hørt om. Men vi havde ikke forestillet os, at det hørte vores speciale til, da vi lægger stor vægt på tæt personlig kontakt.”

På trods af den indledende skepsis og en frygt for, at noget skulle gå galt, har sygeplejerskerne nu taget godt imod initiativet.

”Jeg tror, det har fungeret så godt, fordi sygeplejerskerne blev involveret fra start og har været med til at skrive og evaluere den information, patienterne får,” mener Lene Marie Grønbæk.

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.



LOTTE EVRON

Sygeplejerske, cand.mag.pæd., ph.d., lektor, Institut for Sygepleje, Professionshøjskolen Metropol. Underviser bl.a. i sundhedsfremme og faldforebyggelse og holder foredrag og workshops om emnet. Har skrevet ph.d. om fald i alderdommen (1) og publiceret en række artikler i både danske og internationale tidsskrifter (2,3).



CHRISTINA SOMMER

Journalist



CHRISTEL BRÄUNER

Sygeplejerske, hjemmesygeplejen Distrikt Fjord, Sønderborg Kommune. Har arbejdet systematisk med fald og faldforebyggelse siden 2014, hvor Sønderborg Kommune som en af i alt fem danske pilotkommuner begyndte at arbejde med Faldpakken.

Forebyg med systematik og målrettet kommunikation

Fald i alderdommen er dyrt for borger og samfund og koster i værste fald liv. Mange fald kan forebygges, men arbejdet kompliceres bl.a. af hundredvis af risikofaktorer og lav deltagelse i forebyggelsesprogrammer. Med systematik, faglig indsigt, målrettet kommunikation og samarbejde mellem faggrupper og sektorer kan sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle dog komme langt. Det viser forskning og konkrete resultater fra Sønderborg Kommune.

📄 Knap 1.000. Så mange ældre over 65 år falder hver dag i Danmark (2). Selvom mange rejser sig igen uden problemer, udgør fald en reel risiko for, at de ældre kommer alvorligt til skade eller i værste tilfælde dør. Det fortæller sygeplejerske og ph.d. i fald og faldforebyggelse, Lotte Evron.

”Når ældre falder, medfører det ofte følgeskader som brækkede ben og arme eller sår. Balancen og reaktionsevnen er måske nedsat, og ældre borgere har ofte sværere ved at genfinde balancen eller tage for sig. Nogle bliver også bange for at falde igen og isolerer sig i hjemmet,” siger hun.

Lotte Evron er en af Danmarks mest vidende sygeplejersker på området. Hun beskriver sig selv som en faldnørd og har en blog af samme navn (4). En faglig, klinisk interesse, der især blev vakt med hendes farmors mange fald og efterfølgende møder med sundhedsvæsenet.

”Jeg kalder det de 100 fald – de blev ved, fra hun var 68 til 93 år. Behandlingen var tiptop, men personalet talte ikke om

fald som noget særligt, hun blev derimod støttet i sin tilbagetrækning og sit forfald,” forklarer Lotte Evron.

Det hele begyndte med et såkaldt skelsættende fald i 1988, hvor farmoren fik en fraktur på lårben og overarm i forbindelse med et toiletbesøg om natten. Hun blev indlagt og var ved at opgive at komme tilbage til sit tidligere hverdagsliv.

”Hun aflyste at tage til Israel til mit bryllup. Min mor konfronterede hende med hendes forgængelighed og fik arrangeret, at hun kom afsted sammen med hele familien i en kørestol. Der var modstand, men hun tog med og endte med at rejse sig fra kørestolen og danse hele natten! Senere faldt hun regelmæssigt, men hun kom altid på højkant igen trods langvarige sår, forstuvninger m.m.,” fortæller Lotte Evron.

Politisk fokus på fald

- Faldpatienter i den kliniske hverdag – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen. 2006.
- Forebyggelsespakken, Fysisk Aktivitet. Sundhedsstyrelsen. 2012.
- Anbefalinger for ældre borgere. Sundhedsstyrelsen. 2013.
- Faldpakken, I Sikre Hænder. Dansk Selskab for Patientsikkerhed m.fl. 2014.
- Forebyggelse på ældreområdet. Håndbog til kommunerne. Sundhedsstyrelsen. 2015.
- 8 kommunale anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker – den gode kommunale model. 2. redigerede udgave. 2016.
- Styrket indsats for den ældre medicinske patient. National Handlingsplan 2016. Sundheds- og Ældreministeriet. 2016.
- Nationale mål for sundhedsvæsenet. Mål 2: Forebyggelige indlæggelser blandt ældre – indikator f.eks. brud. Sundheds- og Ældreministeriet m.fl. 2016.
- National klinisk retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre. Sundhedsstyrelsen. Høringsversion. Fundet på www.sst.dk august 2017. Forventes færdig januar 2018.

Pinligt at falde

At et fald kan være invaliderende og i værste fald dødeligt, fremgår tydeligt af statistikkerne (se boksen ”De dyre fald”). F.eks. viser den seneste opgørelse, at over 600 ældre årligt dør som følge af et fald (5).

”Fald blandt ældre er meget omkostningsfuldt i forhold til økonomi, sygelighed og dødelighed. Det gode budskab er dog, at fald kan forebygges med en systematisk indsats rettet mod en eller flere risikofaktorer,” siger Lotte Evron (6).

Der er altså mange gode grunde til, at sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle skal kunne identificere, vurdere, analysere, dokumentere og handle på faldproblematikker. Samme holdning har Sundhedsstyrelsen, som er ved at lægge

sidste hånd på Danmarks første nationale kliniske retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre (7). Den supplerer en række andre publikationer om faldforebyggelse, som bl.a. Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed har publiceret det seneste årti (se boks "Politisk fokus på fald").

Det opsporende, udredende og forebyggende arbejde i forhold til fald er primært forankret i landets 98 kommuner, som bør arbejde tæt med de praktiserende læger og de 10-12 faldklinikker, som er tilknyttet geriatrike afdelinger på sygehuse landet over. I praksis kompliceres arbejdet dog bl.a. af de over 400 risikofaktorer, som forskere har identificeret. Og også samfundets og individets opfattelse af det at falde spiller ind, fortæller Lotte Evron (læs også artiklen "Forskellige faldopfattelser påvirker forebyggelsen").

"For mange er fald i alderdommen tabubelagt, det er decideret pinligt at falde – man er nået til et stadie, hvor man ikke kan styre sin krop længere," fortæller hun.

Halvering af fald

At det faldforebyggende arbejde er et langt og sejt træk, kan sygeplejerske Christel Bräuner Sørensen fra hjemmesygeplejen Distrikt Fjord i Sønderborg Kommune bekræfte. Siden 2014 har hun sammen med bl.a. kolleger, hjemmeplejen og borgernes praktiserende læger arbejdet systematisk med registrering, faldudredning og forebyggende tiltag ud fra bl.a. best practice som beskrevet i Faldpakken fra I Sikre Hænder (8).

Christel Bräuner Sørensen: *"De første år registrerede vi ikke færre fald. Det var meget frustrerende, for vi synes jo, vi gjorde det så godt. Men i stedet for at give op og fokusere på andre problemstillinger blev vi ved med at arbejde systematisk og udviklede også nye redskaber."*

Og arbejdet ser ud til at bære frugt. På to år har distriktet halveret antallet af fald pr. måned fra i gennemsnit otte pr. 100 borgere i november 2015 til et nu nogenlunde stabilt antal på knap fire fald pr. 100 borgere. I de følgende artikler på siderne 24-35 beskriver Fag&Forskning nyeste evidens, viden og best practice om fald og faldforebyggelse, som bl.a. også er noget af det, der er i spil i Sønderborg Kommune. Artiklerne bygger bl.a. på skriftlige kilder og en samtale, den såkaldte dialog, mellem Lotte Evron og Christel Bräuner Sørensen samt Fag&Forskningens journalist. ●

DE DYRE FALD

I Danmark falder ca. 360.000 ældre borgere over 65 år hvert år (2). Af de 360.000 fald ender 45.000 med, at den ældre skal til behandling for skader på en akutklinik. Af dem bliver 13.000 indlagt, og knap 7.000 af dem har pådraget sig et af de alvorligste brud af alle, nemlig en hoftefraktur, hvilket kan være fatalt (9). Opgørelser viser, at ca. en tredjedel af alle ældre med en hoftefraktur dør inden for det første år efter frakturen. Lidt under halvdelen af de overlevende med hoftefraktur kommer aldrig til at gå som før faldet, og hele 20 pct. af patienter med hoftefraktur kommer til at bo på et plejecenter inden for et år (10). Og over 600 ældre over 65 år dør årligt på grund af følger efter fald (5).

En samlet dansk opgørelse af udgifter i forbindelse med ældres fald findes ikke. Ifølge en engelsk undersøgelse beløber omkostninger relateret til fald blandt ældre sig til knap 2 pct. af de samlede sundhedsudgifter (10). Oversat til danske forhold ville udgifterne i så fald have været 3,1 mia. kr. i 2014. Men alene alvorlige faldulykker, dvs. fald, som medfører dødsfald, kontakt til praktiserende læge eller behandling på hospital eller akutklinik, koster hvert år i gennemsnit 4,8 mia. kr. i ekstra omkostninger til behandling og pleje. Denne udgift gælder dog faldulykker blandt hele befolkningen og er ikke afgrænset til borgere over 65 år (5). Derudover har flere undersøgelser vist, at et hoftebrud koster omkring 220.000 kr. pr. patient (inkl. indlæggelse, genoptræning, re-operation, hjælpemidler, boligændringer og øgede plejebehov).

Udgifterne fordeler sig ca. med 60 pct. af omkostningerne i sygehussektoren og ca. 40 pct. uden for sygehussektoren mv.

(10)



Derfor falder ældre

Risikoen for fald stiger i takt med alderen. Det skyldes bl.a. en generel svækkelse af kroppen og nedsat balanceevne.

Det er egentlig meget simpelt: Når kroppen ældes, sker der et såkaldt aldersbetinget tab af muskelmasse og svækkelse af sanser som f.eks. nedsat syn, vestibulærsans, proprioception og følesans. Det medfører utilstrækkelig muskelstyrke og udholdenhed samt dårlig balance og evt. svimmelhed, som tilsammen nedsætter evnen til at undgå at falde, hvis man snubler eller træder forkert.

Internationale studier viser, at hver tredje borger over 65 år falder mindst én gang om året, og hos ældre over 80 år er antallet oppe på hver anden. Ældre mennesker, som er faldet én gang, har desuden to-tre gange øget risiko for at falde inden for det næste år, ligesom antallet af kvinder, der falder, er tre gange så højt som mænd (6).

Ifølge litteraturen kan den typiske borger, som falder, altså beskrives som (en kvinde på) 65+ med begyndende funktionsevne- og/eller vægttab, men

borgere med hukommelsestab, svimmelhed, eller som begynder at isolere sig, bør f.eks. også få personalet til at reagere.

”Hukommelsestab kan jo være tegn på demens, og borgere med demens har dobbelt så stor risiko for at falde (11). Og en borgers manglende lyst til at bevæge sig ud kan betyde, at borgeren faktisk er faldet, men ikke vil tale om det,” siger Lotte Evron.

Christel Bräuner Sørensen: *Jeg synes, det er svært at beskrive den typiske borger, netop fordi det er så kompliceret et område. De er alle forskellige, de borgere, jeg ser.*

Lotte Evron er enig:

”Borgere i høj risiko for fald er ofte relativt selvhjulpne, hvis de bor i eget hjem. Det kan vanskeliggøre opsporing af tidlige tegn på balance- og hukommelsesproblemer. Måske kamouflerer borgerne problematikkerne mere eller mindre ubevidst, fordi det kan være pinligt eller smertefuldt at erkende, at man er ved at miste kontrol over egen krop. Men begynder blomsterne at visne, eller er der mod sædvane rodet og ikke gjort rent, kan det også være tegn på, at der skal sættes ind i forhold til faldforebyggelse,” siger Lotte Evron.

Forskellige faktorer

Som hovedregel deles fald ind i fire typer (se boksen ”Fire faldtyper”), og selvom høj alder øger risikoen for at falde, skyldes

4

FALDTYPER

*Snublefald og andre
hændelige uheld*

*Uforklarlige fald med og
uden svimmelhed*

*Fald ved balance- og
gangproblemer*

Fald med bevidsthedstab.

(12 og Lotte Evron)

400 risikofaktorer

IKKE MODIFICERBARE:

Høj alder, køn (kvinder er i signifikant højere faldrisiko, selv når der korrigeres for fysiske og sociale parametre), tidligere fald og ydre faktorer som ujævnt fortov, kantsten eller glatte gulve. Selvom de ydre faktorer er forholdsvis svære at ændre, kan sundhedspersonale dog handle på dem og f.eks. forebygge, at andre snubler over det ujævne fortov.

MODIFICERBARE:

- Interne faktorer knyttet til krop og psyke: (Kroniske) sygdomme, der påvirker en eller flere af de elementer, der indgår i evnen til at holde balancen, f.eks. neuropati, sygdomme i bevægeapparat, vestibulære og kardiovaskulære lidelser samt anæmi m.fl. Nedsat syn, nedsat perifer sensibilitet, svimmelhed, kognitiv dysfunktion, depression, nedsat muskelstyrke, gangproblemer, nedsat balance, ganghjælpemidler, frygt for at falde og begrænsninger i ADL (almindelig daglig livsførelse, red.)
- Eksterne faktorer: Uhensigtsmæssige briller, brug af visse lægemidler, især præparater, der kan påvirke hjerterytme, blodtryk eller kognitiv funktion, alkohol, uhensigtsmæssigt eller manglende fodtøj, f.eks. færden på bare fødder, i strømpesokker eller slippers, boligindretning, f.eks. løse gulvtæpper og ledninger og manglende belysning.

fald ofte et samspil af flere forskellige faktorer. Almindelige faktorer, som forøger risikoen for fald hos ældre, er nedsat balanceevne, muskelstyrke og mobilitet samt uhensigtsmæssig brug af visse lægemidler, nedsat kognition og risikopræget adfærd. Men forskere har identificeret over 400 risikofaktorer, som deles op i såkaldt ikke-modificerbare og modificerbare risikofaktorer, hvilket dækker over risikofaktorer, der hhv. ikke kan/kan gøres noget ved (12) (Se boksen ”400 risikofaktorer”).

Ikke modificerbare risikofaktorer er f.eks. høj alder, køn og ydre faktorer som ujævnt fortov. De modificerbare er f.eks. kronisk sygdom, der kan påvirke både balanceevne og motorik, uhensigtsmæssige briller og brug af visse lægemidler. Det kan borgeren ofte gøre noget ved i samarbejde med sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle, forudsat risikofaktorerne er identificeret. ●

(12)

Forskellige faldopfattelser påvirker forebyggelsen

Borgeren, samfundet og sundhedspersonalets opfattelse af alderdom og fald har stor betydning for, hvordan bl.a. sygeplejersker skal agere og ikke mindst kommunikere i det opsporende og forebyggende arbejde, pointerer Lotte Evron.

Et fald er ikke bare et fald. Selv forskere på området kan ikke blive enige om én definition, men arbejder både med en snæver og bred forståelse af fald, fortæller Lotte Evron. Den snævre definition stammer tilbage fra 1987 og bygger på en medicinsk forståelse af fald (13), mens det brede perspektiv er nyt og relaterer fald i alderdommen netop direkte til alderdommen (14) (se boksen ”Faglitteraturens forståelse for fald”).

De to forståelser har betydning for, hvordan sundhedsvæsenet og dermed også sygeplejersker arbejder med fald og faldforebyggelse – ikke blot i dag, men også historisk set, siger Lotte Evron.

”Den brede faldforståelse er vigtig, netop fordi den tager afsæt i fald i alderdommen som et komplekst problem, der rækker ud over den medicinske behandling. Den giver sundhedspersonalet mulighed for at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme på en måde, der er i tråd med den nyeste forskning inden for ældreområdet,” siger Lotte Evron og uddyber:

”Men det kræver, at medarbejderne er dygtige til at kommunikere og nænsomt udspørge borgerne om deres fald. De skal vide, at samtalen kan være smertefuld for borgeren – at det kan være pinligt at falde, men også smertefuldt for den ældre pludselig at skulle se og acceptere sig selv som gammel.”

Aktiv aldring

De to definitioner af fald afspejles også i den måde, samfund og sundhedssektor har set fald på gennem de seneste 60 år. Før 1960 blev fald set som en naturlig del af aldringsprocessen, og

fra 1960-1980’erne som et forebyggeligt uheld. Fra 1980 til omkring 2000 ændrede perspektivet sig til, at fald var symptom på sygdom, og fra 2005 og frem til nu er det dominerende syn på fald, at fald i høj grad er et livsstilsproblem, som er relateret til inaktivitet.

Det sidste perspektiv – fald som livsstilsproblem – hænger ifølge Lotte Evron tæt sammen med verdenssundhedsorganisationen WHO’s budskab fra 2002 om aktiv aldring. Ifølge WHO, men også EU, handler aktiv aldring om ”at være selvstændig, holde sig i gang, tage del i samfundet og blive på arbejdsmarkedet eller arbejde frivilligt”. Det drejer sig om at optimere sine potentialer for ”sundhed, deltagelse og sikkerhed” (15).

Og aktiv aldring er også ved at slå igennem på det såkaldte alderdomssyn, hvor ældre nu ses som en ressource for samfundet frem for en byrde.

”De sidste århundreder har alderdomssynet i biomedicinsk kontekst været, at mennesket som art topper fysisk ved 30-årsalderen, og så går det ellers

nedadbakke herfra. I dag inkluderer dette perspektiv også det psykiske og sociale, og grænsen er rykket til 50-årsalderen. Men forestillingen om et uundgåeligt forfald fra en given alder er også ved at ændre sig bl.a. i takt med, at mere forskning peger på, at vi ved at træne både fysisk, psykisk og kognitivt kan leve et langt og aktivt liv,” siger Lotte Evron.

Men alle fire opfattelser af fald er stadig i spil i både samfund, blandt personale og hos borgerne selv, hvilket sammen med risikofaktorerne i den grad er med til at komplicere det faldforebyggende arbejde, siger Lotte Evron.

Og det kommer bl.a. til udtryk i, at helt op til 80 pct. af borgerne takker nej til de kommunale forebyggende tilbud og programmer (16).

”Forskning peger på, at mange afslag skyldes borgerens forståelse af fald som en naturlig del af alderdommen, men også social ulighed, hvor borgeren måske allerede lider af en eller flere sygdomme eller et alkoholproblem – så vil man ikke i kontakt med systemet, man vil ikke ”opdages”, men hellere leve i fred og ro,” forklarer Lotte Evron.

Godt ældreliv ikke for alle

Det høje frafald kan dog også skyldes, at sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle ikke er bevidste om, at de og borgerne ser forskelligt på både fald og alderdom. Det var omdrejningspunktet i Lotte Evrons ph.d.-afhandling fra 2015, hvor hun bl.a. identificerede seks faldtypologier, dvs. seks måder hvorpå ældre borgere typisk forstår fald i alderdommen (1,17 samt grafikken ”Seks faldtypologier” på næste side).

”Mange borgeres opfattelse af fald som en naturlig del af alderdommen eller som et eksistentielt problem står jo i direkte modsætning til sundhedsvesenets opfattelse af fald som et folkesundhedsproblem,” siger hun og uddyber:

”Idéen om, at det gode ældreliv er lig med aktiv aldring og at leve sundt og sikkert med motion og sund kost og uden rygning og alkohol, deles langtfra af alle ældre borgere. Og det er vigtigt at have in mente, når sygeplejersker skal kommunikere og motivere ældre borgere til at tage imod faldforebyggende tilbud.”

For selvom ikke alle fald kan forebygges, falder alt for mange ældre borgere stadigvæk, siger Lotte Evron, som konstaterer:

”360.000 er for mange fald. Når nu vi ved, at mange fald kan forebygges, mener jeg, at sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle har en faglig pligt til at arbejde for det mål. Vi skal motivere de ældre til at passe på sig selv, hele tiden med udgangspunkt i og respekt for borgernes liv og hverdagsværdier.” ●

Faglitteraturens forståelse af fald

[Den snævre definition]



Et fald forstås som en utilsigtet hændelse, der resulterer i, at en person kommer til at ligge/sidde på jorden, gulvet eller et andet lavere niveau.

(13)

[Den brede definition]



En nedadgående bevægelse med negativ karakter, der symboliserer overgang til alderdommen, og som kan medføre en oplevelse af tab af frihed i voksenlivet og tab af færdigheder.

(14)



Bruger kroppen fysisk til at styre faldet med.

•
Accepterer ikke kroppens grænser – overskrides dem.

•
Løber ud af faldet, rullefald, spring af cykel m.m.

•
Faldet kommer udefra.

•
Det gælder om at holde kroppen i gang. Alder er kun et tal (biologisk alder).

Fokusområder og mulig samtale teknik:

Fokuser på, hvordan atleten kan blive ved med at være aktiv. Kræver stor viden om tilbud, men også hvilke hjælpemidler der eksisterer for at vedligeholde et (højt) aktivitetsniveau. Falder borgeren altid på sin cykel, skal der måske en lavere model eller en trehjulet til. Elcykler er også meget populære, men mange falder pga. det tunge batteri, borger skal måske henvises til en person, der kan vejlede om cykelvalg og placering af batteri, så cyklen bliver mere stabil. Fokus i samtaler kan være at få borgeren til at reflektere over egen risikoadfærd på en anerkendende måde.



•
Ser faldet, lige før det sker, en film, der kører i hovedet.

•
Tænder strategisk, vil ikke ligne en tåbe, men hellere falde med elegance.

•
Performance er i fokus.

•
Det æstetiske – forfængelighed, blikket fra andre vigtigt.

•
Fravælger beklædning, hjælpemidler m.m., hvis de ikke appellerer til æstetisk sans.

Fokusområder og mulig samtale teknik:

Appeller til det æstetiske. En snak om "andres øjne" og pinlighed kan være det, der gør, at borgeren ændrer adfærd. Få borgeren til at reflektere over egen adfærd gennem fortællinger om andre, der er faldet, men ikke kommet til skade, fordi de har forsøgt at beskytte sig selv. Altså samtaler, der tør tale om det pinlige i at falde og se dum ud, men også tager det æstetiske alvorligt og formidler viden om alternativ brug af hjælpemidler – f.eks. forskellige typer cykelhelme, mulighed for at kamuflere nødkald i et designersmykke m.m.



•
Lytter til rådgivning.

•
Tager forholdsregler.

•
Accepterer hjælp.

•
Ændrer livsstil.

•
Ændrer boligindretning.

•
Fald i alderdommen ses som uansvarlig opførsel.

•
Kroppens grænser overskrides ikke.

Fokusområder og mulig samtale teknik:

Borgeren opfører sig, som sundhedsvæsenet overordnet forventer, fokus på forsigtighed og sund livsstil. Denne borger er nem at tale med, fordi det primært handler om formidling af viden om forebyggelse af fald ud fra sundhedsfaglige pjecer, videoer m.m. samt undervisning i ny livsstil, medicin eller hjælpemidler. Den motiverende samtale er god, borgerne med karakteristika fra denne typologi vil være ambivalente eller er allerede motiverede for at lave om på hverdagen og interesseret i at forebygge fald.

Seks faldtypologier

Faldtypologierne kan med fordel tænkes ind i forhold til brugerinvolvering og den måde, sygeplejersker kommunikerer med og motiverer borgerne på.

(17, Lotte Evron og Sønderborg Kommune).



Nº 4

REBELLEN

[Autonomi]

Afviser/fravælger tilbud.

Risikoadfærd som måske/måske ikke kamoufleres.

Har viden om faldforebyggelsesteknikker.

Italesætter retten til at dø af alder/livsstil.

Uafhængig livsstil.

Fald er et vilkår.

Kroppen udfordres.

Fokusområder og mulig samtaleteknik:

Fokusér på autonomi og mulighed for selv at styre sit liv. Sygeplejersker skal være skarpe og have den faglige argumentation i orden og kan med fordel bruge den konfronterende samtale.



