

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Den helende søvn

PATIENTENS SØVN ER GRUNDLÆGGENDE SYGEPLEJE

SIDE 24

SØVNEREN HOLDER HJERNEN VED LIGE

SIDE 28

STRESS, STØJ OG SMERTER STJÆLER NATTEN

SIDE 30

DÅRLIG SØVN ER LIVSFARLIG

SIDE 32

PATIENTER KAN LÆRE AT SOVE MERE OG BEDRE

SIDE 34



NY PRAKSIS

Venekateter. Sygeplejersker gør brug af ultralyd, når det er svært at anlægge et venekateter.

SIDE 8

PEER REVIEWED

Sundhedsfremme. Hjemmet anses som sundhedsfremmende setting for ældre mennesker.

SIDE 42

FAGLIGT AJOUR

Rollebevidsthed. Ved at skifte mellem patienttøj og eget tøj kan patienten selv definere sin rolle.

SIDE 48

PÅ SPIDSEN

Skævt. Ressourcerne til den reviderede sygeplejerskeuddannelse tilgodeser skolerne og ikke klinikken.

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.



ERIK ELGAARD SØRENSEN

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



ALLAN FLYVBJERG

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



MARI HOLEN

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



KIRSTEN LOMBORG

Professor ved Aarhus Universitet, Institut for Klinisk Medicin og Institut for Folkesundhed, ph.d., cand.cur. og sygeplejerske. Leder af Forskningsprogrammet Patientinvolvering ved Aarhus Universitetshospital. Kursusleder for tilvalgsfag i patientinvolvering ved de sundhedsvidenskabelige kandidatuddannelser på Aarhus Universitet. Medlem af en række råd og videnskabelige udvalg, herunder Novo Nordisk Fondens udvalg for sygeplejeforskning, Danmarks Lungeforenings forskningsudvalg og Advisory Board i Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS).



Fag&Forskning

Sygeplejersken

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tryk
ColorPrint

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

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

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



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

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

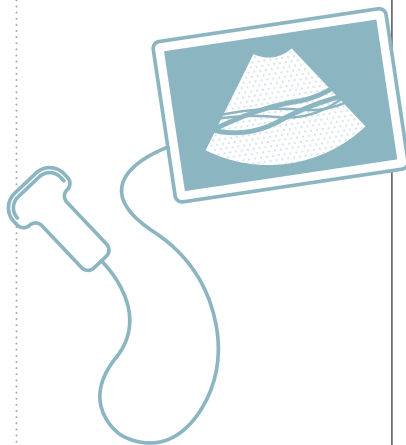
.....
Illustration og grafik
side 24, 26, 29, 31, 33 og 35: Mathias N Justesen / Foto side 53: Søren Svendsen / Foto side 42 og 48: Scanpix / Foto side 38, 54, 59, 60 og 66: iStock.

OVERBLIK

Ny
Praksis

Ultralyd skåner patienter

VENEKATETER. 10-12 forgæves forsøg på at anlægge et venekateter efterlader patienterne med gule og blå mærker og en angst for gentagelser. Men en ny metode skåner dem fremover for de smertefulde oplevelser. På anæstesiaafdelingen på Herlev Hospital anvender sygeplejerskerne ultralyd, når de skal finde venen på armen af en patient, hvor dette kun lader sig gøre med stort besvær. Metoden kan oven i købet anvendes med et mobilt udstyr og kan sikre, at patienten kan komme hurtigere i behandling.



LÆS SIDE 8

Værsgo at skylle



MUNDHYGIEJNE. Patienter til elektive hjertekirurgiske indgreb på Aalborg Universitetshospital skal som led i et treårigt projekt huske at skylle mund og børste tænder fire gange om dagen i et antal dage, før de møder op på hospitalet. Mundskyl og tandbørstning skal sikre færre bakterier i mundhulen, så det er begrænset, hvor mange bakterier der kommer med, når tuben til intubering føres gennem lufrøret.

LÆS SIDE 12

Hud-mod-hud er bedst

HUD-MOD-HUD. Præmature børn fra 28 uger og frem til minimum 37 uger skal hurtigst muligt have hud-mod-hud-kontakt efter fødslen, barnet skal holde kontakten så lang tid ad gangen som muligt, og lige så længe det er nødvendigt for at holde barnet fysisk stabilt. Det fremgår af en ny klinisk retningslinje, som er udarbejdet af to sygeplejersker på Rigshospitalets neonataklínik, hhv. ph.d. Ragnhild Måstrup og sygeplejevejleder Anne Vinther. Indtil for nylig har der ikke været nogen retningslinjer, som har vejledt med hensyn til, hvor tidligt, hvor lang tid ad gangen og i hvor langt et forløb denne såkaldte kænguru-metode kunne anvendes.

LÆS SIDE 16

Det gør fortsat ondt

ASPIRATION. Sygeplejersken forsikrer, at hvis det gør ondt, så er det kun ganske kortvarigt, nærmest som et lille jag. Aspirering af knoglemarv giver anledning til bekymring hos mange patienter på grund af frykten for smerter, og sygeplejerskerne på hæmatologisk ambulatorium på Aalborg Universitetshospital tager bekymringen alvorligt. De begynder at foretage aspireringen langsommere, men finder dog ikke støtte for dette i faglitteraturen. Deres overvejelser om hurtig eller langsom aspirering fører til et regulært forskningsprojekt, som fire år senere bekræfter, at hurtig aspirering ikke er mindre smertefuld for patienten end en langsom.

LÆS SIDE 20



Art Director **Mathias N Justesen** har skabt forsiden på dette nummer. En PET-scanning ligger til grund for denne grafiske bearbejdning af en hjerne.

Hav fokus på patientens søvn

Sygeplejersker møder patienter med søvnproblemer i mange situationer. Selvom søvnproblemerne ofte skyldes en blanding af sygdom, behandling og dårlige søvnvaner, kan sygeplejersker hjælpe mange patienter til en bedre søvn både på og uden for hospitalet ved brug af simple redskaber som indsamling af søvnanamnese og formidling af god søvnhygiejne.

For syge mennesker er god søvn om muligt endnu mere vigtigt for krop og psyke, og både Florence Nightingale og Virginia Henderson fremhævede, at observation og intervention i forhold til patienters søvn er en del af den grundlæggende sygepleje. Alligevel ryger den vigtige søvn ofte nederst eller helt ud af listen over sygeplejerskernes mange gøremål. Desværre, da sygeplejersker med ganske få virkemidler kan gøre rigtig meget for mange patienter med søvnproblemer, selv under korte indlæggelser.

Søvn er lige så grundlæggende et behov for mennesket som mad og drikke. Søvn har stor betydning for

mange vigtige funktioner, bl.a. indlæring, hukommelse og koncentrationsevne, immunforsvaret, kroppens udskillelse af vitale hormoner samt temperaturregulering og genopbygning af kroppens celler og væv.

Kortvarige søvnproblemer har ikke alvorlige konsekvenser, men på længere sigt kan søvnmangel bl.a. føre til risiko for infektioner og udvikling af type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme, fedme og højere dødelighed.

Forskere anslår, at omkring 10 pct. af befolkningen generelt oplever søvnproblemer, mens 30 pct. døjer med det i perioder, mange pga. dårlig søvnadfærd og -vaner. Kigger man på gigt-, kræft- eller hjertepatienter, er andelen med søvnproblemer for nogle grupper helt oppe på 90 pct.

LÆS SIDE

24

HJERTESYGDOM.

En individuelt tilrettelagt plejeplan skabt i samarbejde med patienten gav mod forventning ikke mærkbare resultater for patientens helbred.

DEMENS. Støttegrupper for pårørende til demente anses for at være en fordel, men der er ingen dokumentation for, om det er rigtigt.

SONDEMAD.

Et systematisk review identificerer to metoder til vurdering af, om en ernæringssonde er korrekt placeret.

SMERTEVURDERING.

Dialog mellem patient og sygeplejerske om smertens karakter og betydning for patienten er et godt udgangspunkt for vurderingen.

LÆS SIDE 37

Hjemmets betydning for ældre mennesker

Der lægges vægt på at bo længst muligt i eget hjem, og derfor er der fokus på hjemmepleje, forebyggelse og sundhedsfremme. Af den grund er det væsentligt at forstå, hvordan hjemmet kan være med til at fremme den ældres sundhed.

Hjemmet understøtter selvet og giver det ældre menneske nærhed til familien og en følelse af at være en del af lokalmiljøet.

Kun ved at tage højde for denne betydning af hjemmet og ressourcerne hos det enkelte ældre menneske kan hjemmet virkelig fungere som et sundhedsfremmende miljø. Derfor kan det føre til umyndiggørelse snarere end sundhedsfremme, hvis sundhedspersoner kun fokuserer på risikoforebyggelse.

LÆS SIDE

42





Fagligt
Ajour

PÅ SPIDSEN

Klæder skaber folk

... og hospitalstøj skaber patienter, ser det ud til. At det ydre skaber position og tillid, muligvis respekt, ved sygeplejersker godt. Men at patienter tager hospitalstøj af og på afhængigt af, om de indtager rollen som patient og dermed syg eller som patient i bedring med forventning om snarlig udskrivelse, fordi familien kommer på besøg, er sygeplejersker måske ikke bevidste om. Interviewundersøgelse gennemført på Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus, med 10 patienter viser, at de finder hospitalstøjet behageligt og praktisk, fordi det kan smides til vask, og det er nemt at hente noget rent i skabet, men at de i eget tøj føler sig mere raske. Hospitalstøj fremmer på den anden side gruppeidentiteten. Vi er alle patienter, vi bærer den samme uniform, derfor kan vi nemt hente råd og trøst hos hinanden, synes rationalet at være. Hvilket tøj skal sygeplejersker tilbyde patienten, hospitalstøj eller eget tøj?

LÆS SIDE

48

Patienten har gavn af sit netværk

Mennesker med hjernetumor og deres familier har større behov for social støtte end mange andre patienter, fordi patienten ofte får kognitive eller funktionelle problemer, som påvirker hele familien. Et netværksmøde kan fremme støtte fra de nærmeste og være med til at holde sammen på familien. Mødet foregår i hospitalsregi, og patienten inviterer de familiemedlemmer og venner, som han ønsker at se, og bestemmer, hvad der skal tales om. Det kan f.eks. være sygdommen, behandlingen eller hverdagslivet som patient, ven eller ægtefælle. To sygeplejersker og en læge deltager i mødet, der varer ca. en time. Stemningen er ofte intens pga. situationens alvor og de svære følelser, der er i spil. Netværksmøderne er implementeret i Kræftafdelingen på Aarhus Universitetshospital og har fungeret i halvandet år.

LÆS SIDE

54

Det er foruroligende, at der ikke tilføres ressourcer og kvalifikationer i praksis til at **uddanne de studerende på lige fod** med det, der kræves på skolerne.

Vandlåsprincip mindsker smerter i blæren

Et projekt med 100 patienter i henholdsvis en kontrol- og en interventionsgruppe viser, at det gavner patienter med blærekræft, når lokal kemoterapi i blæren bliver givet med blærekatetret åbent og urinposen eleveret en meter over blæreniveau. Svie, smerte, siven, krampe i blæren og stærk vandladningstrang bliver mindsket, fremgår det af de spørgeskemaer, patienterne selv har udfyldt under behandlingen. Metoden er i dag standardbehandling på urologisk afdeling på Herlev Hospital/Frederikssund Hospital.

LÆS SIDE

66

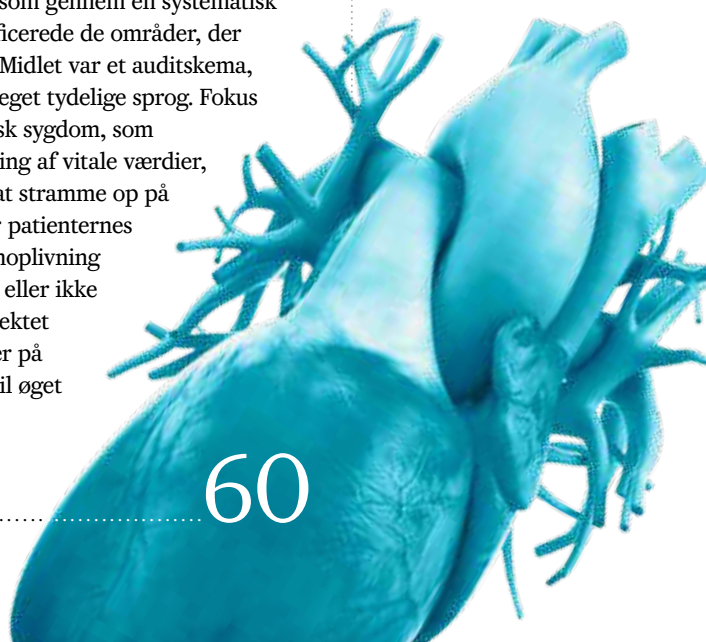
Stop Hjertestop

En stigning i antallet af hjertestop på en medicinsk afdeling, Vejle Sygehus, førte til handling. "Stop Hjertestop" hed projektet, som gennem en systematisk journalgennemgang identificerede de områder, der kaldte på kvalitetsarbejde. Midlet var et auditskema, og resultaterne talte deres eget tydelige sprog. Fokus på tidlig opsporing af kritisk sygdom, som skulle ske ved hjælp af måling af vitale værdier, viste, at der var behov for at stramme op på procedurerne. Desuden var patienternes ønske om ja eller nej til genoplivning mangelfuldt dokumenteret eller ikke til at finde i journalen. Projektet førte til konkrete ændringer på disse områder og dermed til øget patientsikkerhed.

LÆS SIDE

60

LÆS SIDE 75





Procoralan® (Ivabradin)¹ reducerer kardiovaskulær død og hospitalisering ved forværret hjertesvigt.²

Patienter med kronisk hjertesvigt

- > i NYHA klasse II til IV
- > i sinusrytme
- > med systolisk dysfunktion (EF ≤ 35 %)
- > med hvilepuls ≥ 75 slag/min, i kombination med standardbehandling inklusiv betablokker eller når betablokker er kontraindiceret eller ikke tolereres

Vedligeholdelsesdosis 7,5 mg. 1 tablet 2 x dagligt

Procoralan® (Ivabradin) er indiceret til kronisk angina pectoris og hjertesvigt.



Forkortet produktinformation: Procoralan® (Ivabradin):