Nº 5

ENGLER

[Fald som skæbne]

Lader faldet ske.

Giver slip.

Accepterer kroppens begrænsninger.

Overskridelse af psyken.

Altid en, der passer på en.

Er ikke selv herre over skæbnen.

Fokusområder og mulig samtaleteknik:

Fokusér på at tale om alderdommen eller livet som gammel. Den eksistentielle samtale er oplagt, sygeplejersker skal turde tale om døden, men også spørge ind til, om englen mener, at alting er forudbestemt, eller om der er noget, borgeren selv kan gøre for at tage vare på sig selv.



Nº 6

PATIENTEN

[Overvågning]

Ser kroppen som skrøbelig og syg. Blackouts – kan intet huske.

Vil gerne forebygge, men kan ikke.

Bange – ønsker hjælp/overvågning.

Føler sig ofte for syg til træning.

Ønsker behandling.

Ja tak til nødkald, ældrebolig m.m.

Fokusområder og mulig samtaleteknik:

Fokusér på omsorg gennem mulighed for hjælp og støtte til at mestre hverdagen. Mulighed for overvågning som besøg, nødalarm eller flytning til ældrebolig/plejecenter kan med fordel diskuteres med borger. Den anerkendende samtaleteknik er god.

Den komplekse forebyggelse

Opsporing og forebyggelse af fald er komplekst arbejde. Det kræver en tværfaglig og tværsektoriel indsats, hvor personalet er opmærksomme på generel forebyggelse, tidlige sygdomsrisikofaktorer, systematisk faldudredning og planer for forebyggende tiltag.

Tidlig opsporing og forebyggelse af fald i alderdommen vil ikke kun gavne den danske statskasse, men også have en stor og positiv betydning for de ældres livskvalitet – især hvis den faldtruede ældre opspores, før faldene afstedkommer skader og alvorlige mén.

”De fleste falder i voksenlivet. Der er de gode fald, hvor man bare rejser sig og kommer videre uden problemer. Og så er der de fald, som ændrer borgernes liv markant. Som f.eks. kan resultere i, at borgeren kommer til at leve i isolation pga. smerter eller frygt for at falde igen,” siger hun.

Den faldforebyggende indsats er primært forankret i kommunerne, som har skullet arbejde med systematisk faldforebyggelse siden 2011 (18). Optimalt bør indsatsen dog tænkes på tværs af kommuner, faggrupper, hospitaler og praktiserende læger, hvor der skal arbejdes med både primær, sekundær og tertiær forebyggelse (19) (se også boksen ”Tre former for faldforebyggelse”).

”Den primære forebyggelse er jo KRAMS-faktorerne. Det handler om at vedligeholde den ”plastiske” krop – at holde den ældre, rørlige krop i gang før fald og anden sygdom. Her tænker hverken sundhedspersonale eller borgere nok faldforebyggelse, selvom det også er i spil,” siger Lotte Evron.

Svært at måle massestrategi

I praksis kan kommunerne vælge mellem to strategier for faldforebyggelse. Den såkaldte massestrategi, hvor man screener alle ældre borgere, som kommunen er i kontakt med, for evt. risikofaktorer for fald og faldrisiko. Eller højrisikostrategien, hvor kommunen foretager faldudredning på de borgere, som falder/for nyligt har haft et fald, for dernæst at iværksætte videre udredning og forebyggende tiltag hos denne gruppe (8).

Flertallet af landets kommuner hælder mest til højrisikostrategien. Det skyldes bl.a., at der er evidens for at sætte ind med faldforebyggelsesindsatser efter første fald, og det er også lettere at sætte ind, efter at faldet allerede er sket. En anden forklaring kan ifølge Lotte Evron være, at det er svært at måle, om massestrategier virker:

”Effekten viser sig ofte først efter mange år, og når der gives penge til indsatser, vil afsender gerne relativt hurtigt vide, om det virker. Det kan

være svært at måle, f.eks. hvis massestrategien omhandler etablering af kommunale arrangementer om sund livsstil eller opsætning af flere bænke for at få flere ældre mennesker ud og gå,” siger hun og uddyber:

”Danmark har som et af de få lande i hele verden i mange år tilbudt forebyggende hjemmebesøg til raske mennesker over en vis alder. Men vi ved faktisk ikke helt, om det virker. Litteraturen peger på, at forebyggende hjemmebesøg tilbudt ud fra bestemte intervaller kan reducere tabet af funktionsevne og forebygge flytning til plejecentre før tid. Alligevel har regeringen, måske pga. den manglende evidens, ændret denne indsats fra et lovpligtigt besøg til alle raske borgere over 75 til et besøg hos borgere over 80 uden kontakt til sundhedsvæsenet, altså flyttet fokus fra en massestrategi til noget, der ligner en højrisikostategi.”

Uanset hvilken strategi kommunerne vælger, findes der mange redskaber til opsporing af ældre mennesker med risiko for fald og faldudredning. Men ingen redskaber er validerede til at kunne anvendes til enkelt at identificere ældre med faldrisiko (19).

”Der findes ikke et bestemt instrument til kun at opspore fald, men derimod en masse redskaber til tidlig opsporing af tegn på nedsat funktionsevne eller sygdom. Netop fordi fald er så komplekse, giver det mening at anvende disse værktøjer. Og der arbejdes målrettet med triage i mange kommuner i dag,” forklarer Lotte Evron og henviser bl.a. til redskabet Faldpakken fra I Sikre Hænder til brug, når faldet er sket (8):

”Faldpakken er baseret på såkaldt best practice, dvs. eksperter kliniske erfaringer frem for undersøgelser, der kan dokumentere høj evidens.”

Lang vej endnu

Som mange andre redskaber lægger Faldpakken op til tre faser i det faldforebyggende arbejde:

1) Faldregistrering og initial faldrisikovurdering ved hjælp af de såkaldt fire spørgsmål (se boksen ”De fire spørgsmål”), 2) Faldudredning og 3) Plan for forebyggende tiltag (8).

Gennem alle tre faser spiller sygeplejersker en stor rolle, men hele tiden i et tæt samarbejde med borgeren, hjemmeplejen, pårørende, borgerens egen læge, rehabiliteringsterapeuter og andre relevante faggrupper i kommunen.

Og litteraturen taler sit klare sprog: En multifaktoriel indsats over for den enkelte person kan forhindre fremtidige fald. Indsatsen kan omfatte fokus på mad og drikke, behandling af medicinske problemer og evt. ændring af den ældres medicin, styrke- og balancetræning samt ændringer i hjemmets indretning (6,8) (se også ”Forebyggelse, der virker”).

Men evidensen er dog langt fra slået igennem i alle kommuner i Danmark endnu, selv om det ser ud til, at bl.a. Sønderborg Kommune er ved at have brudt koden (læs artiklen ”Faldtypologier målretter kommunikation og tilbud.”)

Ifølge Lotte Evron kan forklaringen på de manglende faldforebyggelsesgennembrud skyldes, at det både kræver viden om faldforebyggelse og indsigt i forskellige opfattelser af alderdommen samt træning i at kunne motivere borgerne til efterfølgende at deltage i de kommunale (eller hospitalsbaserede) faldforebyggelsesprogrammer (5). Men også, at mange kommuner endnu ikke arbejder systematisk med faldforebyggelse. Der er lang vej endnu og ingen lette løsninger, siger hun og uddyber:

”Forebyggelsesarbejdet er virkelig komplekst. Skal vi for alvor rykke som samfund, skal vi have emnet ind på alle relevante uddannelser, og personalet skal også være opdateret fagligt. Hvad er nok motion f.eks. for en borger på 65+? Hvilke kostråd gælder for de ældre? Den slags viden gør en stor forskel.” ●

Tre former for faldforebyggelse

Primær forebyggelse: Sundhedspersonale skal hindre sygdom, psykosociale problemer og ulykker i at opstå, f.eks. ved vejledning og rådgivning om vedligeholdelse af den sunde aldrende krop gennem kampanjer og pjecer. Vejledning og rådgivning om KRAMS-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol, Motion og Stress).

Sekundær forebyggelse: Sundhedspersonale skal opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt, f.eks. ved kommunernes systematiske risikovurdering af alle ældre over 80 år, som modtager forebyggende hjemmebesøg. Ved at være opmærksomme på pludseligt skift i borgernes liv og vaner, f.eks. blomster, der begynder at visne eller manglende rengøring, hvilket Distrikt Fjord p.t. er begyndt at fokusere endnu mere på for at blive bedre til tidlig opsporing. Eller systematisk faldscreening og risikovurdering af alle ældre over 65 år, som ved et fald kommer i kontakt med akutklinik eller skadestue.

Tertiær forebyggelse: Sundhedspersonale skal bremse tilbagefald af eksisterende sygdomme og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande herunder fysisk og psykosocial funktionsnedsettelse, f.eks. ved at få ældre, der er faldet, til at deltage i et faldforebyggende træningsprogram med styrke- og balancetræning.

(19)

De fire spørgsmål

I Faldpakken indgår en såkaldt initial faldrisikovurdering ”De fire spørgsmål”

- Havde patienten bevidsthedstab i forbindelse med faldet?
- Oplever/har patienten daglige gang- eller balanceproblemer?
- Har patienten oplevet mere end ét fald inden for det sidste år?
- Lider patienten af svimmelhed?

Alle patienter med bare ét ”ja” ved denne initiale risikovurdering skal tilbydes faldudredning i kommunen eller udredning på faldklinik/henvisning til praktiserende læge.

(8)

Forebyggelse, der virker

Forskning viser, at især tre centrale indsatser kan bidrage til at forebygge fald og faldrelaterede skader og ulykker.

- 1. Styrke- og balancetræning:** Fysisk aktivitet kombineret med styrke- og balancetræning kan reducere risikoen for fald og faldskader. Det er væsentligt, at en fagprofessionel, f.eks. ergo- og/eller fysioterapeut eller uddannet træningsinstruktør, sammensætter og/eller instruerer i programmet.
- 2. Indsatser med fokus på flere risikofaktorer:** Det kan f.eks. være en kombination af fysisk træning, ændringer i hjemmet, vurdering af behov for hjælpemidler, medicinudredning samt vejledning og rådgivning til den ældre borger og/eller relevante medarbejdere.
- 3. Helhedsorienteret vejledning og rådgivning om sundhed:** Viden er en basal forudsætning for, at den enkelte kan foretage rationelle valg i forhold til en mere sundhedsfremmende livsstil. I forhold til fald peger forskning på, at der er behov for udbredelse af viden om, at fald ikke er en uundgåelig konsekvens af alder, men kan forebygges aktivt gennem styrke- og balancetræning.

(19)

Faldtypologier målretter kommunik- ation og tilbud

Faldpakken, de seks faldtypologier og et egenudviklet cirkelpowerspil har været medvirkende til, at Sønderborg Kommunes Distrikt Fjord har succes med sit faldforebyggende arbejde.

Står det til Lotte Evron, skal et af hendes fremtidige forskningsprojekter foregå i samarbejde med Sønderborg Kommune. Mere præcist med Distrikt Fjord, hvor sygeplejerske Christel Bräuner Sørensen sammen med sine kolleger sørger for hjemmepleje og -sygepleje til godt en fjerdedel af kommunens omkring 1.900 borgere, som er visiteret til det.

Data viser, at Distrikt Fjord har halveret antallet af fald blandt distriktets godt 600 visiterede borgere fra ca. 50 fald om måneden i november 2015 til 20-25 fald om måneden i august 2017. Og da kommunen kan koble data med en række specifikke

indsatser i det faldforebyggende arbejde, er resultaterne ekstra spændende at dykke ned i for Lotte Evron.

”De sørger for at uddanne alt personale, inddrage borgerne og registrerer samtidig og måler på deres indsats. Netop fordi faldforebyggelse tager tid, og det er vanskeligt at vise effekt, er det ekstra interessant at se på denne kommune. Essensen bliver at finde ud af, hvad det præcis er, der gør, at de kan reducere antallet af fald. Det overordnede mål er at flytte sundhed og hjælpe så mange borgere som muligt til et liv uden fald og risiko for skader og senfølger. Derfor er forskningen vigtig,” siger Lotte Evron.

Medarbejderne i Distrikt Fjord begyndte for alvor at arbejde mere systematisk med det faldforebyggende arbejde i november 2014, da Sønderborg Kommune som en af i alt fem kommuner i Danmark begyndte at arbejde efter principperne i Faldpakken (se også boksen ”Faldpakken”).

Respekt for hinandens faglighed

Resultaterne lod dog vente på sig, men i stedet for at give op iværksatte Distrikt Fjord flere initiativer sideløbende med Faldpakken. I maj 2016 indførte man f.eks. en stor oversigtstavle, som opli-

Faldpakken

Faldpakken er en del af projektet ”I Sikre Hænder”, som er et samarbejde mellem Kommunernes Landsforening, Sundhedsministeriet og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Faldpakken er udviklet med inspiration fra bl.a. tidligere anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, tilsvarende anbefalinger fra Sveriges Kommuner och Landsting, men også med inspiration fra en række danske kommuner, som har arbejdet med tilsvarende modeller. Pakken fokuserer hovedsageligt på de borgere, der er faldet, og den består af tre elementer: registrering og risikovurdering, udredning samt plan for forebyggende tiltag. Foruden Distrikt Fjord i Sønderborg Kommune arbejder Frederiksberg, Lolland, Viborg og Thisted kommuner med Faldpakken.

Find Faldpakken på www.isikrehænder.dk

Mere information om Sønderborg Kommunes arbejde med Faldpakken fås ved henvendelse til kvalitetskonsulent og risikomanager Hanne Ellegaard Miang på hamn@sonderborg.dk

(8)



Ved en faldudredning deltager både hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, borger, pårørende og sidst, men ikke mindst borgerens egen læge.

Christel Bräuner Sørensen: *”Ved fald skriver vi ofte i en korrespondance med den praktiserende læge, at borger har været faldet, og at vi ønsker et tværfagligt teammøde. Baseret på vores faglighed kommer vi med forslag til emner, vi synes skal vendes – f.eks. medicinliste, forslag til blodprøver, træningstilbud m.m. Og så mødes vi med borgeren, de pårørende samt hjemmeplejen og borgerens egen læge. Det giver rigtig god mening, vi alle er med. Vi har stor respekt for hinanden, og vi lærer af hinanden.”*

Systematik og kvalitetssikring

Det systematiske, tværfaglige samarbejde i forhold til faldudredning er kommet i stand efter Distrikt Fjord begyndte arbejdet med Faldpakken. Og det giver god mening, siger Lotte Evron.

”Best practice siger, at faldforebyggelse bedst lykkes, når man arbejder tværfagligt og tværsektorielt, og det er jo det, Distrikt Fjord gør her,” siger hun.

Selv om data viste lidt færre fald efter indførelsen af tavle og lommekort, kom det endelige gennembrud dog først, da de to indsats blev suppleret med et cirkelpowerspil (se grafik side 33), hvor også Lotte Evrons seks faldtypologier kommer i spil (se grafikken side 28-29).

Cirkelpowerspillet er udviklet i et tæt samarbejde mellem hjemmesygeplejen, hjemmeplejen og et eksternt konsulentbureau. Redskabet hjælper konkret med at systematisere og kva-

litetssikre den umiddelbare indsats. Det giver først og fremmest en oversigt over de mange risikofaktorer oplyst i fire grupper, som medarbejderne skal være opmærksomme på ved en faldudredning: Psykosociale forhold/livssituation, medicin og sygdom, ydre omstændigheder samt sanser.

Spillet minder også medarbejderne om, at de skal tænke i forebyggende handlinger i forhold til risikofaktorerne. Og sidst, men ikke mindst indeholder spillet en præsentation af de seks faldtypologier, hvilket tydeliggør, at alle borgere er forskellige, og at medarbejderne bør tænke dette ind i forhold til de forebyggende tilbud og ikke mindst i forhold til, hvordan medarbejderne kommunikerer med borgerne på.

Vægter opfølgning og dokumentation

Konkret bruger medarbejderne cirkelpowerspillet og faldtypologierne, når de diskuterer de enkelte borgere på tværfaglige møder eller i hjemmesygeplejegruppen. Møderne er meget strukturerede og tager ikke lang tid.

Christel Bräuner Sørensen: *”Faldtypologierne har gjort mig bedre til at spørge ind til, hvad der er vigtigt for borgeren. Når jeg har et billede af, hvilken borger der er tale om, glider kommunikationen bedre, og jeg kan nemmere give dem et lille forsigtigt skub i den rette retning. Jeg bliver mere anerkendende over for borgeren og kommer også nemmere igennem med mine budskaber. Jeg er endda lykkedes med at få rebeltyper til at reflektere over faldforebyggende tiltag. Jeg accepterer altid borgerens beslutning, men er nok blevet lidt mere skarp og bedre til at forklare, hvad der f.eks. kan ske, hvis man lader det løse tæppe ligge. Hele tiden med udgangspunkt i min faglighed.”*

Distrikt Fjords systematiske arbejde med faldforebyggelse de seneste tre år har altså båret frugt. Foruden en halvering af

Faldforebyggelse på hospitaler

Antallet af fald under indlæggelse blandt ældre borgere er tre gange højere end antallet af fald blandt hjemmeboende ældre. Center for Kliniske Retningslinjer udarbejdede derfor i 2012 en klinisk retningslinje for identificering af faldrisiko og faldforebyggende interventioner for geriatriske patienter indlagt i kirurgisk eller medicinsk hospitalsafdeling. Den udløb dog i 2015 og er endnu ikke blevet opdateret. Det gør ikke retningslinjen direkte ubrugelig, men den skal anvendes med forbehold, anbefaler Lotte Evron:

”Selv om der ikke umiddelbart ser ud til at være kommet ny forskning på området, som går direkte imod det, der står i denne udgave, bør den bruges med forbehold, indtil en opdateret udgave foreligger,” påpeger Lotte Evron.

(20)

antallet af fald, viser data bl.a., at distriktet holder målet om, at 95 pct. af borgerne, som er i risiko for fald, får straks-handlinger som f.eks. behandling for væskemangel eller forkert medicin. Og samme flotte resultat gælder antallet af borgere i faldrisiko, som bliver faldudredt og tilbudt behandlingsplan inden for 14 dage. Alt sammen resultater og indsatser, som Lotte Evron gerne vil undersøge nærmere i et forskningsprojekt, hvis det lader sig gøre.

”Data tyder jo på, at Distrikt Fjord for alvor rykker i forhold til faldforebyggelse. Og jeg er også lidt nysgerrig på, hvilken rolle de seks faldtypologier kan have i samspil med Falddpakken,” siger Lotte Evron.

Christel Bräuner Sørensen: *”Vi lægger også stor vægt på opfølgning. Vi kan f.eks. komme frem til en masse gode tiltag for en borger ved et cirkelpowerspil, men hvis ingen griber opgaverne og følger op, sker der intet. Opfølgning er meget vigtigt – og dokumentation. Og så handler det i høj grad om, at vi bruger vores faglighed og kommer systematisk ud i alle hjørner.”* ●

Referencer

1. Evron L. Egensomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse. Et feltstudie med diskursanalyse. Ph.d.-afhandling. Aalborg Universitetsforlag; 2015.
2. Evron L. Den ældre borger. I: Haase K, Sharp-Johansen ML (red.). Sygeplejefaglige problemstillinger. København: Munksgaard; 2017:71-87.
3. Evron L, Tanggaard L. Fall Prevention Constructed as Medical Surveillance and Self-Surveillance. *Klinisk Sygepleje* 30;2016(2):114-28.
4. www.sygeplejerskelotte.wordpress.com
5. Strøbæk L, Flachs EM, Ryd JT, Davidsen M, Eriksen L, Jensen HAR, White ED, Juel K. Sygdomsbyrden i Danmark – ulykker, selvskaede og selvmord. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen. 2016.
6. Gillespie LF et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane Library*, Issue 9. 2012.
7. National klinisk retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre. Sundhedsstyrelsen. København. Høringsversion. www.sst.dk november 2017.
8. Stop Fald. Falddpakken. Dansk Selskab for Patientsikkerhed m.fl. 2. version. 2015. www.isikrehænder.dk november 2017.
9. National Årsrapport 1. december 2015 – 30. november 2016. Dansk Tværfagligt Register for Høftensære Lårbensbrud. 3. version. 2017.
10. 8 anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker – den gode kommunale model. Sund By Netværket. 2. redigerede udgave. 2016.
11. Taylor ME, Delbaere K, Close JCT og Lord SR. Managing falls in older patients with cognitive impairment. *Aging Health*;8(6) 2012:573-88.
12. Faldpatienter i den kliniske hverdag – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. København. Sundhedsstyrelsen. 2006
13. Kellogg International Work Group on the Prevention of falls by the Elderly. *The Prevention of Falls in Later Life*. *Dan Med Bull*;1987(34):1-24.
14. Katz S. Hold on! Falling, embodiment and the materiality of old age. In Casper MJ, Palgrave PC eds. *Corpus: An interdisciplinary Reader on Bodies and Knowledge*. New York: Palgrave MacMillan US; 2011.
15. World Health Organization. *Active ageing: a policy framework*. Geneva: WHO; 2002.
16. Vind AB. Multifaktoriel fall prevention in older community dwelling. Glostrup. Ph.d.-afhandling. 2009.
17. Evron L. Faldtypologier som forståelse af faldforebyggelse i alderdommen. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 2015;1(5):46-60.
18. Sundhedsstyrelsen. *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handleplan*. Sundhedsstyrelsen. København 2011.
19. *Forebyggelse på ældreområdet – håndbog til kommunerne*. Sundhedsstyrelsen. 2015.
20. Center for Kliniske Retningslinjer. *Klinisk retningslinje for identificering af faldrisiko og faldforebyggende interventioner for geriatriske patienter indlagt i kirurgisk eller medicinsk hospitalsafdeling*. Center for Kliniske Retningslinjer. København. Januar 2012.



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

Smertes: Vejledning til patienter om smertebehandling, f.eks. brug af smertestillende midler i forbindelse med operation, er betydningsfuld, og forståelse af den numeriske rangskala kan optimeres.

Forskning: Lederes deltagelse i en Journal Club giver mulighed for at reflektere over egen rolle og praksis, hvilket ellers kan være vanskeligt at nå.

Ernæring: Det er op til sygeplejersker at skabe gode og trygge rammer for patienternes måltider, så de kan få den ernæring, der er så vigtig for deres restituering.

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.



Hyppig kontakt nødvendig ved smertebehandling

Smertes. En numerisk rangskala var ikke et entydigt redskab for patienterne, viser interview med 15 patienter.



Kaptain K, Bregnballe V og Dreyer P.
Patient participation in postoperative pain assessment after spinesurgery in a recovery unit. J Clin Nurs. 2017;(26):2986-94, DOI: 10.1111/jocn.13640

Introduktion: På trods af fremgang i smertebehandlingen oplever patienter, som gennemgår rygooperation, fortsat at have moderate til svære smerter. Dette studie undersøger, hvordan patienter, som får foretaget rygooperation, deltager i smertebehandlingen af deres smerter i opvågningsafsnittet.

Metode: Studiet byggede på semistrukturerede interview og havde en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang. I alt deltog 15 patienter (otte kvinder og syv mænd), som havde gennemgået elektiv rygooperation. Patienterne var mellem 20 og 81 år. Interviewene blev gennemført 24-70 timer efter operationen og havde en varighed af 12-28 minutter. Metode til analyse af data var meningskondensering som beskrevet af Kvale og Brinkmann.

Resultater: Patienternes deltagelse i smertebehandlingen blev fremstillet i tre temaer:

Første tema: "Kommunikation og viden" belyste, hvordan patienternes evne til at beskrive deres smerter blev påvirket, hvis de havde stærke smerter eller var for påvirkede af smertestillende medicin.

Andet tema: "Smertevurdering med numerisk rangskala (NRS)" viste, at patienterne oplevede, at det var svært at beskrive deres smerter med NRS. Patienterne var i tvivl om, hvordan tallene skulle tolkes, og graden af deres smerter i forhold til nummeret blev beskrevet meget individuelt.