Ivabradin er et rent hjertefrekvenssænkende stof, som selektivt og specifikt hæmmer den kardiale pacemaker If-kanalstrøm. **Indikation:** Symptomatisk behandling af kronisk stabil angina pectoris hos voksne med koronararteriesygdom og normal sinusrytme og hjertefrekvens ≥ 70 slag/min. Ivabradin er indiceret til voksne, som ikke tåler betablokkere eller for hvem betablokkere er kontraindiceret, eller i kombination med betablokkere til patienter, som ikke opnår tilstrækkelig kontrol med optimal dosering af en betablokker. Behandling af kronisk hjerteinsufficiens: Ivabradin er indiceret ved kronisk hjerte-insufficiens af NYHA-klasse II til IV med systolisk dysfunktion hos patienter med normal sinusrytme og hjertefrekvens på ≥ 75 slag/min. I kombination med standardbehandling inklusiv beta-blokker, eller når betablokker er kontraindiceret eller ikke tolereres. **Dosering:** Symptomatisk behandling af kronisk stabil angina pectoris: Det anbefales, at beslutningen om at initiere eller titrere behandlingen foregår med mulighed for seriemåling af hjertefrekvens, EKG- eller ambulant 24-timers monitorering. Startdosis af ivabradin bør ikke overskride 5 mg to gange dagligt hos patienter under 75 år (2,5 mg to gange dagligt hos patienter ≥ 75 år). Hvis patienten efter 3 til 4 ugers behandling stadig har symptomer, og hvis startdosis er veltolereret og hjertefrekvensen i hvile forbliver over 60 slag/min., kan dosis øges til den næste højere dosis hos patienter, der får 2,5 mg to gange dagligt eller 5 mg to gange dagligt. Vedligeholdelsesdosis bør ikke overskride 7,5 mg to gange dagligt. Hvis der ikke ses forbedringer i symptomerne på angina inden for 3 måneder efter behandlingsstart, skal ivabradinbehandlingen stoppes. Seponerer skal også overvejes, hvis der kun er begrænset symptomatisk respons, og når der ikke er nogen klinisk relevant reduktion i hjertefrekvensen i hvile inden for 3 måneder. Behandling af kronisk stabil hjerteinsufficiens: Den normalt anbefalede initialdosis er 5 mg ivabradin to gange dagligt hos patienter < 75 år (2,5 mg to gange dagligt hos patienter ≥ 75 år). Efter to ugers behandling kan dosis øges til 7,5 mg to gange dagligt (5 mg to gange dagligt hos patienter > 75 år), hvis hjertets hvilefrekvens vedvarende er over 60 slag/min., eller reduceres til 2,5 mg to gange dagligt, hvis hvilefrekvensen vedvarende er under 50 slag/min. eller i tilfælde af bradykardi. For begge indikationer gælder: Hvis hjertefrekvensen under behandling falder til under 50 slag/min eller der opstår bradykardisympomer, skal dosis nedtitreres (eller behandling seponeres, hvis symptomerne ikke forsvinder ved dosisreduktion). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne, hjertefrekvens i hvile under 70 slag/min. før behandlingen, kardiogen shock, akut myokardieinfarkt, svær hypotension ($< 90/50$ mmHg), svær leverinsufficiens, svigt sinus-syndrom, sinuatrialt blok, ustabil eller akut hjerteinsufficiens, afhængighed af pacemakere (hjertefrekvensen styres udelukkende af pacemakere), ustabil angina pectoris, 3. grads AV-blok, samtidig behandling med stærke CYP3A4-hæmmere som f.eks. azol-antimykotika (keboconazol, itraconazol), makrolidantibiotika (clarithromycin, erythromycin per os, josamycin, telithromycin), hiv-proteasehæmmere (nefinavir, ritonavir) og nefazodon. Samtidig behandling med verapamil eller diltiazem, som er moderate CYP3A4-hæmmere med hjertefrekvenssænkende egenskaber. Gravidditet, amning og kvinder i den fødedygtige alder, som ikke anvender antikonception. **Særlige advarsler vedrørende brugen:** Ivabradin er kun indiceret som symptomatisk behandling af kronisk stabil angina pectoris, idet ivabradin ikke har nogen gavnlig virkning på kardiovaskulære udfald (f.eks. myokardieinfarkt eller kardiovaskulær død). Eftersom hjertefrekvensen kan variere betydeligt over tid, bør seriemålinger af hjertefrekvensen, EKG eller ambulant 24-timers monitorering overvejes ved bestemmelse af hjertefrekvensen i hvile for initiering af ivabradinbehandlingen samt hos patienter i ivabradinbehandling, når titrering overvejes. Ivabradin er ikke anbefalet til patienter med atriefibrillen eller andre hjertearytmier, der påvirker sinusknudens funktion. Ivabradinbehandlede patienter skal regelmæssigt kontrolleres for forekomst af atriefibriller. Risikoen for udvikling af atriefibrillen er øget hos patienter i ivabradinbehandling, og hvis atriefibrillen opstår, skal fordele og ulemper ved fortsat behandling overvejes. Det anbefales også, at ivabradinbehandlede patienter med kronisk hjerteinsufficiens og intraventrikulær ledningsforstyrrelser kontrolleres regelmæssigt for atriefibrillen, og patienterne skal informeres om tegn og symptomer på atriefibrillen. Hvis atriefibrillen opstår, skal fortsat behandling overvejes. Kan ikke anbefales til patienter med 2. grads AV-blok. Må ikke anvendes til patienter, hvis hjertefrekvens i hvile var under 70 slag/min. før behandlingen. Hvis hjertefrekvens vedvarende falder til under 50 slag/min., eller der opstår vedvarende symptomer på bradykardi, skal dosis nedjusteres eller behandling stoppes. Samtidig anvendelse af ivabradin med hjertefrekvenssænkende calciumantagonister som f.eks. verapamil eller diltiazem er kontraindiceret. Forsigtighed bør udvises hos patienter med hjerteinsufficiens af NYHA-klasse IV. Anvendelse af ivabradin anbefales ikke umiddelbart efter et slagtilfælde. Der skal iagttages forsigtighed hos patienter med retinitis pigmentosa, og seponering bør overvejes, hvis uventede synforringelser opstår. **Forsigtighedsregler:** Anvendelse hos patienter med kongenit QT-syndrom eller hos patienter, som behandles med QT-forlængende lægemidler, skal undgås. Forsigtighed skal iagttages ved anvendelse til patienter med mild til moderat hypotension. Når der foretages ændringer i blodtryksnedsættende behandling hos hypertensive patienter, skal blodtrykket kontrolleres. Bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactosetolerans, en særlig form for arvelig lactasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glucose/galactosemalabsorption. Patienter med atriefibriller og/eller arytmier, akut DC-kardiovertering bør overvejes inden for et døgn efter sidste ivabradindosis. **Interaktioner:** Kontraindiceret: stærke CYP3A4-hæmmere, verapamil og diltiazem. Ikke anbefalet: QT-forlængende medicin, moderate CYP3A4-hæmmere, grapefrugtjuice. Med forsigtighed: Ikke kaliumbesparende diuretika, andre moderate CYP3A4-hæmmere, CYP3A4 induktorer. **Bilkørsel og betjening af maskiner:** Risiko for forekomst af forbigående lystænomener skal tages i betragtning. **Bivirkninger:** Meget almindelige: lystænomener (fosfener), Almindelige: hovedpine, uskarpt syn, svimmelhed, bradykardi, atriefibrillen, ventrikulære ekstrasystoler, AV-blok af 1. grad (EKG, forlængt PQ-interval), ukontrolleret blodtryk. Ikke almindelige: eosinofili, hyperurikæmi, synkope, dyspnø, kvalme, obstruktion, diarré, mavesmerter, angødem, udslet, muskelkramper, asteni, træthed forhøjet kreatinin i blodet, forlængt QT-interval. Sjældne: Erytem, pruritus, urtikaria, utipashed. Meget sjældne: AV-blok af 2. grad, AV-blok af 3. grad, svgt sinus-syndrom. **Overdosering:** Se produktresuméet. **Udl. B.** Enkelttilskud til angina pectoris og generelt klausuleret tilskud til hjertesvigt (for yderligere information se www.sundhedsstyrelsen.dk). **Priser og pakninger** (se dagsaktuelle priser på medicinpriser.dk): 1) 5mg, 56 stk. (varenr. 041086); 2) 5mg, 112 stk. (varenr. 0410966); 3) 7,5mg, 56 stk. (varenr. 041105); 4) 7,5mg, 112 stk. (varenr. 041114). **Registreringsindehaver:** Les Laboratoires Servier, Frankrig. **Dansk repræsentant:** Servier Danmark A/S, Roskildevej 39, 2000 Frederiksberg. **Fuldt produktresumé kan rekvireres fra Servier Danmark A/S** Godkendt af CHMP den 20.11.2014. Afventer EC afbørelse

1. Procoralan® (Ivabradin) European Medicines Agency Summary of product characteristics

2. Swedberg K, Komajda M, Böhm M, et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomized placebo-controlled study. Lancet. 2010; 376:875-885.

Venekatetre lægges korrekt med ultralyd

På Herlev Hospital hjælper ultralyd i otte ud af 10 tilfælde anæstesisygeplejersken til at lægge perifere venekatetre på patienter, som både senge- og anæstesiaafdelingen ellers **har opgivet at lægge katetre på.**



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

”Jeg har oplevet mange patienter, som bagefter har været dybt taknemmelige over, at vi har kunnet hjælpe dem i en svær situation, hvor de er blevet stukket i armen adskillige gange uden held. Det er meget tilfredsstillende, fordi det er et lille projekt, der har fået stor klinisk betydning,” siger anæstesisygeplejerske Kohyar Partovi-Deilami fra Herlev Hospital.

Han står bag et forskningsprojekt på Herlev Hospital, hvor anæstesisygeplejersker anvendte mobile ultralydsapparater som hjælpemiddel til at lægge perifere venekatetre, hvor både sengeafdeling og anæstesiaafdeling ellers havde opgivet at lægge dem. Og det gav bonus.

”Vi var jublende lykkelige, da vi havde gennemført projektet på 70 patienter, som var opgivet af anæstesiaafdelingen. Med ultralydsapparaterne lykkedes det os at lægge perifere ve-

nekatetre på 58 af patienterne, hvilket svarer til, at det lykkedes i mere end otte ud af 10 tilfælde,” fortæller Kohyar Partovi-Deilami.

Metoden har de taget til sig på Herlev Hospital, hvor de rykker ud i dag med mobile ultralydsapparater, hvis det bliver nødvendigt.

Succesrate på 80 pct.

Idéen til at bruge ultralyd fik Kohyar Partovi-Deilami fra en amerikansk artikel fra 2009, hvor skadestuesygeplejersker havde succes med at bruge ultralyd til de patienter, man havde opgivet at lægge katetrene på. Artiklen viste en succesrate på godt 80 pct., svarende til undersøgelsen fra Herlev Hospital.

Da Kohyar Partovi-Deilami fandt artiklen, blev han motiveret til at gøre noget ved sagen:

”Jeg var frustreret over, når vi måtte opgive at lægge perifere venekatetre på

I en forsøgsperiode med brug af ultralydsapparaterne lykkedes det os at lægge perifere venekatetre i mere end otte ud af 10 tilfælde, fortæller anæstesisygeplejerske Kohyar Partovi-Deilami, Herlev Hospital.

patienter med vanskelige vener og sende dem til operationsgangen i stedet for, så de kunne få lagt et kateter i halsvenen under lokalbedøvelse,” siger Kohyar Partovi-Deilami og forklarer:

”Det er en procedure, som – udover at koste meget for hospitalet – kan give komplikationer og ubehag for patienten. F.eks. kan patienten risikere at få punkteret lungerne eller få infektioner.”

Kohyar Partovi-Deilami var overrasket, da baselineundersøgelsen viste, at antallet af patienter med vanskelige vener, som måtte opgives, udgjorde 10 pct. af det samlede antal anlæggelser af perifere venekatetre, som anæstesiaafdelingen assisterede til.

”Så vi vurderede, at det var et problem, som var værd at gøre noget ved,” konstaterer Kohyar Partovi-Deilami.

Herlev Hospital giver kurser i ultralyd

Før studiet kunne gå i gang, måtte anæstesisygeplejerskerne uddannes til at bruge ultralyd:

”Der var ingen af os, der var trænet i at bruge ultralyd, så vi lavede et uddannelsesprogram for anæstesisygeplejerskerne forud for projektets start, hvor 10 sygeplejersker fra anæstesiaafdelingen blev oplært i at bruge ultralydsapparatet,” forklarer Kohyar Partovi-Deilami.

Siden er flere anæstesisygeplejersker blevet uddannet, og sygeplejersker fra andre hospitaler har også været til efteruddannelse på Herlev Hospital:

”Metoden har bredt sig som ringe i vandet, hvor flere hospitaler nu er begyndt at implementere den i deres afdelinger,” siger Kohyar Partovi-Deilami.

Uddannelsesprogrammet består af teori og praktisk undervisning på gelatinefantomer. Kursisterne får undervisning i veneanatomi og i ultralydsteknik. Undervisningen varer i seks timer. Efterfølgende øver de sig på bedøvede patienter, hvor de bliver superviseret i alt tre gange. ●

Metode

- I et baselinestudie uden brug af ultralyd på 315 patienter undersøgte forskerne, hvor mange patienter anæstesiaafdelingen opgav at lægge perifere venekatetre på.
- I studiet med brug af ultralyd indgik 70 patienter, hvor kateteranlæggelsen var opgivet. Her blev ultralyd brugt som hjælpemiddel til anlæggelsen.

Resultater

- Baselinestudiet uden brug af ultralyd viste, at man opgav at lægge perifere venekatetre på 1 ud af 10 patienter.
- Med ultralydsteknik lykkedes det at lægge perifere venekatetre på 58 patienter, svarende til 8 ud af 10 patienter (83 pct. succes).
- Det tog i gennemsnit 10 minutter at lægge et perifert venekateter med ultralyd, hvilket var halvdelen af den tid, det tog uden brug af ultralyd.
- Når ultralyd blev anvendt, stak sygeplejersken patienten to gange i gennemsnit, hvorimod det var tre gange uden brug af ultralyd.
- Der var ingen forskel på, hvor ondt det gjorde at få lagt et perifert venekateter med og uden ultralyd.

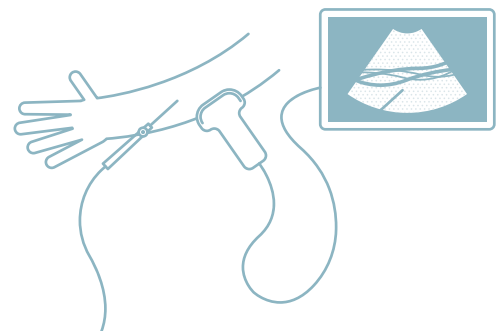
Derfor kan vener være svært tilgængelige

Almindelige årsager til, at det kan være vanskeligt at lægge et perifert venekateter, er overvægt, væske- eller blodmangel, væske under huden, narkomani, små vener hos børn og patienter i steroidbehandling.

Ultralydsteknik afslører skjulte vener



Det er ikke muligt at lægge et perifert venekateter i armen på patienten.



Et perifert venekateter lægges ved at bruge ultralydsteknik til at finde vener, som ellers ikke kan ses eller mærkes.

Ultralyd giver sygeplejersken en hjælpende hånd

Sygeplejerskerne rykker ud med et mobilt ultralydsapparat, hvis en sengeafdeling har opgivet at lægge **vanskelige perifere venekatetre** på en patient.

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

”Ikke nu igen!” Den 52-årige overvægtige kvinde ryster og er bange. Det er tydeligt, at hun ikke tror på, at anæstesisygeplejerske Kohyar Partovi-Deilami, som netop er ankommet, kan hjælpe hende.

Kvinden er indlagt på hæmatologisk afdeling på Herlev Hospital og skal have lagt et perifert venekateter, fordi hun skal have blodtransfusion. Hun har store gule og blå mærker på armene og er forinden blevet stukket 12 gange i alt.

Kohyar Partovi-Deilami finder ultralydsscanneren frem og forsøger at berolige hende:

”Jeg vil bruge den her ultralydsscanner, så jeg lettere kan finde din vene. Jeg lover, at jeg kun vil forsøge én gang, og det plejer at lykkes,” siger han.

Kvinden ser væk og spænder op i hele kroppen.

Hun var enormt lettet og taknemlig

På Herlev Hospital har de implementeret en helt ny praksis for behandling af de patienter, som sygeplejersker og læger helt har opgivet at lægge et perifert venekateter på. Når anæstesisygeplejersken bliver tilkaldt for at forsøge sig med kateteret, har hun en transportabel ultralydsscanner med sig, som skal hjælpe med at finde frem til en brugbar vene.

Kohyar Partovi-Deilami har været med til at implementere den nye praksis på sygehuset, efter at et forskningsprojekt viste en høj succesrate med metoden. Han kan tydeligt huske den dag, han sammen med en anden sygeplejerske skulle lægge venekateteret på den overvægtige kvinde.

”Det lykkedes heldigvis at lægge det ved hjælp af ultralydsscanneren, og da vi var færdige, trillede tårerne ned ad kinderne på kvinden. Jeg troede først, det var, fordi det gjorde ondt, men det viste sig, at hun bare var enormt lettet og taknemlig,” fortæller han.

”Da vi først fik sat scanneren på, var det ikke særlig svært. Vi fandt en vene, som kun lå en halv centimeter under huden, som vi bare ikke kunne se eller mærke på normal vis. Her er ultralydsteknik jo fantastisk, fordi den viser dig det, du ikke kan se,” siger Kohyar Partovi-Deilami.

Vener og arterier er sorte huller

Anja Grynnerup er en anden af de i alt 30 anæstesisygeplejersker på Herlev Hospital, som bliver kaldt ud til afdelingerne en til to gange om dagen med den mobile ultralydsscanner.

Hun er i gang med at lægge et perifert venekateter på en mandlig patient.

”Se, der er en fin vene,” siger hun og peger på ultralydsskærmen, hvor der toner et rundt sort hul op. På skærmen optræder både vener og arterier som sorte huller.

Anja Grynnerup putter godt med gelé på patientens hud, inden hun kører proben fra hans albueled og ned langs underarmen i jagten på en god vene at stikke i. Hun forklarer, at hun ikke vil stikke i en vene, der ligger tæt op ad en arterie, fordi der er risiko for at ramme arterien med kateteret.

”For at kende forskel på vener og arterier trykker jeg ned på patientens arm, og her kan jeg se på skærmen, at venerne klapper sammen og arterierne forbliver runde, fordi de står og pulserer,” siger hun og forklarer videre:

”Jeg sætter en streg i midten af venen på skærmen, så jeg har et pejlemærke at rette mit venekateter efter, når jeg stikker det ind gennem patientens væv. Når jeg rammer venen og der kommer tilbageløb i kanylen, kigger jeg ikke mere på ultralydsapparatet, men koncentrerer mig kun om at glide venekateteret ind i armen. Til sidst tørrer jeg geléen af og fastgør venekateteret med et plaster.”

Den fine vene ligger omkring en centimeter inde i armen. Anja Grynne-

4 GODE RÅD

Brug forskningsresultater som argument til at implementere teknikken.

Brug eksperter i ultralydsteknik og erfaringer fra andre hospitaler til at udarbejde et uddannelsesprogram for sygeplejersker.

Anskaf et mobilt ultralydsapparat og ekstra lange perifere venekatetre.

Praktiser teknikken i klinikken.
Øvelse gør mester.

rup tager en seks centimeter lang kanyle frem og gør klar til at stikke. Forinden har hun pakket det mobile udstyr ud og indstillet dybde og lysstyrke, så hun tydeligt kan se armens struktur med bindevæv, vener og arterier.

Ultralyd redder liv

På Herlev Hospital er det sygeplejerskerne på anæstesiaafdelingen, som har stået for at indføre den nye procedure med ultralyd som hjælpemiddel.

”Det er tilfredsstillende, at vi har arbejdet selvstændigt med at udvikle vores praksis, og det er sjovt at være med til at bruge en ny teknik,” siger Anja Grynnerup.

Før i tiden ville patienten ende på operationsgangen for at få lagt et centralt venekateter, når patienten ikke kunne stikkes.

”På den her måde kommer patienten hurtigere i behandling og er fri for at blive hevet ned på operationsgangen og skulle gennem en stor procedure,” forklarer hun.

”Det er en dejlig fornemmelse, at vi er med til at redde liv med den her teknik. Når vi bliver tilkaldt, er patienten ofte meget dårlig og har brug for akut at få lagt et venekateter. F.eks. hvis patienten bløder eller har diabetisk ketoacidose,” siger Anja Grynnerup.

”Vi har stort set altid taknemlige og glade patienter bagefter, fordi det er en lettelse, at vi kommer og stikker dem én gang, og så er det overstået. Det giver en enorm arbejdsglæde,” synes hun. ●

Ved at bruge ultralyd kan anæstesisygeplejersken hurtigt finde venen på en patient, som tidligere har haft problemer med at få anlagt et venekateter.



Krigen mod bakterier i mundhulen

Patienter på Aalborg Universitetshospital, som skal have foretaget et **elektivt hjertekirurgisk indgreb**, inviteres til at deltage i et særligt mundhygiejneprojekt.



"Jeg tror, at den øgede fokus på mundhygiejne efterhånden vil brede sig, ikke kun på vort hospital, men også på andre hospitaler i landet. Det er for vigtigt til at lade være," siger projektsygeplejerske Anita Tracey.

Tekst **KURT BALLE JENSEN**
Foto **LARS HORN**

I sundhedsvæsenet er det en national målsætning at få nedsat antallet af infektioner hos hospitalsindlagte patienter. Her er bakterier i mundhulen én af synderne. Bakterierne kan bl.a. resultere i infektioner for patienter, som har fået foretaget et åbent hjertekirurgisk indgreb. På Aalborg Universitetshospital har man nu meldt krig mod bakterierne gennem et treårigt projekt med titlen "Forebyggelse af postoperative infektioner ved systematisk mundhygiejne i forbindelse med elektivt thoraxkirurgisk indgreb hos voksne patienter."

"Der findes omkring 700 typer bakterier i mundhulen, heraf er de 400 mellem tænderne og tandgummerne. Det er ikke i sig selv et problem, når man er sund og rask, men når man er indlagt på hospitalet til operation, er man svag, og immunforsvaret er lavere end normalt. Så kan bakterierne blive farlige, ikke mindst når de kommer steder hen, hvor de ikke skal være," siger projektsygeplejerske Anita Tracey, som er blandt initiativtagerne til projektet.

Målgruppen er i første omgang alle, som får indkaldelse til åben hjertekirurgi, og det første år har omkring 160 hjertepatienter deltaget. Akutte hjertepatienter kan ikke deltage i projektet, fordi

det bl.a. kræver særlig mundhygiejne fire gange dagligt to dage før operation.

Bakterierne følger med

Og hvad kan bakterierne så betyde for hjertepatienten, der skal have foretaget åben hjertekirurgi? De kan resultere i alvorlige komplikationer og længere indlæggelse, og i værste fald kan konsekvenserne blive livstruende, fortæller sygeplejersken.

"Når tuben til intubering skal ned gennem lufrøret, fordi patienten skal i respirator, kan den skubbe bakterier med ned. Hermed kommer bakterier ned et sted, hvor de ikke har noget at gøre, og det kan resultere i infektion i de nedre luftveje, ikke mindst fordi immunforsvaret er lavt. Desuden kan bakterier, når der børstes tænder, så det bløder, gå ind i blodbanen," siger Anita Tracey.

I de kliniske retningslinjer, Aalborg Universitets Center for Kliniske Retningslinjer har udarbejdet, redegøres der for et tværnsnittsstudie fra hospitaler i 13 lande, der viser, at prævalensen af infektioner efter et thoraxkirurgisk indgreb er 26,8 pct., og at hovedparten af infektionerne er i de nedre luftveje. Det er disse infektioner, mundhygiejneprojektet skal få bugt med. Dertil kommer risikoen for den alvorlige sternuminfektion:

”Hvis en infektion giver betændelse i brystbenet, kan det medføre indlæggelse i et par måneder efter operationen, og patienten skal gennem perioden have masser af antibiotika, for at man kan få bugt med infektionen,” siger Anita Tracey.

Hun gør samtidig opmærksom på det samfundsøkonomiske aspekt, hvor tallene giver hende ret. Hvert år får henved 30 danskere en såkaldt dyb sternuminfektion, og hver behandling koster omkring 250.000 kr.

Flere patientgrupper omfattes

I projektet med øget fokus på mundhygiejne er målgruppen i første omgang voksne, der elektivt skal have foretaget åben hjertekirurgi. Men her stopper det ikke:

”Til efteråret vil også patienter, som skal opereres for kræft i spiserøret, blive omfattet af mundhygiejneprojektet. Her kan infektioner få skæbnesvanger betydning, og for hver gang vi undgår en

infektion, er det en vigtig gevinst, ikke mindst for patienten, der undgår svie og smerte og længere indlæggelse,” forklarer Anita Tracey.

Af de kliniske retningslinjer fremgår det, at flere studier andre steder allerede har påvist en gavnlig virkning. For spiserørspatienters vedkommende har et kontrolleret studie således vist, at man kan reducere forekomsten af postoperativ pneumoni fra 32 til 9 pct. Pneumoni kan i værste fald betyde døden for den kræftopererede patient.

Også for lungepatienter kan der forventes gevinst af øget mundhygiejne, og det er ønsket i Aalborg også senere at lade denne patientgruppe omfatte af projektet.

Sidegevinst: Øget velvære

Projektsygeplejersken mener, at der generelt er for lidt opmærksomhed på mundhygiejne på hospitalerne.

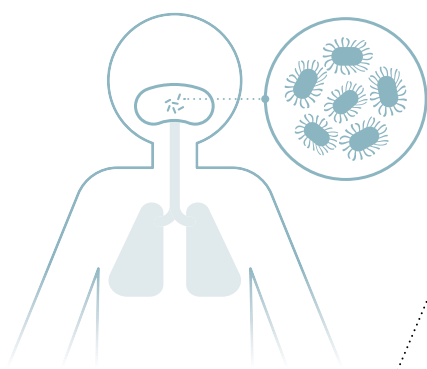
”Flere undersøgelser har vist, at mundhygiejne er noget af det, der slækkes på, når sygeplejerskerne har travle dage – og det har vi jo ofte. Det tyder på, at det ikke ses som noget meget vigtigt i forhold til andre opgaver. Vi ved imidlertid, at selv om patienter børster tænder derhjemme, er der mange, der undlader det under indlæggelse, hvis de ikke får besked på at gøre det,” siger Anita Tracey.

Hun mener dermed, at mundhygiejne også i mere bred betydning kan få indflydelse på et patientforløb:

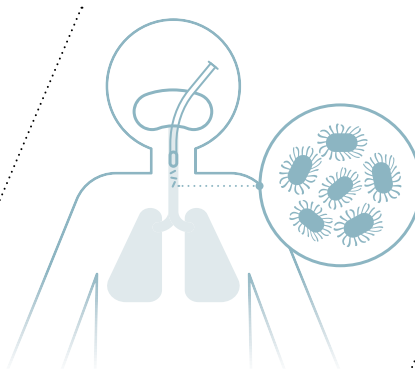
”Baggrunden for projektet er først og fremmest at forebygge infektioner, men der er vigtige sidegevinster i form af større velvære hos patienten gennem øget mundhygiejne,” siger Anita Tracey.

Projektet med øget mundhygiejne er et samarbejdsprojekt mellem Thoraxkirurgisk afdeling, Region Nord og Center for Kliniske Retningslinjer ●

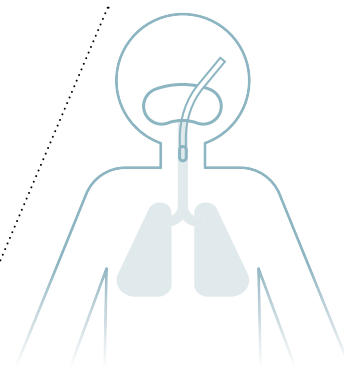
Fokus på mundhygiejne forhindrer unødvendige betændelsestilstande ved hjertekirurgiske indgreb



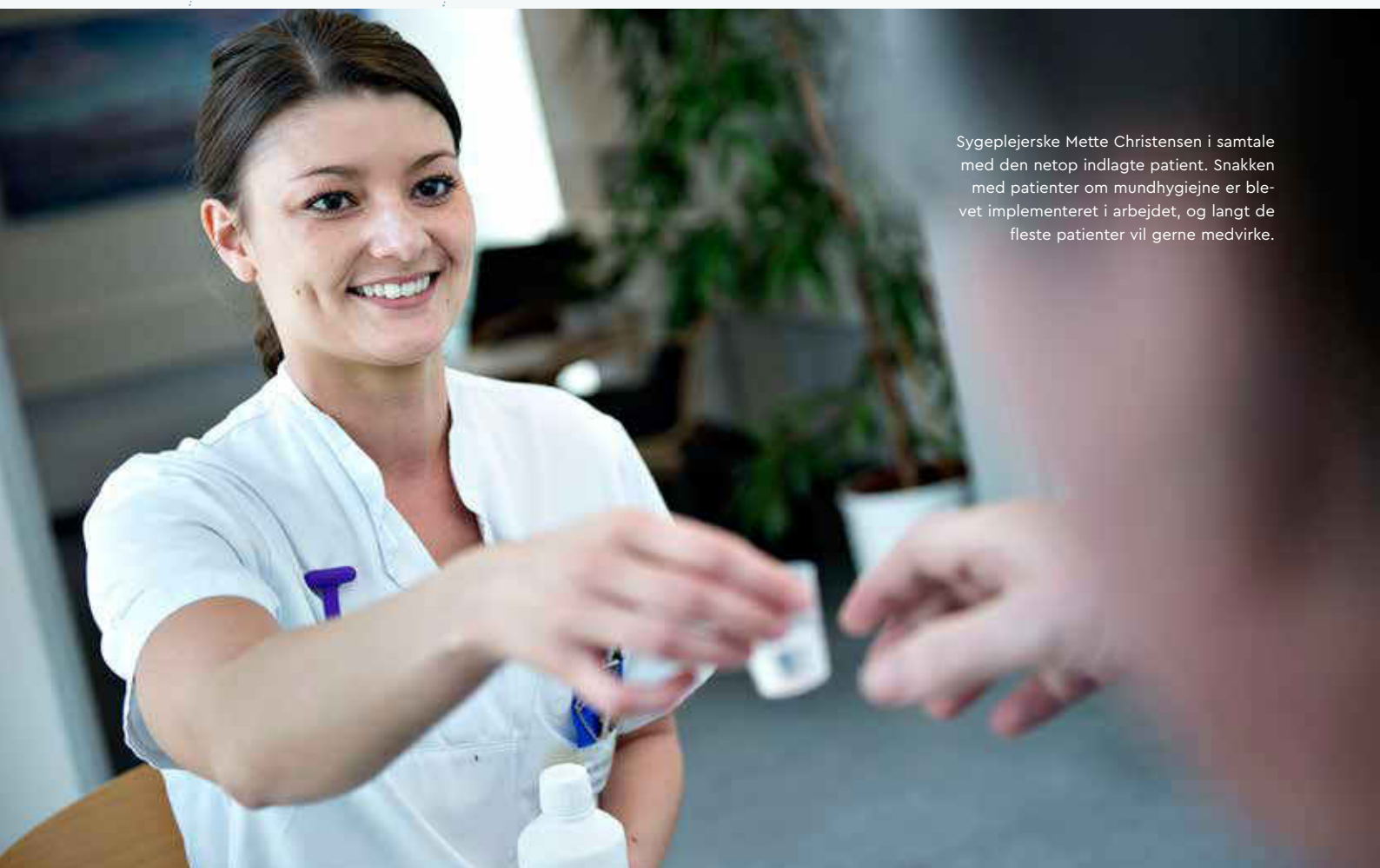
Der er mange bakterier i mundhulen.



Når patienten intuberes, føres bakterier med spidsen af tuben med ned i de nedre luftveje, og der opstår betændelse.



Når mundhulen skylles, og tænderne børstes før operationen, så minimeres antallet af bakterier i mundhulen, og færre bakterier følger med ned i de nedre luftveje.



Sygeplejerske Mette Christensen i samtale med den netop indlagte patient. Snakken med patienter om mundhygiejne er blevet implementeret i arbejdet, og langt de fleste patienter vil gerne medvirke.

Har du husket at skylle mund her til morgen?

Et mundhygiejneprojekt er blevet implementeret som en del af dagligdagen på Hjerte-Lungekirurgisk Afdeling i Aalborg. Patienten skal i to dage før og dagen efter operation **børste tænder og skylle mund fire gange dagligt** efter særlige retningslinjer.

Tekst **KURT BALLE JENSEN**
Foto **LARS HORN**

● Sygeplejerske Mette Christensen sidder foran en patient på sjette sal på Aalborg Universitetshospital Syd. Her ligger Hjerte-Lungekirurgisk Afdeling, og patienten bliver modtaget her til forberedelse til hjerteoperation, som skal gennemføres den følgende dag. Patienten bliver senere indlogeret på patienthotellet.

”Har du husket at børste tænder og skylle mund her til morgen?” spørger Mette Christensen.

Det har patienten ikke. Han har gjort det fire gange derhjemme dagen før, men i dag er mundskylningen smuttet.

Patient og sygeplejerske sidder over for hinanden med et ark papir, som patienten har fået tilsendt før operationen, og hvor han i et skema nederst på papiret har krydset af for hver både tandbørstning og mundskyl. Hermed har patienten vist, at han derhjemme har børstet og skyllet de fire gange om dagen den foregående dag. Nu sørger

4 GODE RÅD

sygeplejersken så for, at der også bliver skyllet mund her og nu.

”Nogle gange vil patienten godt lige have en snak om den særlige indsats ved mundhygiejne,” siger Mette Christensen efter samtalen med patienten.

”Jeg fortæller, at det er et treårigt projekt, vi kører, og jeg fortæller, hvorfor det har betydning. De fleste synes, det er en god idé,” siger sygeplejersken.

Projektet er kommet på tjeklisten ved indlæggelsessamtaler, så den enkelte husker at tale med patienten om det. Og projektsygeplejerske Anita Tracey har desuden undervist personalet på patienthotellet og på Thoraxintensiv Afdeling, så man også der er informeret og kan minde patienterne om og hjælpe med den øgede mundhygiejne.

Patienten tager ansvar

Efter det første års tid er mundhygiejneprojektet godt implementeret på Hjerte-Lungekirurgisk Afdeling, og det er desuden blevet en del af standarden på intensiv, hvor patienterne er i respirator efter operationen. Her foretages der mundskylning, når tuben til intubering er fjernet, for den øgede fokus på mundhygiejnen er vigtig både før og efter operationen.

Sygeplejerske Anita Tracey er primus motor i implementeringen, og hun tror på, at satsningen på større mundhygiejne vil brede sig til hele sygehuset og til andre sygehuse.

Når hjertepatienter indkaldes til åben hjertekirurgioperation i Aalborg, informeres de om projektet. I informationen gøres der opmærksom på, at patienterne ved deres medvirken kan være med til at nedsætte risikoen for infektioner ved hjerteoperationen.

”Det tiltaler rigtig mange patienter, at de på den måde selv kan være aktive og selv tage ansvar for, at risikoen for infektioner kan blive mindre,” siger Anita Tracey og konkluderer: ”Vi kan da også se, at stort set alle i målgruppen siger ja til at være med i projektet. Der er jo heller ingen grund til ikke at gå med.”

Der er oprettet en hjemmeside, hvor man kan få flere informationer. Her er der små videofilm, der fortæller mere

om projektet og baggrunden for det, men erfaringerne er, at patienterne ikke benytter hjemmesiden særligt meget. Det tyder på, at det først og fremmest er den direkte personlige henvendelse med informationer og skema, hvor de kan krydse af, hver gang der er blevet børstet tænder og skyllet mund, der har betydning. Informationen sendes til patientens e-boks i forbindelse med indkaldelse til operation.

Det grønne skema

Ud over at vejlede og informere om baggrunden for projektet sørger personalet på Hjerte-Lungekirurgisk Afdeling for at få samlet resultater op. Det foregår i form af et grønt skema, hvor den ene side udfyldes af personalet, mens den anden side udfyldes af patienten, eventuelt i samarbejde med sygeplejersken.

Personalet skal bl.a. udfylde spørgsmål om, hvorvidt den enkelte patient har gennemført mundhygiejnen derhjemme, og om de og/eller pårørende har benyttet sig af hjemmesiden. Patienten skal i bekræftende fald oplyse om, hvordan han eller hun synes, hjemmesiden har fungeret, om den har de rette oplysninger mv.

”Jeg benytter så de grønne skemaer til at samle oplysninger til evaluering og rapportering, og her går jeg som en effektmåling i projektet ind og ser, om patienten får antibiotika på den femte postoperationsdag. Normalt får de antibiotika en enkelt dag efter operationen, men får de det fortsat efter fem dage, kan man formode, at der er tale om en form for infektion. Det noteres, og hvis patienten ikke mere er på afdelingen, udfylder jeg, om patienten er udskrevet eller er på en anden afdeling,” siger Anita Tracey.

Og hvordan er så de foreløbige resultater?

”Det kan jeg ikke sige noget præcist om, før vi har fået gjort tallene op. Men som jeg oplever det hidtil, er det kun ganske få patienter, der får antibiotika på femtedagen efter operationen. Jeg har jo ikke haft dette direkte i fokus tidligere, men det kan tyde på, at den store indsats for øget mundhygiejne virker,” siger projektsygeplejersken. ●

Find en ildsjæl. Det er vigtigt, at en person virkelig tager ansvar og så at sige hele tiden holder øje med, om der nu løbende informeres, og om patienterne løbende spørges, om de har husket mundhygiejnen. Ligeledes skal projektet være ledelsesforankret, så der er forståelse og opbakning.

Husk den tværfaglige information: Alle faggrupper på afdelingen og involverede afdelinger skal vide, hvorfor øget fokus på mundhygiejne er en god idé. Når de kender formålet, er de også mere aktivt med.

Patienthotellet er et vigtigt element i indsatsen for bedre mundhygiejne. Personalet på patienthotellet skal eventuelt gennem undervisning have klar besked om baggrunden, så der skabes motivation.

Understreg i informationen til patienter, at de med den øgede mundhygiejne selv kan gøre en indsats. De kan være aktive og være med til at forebygge infektioner.

Hudkontakt er den bedste kuvøse

To sygeplejersker har i arbejdet med en klinisk retningslinje om **hud-mod-hud-kontakt mellem præmature børn og forældre** gennemgået international litteratur på området. Nu er de kommet med anbefalinger, som får betydning for fremtidige indberetninger til den nationale kvalitetsdatabase.



Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDSEN**
Foto **CHRISTOFFER REGILD**

På neonatalafdelinger har man i mange år vidst, at for tidligt fødte børn har stor gavn af at komme op på mors eller fars brystkasse. Men hvor tidligt? I hvor lang tid ad gangen? Og hvor længe skal man fortsætte?

De spørgsmål satte to sygeplejersker fra Rigshospitalets neonatalklinik, ph.d. Ragnild Måstrup og sygeplejevejleder Anne Vinther, sig for at finde ud af ved at udarbejde en klinisk retningslinje; dvs. foretage en systematisk litteratursøgning og bedømme evidensen for at kunne komme med svar. Den kliniske retningslinje om hud-mod-hud-kontakt mellem præmature børn og deres forældre blev godkendt i april 2015, og herefter var den klar til implementering på neonatalafdelinger.

”Metoden er ikke ny, og danske neonatalafdelinger bruger i høj grad hud-mod-hud-metoden, fordi der er bunker af evidens for, at det gavner barnet. Men udfordringen har været at finde evidens for mængden og varigheden,” siger Ragnild Måstrup og forklarer, at det er sparsomt med store studier af sammenlignelige grupper, hvor man har sammenlignet deres udvikling.

Faktisk stammer en meget stor del af forskningen fra mindre udviklede lande som Colombia, Madagaskar og lande i Afrika. Hud-mod-hud-metoden kaldes populært ”kængurumetoden” og stam-

mer fra Colombia i 80’erne, hvor der var mangel på kuvøser.

”Man havde simpelthen ikke kuvøser nok til alle de for tidligt fødte børn. Så det bedste, man kunne gøre, var at lægge dem ind under moderens bluse, så de kunne holde varmen. Så opdagede man, at de børn, som kom op på maven, var bedre til at holde temperaturen, hvilket er det helt store problem for de tidligt fødte børn. Generelt var de, som kom ind under blusen, også mere stabile med hensyn til puls, vejrtrækning og søvnmønstre, og de klarede sig derfor bedre end de børn, som kom i kuvøse,” fortæller Ragnild Måstrup. Hun synes dog ikke, at ”kænguru-metoden” er et retvisende udtryk i forhold til den måde, man bruger metoden på på Rigshospitalet og andre danske neonatalafdelinger.