Det sidste tema: "Patient og sygeplejerske-relationen" belyste, hvorledes hyppige tilsyn fra sygeplejer-

sken var betydningsfuldt. Det skabte tryghed og sikkerhed, fordi det bl.a. gav patienterne mulighed for at fortælle om deres smerter.

Diskussion: NRS anvendes i mange forskellige kontekster og hos forskellige grupper af patienter. Dette studie tyder på, at introduktion til anvendelse af NRS, en fælles forståelse af brugen af NRS og den kontekst, som NRS anvendes i, skal medtænkes, når sygeplejersker benytter NRS som redskab til at vurdere patienternes smerter og iværksætter smertebehandling.

Konsekvenser for praksis: Vejledningen til patienterne om smertebehandling, f.eks. brug af smertestillende midler i forbindelse med operation, er betydningsfuld, og forståelse af NRS kan optimeres. Det kan forbedre patienternes viden om smertebehandling og evne til at kommunikere graden af deres smerter. Desuden skal sygeplejerskerne være opmærksomme på, at hyppigheden af kontakten til den nyopererede patient er en handling, som medvirker til forbedring af patienternes involvering i smertebehandlingen.

Læs mere om emnet i artiklen "En skala er ikke tilstrækkelig til at vurdere smerter" af Mette Bjørn Nielsen og Bodil Bjørnshave Noe. *Fag&Forskning* 2017;(3):68-74. ©

Annesofie Lunde Jensen, klinisk sygeplejerspecialist, postdoc, Aarhus Universitetshospital, Medicinsk endokrinologisk afdeling.

Journal Club for ledere kan styrke forskningskulturen

Forskning. Sygeplejefaglige ledere, som deltager i en Journal Club med fagfæller, motiveres til at støtte og styrke etablering af en forskningskultur.



Kjerholt M, Hølge-Hazleton B. **Cultivating a culture of research in nursing through a journal club for leaders: A pilot study.** J Nurs Manag. 2017;(x):1-8.

Introduktion: Udvikling af klinisk forskningskapacitet og udvikling af kompetencer hos sygeplejefaglige ledere er nødvendige faktorer for en evidensbaseret praksis. Formålet med dette studie er at beskrive sygeplejelederes erfaringer med at deltage i en Journal Club baseret på aktionslæring samt vurdere, om deltagelsen kan udvikle ledernes selvoplevede kompetencer til at støtte en sygeplejefaglig forskningskultur. **Metode:** Der blev afholdt fire møder i Journal Club, hvor 10 videnskabelige artikler og bogkapitler blev gennemgået og diskuteret. Facilitator var sygeplejerske og forskningsleder med stor erfaring i at arbejde med konceptet ”aktiv læring”, som foregår på frivillig basis med udgangspunkt i deltagerens arbejde. Facilitatorens rolle var at skabe et miljø, der understøttede refleksion over praksis. Dette skete gennem anerkendende tilgang. Data blev samlet ind ved feltobservationer, feltnoter, et gruppeinterview ved afslutningen og skriftlige dokumenter som e-mails. Analysen af data bygger på manifest og latent indholdsanalyse. **Resultater:** Sygeplejelederne var glade for at være i en gruppe, hvor de turde vise egen sårbarhed, og de fik meget ud af at diskutere egen praksis med baggrund i relevante tekster. Specielt diskussionen med fagfæller blev oplevet som væsentlig. De blev også mere opmærksomme på deres egen rolle i opbygning af en sygeplejeforskningsskultur, og deltagerne følte sig mere kompetente til at støtte en sådan kultur efter forløbet.



Sygeplejelederne var glade for at være i en gruppe, hvor de turde vise egen sårbarhed, og de fik meget ud af at diskutere egen praksis med baggrund i relevante tekster.

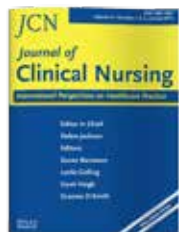
Diskussion: Det er ikke nok for ledere at læse og diskutere udvalgte artikler; de har brug for input fra andre ledere og en facilitator for at få andre perspektiver på de udvalgte emner og for at få afdækket eventuelle blinde pletter. Deltagelse i Journal Club giver mulighed for at reflektere over egen rolle og praksis, hvilket ellers kan være vanskeligt at nå.

Konsekvenser for praksis: Artiklen kan være inspiration til andre institutioner, som ønsker at styrke forskningskultur og -kapacitet. Det vil være relevant at gennemføre Journal Clubs for ledere med mulighed for at diskutere med fagfæller i en anerkendende atmosfære, og Journal Clubs vil eventuelt også kunne anvendes ved andre krav om udvikling og implementering. ●

Mette Trads, RN, ph.d., forskningssygeplejerske.

Måltider – et kerneområde med ringe opmærksomhed

Ernæring. Måltider til neurologiske patienter blev ikke prioriteret som et kerneområde i den daglige sygepleje og behandling. Servering af måltiderne kunne blive en tankeløs handling uden erkendelse af, at måltiderne skulle gavne hele kroppen.



Beck M, Martinsen B, Poulsen I, Birkelund R. **Mealtimes in a neurological ward: a phenomenological-hermeneutic study.** J Clin Nurs. 2016;25(11):12:1614-23. doi: 10.1111/jocn.13161.

Introduktion: Der har været målrettede indsatser for at optimere ernæringen til indlagte patienter. Derimod har de relationelle og æstetiske aspekter ved måltiderne ikke fået samme opmærksomhed. Formålet med undersøgelsen ”Måltider i et neurologisk afsnit: et fænomenologisk-hermeneutisk studie” var at observere miljøet på hospitalet i forbindelse med måltider for patienter med neurologiske lidelser.

Metode: Kvalitativt design med anvendelse af deltagerobservation ved 25 måltider på en dansk neurologisk afdeling. Feltnoter med efterfølgende transskription. Tekstmaterialet blev analyseret ud fra en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang med inspiration af Paul Ricoeurs fortolkningsteori.

Resultater: Tre overordnede temaer blev fundet:

1. Som at spise på en banegård. Maden blev serveret på et offentligt sted, måltidet skulle indtages sammen med fremmede og ved borde, der ikke var rengjorte. Der opstod dilemmaer for sygeplejerskerne, når spisesituationen blev nedprioriteret til fordel for andre opgaver.
2. Skabe æstetiske måltider i en uæstetisk atmosfære. Personalet forsøgte at tænke på det æstetiske og skabe et appetitligt miljø under spisesituationen, dog kunne det være svært pga. faktorer, der ikke stimulerede appetitten som f.eks. fulde skraldespande samt lugt af afføring og urin. Patienterne var afhængige af, hvor mange opgaver personalet

havde samtidig med måltidet, f.eks. skulle personalet hjælpe patienter på toilettet, og der var telefoner, der ringede.

3. Måltiderne kunne opleves som en ukendt aktivitet. Der var flere af remedierne, der mindede om industrielt udstyr, f.eks. latex-handsker, gennemsigtigt plastikforklæde og metalkander.

Diskussion: Æstetikken og det kendte viste sig at spille en væsentlig rolle for patienterne ved måltiderne. Forskning fra et andet studie understøtter betydningen af det kendte ved spisesituationen, at der er noget hjemligt, som kan være med til at skabe den menneskelige identitet. Desuden har arkitektur og miljø betydning.

Konsekvenser for praksis: Sygeplejersker må tage ansvaret for dette vigtige kerneområde i sygeplejen. Det er op til sygeplejersker at skabe gode og trygge rammer for patienternes måltider, så de kan få den ernæring, der er så vigtig for deres restitution. ●

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

FAST-TRACK GAVNER PATIENTERNE OG ØGER KOMPETENCERNE HOS SYGEPLEJERSKERNE

BAGGRUND. Fast-track implementeret ved total hofte- (THA) og knæalloplastik (TKA) på en dansk ortopædkirurgisk afdeling har medført store sygeplejefaglige forandringer, og disse er aldrig tidligere blevet beskrevet.

FORMÅL. At beskrive den øgede aktivitet i perioden 2002-2012, organiseringen af fast-track samt konsekvenserne for sygeplejen.

METODE. Retrospektivt deskriptivt design med data indsamlet fra hospitalets database til beskrivelse af antal operationer, patienter indlagt og normering fra 2002 til 2012, lokale beskrivelser af fast-track samt personlig kontakt og drøftelse med personale fra sengeafsnittet.

Vellykket fast-track betinget af veluddannede sygeplejersker

Fast-track. På 10 år steg antallet af operationer til det tredobbelte, og sygeplejersker fik større ansvar for f.eks. smertebehandling og mobilisering. Desuden varetog sygeplejersker mere komplicerede opgaver.

RESULTATER. Antallet af operationer steg til det tredobbelte fra 351 operationer i 2002 til 1.024 operationer i 2012. I 2012 havde patienter med THA/TKA en postoperativ gennemsnitlig indlæggelsestid på henholdsvis 2,6/2,8 dage. Sygeplejersker havde overtaget opgaver fra kirurger og fysioterapeuter og således fået større ansvar i relation til f.eks. smertebehandling og mobilisering. Normeringen i sengeafsnittet var stort set uændret fra 2002 til 2012 på henholdsvis 16,0 og 15,8. Desuden varetog sygeplejersker mere komplicerede opgaver.

KONKLUSION. Sygeplejen skal fortsat fokusere på den individuelle patient. Sygeplejersker har brug for tilstrækkelig uddannelse til at håndtere de komplekse opgaver og det større ansvar. Og for at forebygge utilsigtede hændelser i fremtiden er det nødvendigt at være opmærksom på, at kvaliteten af sygeplejen er i balance med budgettet for sygeplejen. Derfor kan det være en værdifuld investering at ansætte eksperter/højt kvalificerede sygeplejersker i fast-track THA/TKA.

I

Introduktion

Artiklen handler om de store sygeplejefaglige forandringer, der er sket, efter at fast-track blev implementeret ved total hoftealloplastik

(THA) og total knæalloplastik (TKA) på en dansk ortopædkirurgisk afdeling.

Organiseringen af fast-track THA/TKA varierer betydeligt mellem afdelinger i forskellige lande (1,2). Fast-track består af et standardiseret program med optimerede multimodale strategier, der omfatter opioidbesparende smertebehandling (2-4), tidlig og øget mobilisering samt optimeret information og ernæring (5). Via dialog og undervisning motiveres patienterne til at spille en aktiv rolle i deres behandling, pleje og rehabilitering.

Sygeplejen indenfor fast-track THA/TKA har udviklet sig betydeligt gennem de seneste 10 år, hvilket har haft stor indflydelse på sygeplejerskernes roller og ansvar. I Danmark er indlæggelsesvarigheden reduceret fra ca. 10-11 dage i 2000 til fire dage i 2009 (6). For THA er denne tendens fortsat, da én dansk afdeling har rapporteret en median indlæggelsesvarighed på en dag i 2011 (7), og flere multicenterstudier har rapporteret en median indlæggelsesvarighed på to dage (8).

I Danmark udskrives patienterne til eget hjem. Det er meget usædvanligt, at patienter i Danmark flytter ind hos et familiemedlem efter udskrivelse, og man bruger ikke rehabiliteringscentre i Danmark til patienter med THA/TKA.

FORFATTERE



KIRSTEN SPECHT

Postdoc, klinisk sygeplejespecialist, ph.d., MPH, Institut for Regional Sundhedsforskning, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, Odense, og Ortopædkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge.

kirsp@regionsjaelland.dk



PER KJÆRSGAARD-ANDERSEN

MD (lektor), Ortopædkirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus, og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, Odense.



HENRIK KEHLET

Ph.d., MD (professor), Enhed for Kirurgisk Patofysiologi, Rigshospitalet, København, Lundbeckfondcentret for fast-track hofte- og knæalloplastik.



BIRTHE D. PEDERSEN

Ph.d., MScN, BA (filosofi), RN (lektor), Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, Odense.

Fordelene ved fast-track er veldokumenterede både ud fra et socioøkonomisk perspektiv (9-11) og ud fra patienternes perspektiv med bedre outcome (2,12,13), herunder færre komplikationer (14-16). Endvidere er forekomsten af genindlæggelser ikke højere ved fast-track forløb sammenlignet med konventionelle forløb (14).

Når politikerne skal spare penge, kan det gå ud over hospitalerne. Reformer inden for sundhæsvæsenet har reduceret antallet af sengepladser til indlagte patienter. Reduktionen af patienternes indlæggelsestid ned til ca. to dage ved fast-track anses



for at være værdifuld, når sundhedsvæsenet forsøger at gøre mere med mindre. Den reducerede indlæggelsestid har den konsekvens, at sygeplejen bliver koncentreret. Dette kan vække bekymring med hensyn til kvaliteten og sikkerheden af sygeplejen. Et studie om sygeplejenormering og -uddannelse samt mortalitet på hospitalerne i ni europæiske lande har konkluderet, at nedskæringer i sygeplejenormeringen for at spare penge kan have en negativ effekt på patient-outcome (17).

Scheel har beskrevet konflikten mellem på den ene side systemverdenen, der kontrolleres i en politisk kontekst med fokus på reduktion af omkostningsbyrden, og på den anden side livsverdenen, der fokuserer på patienten og sygeplejen. Dominans af systemverdenen kan resultere i, at sygeplejen bliver ignoreret og glemt (18). Den politiske dominans har resulteret i konsekvenser for sygeplejen, og Scheel fremhæver et stærkt behov for undersøgelser på området (18).

Selv om begrebet fast-track ikke er nyt, er de organisatoriske konsekvenser for sygeplejen ved fast-track THA/TKA ikke blevet beskrevet. Formålet med dette studie var derfor retrospektivt at beskrive den øgede aktivitet indenfor THA/TKA fra 2002 til 2012 på en ortopædkirurgisk afdeling, organiseringen af fast-track samt konsekvenserne for sygeplejen.

På trods af at studiet var en lokal undersøgelse på én specifik afdeling, har det relevans for andre afdelinger i Danmark og i udlandet.

M

Metoder

Studiet havde et deskriptivt design. Retrospektivt blev den kirurgiske aktivitet fra 2002 til 2012 beskrevet. Desuden blev der retrospektivt beskrevet, hvilke organisatoriske konsekvenser implementering

af fast-track THA/TKA havde for sygeplejen. Studiet blev udført på ét sengeafsnit på et dansk regionalt hospital. Hospitalet havde 310 senge, 2.100 ansatte og et befolkningsgrundlag på 303.000 indbyggere. Hospitalet indsamlede kontinuerligt data på operationer, patienter og organisering. Disse data blev registreret og opbevaret i en administrativ hospitalsdatabase.

Til at beskrive den øgede aktivitet fra 2002 til 2012 blev følgende lokale data indsamlet fra hospitalets administrative database frem til juni 2013: Antal operationer, antal senge på sengeafsnittet, indlæggelsesvarighed, fordelingen mellem elektive patienter og traumepatienter på sengeafsnittet, patientdage og normering, som indbefattede alt

Tabel 1. Antal THA/TKA-operationer i sengeafsnittet og gennemsnitlige postoperative indlæggelsesvarighed (antal dage) pr. år i perioden 2002-2012.

År	Antal operationer			Postoperativ indlæggelsesvarighed Gennemsnitligt antal dage		
	I alt THA + TKA ^a	THA primær/ revision	TKA primær/ revision	THA/ TKA ^a	THA ^b primær/ revision	TKA ^b primær/ revision
2002	351	158/41	140/12	8,6/8,0	8,0/10,5	8,0/8,0
2003	397	201/34	152/10	7,6/8,5	7,4/8,9	8,5/7,6
2004	468	228/34	189/17	6,7/7,4	6,4/7,8	7,5/6,6
2005	517	285/34	187/11	6,1/6,4	5,6/6,6	6,4/7,0
2006	594	276/40	262/16	5,7/6,2	5,5/7,1	6,1/6,3
2007	720	371/60	267/22	4,2/4,6	4,0/5,2	4,4/6,8
2008	726	383/46	281/16	4,1/3,9	3,8/4,6	3,8/4,9
2009	1034	540/52	401/41	3,4/3,5	3,2/3,8	3,2/7,1
2010	1041	506/45	457/33	3,0/3,1	2,7/3,7	3,0/4,0
2011	1041	481/56	454/56	3,5/3,5	2,7/6,1	3,0/7,0
2012	1024	481/42	432/69	3,3/3,1	2,6/5,3	2,8/4,6

Note. THA = total hoftealloplastik, TKA = total knæalloplastik

^a Alle THA/TKA-patienter på afdelingen, inklusive primære og revisioner ved både elektive og akutte.

^b Kun elektive operationer.

plejepersonale på sengeafsnittet bortset fra afdelingssygeplejersken.

For at sammenligne arbejdsbelastningen for sygeplejerskerne fra 2002 til 2012 udregnede vi antal sygeplejetimer pr. patientdag – nursing hours per patient day (NHPPD) (19). Lokale beskrivelser af afdelingens fast-track (20-22) samt personlige kontakter og drøftelser med plejepersonalet fra sengeafsnittet i perioden februar 2013 til maj 2013 blev anvendt til at beskrive 1) fast-track pleje og behandling, herunder operationsteknik, anvendelse af dræn, intravenøs væsketerapi, smertebehandling, anæstesi, mobilisering, udskrivelse, tid på opvågningsstuen og patientinformation, og 2) fast-track organiseringen, herunder normering i løbet af ugen, arbejdsbelastning, fordeling af arbejde, specialeansvarlige sygeplejersker, kontaktsygeplejersker og opgaveflytning.

R

Resultater

På den ortopædkirurgiske afdeling, der er omtalt her, har fast-track THA/TKA ført til signifikant øget aktivitet.

Antallet af operationer er steget til det tredobbelte fra 351 operationer i 2002 til 1.024

operationer i 2012, se tabel 1. Antal senge var 24 for hele perioden.

Indlæggelsesvarigheden blev reduceret for alle THA/TKA-patienter (elektive, akutte, primære og revisioner) på sengeafsnittet. Indlæggelsesvarigheden faldt for alle patienter med THA fra gennemsnitligt 8,6 til 3,3 dage og for alle med TKA fra gennemsnitligt 8,0 til 3,1 dage, (tabel 1).

I 2012 blev mere end halvdelen af alle THA/TKA-patienter i sengeafsnittet udskrevet til eget hjem i løbet af de første to dage efter operationen. Patienter med elektiv primær THA/TKA var den største del af alle THA/TKA-patienter i sengeafsnittet, og i 2012 havde disse patienter en postoperativ gennemsnitlig indlæggelsesvarighed på henholdsvis 2,6/2,8 dage (tabel 1).

I 2012 blev i alt 10 pct. af alle patienter med primær THA udskrevet til eget hjem dagen efter operation, og 5 pct. efter primær TKA. Hvis patienterne ikke var i stand til at klare sig hjemme, havde de mulighed for at få hjemmepleje. I 2012 fik 13 pct. af alle patienter med primær THA hjemmepleje før operation og 11 pct. efter operation, og for primær TKA var det 5 pct. både før og efter operation.

Kontinuerlig tværfaglig optimering

Gennem hele perioden blev fast-track kontinuerligt optimeret tværfagligt. En vigtig faktor, når der er fokus på, at patienterne sendes tidligere hjem, er

den optimerede operationsteknik i 2012 med mere skånsom håndtering af bløddelene, et mindre sår og mindre blødning end i 2002. F.eks. fik patienterne i 2012 ikke lagt dræn, og i stedet for at få intravenøse væsker indførtes oral væsketilførsel. Smertebehandling var uden epiduralkateter, og patienterne blev bedøvet med lavdosis spinalanæstesi (3,23). Dermed var det lettere for patienterne at blive mobiliseret få timer efter operationen med henblik på tidlig udskrivelse.

Faste møder ugen før operation

Et tværfagligt informationsmøde for patienter ugen før operation var en del af fast-track siden implementeringen i 2002. Erfaringen på afdelingen var, at den præoperative undervisning resulterede i roligere patienter, da det gav dem kendskab til behandlingsforløbet især på operationsstuen. Desuden vidste patienterne, hvad de kunne forvente af personalet, samt hvad personalet forventede af dem.

Præoperativ undervisning er sandsynligvis ikke mere gavnlig end sædvanlig pleje i relation til reduktion af angst eller kirurgisk outcome såsom smerte, funktion og bivirkninger (24). For en bestemt gruppe patienter med depression, angst eller urealistiske forventninger kan det muligvis være en fordel med lavere risiko for bivirkninger (24). Et studie har vist, at patienter fandt det værdifuldt at få præoperativ undervisning, og at underviste patienter var mere tilfredse og deltog mere aktivt i deres egen pleje (25). Et andet studie understøttede ovennævnte fund. Her havde ældre patienter en positiv indstilling til at få information, fordi det reducerede angsten for det ukendte, og de følte, at de blev respekteret som intelligente personer (26).

Mere koncentreret information

En tilstrækkelig forberedelse før indlæggelse var endnu vigtigere i 2012 end i 2002 på grund af den meget kortere tid på hospitalet. Informationen givet til patienterne efter operationen var mere koncentreret, hvilket medførte bekymringer for, at den vigtige information blev glemt.

Tidligere var patienterne indlagt ca. en uge efter operation. Modsat tilbringer de nu disse dage hjemme på egen hånd. Selvom patienttilfredsheden målt efter udskrivelse er den samme eller bedre i fast-track (27), vil nogle patienter muligvis ikke være nok forberedte til at komme hjem (28). Derfor er der behov for yderligere data om patienters oplevelser hjemme efter fast-track THA/TKA med kun én eller to dages indlæggelse på hospitalet.

Alle patienter inkluderet i fast-track

Da fast-track blev implementeret på afdelingen i 2002, blev alle patienter med THA/TKA indlagt



på samme sengeafsnit. Indledningsvis blev kun de bedste patienter inkluderet i fast-track. Fra 2005 var der ingen udvælgelse af patienter, og dermed blev alle patienter med THA/TKA inkluderet i fast-track. I perioder som sommerferie, jul og andre helligdage (ca. 15 uger årligt) skulle de to ortopædkirurgiske sengeafsnit i afdelingen lukke på skift. Et lille antal patienter med THA/TKA måtte således hvert år indlægges på det andet ortopædkirurgiske sengeafsnit, som overvejende havde akutte patienter. F.eks. blev syv ud af 1.024 patienter med THA/TKA i 2012 indlagt på det andet akutte sengeafsnit (tabel 1). Tilsvarende måtte sengeafsnittet med THA/TKA-patienter modtage en del patienter med traume i perioder med lukning.

Da fast-track THA/TKA var meget effektiv og havde en kort indlæggelsesvarighed, gav det andre afdelinger på hospitalet mulighed for at anvende nogle af de ledige sengepladser, der oprindeligt var tiltænkt patienter med THA/TKA. Ledelsen på den ortopædkirurgiske afdeling skulle give tilladelse til de andre afdelinger, hvis de ønskede, at patienter skulle indlægges på det ortopædkirurgiske sengeafsnit. På grund af lukkeperioder og fordi patienter fra andre afdelinger var indlagt på ortopædkirurgisk sengeafsnit, var ca. 1/3 af alle patientdage i sengeafsnittet ikke THA/TKA-patientdage. F.eks. var 1.820 ud af 5.393 patientdage i 2012 ikke THA/TKA-patientdage, se tabel 2. Den reducerede indlæggelsesvarighed resulterede

i plads til endnu flere patienter. De tomme senge opstod primært i perioder, hvor den ortopædkirurgiske afdeling kom bagud med antal operationer set i forhold til den reducerede indlæggelsesvarighed.

Sygeplejersker håndterer smertebehandlingen

En standardiseret protokol til smertebehandling i sengeafsnittet gjorde det muligt for sygeplejerskerne at håndtere det meste af smertebehandlingen selv. Hvis patienterne stadig havde smerter, efter at sygeplejerskerne havde forsøgt med non-farmakologiske tiltag og konventionelt smertestillende medicin ifølge protokollen, blev en kirurg eller anæstesilæge kontakttet. De fleste af patienterne administrerede og opbevarede deres orale medicin selv. Dog gav sygeplejerskerne patienterne råd om, hvornår medicinen skulle tages og vigtigheden af at bede om supplerende smertestillende medicin, hvis det var nødvendigt. Dette gjorde det muligt for patienterne at tage mere ansvar for deres smertebehandling.