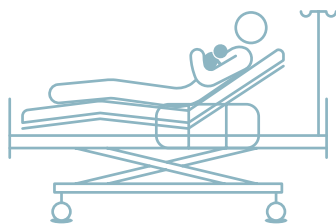
”For det kræver, at barnet bor på moderens mave. Det er det ultimativt bedste for barnet og det, som Verdenssundhedsorganisationen WHO anbefaler, men det er ikke alle mødre og familier, som har mulighed for det, og heller ikke alle børn.”

Need to do

Den kliniske retningslinje handler om for tidligt fødte børn fra 28 uger, og indtil barnet er minimum 37 uger, og den bygger på det, som Ragnild

Rigshospitalet har de mest syge børn indlagt, og det kan være en udfordring i forhold til hud-mod-hud-kontakt. Men Neonatalklinikken har stort fokus på metoden og den evidens, der er bag, hvor man måske tidligere var lidt mere tilbageholdende, mener sygeplejerske og ph.d. Ragnild Måstrup.

Positiv indflydelse på amning



Hud-mod-hud-kontakt er en metode, hvor man sidder eller ligger i åbentstående bluse med barnet, som kun er iført ble, evt. hue og sokker.



Forskning viser, at signifikant flere børn, som påbegyndte kontinuerlig hud-mod-hud-kontakt i det første levedøgn, var fuldt ammede ved seksmånedersalderen sammenlignet med børn, der påbegyndte kontinuerlig hud-mod-hud-kontakt senere.



Forældre kan fortsætte hud-mod-hud-kontakten med barnet, indtil barnet selv siger fra.

Måstrup og Anne Vinther har fundet evidens for i deres litteratursøgning. På den baggrund lyder anbefalingen, at barnet får hud-mod-hud-kontakt hurtigst muligt efter fødslen, så længe ad gangen som muligt og lige så længe, barnet har brug for støtte til at holde sig fysiologisk stabilt.

”Det nye er, at den viden, vi i dag har om hud-mod-hud-kontaktens betydning, gør, at praksis i afdelingen ikke bare er ”nice to do”, men også ”need to do”. Som sygeplejersker skal vi ikke bygge vores faglighed på, hvad, vi selv synes er bedst, men på, hvad forskningen viser. Og vi ved, at hud-mod-hud-kontakt betyder, at børnene har det bedre, de udvikles hurtigere og har roligere adfærd. Derudover har hudkontakten også positiv indflydelse på amning, fordi den medfører, at flere ammer i længere tid. Og hud-mod-hud har også positiv betydning for udviklingen af barnets hjerne,” siger Ragnhild Måstrup og understreger, at det ikke kun er moderens hudkontakt med barnet, som tæller.

Hjælp hinanden på familiehold

”I mange tilfælde er det faderen, som har den første hudkontakt med barnet, fordi moderen måske er under behandling eller syg efter fødslen. Vi opfordrer begge forældre og også gerne nære familiemedlemmer til at hjælpe hinanden og lave familiehold, hvor man skiftes til at give barnet hudkontakt. Men det skal højst være et par ekstra familiemedlemmer og nogle, som skal have en betydning i barnets liv i fremtiden, for barnet knytter sig til de mennesker, der har hud-mod-hud-kontakt til det, og hvis der er for mange forskellige, bliver barnet overstimuleret.”

Det var ikke muligt for Ragnhild Måstrup og Anne Vinther at fastsætte en mindste dosis af hud-mod-hud-kontakt for virkningen på amning, adfærd og forældretilknytning, men ifølge de to

forfattere til den kliniske retningslinje tyder det på, at der er en sammenhæng mellem påvirkning og virkning, såkaldt dosis-respons-effekt i forhold til amning. De opfordrer til, at man i neonatalafdelinger registrerer andelen af stabile tidligt fødte børn, som har haft hud-mod-hud-kontakt, og andelen, som har daglig hud-mod-hud kontakt under hele indlæggelsen. Registreringerne skal fra den 1. oktober føres i en ny national klinisk kvalitetsdatabase for nyfødte, og alle danske neonatalafdelinger bliver målt på, om de opfylder indikatorerne ud fra indberetningerne. Med tiden kan indberetningerne føre til mere forskning på området og måske give svar på nogle af de ubesvarede spørgsmål, der stadig er på området. ●

Hud-mod-hud-kontakt

To sygeplejersker har foretaget systematisk litteratursøgning i internationale artikeldatabaser. Formålet var at undersøge, hvor tidligt man bør påbegynde hud-mod-hud-kontakt, hvor længe kontakten optimalt skal vare, og hvor længe det er optimalt at fortsætte, for at børn og forældre får mest muligt udbytte af hud-mod-hud-interventionen.

1. fase var udarbejdelsen af de to fokuserede spørgsmål, som skulle undersøges.

2. fase var udvælgelse af artikler ud fra en stringent søgeprotokol med efterfølgende evidensvurdering

3. fase var udarbejdelsen af anbefalingerne.

4. fase var undervisning og implementering af anbefalingerne i neonatalafdelingen.

Huden er indgangen til verden udenfor



Lige nu er det at ligge hud mod hud med Felix det bedste, Sine Zankl kan gøre for sin søn. Han har været indlagt i seks uger, og forude venter en operation og flere ugers indlæggelse.

Det ser hyggeligt ud, men hud-mod-hud-kontakt kan være hårdt arbejde. Sine Zankl **ligger med Felix på sit bryst** i tre-fire timer ad gangen en stor del af døgnet.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDEN**
Foto **CHRISTOFFER REGILD**

Knirk, knirk. Måske forsøger Felix på seks uger at fortælle sin mor, Sine Zankl, at han gerne vil skifte stilling. Hun smiler ned til Felix, som ligger på hendes brystkasse. Hun løfter forsigtigt hans hoved og siger: "Lille skat, du kan ikke ligge på den anden kind." Felix er nødt til at ligge på venstre kind pga. CPAP-slangen. Han blev født i februar i 27. uge ved et semiakut kejsersnit og vejede ved fødslen 948 gram. Dagen efter fødslen kom han til at ligge på mors bryst.

"Allerede efter halvandet døgn begyndte mælken at løbe til, det er helt utroligt, så effektiv hudkontakten er, den sætter virkelig skub i mælkeproduktionen," siger Sine Zankl og fortæller, at Felix er begyndt at slikke lidt på brystvorterne og få smagen af mælk. Endnu er han dog for lille til at blive ammet, og han får mælken i en sonde.

Ragnhild Måstrup forklarer, at hud-mod-hud-kontakt er det første trin på Mælkevejen, som er en model for det for tidligt fødte barns vej til amning.

"Felix følger Mælkevejens faser, og en af de næste faser er netop at begynde at slikke og smage," siger Ragnhild Måstrup, og Sine Zankl fortæller, at Felix nu er begyndt at vænne sig til en lidt større sut. Suttet skal bruges til at stimulere Felix' sut-tereflekser.

Hjælper på fordøjelsen

Sine Zankl ligger typisk med Felix tre-fire timer ad gangen en stor del af døgnet kun afbrudt af, at hun skal malke ud. Når Felix' far er på besøg, overtager han hudkontakten med Felix. Det er hårdt arbejde. Felix har været indlagt på Rigshospitalet i seks uger, og familien har udsigt til mindst seks uger mere pga. komplikationer med Felix tarmsystem, som bl.a. betyder, at han har en midlertidig stomi og har haft svært ved at optage nok næring.

Ragnhild Måstrup forklarer, at hud-mod-hud-kontakten også har betydning for Felix' evne til at optage næring.

"Hudkontakten frigiver et antistress-hormon, som får mælken til at løbe til hos moderen, og barnet frigiver selv hormonet og får en følelse af velvære, som får blodtrykket ned, og hormonet letter også optagelsen af næringsstoffer fra tarmen. Mor og barn "bonder" bedre," siger Ragnhild Måstrup.

Sine Zankl klarer selv plejen af Felix.

"Jeg skifter selv hans stomipose, og vi er i det hele taget selv-kørende, hvilket er godt, for så er der ikke så mange forskellige hænder, som rører ham. Han kan hurtigt blive overstimuleret, der skal ikke så meget til," siger Stine Zankl.

3 GODE RÅD

Vær bevidst om evidens på området, diskuter evt. den kliniske retningslinje om hud-mod-hud-kontakt på en Journal Club i afdelingen *

Bring hud-mod-hud-kontakt op på den ugentlige gennemgang af alle børn, f.eks. ved amme-stuegang

Klæd forældrene på med viden, for når de ved, at det er godt for deres barn, så husker de at gøre det.

* www.kliniskeretningslinjer.dk - søg på "hud-mod-hud-kontakt mellem præmature børn og deres forældre"

Neonataalklinikken har stort fokus på at informere forældrene om, hvorfor hud-mod-hud-kontakten er godt for både dem og deres børn.

"Det er noget, de selv kan gøre – som vi sygeplejersker ikke kan, og dermed flytter vi kompetencer til forældrene. Vi fokuserer på at give dem den gode start, hvor det, at barnet kommer op på maven, er naturligt og det bedste, forældrene kan gøre for deres barn. Jo mere, jo bedre bl.a. af hensyn til effekten af amning."

Da Ragnhild Måstrup og Anne Vinther skulle implementere viden om den kliniske retningslinjes anbefalinger i afdelingen, satsede de på information til forældre, undervisning af personalet, og at hud-mod-hud-metoden blev tænkt ind i neonatalafdelingens amme-stuegang.

"Amme-stuegangen er en slags sygeplejekonference, og her gennemgår vi alle børn, og taler om udmalkning og opstart af amning. Nye sygeplejersker oplever måske barrierer og kan være i tvivl om, hvad de skal gøre, men på stuegangen kan de høre, hvordan andre har tacklet lignende udfordringer, og få inspiration," siger Ragnhild Måstrup og understreger vigtigheden af, at ledelsen også bakker op om at sætte fokus på hud-mod-hud-kontakt, som er starten på hele processen. ●

Når få sekunder gør en stor forskel

Smerter og ubehag ved aspirationen bliver ikke mindre, hvis sygeplejersken bruger længere tid på aspirationen. Til gengæld bliver prøven af en bedre kvalitet, hvis aspirationen foregår hurtigt.



Tekst ANNE WITTHØFFT
Foto CATHRINE ERTMANN

Det kan være smertefuldt at få udtaget en knoglemarvsprøve i forbindelse med mistanke om f.eks. leukæmi eller lymfekræft. Så for at mindske patienternes smerteoplevelse var sygeplejerskerne på hæmatologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital lige så stille begyndt at trække kanylen lidt langsommere i bund. Og selv om de oprindeligt var blevet oplært til at foretage hurtig aspiration, begyndte de efter nogen tid at spørge sig selv, om en lidt langsommere aspiration mon overhovedet havde nogen betydning for kvaliteten af knoglemarvsprøverne. For hvad nu hvis man kunne reducere smerteoplevelsen for patienterne, uden at det gik ud over kvaliteten af prøverne.

Da de konsulterede litteraturen, fandt de ikke nogen brugbare svar. Og deres undren førte dem derefter videre til Mette Grønkjær, som er forsker på Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje på Aalborg Universitetshospital.

”Som forskningsenhed er vi centralt placeret, og vi laver praksisnær forskning. Når sygeplejersker undrer sig over noget i praksis, kan de tage kontakt til os,” fortæller Mette Grønkjær.

”Sygeplejersken oplevede, at patienterne ofte var forpinte, og at det gjorde ondt. Og de havde en hypotese om, at hvis man trak knoglemarv lidt langsommere ud, så ville det være mindre smertefuldt. Omdrejningspunktet for forskningen var, om langsommere aspiration ville gå ud over kvaliteten i prøverne,” fortæller Mette Grønkjær.

Med hjælp fra statistikere blev der designet et randomiseret studie, hvor 482 patienter blev inkluderet. Prøvernes kvalitet blev målt på antallet af celler og marvpartikler, mens patienternes smerte blev målt på VAS-scoren, en måleenhed, hvor patienterne placerer deres smerteoplevelse på en skala fra 1-10.

”Det, vi ikke vidste, var, om den hurtige metode var bedre end den langsomme. Og derfor var den randomiserede metode vigtig,” forklarer Mette Grønkjær om metoden, som bygger på et omfangsrigt statistisk materiale.

Studiet var blindet, og sygeplejerskerne trak kuverter, der angav, om de skulle foretage hurtig eller langsom aspiration på patienterne. Hverken patienterne, som efterfølgende skulle vurdere deres smerteoplevelse, eller patologen, som skulle vurdere knogle-

”Når sygeplejersker undrer sig over noget i praksis, kan de tage kontakt til os,” fortæller Mette Grønkjær, forsker på Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje på Aalborg Universitetshospital.

marvsprøvens kvalitet, vidste, om der var blevet foretaget langsom eller hurtig aspiration.

Den hurtige metode var bedre kvalitetsmæssigt. Prøverne af den hurtige aspiration viste sig – målt i odds ratio – at være dobbelt så gode.

”Resultatet var, at den hurtige aspirationsmetode var bedst. Det har vi nu fået evidens for,” siger Mette Grønkjær.

Den hurtige aspirationsmetode viste sig dog at være mere smertefuld end den langsomme. ”Forskningsresultatet viste, at hurtigere aspiration gør lidt mere ondt, men forskellen er ikke så stor,” siger Mette Grønkjær og forklarer: ”Forskellen på hurtig og langsom aspiration var 1 point på VAS-scoren.”

Ledelsesmæssig opbakning

Ud over det forskningsmæssige resultat har projektet ifølge Mette Grønkjær også vist en række andre interessante ting. Bl.a. hvordan sygeplejersker kan drive evidensbaseret praksisforskning, og hvad der sker, når sygeplejerskers refleksioner bliver anerkendt og lyttet på.

”Forskningsprojektet er et godt eksempel på, at man ved at undre sig og reflektere kan sætte mange ting i gang.”

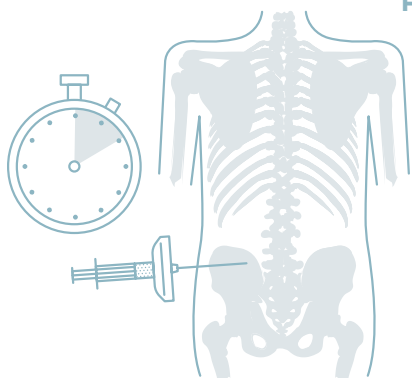
”Vi snakker tit om, hvem der skal lave forskningen. Det her er et eksemplarisk eksempel på, at vi skal samarbejde. Det tværfaglige og tværvidenskabelige og det, at vi hver især har forskellige kompetencer, har været afgørende. Sygeplejerskerne kunne ikke have lavet det alene. Det kunne jeg heller ikke. Det var et klinisk forankret projekt, hvor sygeplejerskerne havde viden fra praksis, og jeg kunne bidrage med, hvordan man laver en protokol og skriver en videnskabelig artikel,” fortæller Mette Grønkjær og peger på, at den ledelsesmæssige opbakning har været afgørende for, at projektet kunne lykkes.

”Den ledende overlæge og den afsnitsledende sygeplejerske har deltaget i projektet, og sygeplejerskerne har fået forskningstid i vagtplanen, så de kunne sidde i et mødelokale og læse artikler eller mødes med mig til vejledning. Og når projektet trækker ud, og tidsplanen ikke holder, er det vigtigt, at man har en ledelse, der bakker op,” fastslår Mette Grønkjær. ●

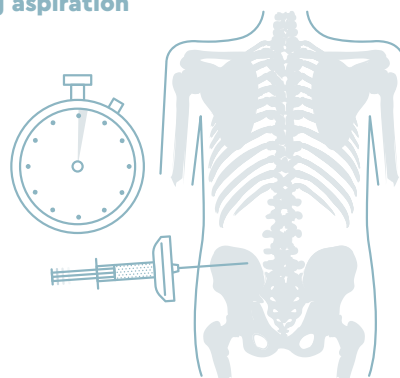
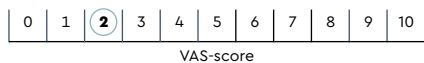


Det, vi ikke vidste, var, om den hurtige metode var bedre end den langsomme. Og derfor var den randomiserede metode vigtig.

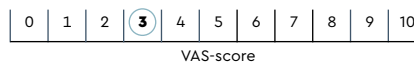
Forskellen på langsom og hurtig aspiration



Langsom: et langsomt træk på ca. 5-15 sekunder



Hurtig: et hurtigt træk på ca. 1 sekund



Det gør fortsat ondt på patienten

Sygeplejersker begyndte at aspirere knoglemarv langsommere **for at mindske patienternes smerteoplevelse**. Men så begyndte de at snakke om det. Og i dag ved de, at hurtig aspiration er bedst.

Tekst ANNE WITTHØFFT
Foto CATHRINE ERTMANN

Patienten føler kun kortvarig smerte, mens sygeplejerske Connie Hasselgren udtager en rygmarsprøve fra ham.

Dagens første patient ligger på briksen med benene krummet sammen i fosterstilling og med ryggen til sygeplejerske Connie Hasselgren på hæmatologisk ambulatorium på Aalborg Universitetshospital. Han skal have lavet en knoglemarvsundersøgelse med henblik på status af hans blodsygdom. Dagligt foretages der 4-8 knoglemarvsundersøgelser af fem specialuddannede sygeplejersker på afdelingen.

Dagens patient har tidligere fået foretaget knoglemarvsundersøgelsen. Hans erfaring er, at der kortvarigt kommer et jag, når marven trækkes ud. Andre patienter spørger, om det gør ondt, men sygeplejersken forsikrer patienten om, at det er meget kortvarigt, og at langt de fleste patienter efterfølgende siger, "var det bare det?"

"Nogle patienter er meget nervøse og bange og synes, at det lyder ubehageligt, når man siger til dem, at vi skal have lavet en undersøgelse. Så beroliger vi dem ved at forklare, hvad det går ud på. Hvis de er interesserede, viser jeg dem et lille skelet af et hoftebækken-parti," fortæller Connie Hasselgren, som skal ind ved fremspringet ved hoftekammen.

Hun spritter huden af to gange og lægger en bedøvelse, som svier og spænder. Der er en hinde omkring knoglerne (periost), hvor nerverne befinder sig. Her bedøver hun i en femkrones stor cirkel, det tager 3-5 minutter, før bedøvelsen virker optimalt. Derefter prikker sygeplejersken med en skalpel hul i huden, så biopsinålen kan føres ind i spina iliaca posterior superior. Patienten kan mærke, at det skubber lidt, men der er ingen smerte. Når sygeplejersken har fundet stedet, laver hun en lille rotation med hånden, som havde hun en skrue, der rykkede frem og tilbage, indtil hun har arbejdet sig gennem den kompakte del af knoglen og kan mærke, at hun er inde i knoglens hulrum.