En sufficient smertebehandling er essentiel ved fast-track, da målet for patienterne er at blive mobiliseret både tidligt og hyppigt. Patienter med for stærke smerter er måske ikke i stand til at mobilisere så meget, som det er hensigten i fast-track. De primære kliniske årsager til, at patienter stadig er på sygehuset efter 24 og 48 timer efter THA/TKA-operation, er smerter, svimmelhed og generel svækkelse (29). Patienter i fast-track, der blev udskrevet én

Tabel 2. Patientdage, normering, samlet antal sygeplejetimer og NHPPD i sengeafsnittet pr. år i perioden 2002-2012.

År	Patientdage i alt ^a	Normering ^b	Sygeplejetimer i alt ^c	NHPPD
2002	5351	16,0	30784	5,7
2003	5826	17,6	32708	5,6
2004	5164	15,2	29245	5,7
2005	5450	15,6	30014	5,5
2006	5464	16,0	30784	5,6
2007	4984	16,8	32323	6,5
2008	5371	16,6	31938	5,9
2009	5631	17,7	34055	6,0
2010	4988	17,6	33862	6,8
2011	5021	16,7	32130	6,4
2012	5393	15,8	30399	5,6

Nota. NHPPD = sygeplejetimer pr. patientdag

^a Inklusive alle patienter med total hofte- og knæalloplastik samt alle andre typer af akutte og elektive patienter indlagt på sengeafsnittet.

^b Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der arbejder bed-side, inklusive sygeplejersker, der koordinerer informationsmøderne og underviser patienterne i fast-track før indlæggelse på hospitalet. Lederen af sengeafsnittet er ikke medregnet. Tallene er registreret retrospektivt og er kun det personale, der er til stede i sengeafsnittet.

^c En person, der er på fuld tid, arbejder 1924 timer om året.

eller to dage efter operation, skulle være fortrolige med smertebehandlingen ikke blot på hospitalet, men også hjemme.

Et studie med THA/TKA patienter, der blev udskrevet dag 5 efter operation eller tidligere, fokuserede på dag 5-9 postoperativt (30). Resultaterne af studiet indikerede, at patienter, der fik foretaget TKA på højre side, havde den højeste smertescore og brugte mest smertestillende medicin. Patienter under 65 år havde lavere smertescore og brugte mere smertestillende (30).

I bestræbelserne på at optimere fast-track og reducere indlæggelsesvarigheden er det vigtigt at fokusere på smertestillende medicin for at reducere smerter. Ligeledes er det vigtigt at fokusere på sygeplejerskernes og social- og sundhedsassistenternes kundskaber i forhold til smertebehandling og på, om de har tilstrækkelig uddannelse og kompetencer til effektivt at udnytte den standardiserede protokol til smertebehandling.

Sygeplejersker bliver specialeansvarlige

Da alle THA/TKA-patienter blev indlagt på samme sengeafsnit, blev sygeplejerskerne specialister og fik øgede kundskaber og større erfaring indenfor specialet. Afdelingssygeplejersken på sengeafsnittet udpegede to sygeplejersker til at være specialeansvarlige; en for THA og en for TKA. De to sygeplejersker havde mange års sygeplejefaglig erfaring inden for det ortopædkirurgiske speciale, især indenfor THA/TKA. De havde ansvaret for fast-track i sengeafsnittet samt introduktion af nyt personale. Hver anden uge deltog sygeplejerskerne i tværfaglige møder og var inddraget i forskellige arbejdsgrupper på sengeafsnittet. Endvidere var de to sygeplejersker primære kontaktsygeplejersker for alle patienter med THA/TKA.

De to sygeplejersker var ansvarlige for de præoperative informationsmøder for patienter, hvor en tværfaglig gruppe gav al den information, patienterne havde brug for før operationen. Hver tirsdag blev en af de specialeansvarlige sygeplejersker fritaget fra sygeplejen i sengeafsnittet og gennemgik alle journaler for at sikre, at alle patienter, som skulle opereres den følgende uge, var klar til operation. Hver onsdag (møde for næste uges THA-patienter) og torsdag (møde for næste uges TKA-patienter) blev en af de specialeansvarlige sygeplejersker fritaget fra sygeplejen i sengeafsnittet for at koordinere de tværfaglige informationsmøder og sørge for, at møderne forløb problemfrit. Mindst en af de to sygeplejersker var altid planlagt til at være til stede i dagvagten fra mandag til fredag. De arbejdede således ikke i aften-, natte- og weekendvagter. En tredje sygeplejerske fra sengeafsnittet blev oplært i de funktioner, som de to specialeansvarlige sygeplejersker udførte, for at

sikre, at de tværfaglige informationsmøder kunne afvikles hver uge bortset fra ferieperioder.

Fast-track anses som standardpleje

Fast-track har vundet udbredt accept og anses nu som standardpleje (2, 31). Sygeplejersker bliver nødt til at indse, at de er en vigtig faggruppe, der gør, hvad andre faggrupper ikke kan. De er de mest konsekvente og vigtige medlemmer af personalegruppen for patienterne, når de er indlagt, og de har kompetencerne til at koordinere fast-track hele vejen gennem den kirurgiske rejse. Fast-track har dog stadig behov for yderligere optimering i alle dets delkomponenter, og sygeplejersker skal identificere deres rolle i denne udvikling og tage aktiv del i den. Vigtigt er det, at denne proces kræver tværfagligt samarbejde (32).

Sygeplejersker tager over fra kirurgerne

Sammenlignet med 2002 havde sygeplejerskerne i sengeafsnittet i 2012 overtaget flere opgaver fra kirurgerne, hvilket gav kirurgerne mere tid til at fokusere på kirurgi. I sengeafsnittet havde sygeplejerskerne og fysioterapeuterne et fælles ansvar for at udskrive patienterne, når de var klar til at komme hjem ud fra prædefinerede udskrivningskriterier. Derfor blev flere patienter udskrevet før og i løbet af weekenderne, da det ikke var nødvendigt, at der var en kirurg til stede. Der blev udviklet en tjekliste til udskrivelse, og kirurgerne skrev en postoperativ plan i patientens journal. Hvis patienterne ikke oplevede problemer efter operationen, udskrev sygeplejerskerne dem selv.

Sygeplejerskerne tager over fra fysioterapeuterne

Få timer efter operation blev alle THA/TKA-patienter mobiliseret, og om muligt gik de på toiletet. Tidligere hjalp fysioterapeuterne patienterne, første gang de skulle ud af sengen efter operationen, men da der ikke var fysioterapeuter til rådighed om aftenen, gav sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne patienterne instruktioner og hjalp dem ud af sengen første gang efter operationen.

Patienterne modtog fysioterapi to gange om dagen. Selv om sengeafsnittet havde fået tildelt mere tid til fysioterapeuterne på grund af det øgede behov for mobilisering af patienterne, var sygeplejerskerne også nødt til at erhverve sig nogle af fysioterapeuternes kompetencer. Sengeafsnittets sygeplejersker tilegnede sig derfor bedre kundskaber om mobilisering af patienter ved hjælp af bed-side-oplæring.

Hver lørdag og søndag lavede fysioterapeuterne kun øvelser med patienterne en gang om dagen, herunder træning i at gå på trapper. Centralt i fast-track var mobiliseringen, og da det kun var sygeplejer-



skerne, der var til stede 24-7, var de nødt til at tage stort ansvar for patienternes mobilisering.

Patienterne havde deres primære kontakt med sygeplejerskerne, som var kernepersonalet under indlæggelsen, og kirurgen, der havde opereret patienten, talte med patienten efter behov på et individuelt grundlag efter operationen. I 2002, da fast-track blev indført, stoppede sengeafsnittet med den traditionelle daglige stuegang. Som følge heraf skulle sygeplejerskerne være opmærksomme på ekstra behov hos patienter, der ønskede at tale med kirurgen.

Fysioterapeuterne foretog kontrollen seks uger efter operationen for THA og fire og 12 uger for TKA. I 2006 overtog en sygeplejerske i ambulatoriet etårskontrollen fra kirurgerne. Samtidig blev etårskontrollen for patienter med THA ændret fra besøg i ambulatoriet til et telefoninterview.

Patienter, der havde problemer med deres THA/TKA, havde dog ofte allerede kontaktet ortopædkirurgisk afdeling eller deres praktiserende læge før etårskontrollen. Ved etårskontrollen havde patienter, som oplevede problemer, derfor allerede fået foretaget en ekstra røntgenundersøgelse og var blevet undersøgt af en kirurg i ambulatoriet. Ved etårskontrollen arbejdede sygeplejersken tæt sammen med kirurgerne, når de var i ambulatoriet, idet sygeplejersken skulle have mulighed for at stille spørgsmål til kirurgerne.

Patienterne kunne bookes til kontrol hos en kirurg i ambulatoriet, hvis de havde komplikationer, stærke og vedvarende smerter, forskel i benlængde (kun THA), hvis de ikke var helt tilfredse eller var utilfredse eller ønskede at blive kontrolleret af en kirurg. Det var altid kirurgerne, der vurderede behovet for ekstra røntgenundersøgelse. Dagen efter operation fik alle patienter med THA/TKA rutinemæssigt foretaget røntgenundersøgelse, og TKA-patienter fik foretaget én ekstra røntgenundersøgelse efter 10 år.

Mere kommunikativ sygepleje

Én af de vigtigste konsekvenser for organiseringen af sygeplejen var en omfattende ændring i opgaver, herunder de opgaver, sygeplejersker havde overtaget

fra kirurger og fysioterapeuter. I den konventionelle sygepleje blev der anvendt flere sygeplejetimer til administration af medicin, spisesituationer, personlig hygiejne, dræn og intravenøse væsker. I fast-track er opgaverne ændret til mere kommunikativ sygepleje, herunder undervisning, information og motivering (1), med henblik på at forberede patienterne til at klare sig selv hjemme (33). Som en konsekvens af dette medførte den nye tilgang til sygeplejen, at patienterne blev mere inddraget i deres behandling og rehabilitering for at kunne klare situationen hjemme efter udskrivelse.

Sygeplejerskerne i fast-track fik større ansvar samt en udvidet og mere omfattende rolle. I sengeafsnittet var sygeplejenormeringen fordelt på sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter med lavere uddannelsesniveau end sygeplejersker.

Aiken fandt, at sygeplejerskers uddannelsesniveau havde en signifikant sammenhæng med mortalitetsraten (17), hvilket understøtter behovet for højt kvalificerede sygeplejersker.

Drozd fandt i et kvalitativt studie omkring rollerne inden for ortopædkirurgisk sygepleje, at det at være "multi-skilled", altså at have mange færdigheder, betød, at ortopædkirurgiske sygeplejersker overtog kompetencer fra andre faggrupper som f.eks. fysioterapeuterne (34). Samme artikel anbefaler, at der etableres et standardiseret nationalt uddannelsesforløb i ortopædkirurgisk sygepleje (34).

Sygeplejenormeringen ændret

Sygeplejenormeringen i sengeafsnittet var stort set uændret fra 2002 til 2012 på henholdsvis 16,0 og 15,8 (tabel 2). NHPPD lå i samme periode fra 5,5 til 6,8 (tabel 2). Ressourcerne blev dog brugt forskelligt i 2002 og 2012, se tabel 3. Fordelingen af sygeplejenormeringen i løbet af ugen ændrede sig over tid på grund af nye krav til sygeplejen. Med henblik på at forberede patienterne til at blive udskrevet en eller to dage efter operation blev der planlagt flere sygeplejeressourcer om aftenen på hverdage (tabel 3), hvor patienterne havde mest brug for sygepleje.

Patienter i fast-track THA/TKA kom tilbage til sengeafsnittet efter kun et par timer på opvågnings-

Tabel 3. Fordeling af normeringen i sengeafsnittet i 2002 og 2012. Vist som normering dag/aften/nat i alle ugens dage.

År	Mandag ^a	Tirsdag ^a	Onsdag ^a	Torsdag ^a	Fredag ^a	Lørdag ^a	Søndag ^a
2002	9/3/2	9/4/2	8/3/2	7/3/2	7/3/2	5/3/2	5/3/2
2012	6/5/2	9 ^b /5/2	9 ^b /5/2	9 ^b /5/2	7/4/2	4/3/2	4/2/2

^a Normering dag/aften/nat i sengeafsnittet.

^b Inklusive en sygeplejerske med ambulatoriefunktion i dagvagt.

afsnittet. Der var øget arbejdsbelastning på sengeafsnittet om aftenen, fordi patienter, der var opereret samme dag, skulle informeres om, hvordan de skulle komme ud og ind af sengen, bruge hjælpemidlerne samt håndtere smertebehandlingen. Sygeplejerskerne var inddraget i den tidlige, postoperative mobilisering, og uanset tidspunkt på dagen var det nødvendigt, at personalet prioriterede den tid, der var brug for, til at hjælpe patienten med at gå til toiletet.

Da der var brug for flere sygeplejersker om aftenen på hverdage, blev disse ressourcer taget fra lørdag-mandag morgen og flyttet til mandag-fredag aften (tabel 3). Flere patienter blev udskrevet før og i løbet af weekenderne. Derfor var der færre patienter tilbage på sengeafsnittet fra søndag til mandag morgen, hvilket reducerede behovet for sygepleje på disse tidspunkter. Fordelen for sygeplejerskerne ved denne fordeling af ressourcer var, at de i stedet for at arbejde hver anden weekend kun arbejdede hver tredje weekend.

Reduktion i antal sygeplejetimer

Selv om det var forventeligt, at sygeplejenormeringen ville stige, viste et studie indenfor fast-track kolonkirurgi en mindre reduktion i det totale antal sygeplejetimer pr. patient ved indlæggelse i et fast-track forløb med en indlæggelsesvarighed på 2,4 dage i forhold til et konventionelt forløb med en indlæggelsesvarighed på 6,6 dage (33). Modsat viste vores studie, at der stort set blev brugt samme antal NHPPD i det seneste årti (tabel 2), selvom indlæggelsesvarigheden blev reduceret med ca. fem dage i perioden (tabel 1).

Et øget patientflow med flere patienter, der passerer gennem sengeafsnittet, bidrager til en meget højere arbejdsbelastning for sygeplejerskerne. På trods af at ikke alle patienter i sengeafsnittet var THA/TKA, var det forventeligt, at en kortere indlæggelsesvarighed ville forøge NHPPD på grund af den koncentrerede sygepleje gennem den korte tid på hospitalet.

Det er tidligere blevet understreget, at hvis en anden type patienter benytter de sengebesparelser, der opstår ved fast-track, så er det yderst nødvendigt at tilføje yderligere normering til sengeafsnittet (33). Til sammenligning viste et studie med data fra 2006 og 2007, at det gennemsnitlige NHPPD var 7,8 for patienter med THA (35). Selvom de to studier ikke indsamlede data på samme måde, kan det indikere, at fast-track med indlæggelsesvarighed på <3 dage bruger færre NHPPD.

Sengeafsnittet viste omkostningseffektivitet, idet tre gange flere patienter gennemgik THA/TKA-operation med det samme sygeplejebudget. Hospitalet og afdelingen tjente flere penge som følge

af stor effektivitet i fast-track. Det betød, at sygeplejebudgettet kunne beskyttes, og i stedet for at skære i normeringen steg den kirurgiske aktivitet. Disse forandringer over adskillige år viste øget effektivitet som følge af kontinuerlig optimering af fast-track og kreativ tænkning i sygeplejen.

I Scheels diskussion af praksisteori og interaktionel sygeplejepraksis beskrev hun udfordringerne inden for sygeplejen, der er forbundet til livsverdenen, men praktiseres i systemverdenen (18). Det kan føre til et dilemma, da det finder sted i en problem-løsende og resultatorienteret aktivitet rettet mod effektivitet (18).

Desuden fokuserer Scheel på tre vigtige temaer i sygeplejepraksis: 1) at sørge for, at patientens fysiske behov samt de instrumentelle og tekniske sygeplejehandlinger er imødekommet, 2) at sygeplejersken søger forståelse for den individuelle patient og hans/hendes situation og miljø, og 3) at sygeplejersken ser problemer og opgaver i relation til patientens overordnede situation og drøfter disse via dialog (18).

Med henblik på at øge effektiviteten gennemgik afdelingen en kontinuerlig optimering af fast track, hvilket gik videre end sygeplejenormeringen. Her hjælper sygeplejehandlerne i Scheels praksisteori os med at fokusere på den individuelle patient og hans/hendes behov og overordnede situation. I fast-track er patientinformation i grupper en effektiv måde at spare sygeplejeresressourcer på, men den bør følges op af individuel dialog og ønsker.

I et europæisk studie om sygeplejenormering og -uddannelse og mortalitet på hospitalet havde mere end 50 pct. af patienterne, der var inkluderet i studiet, fået foretaget ortopædkirurgiske operationer. Studiet viste, at der var en signifikant sammenhæng mellem sygeplejenormeringen og mortalitetsraten (17). Resultaterne viser, at vi skal være opmærksomme på, at fortsat besparelse med reducere i sygeplejenormeringen kan øge forekomsten af utilsigtede hændelser.



Studiet havde et retrospektivt, deskriptivt design, hvor der blev indsamlet data om sygeplejenormeringer fra en eksisterende database. Mere valide data kunne være indsamlet ved prospektiv

registrering af sygeplejenormering i sengeafsnittet sideløbende med patientaktiviteten på samme tidspunkt. Der blev i dette studie ikke anvendt en prædefineret ramme til evaluering af klinisk praksis. Hvis der var blevet anvendt en sådan ramme, ville studiet have vist større stringens.



Desuden undersøgte dette studie kun data fra ét ortopædkirurgisk sengeafsnit på et dansk hospital og kan muligvis ikke generaliseres til tilsvarende hospitaler i andre lande.

Vores studie viste en markant øget aktivitet indenfor THA/TKA-operationer med det samme sygeplejebudget i sengeafsnittet i løbet af det undersøgte årti. Fordelene ved den øgede effektivitet var bedre udnyttelse af de økonomiske midler til sundhedsvæsenet. Fordelene for patienterne var kortere ventelister, færre komplikationer og mindre behov for indlæggelse.

Med hensyn til sygeplejen er det vigtigt at være opmærksom på den fortsatte udvikling af fast-track THA/TKA, hvor sygeplejersker påtager sig mere komplicerede opgaver, mens hver sygeplejerske samtidig skal tage sig af et større antal patienter.

Sygeplejen skal stadig fokusere på den enkelte patient, og mere information gives i grupper. Derfor er der behov for at sikre, at sygeplejersker har tilstrækkelig uddannelse til at håndtere de komplekse opgaver samt det øgede ansvar.

For i fremtiden at forebygge problemer efter udskrivelse er der behov for at henlede opmærksomheden på kvaliteten af sygeplejen i relation til sygeplejebudgettet. Derfor er det vigtigt at investere i eksperter/højt kvalificerede sygeplejersker i fast-track THA/TKA. ●

Anbefalinger

Man bør:

1. Identificere relevante opgaver inden for fast-track THA/TKA og vurdere, hvilket niveau af sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter der er kompetente til at varetage opgaverne.
2. Have fokus på ansættelse af specialeansvarlige sygeplejersker og eksperter/højt kvalificerede sygeplejersker til at håndtere de komplekse krav, der er i fast-track forløb.
3. Sikre, at de sygeplejersker, som arbejder inden for fast-track i ortopædkirurgiske afdelinger, har den nødvendige uddannelse.
4. Gennemføre yderligere undersøgelser af patienters oplevelser af fast-track THA/TKA.
5. Gennemføre yderligere undersøgelser af patienters tilfredshed med fast-track THA/TKA.

Referencer

1. Hjort Jakobsen D, Rud K, Kehlet H, Egerod I. Standardising fast-track surgical nursing care in Denmark. *Br J Nurs* Mark Allen Publ. 8. maj 2014;23(9):471-6. 2. Kehlet H. Fast-track hip and knee arthroplasty. *Lancet Lond Engl*. 11. maj 2013;381(9878):1600-2. 3. Specht K, Leonhardt JS, Revald P, Mandøe H, Andresen EB, Brodersen J, m.fl. No evidence of a clinically important effect of adding local infusion analgesia administered through a catheter in pain treatment after total hip arthroplasty. *Acta Orthop*. juni 2011;82(3):315-20. 4. Husted H. Fast-track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. *Acta Orthop Suppl*. oktober 2012;83(346):1-39. 5. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *The Lancet*. 6. december 2003;362(9399):1921-8. 6. Husted H, Jensen CM, Solgaard S, Kehlet H. Reduced length of stay following hip and knee arthroplasty in Denmark 2000-2009: from research to implementation. *Arch Orthop Trauma Surg*. januar 2012;132(1):101-4. 7. Mikkelsen LR, Petersen MK, Søballe K, Mikkelsen S, Mechlenburg I. Does reduced movement restrictions and use of assistive devices affect rehabilitation outcome after total hip replacement? A non-randomized, controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med*. august 2014;50(4):383-93. 8. Jørgensen CC, Kehlet H. Role of patient characteristics for fast-track hip and knee arthroplasty. *BJA Br J Anaesth*. 1. juni 2013;110(6):972-80. 9. Høngaard AS, Husted H, Kehlet H. Økonomiske konsekvenser ved accelererede knæalloplastikforløb. *Ugeskr Læg*. 2009;171(45):3276-80. 10. Larsen K, Hansen TB, Thomsen PB, Christiansen T, Søballe K. Cost-effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation after total hip and knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. april 2009;91(4):761-72. 11. Hunt GR, Crealey G, Murthy BV, Hall GM, Constantine P, O'Brien S, m.fl. The consequences of early discharge after hip arthroplasty for patient outcomes and health care costs: comparison of three centres with differing durations of stay. *Clin Rehabil*. 1. december 2009;23(12):1067-77. 12. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg*. august 2008;248(2):189-98. 13. Dowsey MM, Kilgour ML, Santamaria NM, Choong PF. Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: A prospective randomised controlled study. *Med J Aust*. 18. januar 1999;170(2):59-62. 14. Husted H, Otte KS, Kristensen BB, Ørsnes T, Kehlet H. Readmissions after fast-track hip and knee arthroplasty. *Arch Orthop Trauma Surg*. 1. september 2010;130(9):1185-91. 15. Husted H, Otte KS, Kristensen BB, Ørsnes T, Wong C, Kehlet H. Low risk of thromboembolic complications after fast-track hip and knee arthroplasty. *Acta Orthop*. oktober 2010;81(5):599-605. 16. Savidas T, Serrano-Pedraza I, Khan SK, Martin K, Malviya A, Reed MR. Reduced medium-term mortality following primary total hip and knee arthroplasty with an enhanced recovery program. *Acta Orthop*. februar 2013;84(1):40-3. 17. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, m.fl. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 24. maj 2014;383(9931):1824-30. 18. Scheel ME, Pedersen BD, Rosenkrands V. Interactional nursing – a practice-theory in the dynamic field between the natural, human and social sciences. *Scand J Caring Sci*. december 2008;22(4):629-36. 19. Spetz J, Donaldson N, Aydin C, Brown DS. How Many Nurses per Patient? Measurements of Nurse Staffing in Health Services Research. *Health Serv Res*. oktober 2008;43(5 Pt 1):1674-92. 20. Kjaersgaard-Andersen P, Kristensen PW, Gudmundsson H, Blohm D, Blokager ESS, Fabricius SR. Joint Care Program – Primær total hoftalloplastik. *Ortopædkirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus*; 2004. 21. Kristensen PW, Kjaersgaard-Andersen P, Gudmundsson H, Blohm D, Blokager ESS, Fabricius SR. Joint Care Program – Primær total knæalloplastik. *Ortopædkirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus*; 2004. 22. Kristensen PW, Gudmundsson H, Blokager ESS. Joint Care Program – Primær total hofte- og knæalloplastik. *Ortopædkirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus*; 2003. 23. Kerr DR, Kohan L. Local infiltration analgesia: A technique for the control of acute postoperative pain following knee and hip surgery: A case study of 325 patients. *Acta Orthop*. april 2008;79(2):174-83. 24. McDonald S, Page MJ, Beringer K, Wasiak J, Sprowson A. Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database Syst Rev*. 13. maj 2014;(5):CD003526. 25. Prouty A, Cooper M, Thomas P, Christensen J, Strong C, Bowie L m.fl. Multidisciplinary patient education for total joint replacement surgery patients. *Orthop Nurs [Internet]*. [henvist 16. oktober 2017];25(4). Tilgængelig hos: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=16900070> 26. Aquilina R, Baldacchino D. An exploratory study of Maltese patients' perceptions of their preparation for total joint replacement at the pre-admission clinic. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 1. august 2007;11(3):194-203. 27. Husted H, Hansen HC, Holm G, Bach-Dal C, Rud K, Andersen KL m.fl. What determines length of stay after total hip and knee arthroplasty? A nationwide study in Denmark. *Arch Orthop Trauma Surg*. 1. februar 2010;130(2):263. 28. Leonhardt JS, Bjerggaard EK, Pedersen BD, Fabricius SR, Høvsgaard SJ, Blokager ESS. Generel tilfredshed med Joint Care. *Sygeplejersken*. 2010;110(19):56-9. 29. Husted H, Lunn TH, Troelsen A, Gaarn-Larsen L, Kristensen BB, Kehlet H. Why still in hospital after fast-track hip and knee arthroplasty? *Acta Orthop*. december 2011;82(6):679-84. 30. Ramlall Y, Archibald D, Robinson Pereira SJ, Sawhney M, Ramlall S. Post-discharge pain management following elective primary total hip and total knee arthroplasty on patients discharged to home on pod 5 or earlier from an acute care facility. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 1. november 2010;14(4):185-92. 31. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. *Surgery*. juni 2011;149(6):830-40. 32. Kehlet H, Slim K. The future of fast-track surgery. *Br J Surg*. august 2012;99(8):1025-6. 33. Jakobsen DH, Sonne E, Kehlet H. Nursing workload and fast track colonic surgery. *J Adv Perioper Care*. 2006;2(4):177-81. 34. Drozd M, Jester R, Santy J. The inherent components of the orthopaedic nursing role: An exploratory study. *J Orthop Nurs*. 1. februar 2007;11(1):43-52. 35. Lee M, Moorhead S. Nursing care patterns for patients receiving total hip replacements. *Orthop Nurs*. juni 2014;33(3):149-58.
- Supplerende litteratur:** Pedersen BD. *Sygeplejepraksis: Sprog & erkendelse*. Århus: Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet; 1999. 212 sider.

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

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



ANNE SOPHIE ÅGÅRD

Sygeplejerske 1989, intensivsygeplejerske, cand.cur., ph.d. Klinisk sygeplejespecialist, Operation og Intensiv Øst, Aarhus Universitetshospital.



VIBEKE BREGNBALLE

Sygeplejerske 1981, pædiatrisk sygeplejerske, MHH, ph.d. Postdoc, forskningsprogrammet Patientinvolvering, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet.

vibebreg@rm.dk



LENE SEIBÆK

Sygeplejerske 1982, kræftsygeplejerske, MHH, ph.d. Seniorforsker, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital, samt lektor, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet.

Alle forfatterne er tilknyttet forskningsprogrammet Patientinvolvering, Aarhus Universitetshospital.

Patientinvolvering skal medtænke pårørende

Der er stigende **forståelse for pårørendes betydning** og samtidig politisk opbakning til støtte for deres indsats.

At vi alle har brug for familie, venner eller andre, som står os nær, mærker vi måske tydeligst i forbindelse med sygdom. Et sygdomsforløb kan have stor indflydelse ikke blot på den syges, men også på pårørendes liv og hverdag. Når man taler om patientinvolvering, er det derfor oplagt at medtænke pårørende.

Trods sygdom kan de fleste patienter selv vurdere deres situation og træffe beslutninger om deres forløb og behandling. Alligevel vil mange gerne involvere deres nærmeste i de overvejelser, som kan have konsekvenser ikke bare for dem selv, men også for familiens fælles hverdag og fremtid. For en særlig gruppe patienter spiller pårørendes aktive involvering en helt afgørende rolle for, at behandlingen overhovedet kan lykkes. Det gælder for voksne med alvorlige fysiske og/eller psykiske lidelser samt for børn og unge. Nære pårørende har således stor betydning i forbindelse med patienters sygdomsforløb.

Udviklingen i sundhedsvæsenet går i retning af kortere indlæggelser og øget specialisering på hospitalerne. I forlængelse heraf udføres stadig mere behandling, pleje og rehabilitering i primær sektor og af pårørende i hjemmene. Det må således forventes, at pårørende også i fremtiden vil skulle yde en stor praktisk indsats.

Blandt patient- og pårørendeforeninger og i regioner og kommuner er der derfor i disse år stigende opmærksomhed på pårørendes rolle og betydning, og der er fra politisk hold bred opbakning til at involvere pårørende og støtte op om den store indsats, de yder i samfundet (1). Også sundhedsprofessionelle udviser stigende forståelse for og opmærksomhed på betydningen af involvering af både patienter og pårørende.



Betegnelsen ”på- rørende” er lige så bred som beteg- nelsen ”patient”. Nogle pårørende er nærtstående, andre er fjernere. Nogle bor måske sammen med patienten, an- dre i nærheden eller langt væk.

I det følgende beskrives pårørendes rolle og betydning i forbindelse med sygdom og behandling. Dernæst gives en kort beskrivelse af det lovmæssige grundlag for at involvere pårørende efterfulgt af en række anbefalinger til klinisk praksis. Artiklen afrundes med en beskrivelse af perspektiverne ved at involvere pårørende.

Patienten afgør, hvem de pårørende er

Betegnelsen ”pårørende” er lige så bred som betegnelsen ”patient”. Nogle pårørende er nærtstående, andre er fjernere. Nogle bor måske sammen med patienten, andre i nærheden eller langt væk. Imidlertid er det ikke alle pårørende, patienten ønsker at involvere i sit sygdomsforløb, ligesom det ikke er alle pårørende, der selv ønsker at være involveret. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at det, medmindre helt særlige forhold gør sig gældende, er patienten, der ved sit samtykke formelt inviterer sine pårørende ind i partnerskabet om sygdom og behandling sammen med relevante sundhedsprofessionelle.

De fleste pårørende både vil og kan bidrage i forbindelse med et sygdomsforløb (2). Den pårørendes rolle afhænger dog også af patienten selv, af sygdommen og af det forventede behandlingsforløb. Der vil således være forskel på, om pårørende

RESUME

Artiklen fokuserer på sygeplejerskers samspil med pårørende i forbindelse med sygdom og behandling.

Sygdom har ikke alene indflydelse på patientens men også på pårørendes liv og hverdag. Når sygeplejersker involverer patienter i planlægning af og beslutninger om sygdom og behandling, kan der derfor være gode grunde til også at høre de nære pårørendes stemme.

Sygeplejersker kan med fordel være opsøgende, invitere til dialog og tilbyde støtte og vejledning til både patient og pårørende. Det er i den forbindelse vigtigt, at sygeplejersker er bekendt med det lovmæssige grundlag for området, og at de sikrer sig, at patienten ønsker en direkte involvering af sine pårørende.

Artiklen afrundes med en kort diskussion af nogle overordnede perspektiver på involvering af pårørende i sundhedsvæsenet.

skal engagere sig i et kort sygdomsforløb, hvor patienten bliver hurtigt rask, eller i et årelangt forløb måske med kronisk sygdom, invaliditet eller død til følge. Ved involvering af pårørende er det derfor vigtigt, at sygeplejersker gør sig klart, hvorvidt der er tale om:

- et kort eller langt sygdomsforløb
- akut eller kronisk sygdom
- fysisk eller psykisk sygdom eller begge dele
- indlæggelse eller ambulant behandling
- sygdom hos børn, unge eller voksne
- sygdom hos habile patienter eller midlertidigt/varigt inhabile patienter
- et forløb, der leder til helbredelse eller til kronisk sygdom og/eller død.

Først og fremmest er pårørende en værdifuld medmenneskelig støtte for patienten. Derudover kan de være involveret i en lang række forskelligartede opgaver i patientens sygdomsforløb, opgaver, som muligvis ikke uden videre er synlige for omgivelserne. Måske har de pårørende indledningsvist opfordret patienten til at gå til læge med de første sygdomstegn. I den videre kontakt med hospitalsvæsenet er de ofte med til undersøgelser eller samtaler, hvor de kan fungere som ekstra ører, øjne og hukommelse for den syge.

Pårørende kan bemærke eventuel frem- eller tilbagegang i patientens tilstand både derhjemme og på hospitalet, og de opdager måske fejl eller uregelmæssigheder i behandling og pleje, hvorved de også har betydning for patientsikkerheden.

I hjemmet kan pårørende stå for en lang række pleje- og behandlingsrelaterede opgaver, små som store. Efter hospitalsbehandling kan de hjælpe patienten med at fastholde behandling og genoptræning, og de har ofte en vigtig rolle som patientens talsmand og koordinator af den hjælp og de behandlingstilbud, den syge modtager, også hvis patienten er døende i eget hjem.

Dertil kommer opgaver omkring transport til og fra hospital, egen læge og ambulatorier. Og oveni alt dette tager pårørende vare på hjemmefronten, måske både den syges og den pårørendes egen, hvis patient og pårørende ikke bor sammen, mht. job, børn, fritidsinteresser og meget andet, som hører hverdagslivet til (2-5).

Patienten skal give sit samtykke

Sundhedsstyrelsen definerer pårørende således: ”De pårørende kan være nære slægtninge, men det kan også være en god ven. Det afgørende er den faktiske tilknytning” (6).

Måske er man som sygeplejerske lidt tøvende over for at involvere pårørende, fordi man er i tvivl om, hvilken betydning det kan have for f.eks. overholdelse af tavshedspligten, en grundpille i samarbejdet mellem patienter og sundhedsprofessionelle. For at sygeplejersker skal kunne informere pårørende om patientens situation og involvere dem i forløbet, skal patienten have givet sit samtykke hertil (7), og det skal dokumenteres i patientens journal, hvem patienten ønsker at involvere. Der gælder særlige regler, hvis patienten f.eks. er dement eller bevidstløs, eller hvis det drejer sig om børn og unge – se Sundhedsloven §§ 17, 18, 37 og 43.

Patient og pårørende kan have forskellige behov

Pårørende er individer med hver deres relation til patienten, hver deres historie, forudsætninger for at hjælpe patienten og hver deres behov for



Der vil således være forskel på, om pårørende skal engagere sig i et kort sygdomsforløb, hvor patienten bliver hurtigt rask, eller i et årelangt forløb måske med kronisk sygdom, invaliditet eller død til følge.

selv at få støtte. Derudover kan patient og pårørende have forskellige holdninger og strategier i forhold til sygdom. Et eksempel kan være den ægtefælle, som gerne vil have ren besked angående prognosen for at kunne forberede sig på det, der er i vente, men hvor patientens strategi er at håndtere én udfordring ad gangen. Det kan give konflikt mellem ægtefællerne, og sygeplejersker kan stå i et dilemma omkring, hvis interesser der primært skal tilgodeses. Skal den pårørende tilbydes en samtale uden patienten, men med patientens tilladelse? Hvordan vil det påvirke relationen mellem patienten og den pårørende, hvis de sidder inde med forskellig information?

I det hele taget viser undersøgelser, at pårørende, der løfter en stor opgave i en hverdag med sygdom, behandling eller rehabilitering, kan føle sig overset og alene med et stort ansvar (1,5,8). Det ville derfor være ideelt, hvis pårørende også selv fik mulighed for at indvillige eller i det mindste reflektere over betydningen af at være involveret og eventuelt påtage sig konkrete opgaver i forbindelse med sygdomsforløbet. I praksis ser det dog ud til, at pårørende ofte hverken spørges eller introduceres til opgaverne, og at de på den baggrund kan føle sig alene og uforberedt på de opgaver og det ansvar, de står med (1,5). Der er altså gode grunde til at

anerkende den personligt krævende samfundsmæssige opgave, pårørende varetager, og til at støtte dem heri.

To dimensioner ved involvering af pårørende

Patientinvolvering drejer sig om at invitere patienter og pårørende med i et partnerskab sammen med sundhedsprofessionelle (1). Målet er derfor, at pårørende både bliver involveret som ressource i patientens sygdoms- og behandlingsforløb på hospitalet, og at de bliver støttet og anerkendt som mennesker med egne behov undervejs. En pårørende til en patient med Parkinsons sygdom sagde engang: ”Jeg er blevet meget fint inddraget som ressource, men overset som menneske” (8). Citatet peger på to centrale dimensioner i pårørendes rolle: den ene som en ressource i forløbet, den anden som menneske og med-lidende med egne behov for støtte. Begge dimensioner må medtænkes, når pårørende skal involveres i et sygdomsforløb, se figur 1.

Sygeplejersker må kende grundlaget

For at kunne involvere pårørende må sygeplejersker have konkret viden om det juridiske grundlag. Dernæst er det væsentligt, at sygeplejersken ved, hvem patienten ønsker at inddrage som pårørende, samt hvor meget og i hvad patienten ønsker den pårørende inddraget. Også den pårørende skal spørges. Det skal afklares, om den pårørende ønsker at blive involveret samt i hvad og hvor meget. Nogle pårørende ønsker at blive involveret, men pga. f.eks. arbejde, mindre børn eller egen sygdom kan det være nødvendigt for dem at begrænse involvering i praktiske opgaver.

Det er afgørende, at sundhedsprofessionelle sammen med patient og pårørende tager ansvar for, at nogle af disse konkrete spørgsmål forsøges afklaret tidligt i forløbet. Der skal være opmærksomhed på, at forholdene kan ændre sig både for patient og pårørende, og at pårørendes ressourcer ikke er udtømmelige. Derfor må der være tilbud om fornyet samtale mellem sundhedsprofessionelle, patient og pårørende om patientens forventninger til og den enkelte pårørendes muligheder for at udgøre en ressource i sygdomsforløbet. Dette gælder både i primær og sekundær sundhedssektor.

Figur 1. To overordnede dimensioner ved involvering af pårørende



Figuren er udarbejdet af forfatterne med inspiration fra Danske Patienter og ViBIS (9).

For at kunne tilgodese pårørendes ønske om at være en god støtte for patienten og forberede dem på de opgaver og problemstillinger, de kommer til at stå overfor, kan pårørende have brug for vejledning, undervisning eller oplæring. Sygeplejersker må derfor have indsigt i, hvilken betydning sygdommen kan have for patient og pårørende i hverdagen, og hvilke udfordringer de sammen og hver for sig kan møde. Sygeplejersker må have solid generel viden om pårørende kombineret med specifik viden om de pårørendes situation i det enkelte patientforløb.

Sygeplejersker må derfor spørge og forsøge at afdække nogle af disse udfordringer. Hvilke ressourcer har den pårørende, som kan gøre ham/hende i stand til at støtte patienten bedst muligt? Og hvordan kan sygeplejersken støtte den pårørende selv som menneske undervejs? Ligeledes kan sygeplejersken tilbyde hjælp til kontakt med relevante instanser og på denne måde arbejde for et sammenhængende pleje- og behandlingsforløb, hvor både patientens og de pårørendes ressourcer understøttes.

Større tilfredshed for patient og pårørende

Måltrettet involvering af pårørende vil først og fremmest give større tilfredshed for både patienter og pårørende. Pårørende er i forvejen dybt engagerede i patientens situation, og mange pårørende ønsker at blive involveret i et partnerskab med sundhedsprofessionelle. Men de oplever ofte i praksis, at de bliver overset, og at deres særlige viden om patientens sygdom, hverdag eller præferencer i tilværelsen ikke bliver efterspurgt. Hertil kommer, at pårørende udover at være patientens hjælper også gerne vil ses som mennesker med egne behov. For pårørende kan der således på flere områder være et stort potentiale ved systematisk involvering.

Spørgsmålet om, hvordan man kan balancere pligter og rettigheder for pårørende, er et emne, der i de kommende år vil kræve overvejelse og stillingtagen både i det politiske system og i sundhedsvesenet. De pårørendes ressourcer er



Hvordan kan hospitalet støtte pårørende, som har det svært i forbindelse med deres næres sygdom? Hvilke andre personer eller organisationer kan eventuelt yde den nødvendige støtte?

Hvordan håndterer I situationer, hvor pårørende efter jeres mening tager for meget opmærksomhed?

I hvilke situationer skal pårørende eventuelt ikke inddrages?

ikke udtømmelige; f.eks. er spørgsmålet om, hvorvidt samboende pårørende kan afvise at påtage sig pleje- eller behandlingsrelaterede opgaver i hjemmet, fortsat hverken fyldestgørende belyst eller besvaret. På den baggrund hævder nogle, at der i stedet for inddragelse i visse situationer snarere er tale om overdragelse af pleje og behandlingsansvar til pårørende (10). Det er et emne, der allerede diskuteres særligt inden for psykiatrien og i primær sektor. Ældre Sagen har på den baggrund i samarbejde med foreningen Pårørende i Danmark i 2016 udarbejdet et såkaldt charter; en række rettigheder for pårørende som reaktion på de omfattende pligter, nogle pårørende har i forbindelse med sygdom og svækkelse hos et familie-medlem (11).

Mere sammenhængende behandling

Nogle sundhedsprofessionelle vil måske være bekymrede for, om involvering af pårørende vil tage tid fra patienten. Fra patienters perspektiv kan involvering af pårørende dog bidrage til at sikre en bedre og mere sammenhængende behandling på tværs af afdelinger og sektorer. Og måske kommer den tid, der bruges på pårørende, godt igen i form af et mere frugtbart samarbejde mellem de tre dele af partnerskabet: patient, pårørende og sundhedsprofessionelle.

Ud over bedre behandlingskvalitet kan man formode, at øget involvering af pårørende vil resultere i større patienttilfredshed, færre fejl eller misforståelser, mindre behov for at gentage information og instruktioner, færre krævende samtaler med frustrerede pårørende samt færre genindlæggelser.

Sygdom rammer både patient og pårørende

I et sygeplejefagligt perspektiv vil et mere målrettet fokus på pårørendes rolle og betydning fremhæve en grundlæggende forståelse af, at når et menneske rammes af sygdom, så rammes også de nærmeste. Pårørende løfter allerede en lang række opgaver i forbindelse med sygdom, lad os invitere dem ind og høre deres stemme – til gavn for både patienter, pårørende og sundhedsvæsen. ●

Referencer

1. Ågård AS, Bregnballe V, Seibæk L. Pårørende og patientinvolvering. In: Pii KH, Fredskild TU, editors. *Perspektiver på patientinddragelse* København: Gads Forlag; In press. 2. DEFACTUM. Pårørende på spring. *Undersøgelse af pårørendes oplevelser, roller, holdninger, forventninger og ønsker*. 2016; http://patient-sikkerhed.dk/content/uploads/2016/04/paaroende_paa_spring_april_20042016.pdf Besøgt 09/29, 2017. 3. Gullestrup H, Avnbøg MR, ed. *Pårørende på tværs. Pårørende som deltagere i det tværprofessionelle samarbejde*. København: Munksgaard; 2016. 4. Ældre Sagen, Danmarks Statistik. *Undersøgelse blandt ægtefæller/samleverer til hjemmehjælpsmodtagere*. 2016; <https://www.aeldresagen.dk/presse/pressemateriale/dokumentation/undersogelse-blandt-aegtefaeller-til-hjemmehjaelpsmodtagere> Besøgt 09/29, 2017. 5. Ågård AS, Egerod I, Tønnesen E et al. From spouse to caregiver and back: a grounded theory study of post-intensive care unit spousal caregiving. *J Adv Nurs* 2015;71(8):1892-1903. 6. Sundhedsstyrelsen. *Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt – dialog og samarbejde med patienters pårørende*. København: Sundhedsstyrelsen; 2002; www.retsinformation.dk > *Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt*. Besøgt 09/29 2017. 7. Sundheds- og Ældreministeriet. *Bekendtgørelse af Sundhedsloven*. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016; www.retsinformation.dk > *Sundhedsloven*. Besøgt 09/29, 2017. 8. Danske Patienter & ViBIS. *Pårørendeinddragelse – Marie Lenstrup*. 2014; www.youtube.com > *Pårørendeinddragelse – Marie Lenstrup*. Besøgt 09/29, 2017. 9. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS). *Kriterier for inddragelse*. København: ViBIS; 2014; https://www.danskepatienter.dk/files/media/Publikationer/vibis/undersogelser/vibis_kriterier_inddragelse_2014_print_tryglogo.pdf Besøgt 09/29, 2017. 10. Oute J. *Inddragelse belaster familien*. *Fag & Forskning* 2016;(4):75. 11. Ældre Sagen, Pårørende i Danmark. *Charter for pårørende*. 2016; <https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/paaroerende/synspunkt/oeg-stoetten-med-charter-for-paaroerende> Besøgt 09/29, 2017.

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.



CHARLOTTE HALD

Sygeplejerske 2004, cand.cur., diplom-modul i ledelsesbaseret coaching. Udviklingssygeplejerske Hospice Djursland.

charlotte.hald@hospicedjursland.dk



DORIT SIMONSEN

Sygeplejerske 1980. MPM; treårig gestaltterapeutisk uddannelse; systemisk coach; treårig tværfaglig lederuddannelse "Sustainable Co-creation". Hospiceleder Hospice Djursland.

Lægen sagde, at jeg ikke var døende nok

Patienter bliver i stigende grad **udskrevet fra hospice**. Årsagen er stigende efterspørgsel på hospicepladserne. Men udskrivelser er problematiske for såvel personale som patienter.

De fleste forbinder hospice med et sted, hvor uhelbredeligt syge indlægges til livets afslutning. De forestiller sig ikke, at man kan blive udskrevet igen (1). Det kan derfor medføre usikkerhed hos patient, pårørende og personale, når det kommer på tale.

Et kriterium for at blive indlagt på hospice er, at patienten er uafvendeligt døende og lider af komplekse palliative problemstillinger, se boks 1 og 2. Nogle patienter oplever imidlertid så effektiv lindring af deres symptomer, at de palliative problemstillinger ikke længere er af kompleks karakter, og deres palliative behov kan derfor varetages i kommunen med støtte af egen læge og hjemmesygepleje. Når efterspørgslen



RESUMÉ

Mennesker med livstruende sygdomme og komplekse problemstillinger kan profitere så meget af indlæggelse på hospice, at det af prioriteringsmæssige årsager kan blive nødvendigt at udskrive, hvilket sjældent er i overensstemmelse med patientens ønske.

For at belyse emnet gennemførte vi en kvalitativ undersøgelse af 11 patienters oplevelse af at blive udskrevet fra hospice. Dataindsamling foregik ca. en uge efter udskrivelse i form af et semistruktureret interview ud fra en spørgeguide suppleret med enkelte spørgsmål, der skulle besvares på en 4-punkt skala. Vi fandt, at det kan være forbundet med stor utryghed for patienter og pårørende

at blive udskrevet fra hospice. Beslutningen kom sjældent fra patienterne selv. Det kom som oftest bag på dem, at man kunne blive udskrevet fra hospice. Især oplevelsen af manglende koordinering og information om aftaler med kommunen skabte utryghed.

Pårørende ydede stor indsats i hjemmet, og selv om der var god hjælp fra kommunen, kunne det opleves som belastende, når der kom mange forskellige fagpersoner i hjemmet.

Artiklen kan have interesse for sygeplejersker på hospicer og sygeplejersker i primær sektor, der skal modtage patienter fra hospice.



Personalets frygt for at bringe en eventuel udskrivelse på banen og medinddrage patient og pårørende kan imidlertid gøre en udskrivelse mere utryk og uforståelig for familien.

efter hospicepladser samtidig er stigende, kan vi derfor blive nødt til at udskrive patienter (2). I Region Midt drejede det sig i 2016 om, at 136 ud af godt 1.000 patienter blev udskrevet fra hospice.