Og det er nu, når hun suger, at det kan gøre ondt. Det er forskelligt fra patient til patient, hvordan det opleves. Nogle siger, det murrer, andre at det jager og gør ondt – og nogen mærker intet til det.

Oplært til hurtig aspiration

Da sygeplejerskerne i 2008 overtog opgaven fra lægerne med at udtage knoglemarven, blev de oplært til hurtig aspiration. Men efter noget tid begyndte sygeplejerskerne at snakke om, at nogle af patienterne klagede over, at det gjorde meget ondt.

"Jeg tror, at alle sygeplejersker trak lidt langsommere – især i de tilfælde, hvor patienterne var bange, fordi vi tænkte, at det var mere behageligt, når undertrykket ikke var stort," forklarer Connie Hasselgren.

"Men da vi tjekkede fagbøgerne, stod der, at man skulle bruge hurtigmetoden, hvilket vi også var oplært i, men der var ingen steder, hvor det var videnskabeligt dokumenteret," fortæller hun.

Med opbakning fra afdelingssygeplejersken og den ledende overlæge på hæmatologisk afdeling tog de derfor kontakt til Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje på Aalborg Universitetshospital. Og i samarbejde med forsker Mette Grønkjær fik de stablet en tværfaglig gruppe på benene, som ud over de to sygeplejersker Connie Hasselgren og Anne Sofie Østergaard også bestod af to statistikere, en patolog, den ledende overlæge og den afsnitsledende sygeplejerske.

En stor mundfuld

Forskningsprojektet viste sig at være en større mundfuld, end Connie Hasselgren og Anne Sofie Østergaard havde forestillet sig. De havde regnet med, at det ville tage et års tid eller to. Men fra ide til endeligt publiceret forskningsresultat tog det fire år.

"Vi havde aldrig prøvet at lave en protokol, indhentet samtykkeerklæringer eller deltagerinformation m.m.," fortæller hun. "Alene processen med at lave protokollen og kriterierne for forsøget tog lang tid. Ikke mindst fordi det også skulle passes ind med vores almindelige arbejde. Alle i gruppen skulle læse alt igennem og vurdere det. Og den tidsplan, vi lavede, skred hele tiden," siger hun.

Det har været rigtig lærerigt og spændende at få lov til at reagere på en udfordring og have været drivende kræfter på et forskningsprojekt.

"Vi har lært at formulere et forskningsprojekt, og så har det tværfaglige samarbejde været rigtig sjovt og fungeret fantastisk, hvor vi har haft nogle virkelig spændende dialoger," siger Connie Hasselgren.

I dag er der ikke længere nogen sygeplejersker på hæmatologisk afdeling, der aspirerer langsomt for at skåne patienten for smerter. De ved, at hurtig aspiration giver den bedste kvalitet af prøven – og at smerteoplevelsen mellem hurtig og langsom aspiration faktisk ikke er væsentlig forskellig.

"Man forestiller sig en masse ting en gang imellem og tolker uden at vide, hvordan den enkelte patient har det," siger hun, og konkluderer: "Vores hypotese er ikke altid den samme som patientens oplevelse af situationen." ●



87-årige Arne Christensen har flere gange prøvet at få udtaget knoglemarv.

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.



Patientens søvn er grundlæggende sygepleje

Søvn er lige så essentielt for mennesket som mad og drikke og har stor betydning for fysik og psyke. Mange patienter sover dårligt, men området bliver ofte nedprioriteret. Desværre, for sygeplejersker kan med få virkemidler gøre rigtig meget for mange patienter med søvnproblemer.



KATRINE LØPPENTHIN

Sygeplejerske, cand.scient.san. og ph.d. Netop tiltrådt i en postdoc-stilling hos Kræftens Bekæmpelse, hvor hun skal forske videre i søvnens betydning, nu for kræftpatienter. Holder foredrag og har skrevet flere artikler om søvn, bl.a. "Træthed hos patienter med reumatoid artrit – et multifaktoriel og multidimensionelt fænomen".



CHRISTINA SOMMER

Journalist



HELLE GREVE

Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur., Rigshospitalets Hjertecenter. Har i en årrække beskæftiget sig med sygepleje og søvn, især i forhold til patienter, der har gennemgået åben hjertekirurgi. Har bl.a. undervist kolleger i søvnstadier og søvnhygiejne.

Uden mad og drikke, duer helten ikke. Det samme gør sig gældende med søvn, både når man er rask, og især når man er syg. Søvn har stor betydning for mange fysiologiske, mentale og personlige forhold, og mangel på søvn kan få store konsekvenser.



Søvnproblemer er udbredt blandt voksne danskere, de tiltager ofte med alderen og er særlig udtalt hos kvinder. Ifølge Sundhedsstyrelsens seneste nationale sundhedsprofil har 11 pct. af de voksne danskere været meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, og yderligere 30 pct. har været lidt generet.

Kigger man på søvnproblemer hos syge danskere med f.eks. kroniske sygdomme som en kræft- eller hjertediagnose, er andelen med søvnproblemer for nogle grupper helt oppe på 90 pct., siger sygeplejerske, cand.scient.san. og ph.d. Katrine Løppenthin.

”Syge mennesker har brug for ekstra søvn og hvile. Men det kolliderer desværre ofte med, at netop sygdommen kan medføre dårlig søvn. Det gør sig f.eks. gældende for kræft- og hjertepatienter, hvor sygdommen sætter spor både psykisk og fysisk, og generelt oplever mange patienter med kroniske sygdomme også dårlig søvn. F.eks. kan smerter i bevægeapparatet gøre det svært at vende sig, de skal ofte vågne helt op, og det medfører mange opvågninger og afbrudt søvn,” fortæller hun.

Katrine Løppenthin er optaget af søvnens vigtige rolle for menneskets velbefindende og helbredelse og argumenterer for, at søvn burde tænkes mere systematisk ind flere steder i sundhedsvæsenet.

”Vi har alle fået KRAM-faktorerne ind under huden nu, det er naturligt at fokusere på kost, rygning, alkohol og motion, når vi taler forebyggelse og rådgiver om sundhed. Søvn burde også være et selvstændigt punkt her,” fastslår Katrine Løppenthin.

Taler ikke om søvn

Katrine Løppenthin mener helt på linje med store sygeplejeteoretikere som f.eks. Virginia Henderson, at sygeplejersker skal spille en central rolle i at afhjælpe søvnproblemer og hjælpe patienterne til en optimal søvn.

”Søvn indeholder en dimension af noget fysiologisk og biologisk, men også psykologisk, og det er der, sygeplejen for alvor rykker for mig. Det er her, vi kan gøre en forskel,” siger Katrine Løppenthin, men fremhæver, at det langt fra sker konsekvent i dag.

”Jo mere jeg har beskæftiget med området, jo mere bevidst er jeg blevet

Søvnanamnese

For at få oplysninger om patienternes søvn og sovevaner er det en god idé at optage en søvnanamnese under indlæggessamtalen. Her er det især vigtigt at få patientens egen oplevelse af søvnen frem, men patientens evt. samlever eller ægtefælle kan også være en stor hjælp. Spørgsmålene kunne omhandle:

Hvordan plejer din søvn at være?

Hvornår plejer du at gå i seng?

Har du nogle sovevaner eller ritualer inden sengetid?

Hvor lang tid plejer der at gå, fra du lægger dig til at sove, og til du falder i søvn?

Vågner du i løbet af natten? Hvor ofte sker det, og ved du hvorfor?

Hvornår plejer du at vågne om morgenen?

Plejer du at sove om dagen?

Hvad plejer du at gøre, hvis du har problemer med at sove?

Hvordan kan vi afhjælpe problemerne, mens du er indlagt?

Har patienten tegn på længerevarende søvnproblemer, kan andre spørgsmål være:

Hvad tror du, din dårlige søvn kan skyldes?

Hvordan påvirker dit søvnbesvær din dagligdag?

Hvordan håndterer du dine søvnproblemer?

Spørg også gerne ind til kaffebrug, aktiviteter, motionsvaner og medicin, der kan give problemer, herunder sovemedicin.

Kilde: Klinik Grundbog i sygepleje, Munksgaard 2014

om, hvor lidt jeg som sygeplejerske har spurgt ind til patienternes søvn. Ofte blev det ikke til mere end at notere "Sov ved tilsyn". Overordnet mangler vi måske viden, men mest af alt nok opmærksomhed på området, og patienterne er heller ikke vant til at tale om deres søvn. Spørger vi til deres smerter, kan de svare uden at tøve, men med søvn forholder det sig nærmest modsat, det har de aldrig tænkt over, det er "bare noget jeg har derhjemme, det kan I ikke gøre noget ved", siger Katrine Løppenthin.

Når vi skriver "Sov ved tilsyn," er det måske snarere et udtryk for sygeplejerskens opfattelse end patientens? Vi glemmer at spørge og får ikke patientens subjektive opfattelse frem, så vi kommer måske til at overvurdere, hvor godt og længe patienten har sovet?

"Lige præcis. Og det er ærgerligt, for sygeplejersker kan med ret simple redskaber som f.eks. søvnanamnese og søvnhygiejne gøre rigtig meget for mange patienter. Her tænker jeg ikke i forhold til deciderede søvnsygdomme som søvnapnø. De skal udredes og behandles af søvnspecialister. Men størstedelen af de søvnproblemer, vi ser hos patienterne på både de somatiske og psykiatriske afdelinger, skyldes uhensigtsmæssige søvnvaner og -adfærd. Og ved indlæggelse spiller det selvfølgelig også ind, at patienterne er syge og ligger i uvant miljø med mere støj og forstyrrelser end normalt," fortæller Katrine Løppenthin. ●



Søvnen holder hjernen ved lige

Overordnet inddeles søvn i tre stadier samt den såkaldte REM-søvn. De fleste voksne sover i gennemsnit 7-8 timer i døgnet, og søvnens vigtigste funktion er vedligeholdelse af hjernen. Men søvnen er også vigtig for mange andre vitale funktioner både fysisk og psykisk.

Behovet for søvn varierer meget gennem livet og fra person til person, men de fleste voksne sover i gennemsnit 7-8 timer hver nat.

”Det er individuelt, hvor meget søvn man har behov for. Men overordnet kan man sige, at man skal sove så meget, at man føler sig udhvilet og frisk i løbet af dagen og undgår at falde ufrivilligt i søvn,” siger Katrine Løppenthin.

Overordnet deles søvn ind i non-REM og REM-søvn alt efter tilstedeværelsen af de karakteristiske hurtige øjenbevægelser (Rapid Eye Movement). Non-REM-søvn består af tre stadier og går derefter over i REM-søvnen, som også kaldes drømmesøvn. Tilsammen udgør de en såkaldt søvncyklus. Den varer gennemsnitligt 90-120 minutter hos voksne mennesker, og en cyklus gentages 3-5 gange i løbet af en nat.

Stadium 1 kendetegnes ved, at man glider ind og ud af søvnen og let kan vækkes, den varer få minutter og betragtes som en overgangsfase mellem at være vågen og sove. I stadium 2 er søvnen let, den varer ca. 15-30 min., og her skal man stimuleres noget mere for at blive vækket. Stadium 3 er den dybe søvn, og den kaldes også slow wave-sleep, da den elektriske aktivitet i hjernen gradvist bliver langsommere.

I den efterfølgende REM-søvn er hjerneaktiviteten næsten, som når man er vågen. Voksne mennesker tilbringer ca. 50 pct. af den totale sovetid i stadium 2, 20 pct. i REM-søvn og de resterende 30 pct. i de øvrige stadier 1 og 3. Dyb søvn er mest fremtrædende i løbet af de første tre timers søvn, og flere studier viser, at de områder i hjernen, som kontrollerer følelser, beslutningstagen og sociale funktioner, er nedsat under den dybe søvn.

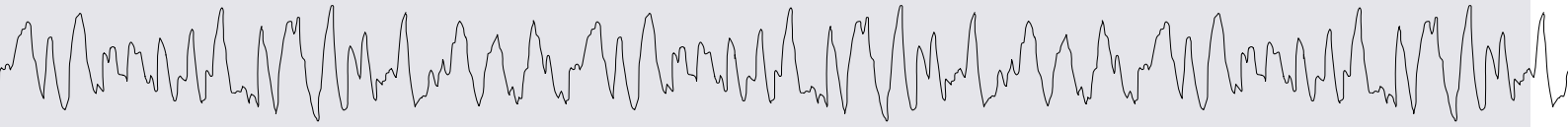
”Det kan tolkes som, at den dybe søvn har betydning for, at man kan opretholde en optimal følelsesmæssig og social funktion, når man er vågen,” siger Katrine Løppenthin.

REM-søvn-episoderne bliver længere, efterhånden som natten skrider frem, og denne form for søvn stimulerer den del af hjernen, der er aktiv under indlæring og har betydning for, at man kan lære og huske nye ting.

Søvnstadier og søvnmønstre

Overgangen fra vågenhed til søvn og tilbage igen reguleres i et kompliceret samspil mellem den homeostatiske faktor (også kaldet søvnbalancen) og den circadiane faktor (også kaldet døgnrytmen eller kroppens biologiske ur). Lidt simpelt beskrevet er søvnbalancen med til at regulere behovet for søvn og søvndybde. Får man ikke søvn nok, kompenseres der med øget andel af dyb søvn. Og får man f.eks. en lur i dagens løb, kan det påvirke søvnbalancen så meget, at det er svært at falde i søvn om aftenen.

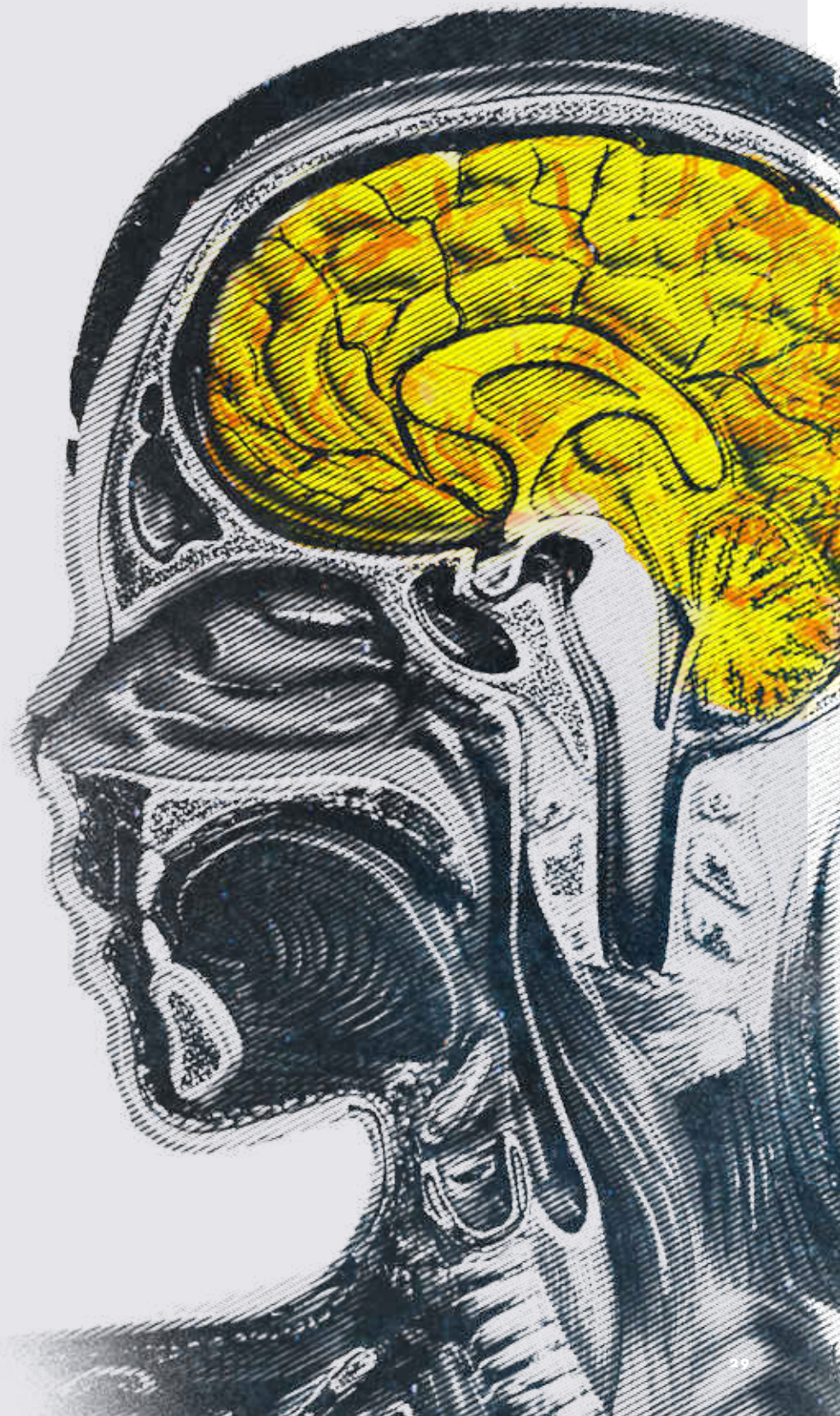
Kroppens biologiske ur regulerer tidspunktet for og varighed af søvn, og denne faktor påvirkes i høj grad af vaner og adfærd. Det biologiske ur styrer desuden forskellige fysiologiske processer som hormonudskillelse og kropstemperatur. Lyset påvirker kroppens biologiske ur meget, hvilket konkret sker ved påvirkning af retina (øjets nethinde, red.) i løbet af dagen, lige som udskillelsen af melatonin fra hjernen i de mørke timer har stor betydning for at fremkalde søvn.



Flere studier viser, at søvnens vigtigste opgave er at vedligeholde hjernens funktion, og talrige forsøg har vist, at søvnmangel fører til nedsat hukommelse og svækket reaktionsevne. Søvn har også stor betydning for patienters fysiologiske og mentale genopbygning efter sygdom og evt. operation. Den er vigtig for genopbygning af kroppens celler og væv, for immunforsvaret, udskillelse af vitale hormoner og for kroppens temperaturregulering. Og søvnen medfører desuden ændringer i det autonome nervesystem, bl.a. med påvirkning af puls, blodtryk og åndedræt til følge.

For at kunne hjælpe patienter til bedst mulig søvn er det derfor vigtigt, at sygeplejersker har nogenlunde styr på søvnstadier og -cykler, men også patienternes individuelle søvnmønstre og -vaner.