Danske undersøgelser har vist, hvordan patienter og pårørende oplever hverdagslivet efter udskrivelse fra hospice (3,4), og andre studier viser, at hospicesygeplejersker ofte har det svært med udskrivelser. De ser det som en belastning at udskrive patienterne, da de oplever en følelse af at falde patienten i ryggen, og at det medfører tab og tillidsbrud i patient-sygeplejerske-relationen (1,5).

”Projekt Følge Hjem” gav svar

På baggrund af reaktionerne på

udskrivelse hos patienter og pårørende og den negative påvirkning af medarbejdernes psykiske arbejdsmiljø har vi på Hospice Djursland haft øget fokus på udskrivelse de senere år. Vi vil gerne kunne gøre det bedre for alle parter. I 2015 indførte vi forventningssamtaler med patient og pårørende inden for den første uge af indlæggelsen med det formål at afstemme gensidige forventninger til indlæggelsen (6). Vi vedtog desuden, at beslutningen om at udskrive en patient skal tages på den ugentlige tværfaglige konference. Når beslutningen er taget, går et forberedelsesarbejde i gang i form af koordinering med familie og hjemkommune. I respekt for, at patienterne befinder sig i en sårbar situation, aftaler vi udskrivelsestidspunktet med familien 1-3 uger frem i tiden alt efter familiens behov.

I 2016 igangsatte vi ”Projekt Følge Hjem” med det formål at blive klogere på, hvad patienterne og pårørende oplevede som udfordringer, når de blev udskrevet, samt hvilke tiltag vi kunne iværksætte for at gøre det bedre.

Boks 1. Kriterier for indlæggelse på hospice

- Egen læge eller behandlende læge skal henvise patienten til en hospiceplads.
- Forventet kort levetid for den henviste.
- Helbredende behandling er ophørt for den henviste.
- Komplekse problemstillinger af fysisk, psykosocial eller eksistentiel karakter hos den henviste.
- Behandlingsniveauet skal være afklaret, så den henviste ikke har symptomer af en karakter, der fordrer indlæggelse på hospital.
- Den henviste har et ønske om at leve den sidste tid på hospice og er velinformeret om andre muligheder for ophold og støtte.

Boks 2. Komplekse palliative problemstillinger

- Smerter
- Dyspnø
- Fatigue
- Angst
- Kakaksi
- Kvalme/opkastning
- Delir
- Ascitis
- Lymfødem

Vi interviewede patienterne i deres eget hjem godt en uge efter udskrivelsen, se boks 3. Enkelte af patienterne var dog ikke i stand til selv at deltage i interviewet eller kun i dele heraf pga. træthed eller pga. sygdommens fremskredne tilstand. I de tilfælde svarede pårørende på patientens vegne. Intervieweren noterede informantens svar, og derfor blev udtalelsen nogle steder angivet i tredje person.

Da vi analyserede patienternes svar, trådte seks temaer frem:

- Beslutningen om udskrivelse
- Pårørende
- Forberedelse af udskrivelse
- At komme hjem
- At modtage hjælp i hjemmet
- Anbefalinger fra patient til hospice.

Beslutning om udskrivelse kommer overraskende

De fleste patienter i undersøgelsen var ikke klar over, at de kunne blive udskrevet, og blev overraskede, da det kom på tale. En patient fortalte, at han blev overrasket over "ikke at skulle dø alligevel". Beslutningen om



Det kan have været længe siden, patienter og pårørende har haft en hverdag til at fungere i hjemmet. Den hverdag, de står overfor efter en udskrivelse fra hospice, kan være betydelig ændret.

udskrivelse kom sjældent fra patienterne selv, og de følte sig oftest utrygge ved beslutningen. En fortalte, at han selv "... syntes, det var begyndt at gå ned ad bakke. Men jeg fik at vide af lægen, at jeg ikke var døende nok."

På Hospice Djurslands hjemmeside er det beskrevet, at patientens tilstand kan stabiliseres i en sådan grad, at vedkommende kan udskrives. Vi kan måske mene, at vi havde informeret om det ved indlæggelsen og under forventningssamtalen. Men oplysningen var enten ikke blevet hørt eller var blevet glemt igen, formodentlig fordi patienter og pårørende på det tidspunkt oftest er i krise. At lade sig indlægge på hospice er for mange patienter en stor og umiddelbart endegyldig beslutning (1).

Hospicepatienter har ofte lang erfaring med et sundhedsvæsen, der primært fungerer på systemets præmisser (4). På hospice giver de udtryk for, at de oplever at blive set som mennesker, og at deres mening har betydning. En melding om udskrivelse fra hospice kan derfor medføre en følelse af afmagt og utryghed, da de oplever, at de som oftest ikke har megen indflydelse på beslutningen.

Sygeplejersken ønsker ikke at bringe en udskrivelse på banen. Hun frygter at blive stikkeren, der falder patienten i ryggen og ødelægger en tæt alliance (1). Det så vi, da en hustru i vores studie oplevede at blive inddraget for lidt. Hun kunne mærke, at der "var noget under opsejling", men fik ikke noget at vide, før en læge gav besked om, at ægtefællen skulle udskrives. Personalets frygt for at bringe en eventuel udskrivelse på banen og medinddrage patient og pårørende kan imidlertid gøre en udskrivelse mere utryg og uforståelig for familien. Sygeplejerskers personlige engagement i patienterne kan ifølge Lisbeth Halager (1) blive en hæmsko i de situationer, hvor patienten ikke ønsker udskrivelse. Så kan sygeplejerskerne blive dårligere til at se muligheder og motivere for en udskrivelse. Enkelte af patienterne i vores studie var dog klar over muligheden for udskrivelse fra begyndelsen af indlæggelsen.

Boks 3. Fakta om udskrivelser og "Projekt Følge Hjem"

I løbet af 2016 udskrev Hospice Djursland 16 patienter, hvilket var færre end gennemsnittet. 14 patienter blev udskrevet til eget hjem, og 2 flyttede på plejehjem. Den gennemsnitlige liggetid før udskrivelse var 35 dage. 11 deltog i "Projekt Følge Hjem", som bestod af tilbud om et opfølgende hjemmebesøg af en hospicesygeplejerske kort efter udskrivelsen fra hospice. Før udskrivelsen blev patienten forelagt tilbuddet om deltagelse i projektet mundtligt og skriftligt i form af en informationspjece med samtykkeerklæring. Under hjemmebesøget blev patienterne interviewet af sygeplejersken. Af hensyn til patienten og pårørende valgte vi, at det skulle være en kendt sygeplejerske, da tidligere studier har vist, at især pårørende kan opleve, at der kommer mange nye ansigter i hjemmet. Eftersom interviewene skulle udføres af forskellige sygeplejersker, udarbejdede vi en struktureret interviewguide med plads til spontane og uddybende kommentarer fra informanterne. Da vores forforståelse primært blev udgjort af eksisterende litteratur om udskrivelse fra hospice (1-6), har denne dannet baggrund for udarbejdelsen af spørgeguiden. Vi valgte, at interviewende sygeplejerske transskriberede undervejs i interviewet. Herigennem påvirkede interaktionen mellem interviewer og informant samt informanternes ansigtsudtryk og toneleje den umiddelbare første spontane tolkning. I enkelte tilfælde, hvor sygeplejersken vurderede, at transskriberingen ville forstyrre informanten, blev interviewet optaget og efterfølgende transskriberet af udviklingsygeplejersken. Transskriptionerne blev først læst igennem af udviklingsygeplejersken flere gange, derefter brudt ned i dele og taget ud af konteksten for at blive skrevet sammen, så udsagnene svarer til spørgeguiden. Herigennem sker den anden og mere strukturerede tolkning. Vi stillede derefter følgende to spørgsmål til teksten:

- "Hvad er betydningsfuldt for patienter og pårørende, når de skal udskrives fra hospice?"
- "Hvad mener patienter og pårørende kan gøre udskrivelserne mere trygge?"

Gennem en dynamisk vekselvirkning mellem deduktion og induktion trådte de seks temaer nu frem. Eventuelle navne og bynavne er opdigtede.

En regnede decideret med at komme hjem igen efter få uger: ”Ja, det tog jeg som en selvfølge. Sådan 2-3 uger må være nok.” En enkelt var ikke selv kommet på tanken, men glad for at komme hjem, da muligheden bød sig.

Pårørende bekymrede for udskrivelse

Vi fandt, at pårørende ydede en stor hjælp efter udskrivelsen, og at de havde været bekymrede for udskrivelsen. Deres bekymring gik mere eller mindre på det samme som patienternes. Voksne børn kunne også have bekymring for, hvordan patientens eventuelle ægtefælle ville klare det.

Det kan have været længe siden, patienter og pårørende har haft en hverdag til at fungere i hjemmet. Den hverdag, de står overfor efter en udskrivelse fra hospice, kan være betydelig ændret. De pårørende kan være usikre på deres nye rolle (4). Denne uvished kan være med til at forklare bekymringen for den forestående udskrivelse. Det var især erfaringer fra før indlæggelsen på hospice, der gjorde dem utrygge: koordinering med hjemmepleje, der i nogle tilfælde havde glippet; bekymring for, hvordan de skulle klare sig; og ikke mindst for, hvordan døden ville blive.

De fleste oplevede, at patienten havde fået hjælp på hospice til de problemstillinger, de var blevet indlagt med. Alligevel var de bekymrede for, at tilstanden ville blive den samme som før indlæggelsen, og de følte sig usikre på, hvilke aftaler der var lavet med hjemmeplejen, samt om hjemmeplejen ville komme. Endelig kunne de være uenige i den faglige vurdering af, hvorvidt patienten var ”for dårlig” til at komme hjem.

Manglende viden gør udskrivelse utryg

Lidt over halvdelen af patienterne oplevede at have manglet information eller hjælp fra hospice i forbindelse med udskrivelse. Igen blev det fremhævet, at manglende viden om, hvad der var aftalt med kommunen, gjorde udskrivelsen ekstra utryg. Pårørende til en kvinde, der flyttede på plejehjem, fortalte, at ”vi havde ingen anelse om, hvor hun skulle hen. Det er jo jer, der har taget jer af kommunikationen med kommunen”. Når hospice sørger for al koordinering med kommunen, bliver det også hospice, der overleverer beskeden om kommunens beslutning.

Den pårørende fortsatte: ”Pludselig skulle alt gå så stærkt. Vi får at vide torsdag, at der er en plads, og så skal hun flyttes mandag. Pengene skulle falde fredag.”

Familien følte, at de blev ”sparket ud” af hospice, som de udtrykte det.

Uvisheden om aftaler med kommunen så vi også hos en patient, der tidligere havde boet sammen med sin syge ægtefælle, som i mellemtiden var kommet på plejehjem: ”Vi fik slet ikke talt om Leif. Det var ligesom, det var en selvfølge, at han skulle blive der. Det er vist en fast plads, og han er nu vist også glad for at være der.”

En anden ægtefælle, som tidligere havde varetaget hustruens pleje og medicinadministration, fortalte endvidere, at han ”kunne have ønsket en gennemgang af medicin med en læge. Der er fjernet noget medicin under indlæggelsen”.

Svært at komme hjem

En overvægt af patienterne oplevede, at det var svært at komme hjem. De kunne ikke rigtigt sætte ord på, hvad det svære var, men svarede ”det

hele,” eller ”det er gået ned ad bakke, siden jeg kom hjem”.

Det er især værd at lægge mærke til, hvordan patienterne, som flyttede til plejebolig, oplevede det: ”Det her er jo ikke mit hjem,” ... ”man skal omstille sig til en ny hverdag og en ny rytme, det gælder hele familien.”

Der var dog også patienter, som fortalte om det gode ved at komme hjem til vante omgivelser; at være omgivet af sine egne ting; at genoptage sit sociale liv eller være hjemme hos familien.

Det er væsentligt i forhold til Halagers fund, at sygeplejersker kan have svært ved at motivere patienterne til at se det positive i en udskrivelse. Måske kunne vi i højere grad hjælpe patienterne med at se mulighederne i en udskrivelse? Som en patient udenfor studiet formulerede det: ”Jeg tager en tur mere i livets karrusel.”

Størstedelen af patienterne var tilfredse med den hjælp, de fik fra kommunen. Deres bekymringer blev således gjort til skamme. Aftalerne med kommunen har været passende, men patienterne manglede viden om dem. En enkelt nævnte dog at: ”Det hedder sig jo, at hjemmeplejen ikke må købe ind. Det er faktisk lidt dumt,” og ”jeg kan egentlig godt lide sne, men det skal jo også skovles væk.” Selvom patienten oplevede at få tilstrækkelig hjælp i hjemmet, fyldte det praktiske som snerydning og indkøb.

Tilfredse med hjælpen i hjemmet

Som nævnt var de fleste tilfredse med hjælpen i hjemmet efter udskrivelsen: ”Heldigvis er alt gået, som det skal, med hjemmeplejen, og der er en hel fast rytme med, hvornår de kommer og hjælper mig,” ”det er rart, at der var helt styr på tingene, lige fra jeg kom hjem,” ”kommunen har hjulpet rigtig godt.”

En pårørende oplevede dog, at der kom ”forskellige personer ved hvert besøg”.

Pårørende kan ifølge Anne Pleth (3) opleve at mangle en tovholder til at koordinere indsatsen i hjemmet. Derfor kan dette blive en belastning for de pårørende.



Der var ingen, der angav hospice som et sted, de kunne henvende sig ved problemer. De fleste angav hjemmeplejen eller egen læge som steder, de ville søge hjælp. Alligevel gav de fleste udtryk for, at det var vigtigt, at de vidste, at sygeplejersken fra hospice kom: "Rart og trygt, at der bliver fulgt op på udskrivelsen," og ville gerne have, at interviewerene ringede dem op efter yderligere en uges tid. Patienter og pårørende var glade for kontakten til hospice, og det gav dem en tryghed at have en livline til hospice.

Bedre kommunikation og koordinering ønskes

Mod slutningen af interviewet spurgte vi patienterne om gode råd til hospice, når der skal udskrives patienter i fremtiden. Her så vi to tydelige temaer: bedre kommunikation og bedre koordinering.

En person "manglede information om, at udskrivelse kunne komme på tale", hvilket på forskellig vis gik igen undervejs i flere af interviewene. En pårørende efterlyste "klarere udmeldinger fra alle sygeplejersker". Det er et dilemma, vi ofte drøfter på hospice, for risikerer vi at overinformere? Vi ser indimellem patienter og pårørende, som er så udbrændte, at de allerede indenfor de første dage bekymrer sig over, at vi "kan finde på" at udskrive dem.

Patienter og pårørende efterlyste kendte ansigter i de sidste dage af indlæggelsen. De befandt sig i en utryk situation og havde brug for mere genkendelighed og ensartethed: "... var ked af måden, de kom herfra på. Der var ingen kendte at sige farvel til. De følte det, som tjekkede de ud fra et hotel med ukendte i receptionen." En pårørende fremhævede, at det "kunne være ønskeligt med færre personer omkring patienten, der skal udskrives. Vigtigt, det er den, som kender patienten bedst".

Enkelte fremhævede manglende information om aftaler med hjemkommunen: "Bedre koordinering af udskrivelse ... Vi havde ikke oplevelsen af, at vi optog pladsen for en anden. Vi så jo, der var tomme stuer, mens vi var der ..."

Familien kunne med fordel være blevet informeret om, at tidspunktet for flytning til plejebolig afhænger af, hvornår der er en bolig ledig. En anden patient nævner i samme ånd at: "Nu ved jeg ikke, hvor meget I havde aftalt med hjemmeplejen. Det er vigtigt at få at vide."

Retningslinjer for udskrivelse efterspurgt

På baggrund af resultaterne fra "Projekt Følge Hjem" kan vi se, at patienterne på trods af vores tiltag fortsat oplever en betydelig utryghed, når de skal udskrives fra hospice. Sygeplejerskerne har efterfølgende dog givet udtryk for, at det har været en positiv oplevelse at besøge patienter og pårørende og se, at de overvejende har trivedes med at



Udskrivelse af patienter fra hospice er et kontroversielt og problemfyldt dilemma, derfor mener vi, at vores projekt har interesse for hospicer generelt, men også for sygeplejersker i primær sektor, der skal modtage patienter fra hospice.

komme hjem. Udskrivelser influerer dog fortsat negativt på personalets psykiske arbejdsmiljø.

Resultaterne fra projektet blev derfor præsenteret på et tværfagligt personalemøde, hvor personalet blev inddelt i mindre grupper for at drøfte den fremadrettede proces. Her kom det bl.a. frem, at de efterspurgte en retningslinje for udskrivelse. Efterfølgende nedsatte vi en arbejdsgruppe bestående af tre sygeplejersker med interesse for at forbedre udskrivningspraksis. På baggrund af resultaterne, personalets ønsker samt den fællesregionale Sundhedsaftale (7) udarbejder arbejdsgruppen en retningslinje med dertilhørende bilag for udskrivelse af patienter, se boks 4.

Arbejdsgruppen kommer herefter til at fungere som ambassadører for retningslinjen under implementeringen i efteråret 2017 og sikrer forankringen. Desuden har de planlagt en opfølgende undersøgelse efter 6-12 måneder. Her vil vi monitorere, om patienter og pårørende i højere grad giver udtryk for at føle sig trygge og velinformerede op til en udskrivelse fra hospice, samt vurdere, om vores praksis skal ændres yderligere.

Kontroversielt og problemfyldt dilemma

Udskrivelse af patienter fra hospice er et kontroversielt og problemfyldt

Boks 4. Initiativer fra arbejdsgruppen

Arbejdsgruppens arbejde mundede ud i følgende initiativer:

- Retningslinje med anbefalinger for udskrivelse og dertilhørende materiale:
- Aftaleark til patienten
- Pjece med generel information om udskrivelse til patienter
- Tjekliste for personalet
- Indlæg i internt nyhedsbrev
- Information på personalemøde
- Monitoreringsundersøgelse.



dilemma (1-4,6), derfor mener vi, at vores projekt har interesse for hospicer generelt, men også for sygeplejersker i primær sektor, der skal modtage patienter fra hospice. Det er vigtigt, at de er bevidste om, at patienterne befinder sig i en sårbar situation, når de egentlig havde indstillet sig på at afslutte livet på et hospice – som en af patienterne i vores studie, der havde sagt farvel til sit hjem og sin familie og nu blev ”overrasket over ikke at skulle dø alligevel”.

Vi mener, udskrivelser fra hospice er et område, der mangler fokus og udvikling, både politisk og fagligt. Ikke mindst i lyset af, at et nyt dansk studie viser (8), at 20 pct. af patienterne med kræft-, hjerte- og lungesygdomme ønsker at tilbringe de sidste uger til måneder på hospice, og hele 34 pct. ønsker at dø på et hospice. Kan vi efterkomme det med kun 252 hospicepladser i Danmark? Skal vi overhovedet imødekomme ønsket? Eller kan vi som samfund gøre det mere trygt at dø hjemme? ●

Hvordan kan behov hos døende og deres pårørende imødekommes bedst muligt i hjemmet?

●
Drøft, hvordan det kan blive etisk forsvarligt at udskrive livstruede syge mennesker fra hospice.

●
Hvordan vurderer I følgerne af at flytte syge mennesker med relativt kort forventet restlevetid fra hospice til plejebolig?



Referencer

1. Halager L. Udskrivelse fra hospice. I: Steinfeldt VØ, Hansen FT (red.). *Hospice – æstetik, etik, omsorg*. København: Munksgaard 2017. **2.** Schultz ML. Flere patienter forlader hospice i live. *Sygeplejersken* 2015;(9):28 **3.** Pleth AT. Hverdagslivet efter hospice. I: Steinfeldt VØ, Hansen FT (red.). *Hospice – æstetik, etik, omsorg*. København: Munksgaard 2017. **4.** Sønderby C, Søgaard M. Når det bliver hverdag efter et hospiceophold. Masterafhandling Aalborg Universitet 2014. **5.** Kristensen NH. Livets afvikling – dimensioner af død på et hospice i Danmark. Institut for Antropologi; Københavns Universitet 2013. **6.** Schultz ML. Ny samtaleform letter udskrivelse fra hospice. *Sygeplejerske* 2015;(9):30 **7.** www.sundhedsaftalen.rm.dk **8.** Skorstensgaard M, Neergaard MA, Andreassen P, et al. Preferred Place of Care and Death in Terminally Ill Patients with Lung and Heart Disease Compared to Cancer Patients. *Journal of Palliative Medicine*. In press 2017.

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.



METTE MAARUP SUDERGAARD

Uddannet sygeplejerske i 1994, sundhedsfaglig diplomuddannelse i 2009, master i kvalitet og ledelse i 2014. Siden 2009 kvalitetskoordinator i Rygkirurgisk Sektor, Middelfart Sygehus.

mette.maarup.sudergaard@rsyd.dk



BENTE DAMSBO JØRGENSEN

Uddannet sygeplejerske i 1983, to moduler fra den Sundhedsfaglige Diplomuddannelse. Souschef, Rygkirurgisk Sengeafsnit Middelfart Sygehus. Har arbejdet indenfor rygkirurgi siden 1998.



MARIANNE DYRBY LORENZEN

Uddannet sygeplejerske i 2003, MKS i 2012, forskningssygeplejerske i Rygkirurgisk Sektor, Middelfart Sygehus. Har arbejdet indenfor rygkirurgi siden 2009.

Skærpet fokus på hurtigt at fjerne kateteret

Et projekt med anvendelse af PRO-data viser, at **forekomsten af urinvejsinfektion stiger efter et rygkirurgisk indgreb**. Data har betydet ændring af retningslinjen for anlæggelse af kateter à demeure.

ⓘ Dette kvalitetsudviklingsprojekt undersøgte forekomsten af postoperative urinvejsinfektioner (UVI) hos rygopererede patienter på Rygcenter Syddanmark, Middelfart Sygehus. Undersøgelsen udsprang af arbejdet med kateter à demeure (KAD)-pakken i forbindelse med projektet Patientsikkert Sygehus (1). Til indsamling af data er anvendt patientrapporterede oplysninger (PRO-data) suppleret med journalaudit.

På Rygcenter Syddanmark foretages årligt ca. 1.400 elektive operationer hos patienter, som ikke lider af alvorlige systemiske konkurrerende lidelser og dermed klassificeres i ASA gruppe 1 eller 2. ASA er et system, som anvendes af anæstesilæger til at vurdere patientens individuelle sund-

hedstilstand og risikofaktorer i forbindelse med en operation (2). De primære operationstyper, der udføres, er henholdsvis diskusprolapsfjernelse, dekompression og stabilisering af ryggens lænde- og nakkehvirvler. En stabiliserende operation er enten en uinstrumenteret dese (U-dese) eller en instrumenteret dese (I-dese). Ved en U-dese stivgøres et eller flere led i ryggen ved hjælp af donorknogle, mens der ved en I-dese stivgøres ved isætning af skruer, cages og stave. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var i 2015 2,3 dage.

Patienter, som skal gennemgå en rygoperation, får ofte anlagt et transuretralt KAD for at undgå urinretention peroperativt med deraf skadende følgevirkninger. Selve anlæggelsen af kateteret sker efter sterile principper og udføres af en operationssygeplejerske lige efter anæstesiindledningen og umiddelbart før, patienten lejres i bugleje på operationslejet.

Operationstiden er indikator for, hvornår der anlægges KAD. Efter en systematisk litteratursøgning er der ikke fundet klar evidens for, hvornår patienter, som skal have foretaget et ryggkirurgisk indgreb, bør have anlagt KAD. Der er udarbejdet en lokal retningslinje, som flere gange er justeret på baggrund af opvågningspsygeplejerskernes observationer af urinretention hos nyopererede patienter.

Da undersøgelsen blev foretaget, var der indikation for KAD, såfremt operationens varighed var planlagt til ≥ 75 min. Blærekateteret seponeres oftest på operationsdagen. Hos enkelte sker dette dog først i dagene efter operationen, såfremt der er fagligt belæg herfor, f.eks. på grund af kendte vandladningsproblemer eller smerter.