”Det giver bedre mulighed for at tilrettelægge faglige observationer, pleje og andre aktiviteter omkring patienten, så de forstyrres mindst muligt i løbet af natten. Og så kan sygeplejerskerne også bedre hjælpe de patienter, der har svært ved at falde i søvn. Plejer patienten f.eks. at geare ned med en kop the før sengetid derhjemme, kan sygeplejerskerne hjælpe patienterne til det samme under indlæggelse,” foreslår Katrine Løppenthin. ●



Stress, støj og smerter stjæler natten

Mange mennesker oplever forbigående problemer med at sove, men søvnproblemer er særlig udtalt, når man bliver syg og evt. indlægges. Her kan både sygdom, evt. operation, pleje og behandling, det fremmede hospitalsmiljø og personalets interventioner og snak forstyrre nattesøvnen.

Søvnproblemer er udbredt blandt mange voksne danskere. Søvnproblemer bliver mere almindeligt med alderen, og kvinder oplever det oftere end mænd. Ifølge Sundhedsstyrelsens seneste nationale sundhedsprofil har 11 pct. af de voksne danskere været meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, og yderligere 30 pct. har været lidt generet.

Søvnproblemer kan være forbigående (af dages varighed), korterevarende (af ugers varighed) og endelig længerevarende/kroniske (af måneder til års varighed). Søvnproblemer, der har stået på over længere tid, kaldes også insomni, der beskrives som en subjektiv opfattelse af utilstrækkelig søvn pga. indsovnings- og/eller gennemsovningsbesvær. Insomni kan igen opdeles i primær og sekundær insomni. Primær insomni er betegnelsen for søvnproblemer, der opstår uden nogen åbenlys årsag, men sekundær insomni betegner søvnproblemer, der optræder sammen med eller som konsekvens af dårlige søvnvaner, sygdomme eller andre lidelser.

Ifølge Katrine Løppenthin optræder de fleste tilfælde af insomni samtidig med andre sygdomme og er derfor ofte blevet omtalt som sekundær insomni. Det har imidlertid medført en antagelse om en kausal sammenhæng og ofte en forventning om, at behandlingen af den bagvedgrundliggende sygdom derfor også ville medføre, at søvnproblemerne aftog.

”Men det er ikke altid tilfældet, og derfor er søvnproblemer generelt blevet underbehandlet,” siger Katrine Løppenthin og uddyber:

”Komorbid insomni betegner derimod et bi-direktionelt forhold, hvor både søvnproblemer og den fysiske eller psykiske sygdom påvirker hinanden. Det er derfor vigtigt, at søvnproblemer ikke bare bliver anskuet som en del af et komplekst symptombillede, men også bliver adresseret som et selvstændigt problemfelt, som fremadrettede sygeplejehandlinger skal målrettes,” siger Katrine Løppenthin.

Årsagerne til søvnproblemer er mange. De kan f.eks. skyldes miljømæssige forhold som støj, lys om natten eller for høj rumtemperatur.

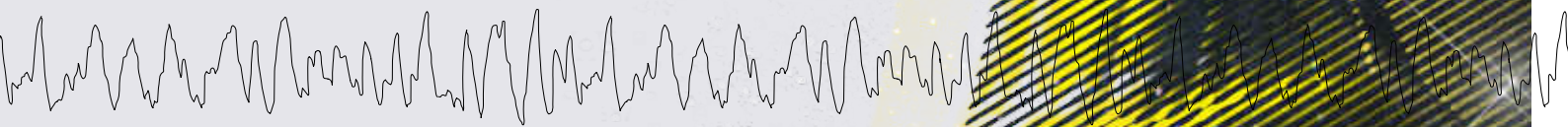
”Nogle har måske for vane at bruge sengen som arbejdsværelse og har computer og tv i soveværelset. Det, ved vi, kan påvirke søvnen negativt,” siger Katrine Løppenthin.

Det samme kan både sult og tørst, og det er ligeledes velkendt, at indtagelse af koffeinholdige drikke som kaffe og the kan volde mange problemer med at sove, hvilket skyldes, at koffein undertrykker REM-søvnen. Andre faktorer er alder, fysisk anstrengelse eller dårlige søvnvaner, og også ens psykiske velbefindende har en meget central indvirkning på søvnen.

”Bekymringer, nervøsitet, stress, kriser og sorg kan påvirke søvnen og vores søvnvaner meget,” tilføjer Katrine Løppenthin.

Indlagte patienter sover let

Kigger man på søvnproblemer hos syge mennesker f.eks. med kroniske sygdomme eller med en kræft- eller hjertediagnose, er andelen med søvnproblemer for nogle grupper helt oppe på 90 pct., fortæller Katrine Løppenthin. Overordnet kan sygdom medføre usikkerhed og angst, hvilket kan skabe en stressende situation med øget aktivitet i det sympatiske nervesy-



stem. Det øger udskillelsen af stresshormoner som kortisol, adrenalin og noradrenalin og medfører søvnvanskeligheder.

”Sygdomme kan i sig selv skabe fysisk ubehag, symptomer eller utryghed, der kan påvirke søvnen negativt, f.eks. åndenød hos KOL- eller astmapatienter. Mange sygdomme medfører desuden smerter, som også forstyrrer søvnen, f.eks. kroniske sygdomme som gigt eller fibromyalgi. Men smerter kan selvfølgelig også opstå akut pga. læsioner eller operation,” uddyber Katrine Løppenthin.

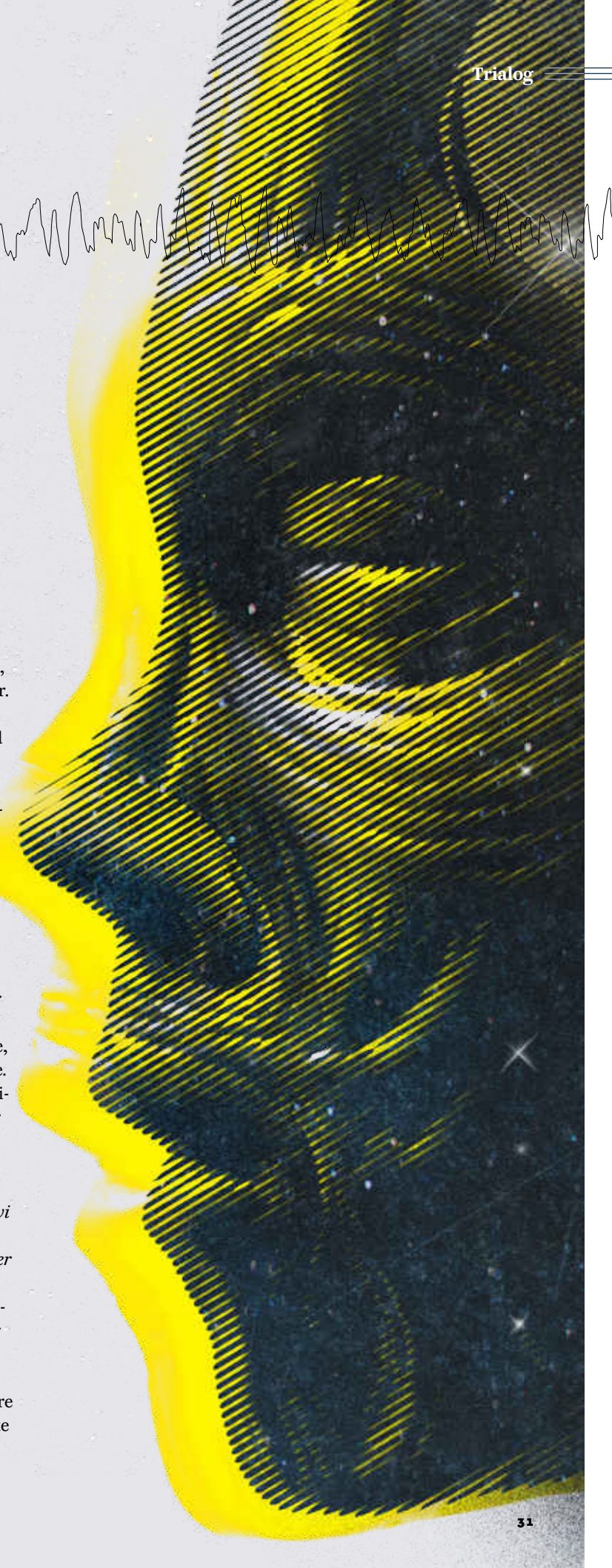
Medicinsk behandling kan også medføre søvnproblemer, f.eks. er betablokkere og kortisol kendt for at kunne give søvnforstyrrelser, og vanddrivende medicin kan føre til, at patienterne skal på toilettet om natten.

En stor del af søvnproblemerne hos indlagte patienter skyldes dog også de fysiske forhold f.eks. tosenkstuer, lys, alarmer og personsøgere.

”Patienterne ligger i et uvant miljø, uden egen seng og dyne, med apparatur, andre lyde og anden belysning end derhjemme. De deler også ofte stue med andre patienter, som kan virke intimiderende og forstyrrende. Og mange indlagte patienter sover generelt ”let” og har mindre af den dybe søvn,” siger Katrine Løppenthin.

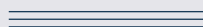
Vi har mange patienter, der kræver observation om natten. Flertallet kommer her anden nat efter deres operation, og da vi spurgte direkte, klagede en del over, at det netop var sygeplejerskerne, som vækkede dem om natten, enten fordi de selv eller medpatienten skulle tilses.

”Det er velkendt, at mange patienter vågner, fordi sygeplejerskerne skal tilse dem om natten, larmer unødigt eller taler for højt. Måske kan man godt vente med at måle nogle værdier, til patienten vågner eller f.eks. ved 6-tiden. Sygeplejerskerne skal virkelig overveje, hvad der er nødvendigt at udføre omkring patienten midt om natten, og hvad der evt. kan vente til tidligt om morgenen,” siger Katrine Løppenthin. ●



Dårlig søvn er livsfarlig

Søvnproblemer kan forlænge den tid, patienter er om at restituere efter sygdom og evt. operation og også påvirke evnen til at overkomme bivirkninger. Langvarige søvnproblemer giver desuden øget risiko for stress, overvægt, type-2-diabetes, hjertekar-sygdomme og i værste fald for tidlig død.



De fleste kan nikke genkendende til, at selv en enkelt nat uden ordentlig søvn har betydning for vores velbefindende dagen derpå. Søvn er vigtig, fastslår Katrine Løppenthin:

”Vores hjerne har rigtig meget brug for søvn, og har vi sovet dårligt, har vi ofte en kortere lunte, og vi kan måske heller ikke huske så godt.”

Selv korterevarende søvnmangel kan altså påvirke menneskers indlæring, koncentrationsevne, hukommelse og kontrol af følelser negativt.

”Når man er træt, har man ofte sværere ved at tage nye ting og informationer til sig, og det er selvsagt problematisk, især i forhold til patienter, der jo modtager informationer i en lind strøm,” siger Katrine Løppenthin.

Manglende fysisk og mentalt overskud kan desuden besværliggøre patientens genoptrænings- og rehabiliteringsforløb efter et sygdomsforløb.

”En god smertedækning til natten er af stor betydning for at kunne få en god nattesøvn. Og en god nattesøvn er lige så vigtig for patientens evne til at overkomme bivirkninger og håndtere smerter den efterfølgende dag. Forskning har vist, at dårlig søvn kan øge smertesensitiviteten for flere patientgrupper,” forklarer hun.

Kan føre til øget dødelighed

Den dybe søvn er endvidere vigtig for helning-> af hud, knogler og væv, og længere tids søvnmangel, især mangel på dyb søvn, kan resultere i et forhøjet kortisolni-

veau, hvilket kan forlænge sårheling, øge infektionsrisikoen og føre til dårlig regulering af hjerterytme og forhøjet blodtryk.

Flere studier viser desuden, at længerevarende søvnproblemer, det vil sige af måneders varighed, kan føre til stress, depression, overvægt, udvikling af type-2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme. ”Der er tegn på, at søvnmangel påvirker vores metabolisme. Og der er en klar sammenhæng mellem længerevarende søvnmangel og lidelser som depression og angstsygdomme. Den går begge veje, søvnmanglen kan føre til sygdommene, og sygdommene resultere i søvnmangel,” siger hun.

I mange videnskabelig undersøgelser ses desuden en sammenhæng mellem søvnlængde og dødelighed, hvor personer med kort eller lang søvn har tendens til øget dødelighed.

”Det skyldes formentlig en sammenhæng med de komobiditeter, som opstår som en konsekvens af søvnproblemer og forværring af den eksisterende sygdom,” fortæller Katrine Løppenthin. ©



Patienter kan lære at sove mere og bedre

Sygeplejersker møder patienter med søvnproblemer mange steder. Selvom søvnproblemerne ofte skyldes en blanding af sygdom, behandling og dårlige søvnvaner, kan **sygeplejersker hjælpe mange patienter til en bedre søvn** både på og uden for hospitalet ved brug af simple redskaber som indsamling af søvnanamnese og formidling af god søvnhygiejne.

Som beskrevet i de foregående artikler har søvnproblemer mange forskellige årsager og lige så mange, hvis ikke flere konsekvenser. Uanset om man arbejder på f.eks. et hospital, et plejecenter eller i en kommune, har sygeplejersker både et ansvar og en oplagt mulighed for at hjælpe og vejlede patienterne med søvnproblemer.

”Det er vigtigt at få løst søvnproblemer så hurtigt som muligt, da der ellers er risiko for, at de kan blive kroniske,” siger Katrine Løppenthin.

Mange sygeplejersker inklusive hende selv når dog aldrig for alvor i gang, endsige til bunds i punktet patientens søvn, hvilket kan skyldes travlhed, men også de meget korte indlæggelsestider.

Når en patient kun er indlagt 1-3 dage, er søvnen altså ikke det primære omdrejningspunkt. Og her kan det også være svært at gøre noget konkret, især hvis det er noget fysiologisk, som forårsager dårlig søvn?

”Det kan du have ret i, men ligesom vi er blevet bedre til at indsamle viden om patienternes ernærings- og smertetilstand, skal vi måske også blive bedre til at indhente en god søvnanamnese,” siger Katrine Løppenthin og tilføjer:

”Vi mangler måske også viden. Kan en patient ikke sove, kan jeg ikke huske, at jeg selv er blevet oplært til andet end at ryste puden, vende dynen, give en indslumringspille og slukke lyset. Og det er jo slet ikke nok,” erkender hun.

For især de indlagte patienter er der nogle helt grundlæggende ting, der skal være på plads for at sikre en bedre nattesøvn, f.eks. korrekt smertedækning og lejrning, og der skal også gerne være ro, en god temperatur og dæmpet belysning i lokalet, hvor patienten skal sove, hvilket naturligvis kan være en udfordring på en flersengsstue med udstyr og medpatienter.

Da vi for nogle år siden havde ekstra meget fokus på søvn, prøvede vi at flytte rundt på patienterne, så de passede nogenlunde sammen både søvn- og plejemæssigt. Det førte også til drøftelser, som medførte, at patienterne nu får mulighed for at sove nogle timer mellem nattens observationer, så de får mulighed for at sove en hel cyklus.

”Det er rigtig gode eksempler på, hvordan mere viden om søvn kan føre til bedre sygepleje i forhold til patienternes søvn,” siger Katrine Løppenthin.

Inddrag patienten

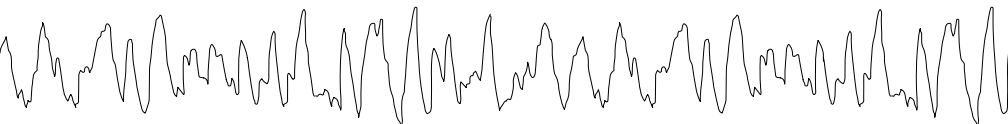
Katrine Løppenthin anbefaler, at sygeplejersker arbejder mere systematisk med patienternes søvn ved hjælp af hhv. søvnanamnese og søvnhygiejne (se boksene ”Søvnanamnese” og ”Søvnhygiejne”).

”Allerede ved indlæggelsessamtalen er det vigtigt, at sygeplejersken spørger mere ind til patientens søvn og sovevaner, altså laver en decideret søvnanamnese, akkurat som vi har for vane at gøre i forhold til f.eks. smerter,” siger Katrine Løppenthin.

Søvnanamnesen skal typisk afdække patientens egen vurdering af søvnkvalitet, normal sengetid og indsovningsstid, normal opvågningsstid og tidspunkt for at stå op samt evt. dagsøvn.

”Det er også vigtigt at spørge om, hvordan patienternes nattesøvn generelt påvirker deres funktion dagen efter. Har man sovet dårligt en enkelt nat, vil man være lidt mere træt dagen derpå. Men mange søvnforskere er begyndt at kigge på, hvad søvnen har af betydning for funktionen næste dag. Det er et vigtigt parameter, da det er meget individuelt, hvor meget søvn man har brug for,” understreger Katrine Løppenthin.

De fleste patienter vil af og til opleve søvnproblemer, men hvis søvnproblemerne virker mere udtalte, er det vigtigt



Søvnhygiejne

Søvnhygiejne er en række gode råd til bedre søvn:

- Sørg for roligt soverumsmiljø: Moderat temperatur (19-21 grader), mørke, stilhed og ro. Lydniveauet bør ikke overstige 30 decibel (dB) om natten (almindelig tale har en lydstyrke på 50 dB, lavmælt 45 dB, lyde på 45 dB kan vække patienterne)
- Brug evt. ørepropper og maske over øjnene
- Motionér regelmæssigt, men undgå intensiv motion de sidste timer før sengetid
- Drik ikke kaffe, te og cola efter kl. 17
- Undgå alkohol om aftenen
- Undgå rygning om aftenen, og hvis du vågner om natten
- Undgå hvil om dagen, og hvis nødvendigt da inden kl. 15 om eftermiddagen og højst af 1 times varighed
- Nedsæt væskeindtag om aftenen
- Gå ikke sulten eller overmæt i seng
- Tag ikke problemer med i seng
- Lær en afspændingsteknik, og brug den, hvis du vågner
- Stå op og gå i seng på samme tidspunkt
- Stå op, hvis du ikke kan sove
- Undgå ikkesøvnrelaterede aktiviteter (med undtagelse af sex) i soveværelset, f.eks. arbejde, besvare e-mails osv.
- Undgå lys fra skærme, f.eks. computer, tablets og tv før sengetid
- Sørg for at have rutiner før sengetid
- Undgå regelmæssig brug af sovemidler. De kan ved langvarig brug forstyrre søvnen og løser ikke søvnproblemer
- Brug af alkohol som sovemiddel frarådes. Alkohol kan gøre det lettere at falde i søvn, men giver urolig søvn med mange opvågninger og dårlig søvnkvalitet

Listen er ikke udtømmende.