Infektion ved brug af KAD kan skyldes kontaminering ved selve KAD-anlæggelsen, men årsagen er primært varigheden af kateterets anvendelse. Overfladen på kateteret får i løbet af 1-3 dage en biofilm af mikroorganismer, som fremmer bakteriernes adgang til blæren og dermed risikoen for bakterievækst (3).

Et amerikansk studie fra 2003 har undersøgt komplikationer i forbindelse med lumbale instrumenterede deseoperationer

hos patienter på 65 år og ældre. Studiet rapporterer UVI som den hyppigst forekommende "mindre alvorlige" komplikation. Således fik 33 ud af 101 patienter (34 pct.) UVI i forbindelse med deres operation (4).

UVI er blandt de hyppigst forekommende infektioner, og 1-4 pct. af patienter med bakteriuri udvikler bakteriæmi (5,6). Den danske landsdækkende prævalensundersøgelse af sygehuserhvervede infektioner angiver antallet af patienter med infektioner på et givet tidspunkt. Data indhentes på forskellige sygehuse i regionerne fordelt på forskellige specialer.

I 1979 var prævalensen for UVI på 5,5 pct., og siden 2009 har den ligget omkring 2 pct. (1,6-2,5 pct.). Faldet menes at have sammenhæng med den indsats, der har været omkring minimering af KAD-anvendelse (5). I prævalensundersøgelsen fra år 2014 udgjorde UVI 26,1 pct. af de sygehuserhvervede infektioner inden for det ortopædkirurgiske speciale (5).

Patientsikkert Sygehus startede projektet

Ryggkirurgisk Sektor deltog i projekt Patientsikkert Sygehus (PSS). PSS omfattede et systematisk arbejde med 12 indsatsområder (pakker), herunder KAD-pakken. Formålet med denne pakke var at reducere antallet af sygehuserhvervede, kateterrelaterede urinvejsinfektioner hos patienter, som havde fået anlagt KAD (5).



Infektion ved brug af KAD kan skyldes kontaminering ved selve KAD-anlæggelsen, men årsagen er primært varigheden af kateterets anvendelse.

RESUME

Postoperativ urinvejsinfektion er en kendt komplikation i relation til ortopædkirurgi. I en undersøgelse i Ryggkirurgisk Sektor, Middelfart Sygehus forekom dette hos 11 af de 166 patienter, der deltog i undersøgelsen. En del af disse patienter fik først symptomer på og behandling for deres infektion efter udskrivelsen. Flertallet af patienter med urinvejsinfektion havde haft kateter à demeure (KAD) i et døgn eller mere.

Data blev indsamlet ved hjælp af spørgeskemaer og journalaudit. Gennemsnitsalderen for patienter med urinvejsinfektion var betydeligt højere end hos det samlede antal deltagere.

Undersøgelsens resultater har bevirket, at der er blevet øget fokus på at få seponeret KAD så hurtigt som muligt efter operationen. Desuden er den lokale retningslinje for anlæggelse af KAD i forbindelse med rygoperation blevet revideret, så færre patienter får anlagt KAD præoperativt.

I forbindelse med KAD-pakken blev der i sengeafsnittet foretaget en daglig vurdering af indikation for henholdsvis anlæggelse og seponering af KAD samt registreret, om der var patienter, som havde erhvervet en UVI i forbindelse med KAD. Dette fandt sted hen over en tremåneders periode og viste ingen forekomst af UVI.

Den relativt korte indlæggelsestid medførte imidlertid en undren blandt de rykirurgiske sygeplejersker, om der kunne være patienter, som først fik UVI efter udskrivelsen. På baggrund af denne overvejelse sammenholdt med prævalensundersøgelsen fra efteråret 2014 blev det derfor besluttet at undersøge dette nærmere.

Undersøgelsens formål

Formålet med undersøgelsen var

- at kortlægge, hvor mange rykirurgiske patienter som erhvervede sig en postoperativ komplikation i form af UVI efter udskrivelsen
- at undersøge, om der var sammenhæng mellem forekomsten af postoperativ UVI og anvendelsen af KAD.

Indsamling af data via spørgeskema

Data blev indsamlet via spørgeskema til den nationale rykirurgiske database DaneSpine, hvortil der blev formuleret to spørgsmål, som specifikt omhandlede urinvejsinfektion. Disse spørgsmål, se boks 1, var tillægsspørgsmål til de vanlige spørgeskemaer, som alle rygopererede patienter besvarer i forbindelse med deres operation.

Boks 1. Spørgsmål til DaneSpine

1. Er du i de første to uger efter din rygoperation blevet medicinsk behandlet for blærebetændelse?

Ja?

Nej?

2. Hvis ja, startede behandlingen:

Under indlæggelsen?

Efter udskrivelsen?

DaneSpine opsamler hos alle rygopererede patienter henholdsvis kirurgindberettede operative data samt patientrapporterede data (PRO-data) (6) om fysisk og mentalt helbred, symptomer samt helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau. PRO-data indsamles via standardiserede og validerede spørgeskemaer præoperativt samt henholdsvis et, to, fem og 10 år postoperativt, se boks 2. Der indsamles desuden data ved en postoperativ kontrol, som de rygopererede patienter kommer til henholdsvis en eller tre måneder postoperativt afhængigt af operationstype.

Deltagerne til undersøgelsen blev inkluderet fortløbende i en tomåneders periode blandt alle patienter, som kom til postoperativ ambulant kontrol i efteråret 2015. De patienter, som besvarede spørgeskemaet, blev inkluderet i undersøgelsen. De besvarede spørgeskemaer blev – som øvrige DaneSpine-spørgeskemaer – mærket med deltagerens CPR-nummer. Det gjorde det muligt at sammenholde de patientrapporterede oplysninger om urinvejsinfektion med data indsamlet ved en journalaudit i den efterfølgende deskriptive analyse.

Via journalaudit blev der indsamlet data om patienternes operationstype, hvorvidt de havde haft KAD samt den eventuelle varighed af dette. Desuden blev det undersøgt, om patienterne var blevet engangskateteriseret (SIK), og om de havde inkontinens præoperativt.

Til beregning af statistisk signifikans af forholdet mellem forekomsten af UVI hos patienter med KAD og patienter, der ikke har haft KAD, blev Fisher Exact Probability Test anvendt (7).

Deltagerne blev informeret mundtligt og skriftligt om formålet med indsamling af data til den landsdækkende rykirurgiske database, DaneSpine, og de underskrev en samtykkeerklæring, der fulgte med spørgeskemaerne. Samtykket indebærer, at de patientrapporterede oplysninger anonymiseres, indgår i et nationalt register og udelukkende anvendes til statistiske analyser samt ikke videregives til tredje part. Undersøgelsen blev anmeldt hos Datatilsynet, men krævede ikke godkendelse af De Videnskabetiske Komitéer, da det var et kvalitetsudviklingsprojekt (8).

166 patienter deltog

I alt besvarede 166 patienter spørgeskemaet. Af de 166 patienter var 77 mænd og 89 kvinder, og gennemsnitsalderen var 60 år. Heraf angav 11 patienter at have haft UVI i forbindelse med deres rygoperation – seks patienter under indlæggelsen og fem patienter efter udskrivelsen. Forekomsten af UVI i forbindelse med rygoperation blev således beregnet til 6,6 pct., se tabel 1 og 2. Her fremgår det, at otte kvinder og tre mænd i alderen 52-85 år angav at have haft UVI efter deres rygoperation. Gennemsnitsalderen var 71 år. Af de resterende 155 patienter, som angav ikke at have haft UVI, var gennemsnitsalderen 59 år.

Boks 2. Indsamling af PRO-data til DaneSpine

- **Basisskema** med demografiske oplysninger
- **VAS (Visuel Analog Score):** For ryg- og bensmerter
- **EQ-5D (EuroQoL):** Måler helbredsrelateret livskvalitet
- **ODI (Oswestry Disability Index):** Sygdomsspecifikt spørgeskema, der måler funktionsnedsættelse forårsaget af lændesmerter
- **SF36 (Short Form 36):** Multifunktionelt spørgeskema, der består af 36 spørgsmål, som tilsammen giver udtryk for patienternes fysiske og mentale helbred.

Data fra journalaudit viste, at 75 ud af de 166 patienter havde haft KAD peroperativt. Af disse 75 patienter rapporterede otte at have haft UVI, og forekomsten af UVI i denne gruppe er således beregnet til 10,7 pct. I gruppen af patienter, som ikke havde haft KAD, rapporterede tre ud af 91 at have haft UVI, hvilket svarer til 3,3 pct.

Patienternes oplysninger om forekomst af UVI under indlæggelsen blev alle verificeret under journalauditten via sygeplejenotater og medicinlister.

Forekomsten af UVI var således 3,24 gange større hos patienter, som havde haft KAD, end hos patienter, som ikke havde haft KAD. En statistisk beregning viser en p-værdi på 0,056 på forholdet mellem de to grupper. Der foreligger derfor ikke statistisk signifikans for, at samme resultat ville gøre sig gældende i en tilsvarende undersøgelse.

Den gennemførte journalaudit viste desuden, at syv ud af de otte patienter med UVI havde haft KAD i et døgn eller mere. Disse syv patienter havde alle fået foretaget en stabiliserende rygoperation, henholdsvis en instrumenteret dese (I-dese) eller en uinstrumenteret dese (U-dese), mens én patient, som var blevet opereret med dekompression, kun havde haft

KAD i ½ døgn. Af de tre patienter, som ikke havde haft KAD, men angav at have haft UVI postoperativt, var to patienter opereret for diskusprolaps.

Hos seks ud af 11 patienter, som angav UVI, var der forekomst af præoperativ inkontinens, og heraf havde fire patienter haft KAD. Sammenhængen mellem engangskateterisering og UVI er ikke opgjort for undersøgelsens samlede deltagergruppe. To af patienterne med UVI var blevet engangskateteriseret.

Overraskende høj forekomst af urinvejsinfektion

Undersøgelsen viste, at der var forekomst af postoperativ UVI hos rygopererede patienter både under indlæggelsen og efter udskrivelsen. Antallet af patienter med UVI var overraskende højt, og særligt overraskende var det, at en stor del af dem forekom under indlæggelsen. Det skyldtes, at man som tidligere nævnt i forbindelse med implementeringen af KAD-pakken havde målt og ikke fundet nogen forekomst af UVI under indlæggelsen.

På trods af at undersøgelsen viste, at forekomsten af UVI var større hos patienter med KAD end hos patienter, som ikke havde haft KAD, kan vi ikke sige noget statistisk signifikant om forekomsten i de to grupper. Et højere deltagerantal vil formentlig kunne give et statistisk signifikant resultat, men bør fastlægges ud fra en såkaldt styrkeberegning, der indikerer, hvor mange deltagere der som minimum skal inkluderes for, at undersøgelsens resultater ikke skyldes tilfældigheder.

Antallet af patienter, som havde haft KAD i forbindelse med deres rygoperation, viste sig at være relativt højt. En reduktion i anvendelsen af KAD kan forebygge forekomsten af UVI. Ifølge KAD-pakken bør der anvendes ren, intermitterende kateterisation (RIK) eller steril, intermitterende kateterisation (SIK) ved indikation for blæretømning, da disse metoder resulterer i færre tilfælde af bakteriuri og UVI end KAD (5). I denne undersøgelse er dette ikke en mulighed, da blæretømningen foregår peroperativt med patienter i bugleje. Derfor er selve

Table 1. Data for patienter med UVI under indlæggelse

Køn	Alder (år)	Operationstype	KAD	KAD varighed (døgn)	Præoperativ inkontinens	SIK
♀	70	U-dese	+	2½	-	-
♂	53	I-dese	+	1	-	+
♀	69	U-dese	+	1	+	-
♀	72	U-dese	+	1½	-	-
♀	75	U-dese	+	1	-	-
♀	85	U-dese	-	0	+	-

Table 2. Data for patienter med UVI efter udskrivelsen

Køn	Alder (år)	Operationstype	KAD	KAD varighed (døgn)	Præoperativ inkontinens	SIK
♂	52	Fjernelse af diskusprolaps	-	0	+	-
♀	85	U-dese	+	2	+	-
♀	79	Dekompression	+	½	+	-
♂	75	U-dese	+	1	+	-
♀	67	Fjernelse af diskusprolaps	-	0	0	+

indikationen for anlæggelse af KAD et område, der fortsat vil være fokus på. Hvorvidt tidsfaktoren på de ≥ 75 min. er den rette, bør undersøges nærmere.

At varigheden af KAD hos patienter med UVI for nogle er et døgn eller mere, tyder på, at der er situationer, hvor sygeplejersken sammen med den enkelte patient vurderer, at der fortsat er relevant indikation for KAD. Denne vurdering bør foretages på en velovervejet faglig baggrund, og man bør være opmærksom på ikke at slække ved indikationerne ud fra et misforstået hensyn til patienterne.

Operationstypen betyder forskelle

Syv ud af 11 patienter med UVI fik foretaget samme operation, nemlig en U-dese. Som nævnt udføres stabiliserende rygoperationer som enten en U-dese eller en I-dese. Vi har erfaring for, at begge operationstyper medfører betydelige postoperative smerter hos patienterne. Særligt patienter, som har fået foretaget en I-dese, er smerteplagede i det postoperative forløb, da I-deseoperationen er et længerevarende og større indgreb. Når smerter kan være årsag til bibeholdelse af KAD, er vi nysgerrige på, om der er patienter, som er opereret for I-dese, og som også har ligget med KAD mere end et døgn, men som ikke fik UVI.

U-dese foretages oftest hos ældre patienter, mens I-dese tilbydes til patienter under 60 år. Det er ikke muligt at konkludere, om den relativt høje forekomst af UVI hos patienter, som er opereret med en U-dese, skyldes operationstypen, eller om det skyldes patienternes høje alder. Data om operationstype hos samtlige af deltagerne ville formentligt kunne have givet os svar på det spørgsmål.

Forekomsten af UVI hos mænd og kvinder er sammenfaldende med litteraturen, hvor det er kendt, at kvinder hyppigere har UVI end mænd, hvorfor dette ikke har givet anledning til overvejelser (9).

Seks ud af de 11 patienter (54 pct.), som angav UVI, havde også en inkontinensproblematik. Da vi ikke kender forekomsten af inkontinens i den øvrige population, kan vi ikke tillade os at konkludere på dette tal. Data vedrørende inkontinens samt engangskateterisering (SIK) og forbrug af antibiotika hos alle studiets deltagere ville styrke en fremtidig lignende undersøgelse.

Patienternes oplysninger om UVI under indlæggelsen blev som tidligere beskrevet understøttet med journaldata, mens vi ikke kan validere oplysningerne efter udskrivelse. Der var dog fuld overensstemmelse mellem patienternes oplysninger fra indlæggelsesforløbet og journaldata, så vi finder patienternes oplysninger troværdige. Vi er således blevet opmærksomme på, at det at spørge patienterne og indsamle PRO-data kan give os ny viden, som kan være med til at udvikle praksis.

Flere end forventet blev ramt

Det kan konkluderes, at 11 af de rygopererede patienter, som deltog i denne undersøgelse, fik en UVI i det postoperative forløb. Dette tal var større end forventet.



Forekomsten af UVI var således 3,24 gange større hos patienter, som havde haft KAD, end hos patienter, som ikke havde haft KAD.

Undersøgelsen viste også, at flertallet af de patienter, som fik en postoperativ UVI, havde haft KAD i et døgn eller mere. Ydermere viste undersøgelsen, at der var flere kvinder end mænd, som fik UVI, samt at gennemsnitsalderen var højere hos patienter med UVI end dem, der ikke fik UVI.

En del af patienterne fik først behandling for UVI efter udskrivelse, hvorfor indsamling af data under indlæggelse ikke er tilstrækkelige, når man vil belyse en problemstilling som UVI i det postoperative forløb.

Retningslinje blev ændret

På baggrund af denne undersøgelse har man på Rygkirurgisk Sengeafsnit, Middelfart Sygehus, ændret retningslinjen for, hvornår et KAD skal seponeres postoperativt. Således er det nu standard, at patienterne får seponeret deres KAD senest kl. 22 på operationsdagen.

Også på Operationsafsnittet har personalet revideret indikationen for KAD-anlæggelsen. Således er tidsgrænsen på de ≥ 75 min. nu ændret til ≥ 120 min. Dette er sket på baggrund af bl.a. denne undersøgelse.

Vi oplever, at en forholdsvis lille investering i udarbejdelse af spørgeskema og indsamling af data har givet os en ny viden, som har været direkte anvendelig til at forbedre patientplejen på dette afgrænsede område. ●



Hvilken indikation er der for anlæggelse af kateter à demeure på jeres afdeling?

Hvordan sikrer I jer, at KAD fjernes rettidigt?

Hvordan er forekomsten af urinvejsinfektioner i jeres afdeling? Har I nogle tal på forekomsten?

Referencer

1. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Et kvalitetsprogram. Fra Patientsikkert Sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet. Hvidovre: 2015.
2. Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin. DASAİM. www.dasaim.dk > skriv asa klassifikation i søgefeltet
3. Ramanathan R, Duane TM. Urinary tract infections in surgical patients. *Surg Clin N Am* 94. 2014:1351-68.
4. Carreon LY, Puno RM, Dimar II JR et al. Perioperative complications and posterior lumbar decompression and arthrodesis in older adults. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 85-A, November 2003:11.
5. Statens Serum Institut. Prævalensundersøgelsen efteråret 2014. www.ssi.dk > Smitteberedskab > Infektionshygiejne > Overvågning af infektioner > Prævalensundersøgelser > Data fra Landsprævalensundersøgelser > Landsprævalensundersøgelse efterår 2014
6. Patientsikkert Sygehus. KAD-pakken. Patientsikkert Sygehus 2011:1.
7. Rodkjær LO, Bregnballe V, Ågård AS et al. Patientrapporterede oplysninger – et middel til patientinvolvering. *Sygeplejersken* 2015;(12):77-80.
8. VassarStats: Website for Statistical Computation. <http://vassarstats.net/>
9. Den Nationale Videnskabetiske Komité. www.nvk.dk > Er du forsker? > Når du anmelder > Hvad skal jeg anmelde?
10. Sort R. Sundhedsguiden. Blærebetændelse hos kvinder (cystitis). www.sundhedsguiden.dk > Alle temaer > Kvindens sygdomme > Urinblæren og urinrøret > Blærebetændelse hos kvinder (cystitis).

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



TINA CHARLOTTE BITSCH HANSEN

Uddannet sygeplejerske 2003, specialuddannet intensiv sygeplejerske i 2009. Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling, Aarhus Universitet 2015. Ansat på Nykøbing Sjællands Sygehus, medicinsk afdeling 2003-2005. Herefter ansat på anæstesiologisk afdeling, intensivt afsnit, Holbæk Sygehus.



GITTE BUNKENBORG

Uddannet sygeplejerske i 1989, specialuddannet intensiv sygeplejerske 1999. Master i voksenuddannelse fra Roskilde Universitet 2004, ph.d. fra Lunds Universitet 2014. Ansat på anæstesiologisk afdeling i intensivt regi på hhv. Roskilde Sygehus og Hvidovre Hospital 1992-2014. Siden december 2014 forskningsleder for MVU-området, Holbæk Sygehus.

gibu@regionsjaelland.dk

Sygeplejerskers dokumentation var mangelfuld

Multisyge intensive patienters **overleveringsrapporter var ikke i orden** ved overflytning til stamafdelingerne, viste undersøgelse.

Når en patient udskrives fra intensivt afsnit til en stamafdeling, overdrages ansvaret for den videre pleje og behandling til stamafdelingen. I den forbindelse overleveres en række informationer fra én sygeplejerske til en anden, bl.a. i form af en overleveringsrapport fra sygeplejersken på intensiv afdeling til stamafdelingens sygeplejerske. Overleveringsrapporten skal danne grundlag for den videre sygepleje. Stamafdelingens sygeplejersker overtager nu plejeansvaret og dermed også ansvaret for at dokumentere observationer samt planlagt og udført sygepleje til en patient, der for nylig har været akut kritisk syg. Denne artikel beskriver et pilotstudie af sygeplejerskers dokumentationspraksis forud for overdragelse af patienten fra intensivt afsnit til stamafdeling og i de tre efterfølgende døgn på stamafdelingen.

Dokumentation gennem 200 år

Sygeplejerskers dokumentation blev beskrevet første gang i 1800-tallet, hvor Florence Nightingale argumenterede for, at praktiske hændelsesforløb og objektive observationer samt de ordinationer, der hørte ind under sygeplejerskens ansvarsområde, skulle dokumenteres. Florence Nightingale lagde vægt på, at selv om der blev givet en mundtlig beskrivelse af vagtens hændelser, observationer og ordinationer, skulle der skrives en kort og klar rapport, så forandringer i patienternes sygdomstilstand kunne følges (1).

Dokumentation har været en vigtig del af i sygeplejen siden da netop for at sikre kontinuitet og sikkerhed i patientplejen (2). Gennem tiden er der udarbejdet værktøjer og særlige systemer, der har haft til hensigt at systematisere og optimere dokumentationen. Der er f.eks. udarbejdet modeller for problemorienterede plejeplaner samt den evidensbaserede VIPS-model, der er baseret på en systematisk tilgang til patientplejen med henblik på at forbedre pleje og sikkerhed for patienten (3).



Florence Nightingale argumenterede for, at praktiske hændelsesforløb og objektive observationer samt de ordinationer, der hørte ind under sygeplejerskens ansvarsområde, skulle dokumenteres.

På trods af at sygeplejefaglig dokumentation har eksisteret i mange år, blev det i Danmark først i 2013 via Sundhedsloven og Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser besluttet, hvad sygeplejersker som minimum skal dokumentere (4). I vejledningen om sygeplejefaglige optegnelser beskrives 12 særlige sygeplejefaglige problemområder, se boks 1, der skal

Boks 1. Uddrag af "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser"

Sygeplejefaglige problemområder for den enkelte patient

1. Funktionsniveau (evnen til at klare sig selv i dagliglivet).
2. Bevægeapparat (behov for træning, balanceproblemer, faldtendens).
3. Ernæring (under/overvægt, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom etc.).
4. Hud og slimhinder (forandringer og lidelser på hud og slimhinder).
5. Kommunikation (evnen til at kommunikere og forstå omverdenen).
6. Psykosociale forhold (arbejde, misbrug, livsstilsproblemer).
7. Respiration og cirkulation (luftvejsproblemer, åndenød, puls, blodtryk, temperatur).
8. Seksualitet, samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler.
9. Smerter og sanseindtryk, akutte eller kroniske smerter og ubehag.
10. Søvn og hvile.
11. Viden og udvikling, behov for information og undervisning i relation til sygdom.
12. Udskillelse af affaldsstoffer.

RESUMÉ

I en undersøgelse fra 2015 blev intensivsygeplejerskers dokumentation fundet mangelfuld med hensyn til systematik og fremadrettede planer for sygeplejen. Samtidig manglede den dokumentation, der var foretaget på stamafdelingerne, sygeplejerskernes egne refleksioner og beskrivelser af egne handlinger og evaluering af disse.

Dokumentationen levede udelukkende op til de krav om dokumentation, der findes i forbindelse med Patientsikkert Sygehus.

Det er resultaterne af en pilotundersøgelse af sygeplejedokumentationen vedrørende 16 multisyge patienter, der blev overleveret fra intensivt afsnit til stamafdeling. Den beskrevne praksis besværliggør og udfordrer kontinuitet i plejen, stabilisering af den tidligere intensive patient og forebyggelse af genindlæggelse på intensivt afsnit.

Undersøgelsens resultat har før til, at der er iværksat en indsats på tværs af afdelinger for at øge kvaliteten af overlevering og dokumentationspraksis og dermed øge patientsikkerheden.

vurderes af sygeplejersken og journalføres. Disse problemområder omhandler både aktuelle problemer, der kræver intervention, men også områder, der potentielt kan medføre sundhedsmæssige problemer for den patient eller borger, som sygeplejen er rettet imod (4).