Kilde: "Klinik Grundbog i sygepleje", Munksgaard, 2014, samt rapporten "Søvn og sundhed", Vidensråd for Forebyggelse, 2014.

at afklare, om de er opstået i forbindelse med det nuværende sygdomsforløb eller snarere har langvarig karakter.

"Man kan f.eks. spørge ind til kaffeforbrug, aktiviteter, motionsvaner og evt. medicin. Der er som regel flere årsager til længe-revarende søvnproblemer," siger Katrine Løppenthin og tilføjer:

"Over for patienter med dårlige søvnvaner er det også vigtigt at understrege, at vi er robuste mennesker. At det er helt normalt at vågne om natten, og at man ikke bliver alvorligt syg, fordi man sover dårligt nogle nætter. Men langvarige søvnproblemer er altså sundhedsskadelige og skal tages alvorligt."

Derudover skal sygeplejersker og patienter huske, at et døgn består af dag og nat, som spiller sammen i forhold til søvn.

"Patienter med søvnproblemer skal være opmærksomme på, hvad de bruger deres krop på om dagen. En lur skal f.eks. ikke ligge efter kl. 15, og mange patienter sover dårligt, fordi de ikke får brugt deres krop nok. Regelmæssig motion, dog ikke de sidste timer før sengetid, gavner søvnen positivt," forklarer Katrine Løppenthin.

Med de konkrete oplysninger om patientens søvn og søvn-rutiner er sygeplejerskerne bedre klædt på til at målrette evt. interventioner med henblik på at afhjælpe patientens søvnproblemer.

"Mange voksne har akkurat som børn nogle faste, beroligende rutiner omkring sengetid, der viser kroppen, at den skal gear ned. Og sygeplejersker kan med fordel støtte patienterne i at "natte af" - aktivt spørge, om der er noget, de skal hjælpe med," siger Katrine Løppenthin og fortsætter:

"Mange patienter ligger desuden ofte søvnløse pga. nervøsitet natten før en operation, og her er det en fornem sygeplejerskeopgave at tale med patienterne, så de forhåbentlig kommer til at slappe mere af," siger Katrine Løppenthin.

Tal med patienten om søvnhygiejne

Sygeplejersker kan med fordel også bruge og introducere patienterne for søvnhygiejne, som er en række løst definerede generelle anbefalinger, der kan fremme god søvn.

"Søvnhygiejne dækker over en række råd, der er målrettet livsstils- og miljømæssige faktorer, som både sygeplejersker og patienter kan navigere efter, uanset om man er indlagt, bor på plejecenter eller i eget hjem," fortæller Katrine Løppenthin.

Rådet om at sørge for et roligt soverumsmiljø, moderat temperatur, mørke, stilhed og ro kan være svært at håndhæve på et hospital, men hvis f.eks. afdelingsledelsen centralt beslutter, at alle fjernsyn skal slukkes, og der skal være ro kl. 23, er det nemmere for sygeplejerskerne at sikre et bedre sove miljø.





Et andet råd går på at lære en afspændingsteknik.

”Generelt er afslapning godt, og her kan sygeplejersker byde aktivt ind med råd og vejledning til afslapning eller mindfulness, f.eks. hvis patienten har svært ved at falde i søvn eller har mange og langvarige opvågninger,” siger Katrine Løppenthin.

En meget enkel øvelse er at lægge sig ned, spænde musklerne for så at give slip og slappe af igen.

”Den skal gentages nogle gange. Det er ikke stor videnskab, men det får patienterne til at koncentrere sig om deres muskler og ikke tanker. Det kan flytte rigtig meget hos mange mennesker,” siger Katrine Løppenthin.

Vi begyndte at foreslå de patienter, der lå vågne i mere end en halv time, at blive hjulpet ud af sengen og over i en stol eller ud i dagligstuen for at foretage sig noget andet end at ligge i sengen.

”En seng er til at sove i, kan man ikke sove, skal man stå op igen. Det er selvfølgelig en balance, vi skal ikke hive folk ud af sengen, bare fordi vi kan, og måske kan vi også fremme søvnen på en anden måde. Men kan de ikke sove pga. smerter eller dum liggestilling, er det godt at komme ud og bevæge kroppen eller læse en kedelig bog og så ind og prøve igen, når man begynder at blive træt,” siger Katrine Løppenthin.

For nogle patienter skyldes søvnproblemerne et decideret tankemylder, hvor den ene tanke tager den anden. Her kan patienterne blive udstyret med en blyant og et stykke papir.

”Det hjælper ofte at skrive tankerne ned, det behøver ikke at være klogt eller detaljeret, men det kan hjælpe på indsovningsprocessen at få ryddet op i sin hjerne, før man skal sove.”

Hvornår sov du godt?

I forhold til længerevarende søvnproblemer kan flere patienter have gavn af kognitiv adfærdsterapi og lysterapi. Nogle gange kan medikamenter også hjælpe.

”Sovemedicin kan være en god ting, men det skal overvejes nøje, også hvis patienten er indlagt i længere tid. Er tilstanden forbigående eller vedvarende? Sovemedicin kan bryde en dum cirkel eller give ro natten før operationen, men anbefalingen er, at man højst tager sovemedicin i fire uger, da det ellers kan skabe afhængighed,” advarer Katrine Løppenthin.

For nogle år tilbage gennemførte vi et søvnstudie, hvor interventionsgruppens patienter blev behandlet for søvnproblemer ud fra bl.a. principperne i søvnhygge, mens kontrolgruppen blev behandlet som ”normalt”. Studiet viste bl.a., at patienterne i interventionsgruppen to måneder efter brugte mindre sovemedicin end kontrolgruppen. Det kom meget bag på mig, men jeg er overbevist om, at bare det, at vi var med til at bevidstgøre patienterne om, hvordan de sover, og hvad de selv kan gøre for at sove bedre – altså at vi italesætter problematikken over for patienterne og giver dem nogle redskaber med hjem – kan flytte rigtig meget.

”Det er jeg helt enig i. Og nogle gange kan man også få patienterne til at tænke over deres søvnvaner ved at stille det modsatte spørgsmål. ”Har du nogensinde haft en god nattesøvn, og hvad kendetegnede den. Hvad kendetegnede den foregående dag?” Så kan patienterne fokusere på at gøre mere af det gode, som forhåbentlig var medvirkende til, at de sov godt,” afslutter Katrine Løppenthin. ©

Hvad kan sygeplejersker gøre?

- Foretag søvnanamnese systematisk
- Undervis patienterne i god søvnhygge
- Hjælp immobile patienter med hensigtsmæssig lejring
- Sørg for optimal kontrol af søvnforstyrrende symptomer, f.eks. smerter
- Luft ud på stuen og sørg for passende temperatur
- Giv så vidt muligt patienten ro efter kl. 22
- Sørg for, at medicin og i.v. er givet før sovetid
- Sørg for, at bippende apparater er slukkede/skruet ned
- Dæmp belysningen
- Undersøg bivirkninger af medicin, giv opkvikende præparater inkl. vanddrivende om morgenen og sløvende præparater om aftenen
- Vær stille, tal sagte, undgå larmende fodtøj og om muligt larmende aktiviteter i nattevagt.

Kilde: Den kliniske retningslinje "Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter", Center for Kliniske Retningslinjer - Clearinghouse, 2013.

Læs mere om den helende søvn

Løppenthin K. The Association between Fatigue, Physical Activity and Sleep in Patients with Rheumatoid Arthritis. Ph.d.-afhandling; Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet 2014.

Løppenthin K. Træthed hos patienter med reumatoid artrit – et multifaktoriel og multidimensionelt fænomen. BestPractice; maj 2015.

Greve H, Pedersen PU. Improving sleep after open heart surgery – Effectiveness of nursing interventions. Journal of Nursing Education and Practice, Vol 6, No. 3, 2016.

Greve H. Søvn. I Jastrup S, Rasmussen DH (red). Klinik Grundbog i sygepleje. København: Munksgaard 2014.

Jenum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A et al. Søvn og sundhed. Rapport; Vidensråd for Forebyggelse 2015.

Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter. Center for Kliniske Retningslinjer - Clearinghouse 2013. www.kliniskeretningslinjer.dk



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

- Hjertesygdom:** En individuelt tilrettelagt plejeplan giver ikke nødvendigvis mærkbare resultater for patientens helbred.
- Demens:** En litteraturgennemgang afdækker, om støttegrupper for pårørende til demente er en fordel.
- Sondemad:** Et systematisk review identificerer to metoder til sikker anbringelse af en ernæringssonde hos den intuberede patient.
- Smertevurdering:** En dialog mellem patient og sygeplejerske om smerteoplevelse er et bedre udgangspunkt for patienten til at fortælle om sin smerte.

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.



Plejeplan hjælper ikke patienter med hjerteinsufficiens

Hjertesygdom. Umiddelbart vil man tænke, at en individuel plejeplan tilrettelagt i samarbejde med patienten vil give mærkbare resultater for patientens helbred, men det var ikke tilfældet i dette studie.



Larsen P & Pedersen
PU: **The effectiveness of individual rehabilitation on health status in patients with heart failure: A quasi-experimental study.**
International Journal of Nursing Practice
2016;(22):15-21.

Abstract og artikel findes ved at søge på artiklen.

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at teste, om patienter med hjerteinsufficiens opnår bedre helbredsstatus, hvis de modtager pleje efter en individuelt udformet plejeplan med undervisning og støtte udført af en sygeplejespecialist efter udskrivelse fra ambulatoriet.

Metode: Først blev helbredsstatus undersøgt i en kontrolgruppe på 90 patienter med spørgeskemaet Short Form 36 (SF36). Derefter modtog en gruppe på 72 (interventionsgruppe) pleje efter en individuel plejeplan, der indeholdt undervisning og støtte med udgangspunkt i patientens evne til egenomsorg, og som havde til formål at motivere patienten til øget egenomsorg. Der blev opstillet individuelle mål på denne baggrund. Sygeplejespecialisten ringede patienterne op efter en måned og efter tre måneder,



Det er relevant at overveje, om anvendelse af individuel plejeplan udført af sygeplejespecialist afspejler den rette anvendelse af sygeplejersressourcer i praksis.

hvor dialogen med patienten blev fortsat på samme måde som ved udskrivelsen. Begge grupper besvarede SF36 spørgeskemaet igen efter tre måneder.

Resultater: Der var ingen statistisk signifikant forskel på helbredsstatus i kontrolgruppen og i interventionsgruppen, hverken før eller efter at interventionsgruppen havde modtaget pleje efter den individuelle plejeplan udført af en sygeplejespecialist.

Diskussion: Det er ikke så almindeligt, at der publiceres et studie, som viser, at den undersøgte intervention ingen effekt har. Det er dog ganske relevant at overveje, om anvendelse af individuel plejeplan udført af sygeplejespecialist afspejler den rette anvendelse af sygeplejersressourcer i praksis – måske var et andet tiltag mere effektivt.

Konsekvenser for praksis: Set isoleret skal der andre (pleje)tiltag til for at forbedre helbredsstatus hos patienter med hjertesvigt end en individuel plejeplan udført af en sygeplejespecialist. ●

Mette Trads, RN, MKS, ph.d.-studerende, udviklingssygeplejerske, Ortopædkirurgisk og kirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers

Meningsfulde støttegrupper for pårørende til demente

Demens. Sygeplejersker antager, at støttegrupper er en fordel for pårørende til demente, men vi ved ikke, om det er rigtigt. En samlet gennemgang af litteratur om, hvorvidt pårørende har oplevet at have udbytte af at deltage, foreligger nu i denne metasyntese.



Lauritzen J, Pedersen PU, Sørensen EE, Bjerrum MB. **The meaningfulness of participating in support groups for informal caregivers of older adults with dementia: a systematic review.** JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. 2015;13(6)373-433.

Abstract og artikel findes ved at søge på artiklen.

Introduktion: At være omsorgsgiver og pårørende til hjemmeboende ældre demente kan af den pårørende opfattes som en stor byrde. Det kan udløse angst, stress, træthed og til tider føles meningsløst. I Danmark er der i de sidste 20 år oprettet mange forskellige former for støttegrupper for pårørende. Grupperne er oprettet på et mere eller mindre løst teoretisk grundlag, og der har ikke foreligget en samlet gennemgang af litteratur om, hvorvidt pårørende har oplevet at have udbytte af at deltage. En gennemgang foreligger nu i denne metasyntese. Formål med metasyntesen var at identificere, om det er meningsfuldt for pårørende til ældre demente, der bor i eget hjem, at den pårørende deltager i en støttegruppe.

Metode: Der er udarbejdet en metasyntese på baggrund af systematisk søgning af litteratur i 11 internationale databaser og på 11 hjemmesider. Søgningen omfattede også søgning efter såkaldt "grå litteratur" forstået som trykte og elektroniske dokumenter, som ikke er registrerede i nationalbibliografier og fagbibliografier. Udtrykket bruges især om akademisk/videnskabelig litteratur, som ikke er færdiggjort til egentlig offentliggørelse, men som er omfattet af ophavsret. Grå litteratur publiceres ikke af kommercielle forlag, men er distribueret til f.eks. fagfæller og andre interesserede.

Der kunne inkluderes studier publiceret på dansk, engelsk, norsk, svensk og tysk. Der blev identificeret fem kvalitative studier, der omhandlede pårørendes oplevelse af at deltage i støttegrupper. Artiklerne blev vurderet metodisk, og fund blev ekstraheret.

Resultater: Der blev i alt identificeret 59 fund, der samles i fem kategorier og leder til tre metasynteser, der omhandler:

"Følelsesmæssigt udbytte af pårørendestøtte", "At møde udfordringen som pårørende og omsorgsgiver" og "At forudse og møde fremtiden på baggrund af møderne i gruppen".

Diskussion: Metasyntesen bygger på fund i studier af høj kvalitet og fra studier fra en række forskellige lande. Pårørende oplever, at de har udbytte af at deltage i støttegrupper, og møderne hjælper dem med at drøfte udfordringer i dagliglivet som omsorgsgiver til demente.



Pårørende oplever, at de har udbytte af at deltage i støttegrupper.

Konsekvenser for praksis: Hovedforfatteren er ved at gennemføre en undersøgelse af, hvordan danske deltagere oplever udbytte af at deltage i støttegrupper i Danmark. Det bliver spændende at se, om resultaterne stemmer overens med internationale fund.

Denne metasyntese er udarbejdet i regi af Joanna Briggs Institute, Adelaide, Australien, i samarbejde med Center for Kliniske Retningslinjer. Protokoller for systematiske review, metaanalyser eller metasynteser, der udarbejdes af danskere, kan findes på: www.cfkr.dk/publikationer ©

Preben Ulrich Pedersen, professor, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Aalborg Universitet

Sikker placering af ernæringssonde

Sondemad. Et systematisk review identificerer to metoder til vurdering af placeringen af en ernæringssonde. Den ene metode giver sygeplejersken stor sikkerhed for at placere sonden korrekt.



Bennetzen LV, Håkonsen SJ, Svenningsen H, Larsen P. **Diagnostic accuracy of methods used to verify nasogastric tube position in mechanically ventilated adult patients. A systematic review.** JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. 2015;13(1):188-233.

Abstract og artikel findes ved at søge på artiklen.

Introduktion: Sikkerhed for korrekt placering af fødesonde hos patienter, som er intuberede, er essentiel. Denne systematiske gennemgang af litteraturen viser, at der findes metoder med høj grad af sikkerhed, men at disse metoder ikke er 100 pct. sikre i alle situationer. Anvendelse af medicinske teknologier bliver mere og mere udbredt. Uanset hvilken medicinsk teknologi der anvendes, skal den valgte teknologi altid kombineres med præcise og specifikke observationer foretaget af kompetente sygeplejersker. Hvis rapporterede observationer er upræcise og irrelevante, øges risikoen for patienterne, og sygeplejefaget mister sin berettigelse.

Formål med studiet var at identificere sikkerheden af metode til vurdering af korrekt placeret ernæringssonde hos patienter, som er intuberede.

Metode: Der er udarbejdet et systematisk review, som bygger på systematisk søgning af litteratur i 11 internationale databaser. Der kunne inkluderes studier publiceret på dansk, engelsk, norsk og svensk. Der blev identificeret fem studier, som var relevante. Artiklerne blev vurderet metodisk af to personer uafhængigt af hinanden, og fund blev ekstraheret.

Resultat: Der blev identificeret to forskellige metoder til vurdering af ernæringssondens placering (colorimetric capnography (CC) eller capnography). Metoden CC havde en sensitivitet på 88-100 pct. og en specificitet på 90-100 pct., når sonden blev testet i forhold til placering gennem næsen til ventrikel.

Diskussion: Der er således stor sikkerhed for korrekt placering af fødesonde, når placeringen testes med CC-metoden.

Dette systematiske review er udarbejdet i regi af Joanna Briggs Institute, Adelaide, Australien, i sam-

arbejde med Center for Kliniske Retningslinjer. Protokoller for systematiske review, metaanalyser eller metasynteser, der udarbejdes af danskere, kan findes på: www.cfkr.dk/publikationer.



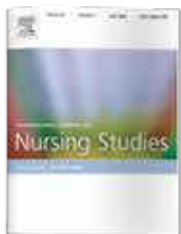
Sammenlignet med kontrolrøntgen, før en sonde anvendes, ville man med denne metode reducere røntgenbestråling af patienten.

Konsekvenser for praksis: Med CC-metoden kan man hurtigt og sikkert kontrollere, om en sonde er fejlplaceret til lungerne, ved at teste, om der udskilles CO₂ gennem den. I de studier, der er udarbejdet, ser det ud til, at det er en meget sikker metode til at opdage lungeplacerede sonder. Sandsynligvis er metoden lige så sikker som røntgenkontrol af sondeplacering. Metoden anvendes endnu ikke i Danmark. Sammenlignet med kontrolrøntgen, før en sonde anvendes, ville man med denne metode reducere røntgenbestråling af patienten, spare penge, personaleresourcer og undgå, at opstart af ernæring eller tabletbehandling blev unødigt forsinket. ●

Preben Ulrich Pedersen, professor, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Aalborg Universitet

Patienter er bedst til selv at beskrive smerte

Smertevurdering. Når patient og sygeplejerske taler om smerter, er det sygeplejersken, som spørger, og patienten, der svarer. Men en dialog mellem parterne om smerternes karakter og betydning for patienten er et bedre udgangspunkt.