Kvalitetssikring af sundhedsvæsenet

Sideløbende med disse lovkraav til sygeplejedokumentation har patientsikkerhed og kvalitetsudvikling igennem en længere årrække været et af hovedtemaerne i det danske sundhedsvæsen. Således blev Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) (5) søsat i 2009.

Den Danske Kvalitetsmodel er under afvikling, men afledt heraf opstod konceptet Patientsikkert Sygehus, hvor særlige evidensbaserede patientsikkerhedsområder blev udvalgt til at være i fokus. I perioden 2010 til 2013 blev interventioner afprøvet på fem sygehuse fordelt over hele landet, og de er efterfølgende blevet udbredt til flere sygehuse over hele landet og er nu i drift mange steder. De sygeplejefaglige dokumentationsopgaver, der er opstået som led i Patientsikkert Sygehus, er primært afkrydsning af udførte eller observerede handlinger eller indtastning af målte værdier.

Sygeplejerskers dokumentation befinder sig således i et krydsfelt mellem de lovmæssige krav fra Sundhedsstyrelsen, kravene fra Patientsikkert Sygehus og den enkelte sygeplejerskes egen vurdering af, hvilke informationer hun dels har tid til og dels mener er vigtige at dokumentere og kommunikere videre til kollegaer. Undersøgelser peger i retning af, at sygeplejersker ofte balancerer på en knivsæg mellem defensiv dokumentation, hvor hun forsøger at sikre sig selv juridisk og over for samfundets, patienters, pårørendes og ledelsens krav, og på den anden side den offensive dokumentation, der beskriver mål, observationer og pleje, der har til formål at øge indsigten for sygeplejersken (1). Denne balancegang

Boks 2. Observation og opfølgning

"Observation og opfølgning på kritiske observationsfund", BOS, et Early Warning Score system anvendt i Region Sjælland frem til sommeren 2017

Vitalværdier - graduering af afvigelser til scoringssystem

De målte og observerede vitalværdier registreres i BOS-observationsskemaet i OPUS notatskabelon. Når alle værdier fra samme måletidspunkt er indskrevet, sammenlægges scoren, som de enkelte parametre udløser automatisk, til en samlet BOS, som udregnes på baggrund af nedenstående graduering af vitalværdierne afvigelser.

Vitalværdier	Scoringssystem						
	3	2	1	0	1	2	3
Respirationsfrekvens	≤ 8		9-11	12-20		21-24	> 25
Ilt saturation	≤ 91	92-93	94-95	96-100			
Systolisk BT	< 90	90-100	101-110	111-219			> 220
Puls	< 40		40-49	50-90	91-110	111-130	> 131
AVPU				A vågen og orienteret eller sederet			V / P / U Bevidstheds-påvirket
Temperatur	≤ 35		35,1-35,9	36-38	38,1-39	> 39	
O ₂ -tilskud		ethvert O ₂ -tilskud		atmosfærisk eller intet O ₂ -tilskud			

Scoringværdi for ilttilskud (O₂) er anført nederst i skemaet. Ilttilskud udløser altid 2 point, uanset hvor meget/lidt ilt der gives.

NB! Ovenstående scoringssystem, der danner baggrund for en sammenlagt BOS-værdi, ændrer ikke ved gældende kriterier for tilkald af MAT (hvis et sådant system ikke findes, vagthavende læge).

kan være medvirkende til, at danske undersøgelser viser en til tider ikke fyldestgørende og usystematisk dokumentationspraksis (6).

Indlæggelser ofte præget af flytninger

Danske patienters indlæggelsesforløb er ofte præget af flytning fra en afdeling til en anden. Ethvert skift i indlæggelsessted betyder, at ansvaret for den videre pleje af patienten skifter hænder, og at viden om patienten overdrages fra én gruppe sygeplejefagligt personale til en anden. Særligt i de tilfælde, hvor en multisyg intensiv patient flyttes fra intensivt afsnit til en stamafdeling, er det vigtigt, at der dokumenteres på en måde, der sikrer fortsat kontinuitet i plejen og stabilisering af patienten for at forebygge, at patienten genindlægges på intensivt afsnit.

I et systematisk review omhandlede overdragelse af patienter fra intensivt afsnit til stamafdeling og undersøgelse af, hvilke interventioner der bedst forebygger forlænget indlæggelsestid, genindlæggelse på intensivt afsnit og død, peges på vigtigheden af, at dokumentationen er struktureret, og at informationer videregives skriftligt af en



I denne pilotundersøgelse fandt vi, at der i intensivsygeplejerskernes dokumentation var en generel mangel på fremadrettede planer for sygeplejen.

uddannet sygeplejerske. Forfatteren konkluderer dog også, at der mangler mere forskning på området (7).

I forbindelse med en større kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskers dokumentations- og kommunikationspraksis ved overflytning af den intensive patient til stamafdeling blev vi nysgerrige på at undersøge, hvad henholdsvis intensivsygeplejersker og stamafdelingens sygeplejersker dokumenterer i forbindelse med overflytningen og i de efterfølgende tre døgn. Vi besluttede derfor at udføre en pilotundersøgelse af sygeplejerskers dokumentationspraksis mhp. at afklare, om der er behov for en mere omfattende undersøgelse.

Dokumentationspraksis undersøges

Formålet med denne eksplorative pilotundersøgelse var at undersøge sygeplejerskers dokumentationspraksis af kliniske observationer og handlinger

Boks 3. BOS handlingsalgoritme

BOS handlingsalgoritme "Observation og opfølgning på kritiske observationsfund", et Early Warning Score system anvendt i Region Sjælland frem til sommeren 2017.

Samlet BOS	Minimum observationshyppighed	Tværfaglig handlingsalgoritme	
0	Hver 12. time	Fortsæt rutineobservation	
1-2	Hver 6.-8. time	ABCDE-optimering	
3-4	Hver 3.-4. time	ABCDE-optimering. Sygeplejersken vurderer, om lægen skal orienteres eller tilkaldes. Kontakt lægen, tager denne stilling til behandlingsplan inkl. tilladelig score.	Enkeltscore på 3: kald MAT (Hvis et sådant system ikke haves, vagthavende læge).
5-6	Hver 3.-4. time	ABCDE optimering. Sygeplejersken tilkalder straks lægen, som lægger plan som ovenfor.	
7-8	Hver 1.-2. time	ABCDE optimering. Sygeplejersken tilkalder straks vagthavende læge. Lægen tilser patienten akut og lægger plan som ovenfor. Plan konfereres med bagvagt. Overvej MAT/anæstesiologisk assistance.	
9 eller derover	Hver 30. min.	ABCDE optimering. Sygeplejersken tilkalder straks vagthavende læge. Lægen tilser patienten indenfor 15 minutter. Konferer med bagvagt, eller kald MAT/anæstesiologisk assistance. Læg plan som ovenfor.	

i forbindelse med overflytning af multisyge patienter fra intensivt afsnit til stamafdeling og i de efterfølgende tre døgn på stamafdeling.

Metode

Data til pilotundersøgelsen er hentet fra de elektroniske patientjournaler (systemerne: Opus patient, ESD og Metavision) tilhørende 16 tilfældigt udvalgte multisyge intensivpatienter indlagt på intensivt afsnit i mindst 24 timer og derefter overflyttet til medicinsk eller kirurgisk stamafdeling på Holbæk Sygehus i november og december 2015. Alle patienter har givet informeret samtykke til, at data fra den elektroniske patientjournal indgår i pilotundersøgelsen, og at disse blev gennemgået af en forsker med sygeplejefaglig baggrund og en specialuddannet intensivsygeplejerske med ansvar for patientplejen.

Vi ønskede at indhente viden om, hvilke planer intensivsygeplejersken beskrev for patientens videre pleje på stamafdelingen. Desuden ønskede vi at vide, hvilke data både intensivsygeplejerskerne og stamafdelingens sygeplejersker havde dokumenteret om deres observationer af basale sygeplejefaglige problemområder såsom respiration, cirkulation, udskillelse af affaldsstoffer, smerter, hud og slimhinder og af de handlinger, de valgte at udføre på baggrund af deres observationer, særligt handlinger udløst af høje BOS-værdier, der er et udtryk for afvigende vitale parametre, se boks 2 og 3. BOS var Region Sjællands Early Warning Score system på dataindsamlingsstidspunktet. Derudover noterede vi indlæggelsesårsag og længden på indlæggelsen på intensivt afsnit og på den samlede hospitalsindlæggelse. Respiration og cirkulation tilhører ABC-problematikker, se boks 4. ABC-systematikken er en hjælp til at øge opmærksomheden på livstruende tilstande.

Patientkarakteristika

De 16 inkluderede patienter var alle multisyge, idet de havde to eller flere diagnoser inden indlæggelsen på intensivt afsnit. Hjertesygdomme, respirationsinsufficiens og diabetes var de hyppigst forekommende kroniske sygdomme. Hjertestop, lavt blodtryk, pneumoni, lungeødem, KOL i eksacerbation, nyrepåvirkning, leverkoma, hypotermi og hyperglykæmi var de hyppigste årsager til indlæggelsen på intensivt afsnit. Patienterne tilhørte både det medicinske og det kirurgiske speciale, og enkelte havde både kirurgiske og medicinske problematikker. Patienterne var indlagt fra et døgn til 30 dage, dog var langt de fleste indlagt på intensivt afsnit under en uge. Alle patienter var vågne og orienterede i egne data på overflytningstidspunktet, enkelte havde fortsat påvirket respiration, nyre- eller hjertefunktion, men størstedelen måtte betegnes som stabile ud fra ABC-systematikken.

Af de inkluderede patienter døde en patient på hospitalet inden udskrivelse, og 15 patienter blev udskrevet til hjemmet efter 1-3 uger, dog blev en enkelt genindlagt inden for 30 dage efter udskrivelsen.

Resultater

Intensivsygeplejerskers dokumentation

Intensivsygeplejerskerne havde i alle 16 overleveringsrapporter beskrevet det aktuelle plejebehov og eventuelt afvigende vitale parametre, som indgik i sygehusets Early Warning Score system, BOS. Hos ingen af de 16 patienter var der dog beskrevet en egentlig fremadrettet sygeplejeplan, heller ikke hos de patienter, der havde afvigende vitale værdier på overleveringstidspunktet.

Boks 4. Systematikken bag ABCDE

- A:** Airway = luftveje
- B:** Breathing = vejtrækning
- C:** Circulation = kredsløb
- D:** Disability = neurologisk status
- E:** Exposure = eksponering

ABCDE-tilgangen er et effektivt redskab til en hurtig, struktureret vurdering af en kritisk syg patient med henblik på prioritering af behandlingstiltag, så det mest livstruende behandles først.

Alle patienter, der udskrives fra intensivt afsnit, tilses af Mobilt Akut Team (MAT) - sygeplejersker i aftenvagten dagen efter udskrivelsen. Størstedelen af patienterne blev rutinemæssigt tilsat af MAT-sygeplejersken, men ved gennemgang af MAT-papirerne blev der ikke fundet handlingsanvisninger eller planer til eventuel stabilisering af patienter med afvigende vitale parametre eller andre kliniske problematikker. I stamafdelingens dokumentation var der ingen beskrivelse af anbefalinger eller handlinger foranlediget af MAT-sygeplejersken. Ej heller, om det på senere tidspunkter havde været nødvendigt at kalde MAT-sygeplejersken til et akut tilsyn.

Dokumentation foretaget af sygeplejersker på stamafdeling

I de efterfølgende tre døgn på stamafdelingen blev der målt, scoret og dokumenteret vitale værdier til tiden jf. regional instruks. Hos langt de fleste af patienterne var der forhøjede Early Warning Score-værdier som udtryk for, at de vitale parametre afveg fra normalområdet. Det medførte, at patienterne blev EWS-vurderet hyppigere end hver 12. time, men hos ingen af patienterne var der dokumenteret interventioner på baggrund af de afvigende værdier. Ej heller var der nogen beskrivelse af supplerende kliniske observationer i relation til ABC-problematikker, f.eks. om patientens hud føltes varm og tør eller klamtsvedende, om respirationen var fri og rolig, eller

om der var sekretaslen osv. Vi fandt heller ingen beskrivelse af handlinger, f.eks. lejringsændring eller justering i den tilførte ilt-dosis, eller handlinger, der indikerede tilkald af læge og/eller MAT-sygeplejerske. Som følge af den manglende handlingsbeskrivelse fandtes der heller ingen evaluering af plejetiltag.

Der er fortsat udfordringer

Resultaterne fra denne eksplorative pilotundersøgelse foretaget ved gennemgang af 16 multisyge patienters dokumentation i forbindelse med overlevering fra intensiv afdeling til stamafdeling, peger på, at der fortsat er udfordringer i sygeplejedokumentationen. Det er velkendt, at sygeplejerskers dokumentation har betydning for kontinuitet i plejen og for patientsikkerheden, og dokumentation har været et fokusområde for sygeplejersker siden det forrige årtusinde. Man kunne derfor forledes til at tro, at det på nuværende tidspunkt er et gennemarbejdet og integreret område i sygeplejen.

Generel mangel på fremadrettede planer

I denne pilotundersøgelse fandt vi, at der i intensivsygeplejerskernes dokumentation var en generel mangel på fremadrettede planer for sygeplejen. Desuden fandt vi ingen systematik i den skriftlige overleveringsrapport, skønt netop systematik i den skriftlige overlevering er blevet fremhævet som værende af stor betydning for patientsikkerheden i et systematisk review (7). Indholdet i overleveringsrapporterne var mere baseret på den enkelte intensivsygeplejerskes vurdering af, hvad der var vigtigt at fremhæve i dokumentationen.

Det er desuden uvist, i hvor høj grad intensivsygeplejerskernes overleveringsrapport blev inddraget i den videre pleje. Intetsteds i stamafdelingens dokumentation sås der henvisninger til eller opfølgning på problemstillinger skitseret i overleveringsrapporten. Det kunne indikere, at rapporten ikke fungerer som en kilde til information, og det rejser spørgsmålet, om rapporten bliver læst og informationerne integreret i patientens fortsatte pleje med henblik på at sikre kontinuitet og forebygge genindlæggelse.

Ingen dokumentation efter besøg

Udfaldet af det rutinemæssige besøg af MAT-sygeplejersken i løbet af det første døgn efter overleveringen fandtes der heller ingen dokumentation af i den elektroniske patientjournal, særligt om MAT-sygeplejersken havde udført eller foreslået interventioner, der kunne bidrage til patientens fortsatte stabilitet. Her er det rimeligt at nævne, at opfølgende MAT-tilsyn foregår om aftenen, hvor der er et begrænset antal sygeplejersker på vagt. Det er derfor meget muligt, at sygeplejerskerne har prioriteret praktisk pleje højere end dokumentation. Som en sygeplejerske sagde til et oplæg på dokumentationskonferencen afholdt af DASYS i september 2016:



Intetsteds i stamafdelingens dokumentation sås der henvisninger til eller opfølgning på problemstillinger skitseret i overleveringsrapporten.

”Hvis der ikke er dokumenteret, er det, fordi sygeplejersken har haft travlt med at yde sygepleje!”

Ingen dokumentation af sygeplejerskers refleksion

Sundhedsstyrelsens vejledning præciserer de områder, sygeplejersker som minimum skal dokumentere. Overordnet set levede dokumentationspraksis på stamafdelingerne op til de krav, der er i forbindelse med Patientsikkert Sygehus, f.eks. blev EWS-værdier dokumenteret systematisk. Men yderligere dokumentation af sygeplejerskers refleksion, handlinger og evaluering af handlinger, der kunne sikre den fortsatte kontinuitet i plejen, stabilisering af den tidligere intensive patient og forebyggelse af genindlæggelse på intensivt afsnit, var stort set ikke eksisterende. Det næste kritiske spørgsmål, der melder sig, er derfor, om fokusering på afkrydsningsdokumentation, talværdier og flueben har medført, at Sundhedsstyrelsens vejledning og kravene i Sundhedsloven generelt ikke prioriteres, heller ikke hos potentielt akut kritisk syge patienter?

Det billede på sygeplejerskers dokumentation, som pilotundersøgelsen tegner, er ikke nødvendigvis hele sandheden, men lignende resultater blev fundet i en tidligere undersøgelse af dokumentationspraksis (8). Det er derfor nødvendigt at spørge: Hvad er fyldestgørende sygeplejefaglig dokumentation, og hvilken betydning har den for patientsikkerhed, kontinuitet i sygeplejen og fagets udvikling?

Ny fælles målsætning for kommunikation og dokumentation

På baggrund af resultaterne fra pilotundersøgelsen og resultaterne fra et kvalitativt forskningsprojekt om sygeplejerskers kommunikation i forbindelse med overflytning af patienter fra intensiv afdeling til stamafdeling (9) har de ledende oversygeplejersker på de implicerede afdelinger og sygehusets vicedirektør iværksat et nyt udviklingsprojekt. Hensigten med projektet er at udvikle en fælles målsætning for den sygeplejefag-

lige kommunikation og dokumentation, der foregår, når patienter flyttes fra intensiv afdeling til stamafdeling, og muligvis udvikle en helt ny praksis for overflytning. I projektet, der ledes af en kvalitets- og udviklingskoordinator, deltager sygeplejersker fra alle involverede afdelinger. ●

Referencer

1. Poulsen I. Lovgrundlaget for dokumentation. Ingrid Egerod red. Dokumentation og kvalitetsudvikling. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck;(2007):81-90. 2. Steenberg D, Madsen I. Dokumentation af sygepleje - en statusrapport. Dansk Sygeplejeråd, 2012:1. 3. Hundborg S. Ledende sygepleje; Sygeplejedokumentation. Hundborg S, Lynggaard B red. Sygeplejens fundament. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck,2013:680-93. 4. Dons AM. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. retsinformation.dk. 15. januar 2013. <https://www.retsinformation.dk/Forms/RO710.aspx?id=144979>. 5. IKAS. Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse. Århus: IKAS, 2009. 6. Sigaard L, Andreasen A-G, Poulsen MB. Efterlysning: Dokumenterede sygeplejefaglige vurderinger. Sygeplejersken. 2014;(14):88-93. 7. van Sluisveld N, Hesselink G et al. Improving clinical handover between intensiv care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. Intensiv Care Med. 12. February 2015;41:589-604. 8. Borchersen JB. Dokumentation kan udvikle praksis. Sygeplejersken 2014;(4):73-82. 9. Bunkenborg G, Hansen TCB, Hølge-Hazelton B. (2017) Handing over patients from the ICU to the general ward - a focused ethnographical study of nurses' communication practice. Accepted for publication in Journal of Advanced Nursing on May 31st 2017. DOI:10.1111/JAN.13377



Hvordan sonderer I mellem vigtig og mindre vigtig dokumentation af sygepleje?

Diskuter forholdet mellem udført og dokumenteret sygepleje

Hvordan kan jeres aktuelle dokumentationspraksis være med til at udvikle jeres faglighed?

Dokumentation i glimt

Der er behov for at anvende og videreudvikle det kliniske sprog og terminologien i sygeplejen. Det sprog, der beskriver sygepleje, er ufuldstændigt, og det betyder manglende kontinuitet for en kritisk syg patient. Essentiel dokumentation formidles ikke, når patienten bliver overflyttet, og kan heller ikke genfindes.



SASJA JUL HÅKONSEN, sygeplejerske, cand.cur., ph.d-studerende, videnskabelig medarbejder, Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet.

Der ligger hun. Forpint, smertepåvirket, konfus og ude af kontrol. På en ny afdeling et nyt sted. Foruden de voldsomme mavesmerter er der nu kommet store, gabende, væskende sår på hælene. Nærmest over natten. Det gys er i mig. Langsomt forsvinder hun. Min mor. Jeg er hendes voksne datter, som også er sygeplejerske. Men jeg er handlingslammet. Min mor er kritisk syg og har pådraget sig alverdens diagnoser, som går på tværs af specialer. Her har de åbenbart ikke styr på fodsår.

Sygeplejersken er i vildrede, da hun pakker fødderne ind. Hun spørger mig. Jeg ved det ikke. Jeg ved dog, at min mor er blevet fulgt på en anden afdeling. Måske der er planer derfra?

Sygeplejersken ved det ikke og sukker. Jeg ringer til afdelingen, hvor de har styr på fodsår, og spørger, hvordan afdelingen, som ikke har styr på fodsår, skal håndtere sårene. Der er planer for at pleje hendes sår på tæerne. Afdelingen, som ikke har styr på fodsår, kan sagtens finde disse dokumenter og kan til enhver tid kontakte afdelingen med styr på fodsår.

Jeg fortæller sygeplejersken, hvor hun skal gå ind i systemet, og hun siger tak. Dagen efter er min søster på besøg. En anden sygeplejerske er i vildrede over, hvordan fødderne skal håndteres og fumler. Min søster ved det heller ikke ...

Det lyder som et drama fra sengebordsskuffen. Men det er virkelighed. Et glimt fra en travl hverdag naturligvis. Dette er ikke en bitter eller vred fortælling eller en negligering af en række vilkår og omstændigheder. Men et wake-up call for mig, som jeg gerne vil dele. Der er intet nyt ved denne historie, men det, som sprang familien i øjnene under dette lange og udmattende forløb, var kommunikationen, i særdeleshed den skrevne kommunikation; dokumentationen.

Hvorfor kom den kun i glimt? Hvor blev den af? Hvorfor var der så mange modsatrettede handlinger og beskeder? Hvorfor var plejen og behandlingen ikke ens? Det sammenhængende patientforløb med tillid til og respekt for de behandlende parter udeblev. Der kan granskes i og grubles over mange årsager hertil, og en af dem kan vi formentlig finde i sproget. Det sprog og den terminologi, som er kendetegnende for sygepleje, og som kommer til udtryk i dokumentationen. Det sprog, som bruges til at beskrive plejen og behandlingen af patienterne og sikre kontinuiteten. Et sprog, som til stadighed mangler support og afklaring, og som gør, at dokumentationen af sygeplejerskers handlinger forsvinder, bliver vanskelig at beskrive og vanskelig at genfinde.



Min mor er kritisk syg og har pådraget sig alverdens diagnoser, som går på tværs af specialer.

Der er et stort behov for at anvende og videreudvikle det kliniske sprog og terminologien i sygeplejen. Det blev tydeligt for mig som sygeplejerske. Men det blev også tydeligt for min familie.

Et systematisk review, som publiceres i 2017 (1), understreger, hvor vigtigt det er, at sygeplejen har et nuanceret sprog, som kan beskrive sygeplejen i de elektroniske patientjournaler entydigt og forståeligt. Et standardiseret sprog og standardiserede termer kan dels gøre det mere håndterbart for sygeplejersker og andet plejepersonale at dokumentere, dels sikre, at der dokumenteres om de samme områder ved brug af de samme termer. Derudover kan kommunikationen mellem forskellige afdelinger, sektorer og sundhedsprofessionelle blive supporteret.

Kritiske røster vil mene, at standardisering af termer og sprog fjerner fokus fra patienten og det individuelle – tværtimod ... Vi kan ikke pleje og behandle patienter, hvis ikke vi kan italesætte og beskrive det, vi går og gør, på standardiseret vis.

Tak og ja tak! ●

neria™ soft 90 Subkutan kanyle

– med klare fordele for dig og dine patienter

**"Gør det let at indføre kanylen,
reducerer risiko for stikskader
og smerte ved anlæggelse"**

neria™
soft 90



- Nålebeskyttelse
- Lille dobbeltlumen antikink slange
- Sikkert greb til indføring af nål
- Selvklæbende fiksering
- Intet behov for ekstra fiksering
- Hudvenlig og åndbar
- Tynd kanyle til anlæggelse
- Et lille plastikrør sørger for medicinindgiften
- Længere bæretid

ConvaTec Denmark A/S

Skinderskovvej 32-36 • 2730 Herlev • convatec.danmark@convatec.com • www.convatec.dk

Kundeservice: 48 16 74 74

 **ConvaTec**