Eriksson K, Wikström L, Fridlund B, Årestedt K, Broström A. **Patients' experiences and action when describing pain after surgery – A critical incident technique analysis.** Int J Nurs Stud. 2016 Apr;56:27-36. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.12.008. Epub 2015 Dec 29.

Abstract og artikel findes ved at søge på artiklen. Benyt Doi-nummeret.

Introduktion: Vurdering af postoperative smerter er et væsentligt problem på trods af, at forskningen har ledt til forbedringer i de kliniske rutiner. Kommunikation mellem patienter og plejepersonale er en betydende faktor, og patienterne skal have mulighed for at beskrive deres smerter. Det er et identificeret problem, at samtale om smerter ofte er baseret på envejskommunikation, hvor sygeplejersken spørger patienten. Formålet med undersøgelsen var at beskrive patienters oplevelser og handlinger, når der var behov for at beskrive postoperative smerter.

Metode: Der blev foretaget semistrukturerede interview med 23 patienter fra fire svenske hospitaler 1-7 dage efter operation. Der blev anvendt et eksplorativt design. Analysen blev foretaget ud fra J.C. Flanagan's "critical incident technique", hvor en afgørende begivenhed efterfølgende påvirker adfærd og handlinger.

ressourcer til at gennemføre vurdering af smerter." Patienter var påvirket af deres forventninger og tolerance over for smerter. Beskrivelsen af smerter kunne blive begrænset af frygt for at komme i konflikt med plejepersonalet eller blive anset som klynkende. Plejepersonalets holdning og manglende overholdelse af procedurer var med til at påvirke patienters evne til at beskrive smerter.

To hovedområder viste sig omkring handlinger: "Patienter anvendte aktive strategier, når smerter skulle beskrives" og "Patienter brugte passive strategier, når smerter skulle beskrives". Patienter informerede plejepersonalet om deres smerter og stillede spørgsmål, så de selv kunne håndtere smertebehandlingen. Egenomsorg viste sig gennem afledning og undgåelse af smerter eller ved selv at behandle smerterne. Andre var passive og udholdt smerterne eller afstod fra kontakt til personalet for ikke at forstyrre dem i deres arbejde.

Diskussion: Postoperativ smertevurdering er kompleks. I en klinisk kontekst handler det ikke blot om at lade patienterne score deres smerter, men også om at lade dem beskrive deres smerter, samt hvilken indvirkning smerterne har på deres situation.

Konsekvenser for praksis: De svenske resultater skønnes meget anvendelige for danske forhold. Det er væsentligt at have øje for den enkelte patient og hans/hendes præferencer, samtidig med at organisationen vedrørende vurdering af smerter bør ensrettes. ●

Beskrivelsen af smerter kunne blive begrænset af frygt for at komme i konflikt med plejepersonalet eller blive anset som klynkende.

Resultater: Ved oplevelser af smerter viste der sig to hovedområder: "Patienters ressourcer, når der var brug for at vurdere smerter" og "Sengeafsnittenes

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

HJEMMET ER AFGØRENDE FOR ÆLDRE MENNESKERS OPLEVELSE AF UAFHÆNGIGHED

BAGGRUND. Det er officiel politik i de nordiske lande, at det er bedst at blive gammel i eget hjem. Derfor er det væsentligt, at ældre mennesker bevarer deres sundhed og funktionsevne, så de kan blive i deres eget hjem så længe som muligt. Politisk lægges der vægt på at bo i eget hjem, og der er fokus på hjemmepleje, forebyggelse og sundhedsfremme. Derfor er det væsentligt at forstå, hvordan hjemmet kan være med til at fremme den ældres sundhed.

FORMÅL. Formålet med denne undersøgelse var at opnå en ny forståelse af hjemmet som sundhedsfremmende setting for ældre mennesker.

Hjemmet som sundhedsfremmende setting for ældre mennesker

Sundhedsfremme.

Kun ved at tage højde for betydningen af hjemmet og ressourcerne hos det enkelte ældre menneske kan hjemmet fungere som et sundhedsfremmende miljø.

METODE. Der blev foretaget en litteraturnemgang med refleksion og analyse ved hjælp af en hermeneutisk metode.

RESULTATER. Resultaterne viser, at det hjemlige miljø bliver en afgørende determinant for uafhængighed, når alderen stiger. Hjemmet understøtter selvbetjening, når mennesker bliver ældre, det vækker associationer til fortiden, og det kan give de ældre mennesker nærhed til familien og en følelse af at være en del af lokalmiljøet.

KONKLUSIONER. Kun ved at tage højde for betydningen af hjemmet og ressourcerne hos det enkelte ældre menneske kan hjemmet virkelig fungere som et sundhedsfremmende miljø. Hvis sundhedspersoner kun fokuserer på risikoforebyggelse, kan de komme til ikke at tage hensyn til det ældre menneskes perspektiv, og det kan føre til umyndiggørelse snarere end sundhedsfremme.

I

Introduktion

Den forventede levetid i de nordiske lande er øget konstant i de sidste 20 år og er højest i Island og Sverige. I begge lande er den forventede levetid 83,3 år for kvinder og henholdsvis 79,7 og 79,3 for

mænd (1). Derfor vokser både antallet og andelen af ældre mennesker. Ifølge WHO (2) er 60 år den nedre aldersgrænse for ældre mennesker. I henhold til den aktuelle lovgivning er 65 år dog almindeligt anvendt som den nedre aldersgrænse i de nordiske lande.

Væksten i den ældre befolkningsgruppe har haft markant indvirkning på plejesystemet til de ældre. En tendens er at prioritere hjemmepleje højere end pleje på institutioner. I Danmark har hjemmepleje været prioriteret højt siden sidst i 1980'erne, og Danmark har været foregangsland med hensyn til udvikling af forebyggende hjemmebesøg (3) I Sverige blev der sat fokus på selvstændig bolig og hjemmepleje i socialloven fra 2001 (4). Institutionspleje har traditionelt været mere almindeligt i Finland end i de øvrige nordiske lande, men der er skåret ned på udbuddet af institutionspleje, og de ældre mennesker forventes nu at forblive i eget hjem (5). Det samme skift i plejemønstret er også dokumenteret i Norge (6).

Fokuseringen på det at bo i eget hjem er både motiveret af hensynet til livskvalitet og økonomiske faktorer. Hjemmet opfattes som det bedste sted at blive gammel (7), og hjemmepleje formodes at være billigere for samfundet end institutionspleje (8).

En anden tendens inden for ældreplejen er at lægge større vægt på forebyggende og sundhedsfremmende pleje. For at undgå økonomisk belastende institutionspleje er det væsentligt, at ældre

FORFATTERE

MARIANNE MAHLER

Dr.PH., cand.phil. i historie, sygeplejerske. Freelance sygeplejefaglig konsulent, tilknyttet Aalborg Universitet; København, Danmark. marianne_mahler@ofir.dk

ANNELI SARVIMÄKI

Dr.phil., docent og specialsygeplejerske. Åldreinstittutet; Helsingfors, Finland

ANNE CLANCY

Dr.PH., første amanuensis, sundhedsplejerske. Institut for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet. Campus Harstad, Norge.

BETTINA STENBOCK-HULT

Dr.phil. i pædagogik, licentiat i sundhedsvidenskab og specialsygeplejerske. Arcada; Helsingfors, Finland.

NINA SIMONSEN

Dr.phil., specialsygeplejerske. Det medicinske fakultet, Helsingfors, Finland.

ANNE LIVENG

Cand.comm., ph.d., lektor. Center for Sundhedsfremmeforskning. Institut for mennesker og teknologi; Roskilde Universitet, Danmark.

LENA ZIDÉN

Fil.DR., fysioterapeut, universitetslektor. Göteborgs Universitet, Sverige.

AUD JOHANNESSEN

Dr.PH., første amanuensis, specialsygeplejerske. National kompetancetjeneste, aldring og helse; Tønsberg, Norge.

HELENA HÖRDER

Dr.med., fysioterapeut. Centrum för äldre och hälsa (AgeCap); Göteborgs Universitet, Sverige.

Artiklen er skrevet på baggrund af et oplæg, som medlemmerne af Healthy Ageing gruppen præsenterede om hjemmet ved den syvende Nordic Health Promotion-konference i Vestfold 2013 i Norge.

Healthy Ageing gruppen er en del af Nordic Health Promotion Research Network (NHPRN), www.NHPRN.wordpress.com

Netværket består af flere forskellige grupper inden for sundhedsfremme og har 52 deltagere fra de nordiske lande. Netværket arbejder på at styrke sundhedsfremme inden for sundhedsfremmeuddannelser og med at skrive artikler om f.eks. lighed og equality. Netværket afholder en konference hvert andet år. I år holdes den ottende konference i Jyväskylä, Finland, 20-22. juni. Temaet er 20 års forskning i sundhedsfremme i Norden; helbred, velvære og fysisk aktivitet. www.jyu.fi/NHPRN.



mennesker bevarer deres sundhed og funktions-
evne, når de kommer op i årene. I Finland fremgår
dette for eksempel eksplicit af ældreplejeloven (8),
som blev vedtaget i 2013. Formålet med loven er at
understøtte den ældre befolkningsgruppes trivsel,
sundhed og funktionsevne. Kommunerne har pligt
til ikke alene at arrangere forebyggende hjemmebe-
søg, men også hjemmebesøg, hjælp og vejledning,
der fremmer sundhed og trivsel (8).

I de nordiske lande er der i relation til ældrepleje
politisk fokus på det at bo i eget hjem samt på hjem-
mepleje, forebyggelse og sundhedsfremme. Derfor
er det væsentligt at se nærmere på hjemmet som
sundhedsfremmende setting. Forståelsen af sundheds-
fremme bygger på det koncept, som er beskrevet i
Ottawa-charteret om sundhedsfremme, Ottawa Char-
ter for Health Promotion (9), hvor sundhed opfattes
som en ressource med betydning for dagligdagen,
og boligmiljøet omtales som en nøglefaktor. Siden
vedtagelsen af Ottawa-charteret (9) har der dog været
en fortsat kritik af gabet mellem den politiske retorik
i relation til sundhedsfremme og sygdomsfokuse-
ring i praksis (10). Ifølge Becker (11) er der stadig en
dominerende forankring i patogenicitet, som giver sig
udslag i, at fremskridt fortsat måles set i forhold til
negative udfald.

Formålet med denne undersøgelse var at opnå en
ny forståelse af hjemmet som sundhedsfremmende
setting for ældre mennesker. Dette indebærer en
nyfortolkning af hjemmets betydning i et sundheds-
fremmende perspektiv.

M

Metode

For at opnå en ny forståelse af
hjemmet som sundhedsfrem-
mende setting blev der
foretaget en litteraturgennem-
gang med refleksion og analyse
ved hjælp af den metode, der
kaldes den hermeneutiske

cirkel (12). Denne metode indebærer fortolkning af
og refleksion over tekster ved at skifte frem og
tilbage mellem "helheder" (en samlet forståelse) og
"dele" (en forståelse af linjer, passager), indtil der er
opnået en ny forståelse.

I denne undersøgelse udgjorde en forståelse af
betydningen af begrebet hjem referencerammen
for de efterfølgende refleksioner og fortolknin-
ger. Efter først at have beskrevet betydningen
af begrebet hjem blev hjemmet fortolket som et
sundhedsfremmende miljø. Derpå blev undersø-
gelser af sikkerhedsfremmende tiltag og forebyg-
gelse/faldforebyggelse for ældre analyseret for
at afdække centrale aspekter af hjemmet som
sundhedsfremmende setting. Til sidst blev den
nye forståelse beskrevet.

Referencepunktet for analysen af tekster i
forbindelse med denne artikel var filosofien om
livsverdenen. Hjemmet er et hverdagsmiljø, som
repræsenterer ensartethed og en fælles forståelse,
men det repræsenterer også uforudsete hændelser
og individuelle forskelle.

Litteratursøgnings- og analyseprocessen havde tre
primære referencepunkter: hjemmet som hverdags-
miljø, hjemmet som sundhedsfremmende setting og,
som det tredje punkt, en skelnen mellem fremmende
og forebyggende tiltag.

De tankevækkende beskrivelser i Schutz (13)
udgjorde et væsentligt grundlag for forståelsen af
vigtigheden af hjemmet som fænomen i hverdags-
livet. En litteraturgennemgang af Heidegger (14)
bidrog sammen med Merleau Ponty (15) til en
udvidet forståelse. Hjemmet kan også ses gennem
et kulturfænomenologisk objektiv som beskrevet
af Winther (16) i hendes disputats. Winther var
under påvirkning af den canadiske arkitekt Rybc-
zynski (17).

I deres analyser udgør hjemmet både følelser
og substans og omfatter trivsel og sociale rela-
tioner såvel som de bygningsmæssige rammer.
Denne undersøgelses grundlæggende ontologiske
orientering er baseret på Schutz (13) og Heideg-
ger (14), mens forståelsen af betydningen af hjem
er udviklet af Rybczynski (17) og Winther (16),
som desuden har henledt opmærksomheden på
yderligere litteratur. Det andet referencepunkt var
hjemmet fortolket som en sundhedsfremmende
setting, og i denne forbindelse blev folkesund-
hedslitteratur analyseret. Denne søgning viste, at
andre arkitekter, antropologer og sociologer også
har bidraget til forståelsen af hjemmet som rum og
centrum for daglige aktiviteter og sociale relation-
er (18-20). Folkesundhedslitteratur om hjemmet
som sundhedsfremmende setting blev endvidere
analyseret for at uddrage de forskellige forståelser
af begrebet hjem (21,22). Hjemmet som ramme for
sundhedspersoner blev inkluderet i dette afsnit,
eftersom sundhedssystemet ofte hævder at styrke
og støtte personer, der bor i eget hjem (23,24).
Det tredje og sidste punkt var en skelnen mellem
fremmende og forebyggende tiltag med særlig hen-
visning til sikkerhedsfremme og faldforebyggelse
baseret på Welander et al.s (25) skelnen mellem
sikkerhedsfremme og skadeforebyggelse. Efter de-
res opfattelse er det sociale system, som de ældre
mennesker lever i, nøglen til fremme og forebyg-
gelse. De opfordrer til aktiv forebyggelse, mens
multifaktoriel faldforebyggelse er et eksempel på
passiv forebyggelse (26). Der blev medtaget andre
relevante supplerende tekster i analysen.

Alle medforfatterne bidrog til processen ved at
søge efter relevant litteratur, tage aktivt del i de

analytiske og reflekterende drøftelser, kommentere på teksten og godkende den endelige version.

R

Resultater

Betydningen af begrebet hjem

Hjemmet har stor betydning for mennesker. Det at have et hjem og ikke være hjemløs betyder i overført forstand at kunne føle sig sikker og ikke føle sig

marginaliseret i samfundet. Tilknytningen til hjemmet er ikke nødvendigvis bundet til ejerskab, men mere til kombinationen af tilknytningen til stedet, til det at føle sig hjemme og rodfæstethed (16,17,27). At være hjemme kan give associationer til stabilitet og komfort, en opfattelse, der altid er lokaliseret og kontekstuel. Rowles og Chaudhury (28) gjorde opmærksom på, at hjemmet fra en modernitetssynsvinkel er et samlings- og orienteringspunkt i forhold til en kaotisk verden på den anden side af dørtærsklen. De omtaler desuden, at hjemmet har betydning for trivsel og opfattet sundhed hos ældre.

Heidegger (14) beskrev det-at-være-i-verden og hjemmet som basalt i et menneskes liv – at have et sted, hvor man hører til, tager afsted fra og vender tilbage til, hvor man vælger sin livsstil, hvor man bor sammen med mennesker, man elsker, hvor man har rutiner, og hvor man er velkendt. Ud fra sin læsning af Heidegger (14) fortolkede Sarvimäki (29) trivsel som det at have det godt, dvs. at føle sig hjemme i verden og fortrolig med naturen, redskaber og andre mennesker, men uden at føle sig hjemme i en grad, så man mister mening.

Hjemmet behøver ikke at have en geografisk placering. At føle sig hjemme kan godt være en global følelse. Man kan føle sig hjemme på grund af en sansoplevelse, et indtryk, en duft, og hjem kan være et symbolsk univers.

Hjemmet er også en rumlig fornemmelse, som kan lagres i kroppen i forbindelse med de oplevelser, man har (15). Lefebvre (18) beskrev en nuanceret forståelse af social rumlighed. I *The Production of Space* flyttede han opmærksomheden væk fra ting i rummet og over til at frembringe rum og var i den forbindelse fortalende for tre måder at forstå begrebet rum på.

Det oplevede rum (I) var karakteriseret ved hverdagsrutiner og sociale relationer. Det opfattede rum (II) var et udtryk for de dominerende diskurser omkring rum og kunne ifølge Lefebvre være baseret på en arkitektonisk fortolkning. I den tredje kategori, rummets repræsentationer (III), havde hvert rum en symbolsk betydning, som således var bestemmende for det oplevede rum. Lefebvre indikerede, at nogle rum repræsenterer femininitet og andre maskulinitet, nogle rum mørke og andre lyse (18).

Kultur og kulturelle traditioner har væsentlig indvirkning på denne opfattelse. Ud fra sine undersøgelser af huse i Nordafrika gav Bourdieu (19) en symbolkodning til hjem, det at huse, rum og til, hvordan mennesker opfører sig i rum i henhold til denne kulturforståelse. Gullestad (20) undersøgte anvendeligheden af hjem og symboler i hjemmet i en nordisk sammenhæng. Ifølge hende er nordiske hjem fyldt med objekter med kulturel betydning i henhold til dominerende diskurser og betydninger tilskrevet hjemmet af beboerne.

Hjemmet fortolket som sundhedsfremmende miljø

Hjemmet er en setting, hvor sundhed skabes og leves i ældre menneskers dagligdag. Her læres, arbejdes, leges og elses (9). Hjemmet anerkendes imidlertid ikke altid som en sundhedsfremmende setting i klassisk forstand. Hjemmet som setting har direkte indvirkning på sundhed og trivsel gennem dets medierende funktion ved at understøtte hverdagskompetencer og ved at have kapacitet til at nære og opretholde psykosociale processer (28,30).

I hjemmet håndterer og tilpasser ældre mennesker aktivt udfordringer med relation til sundhed og trivsel. Selve hjemmet er en kulturel konstruktion, som medieres via social interaktion. Hjemmet understøtter selvet i en verden i forandring og er en platform for både frihed, dvs. uafhængighed, og kontrol i samvær med andre mennesker jf. Bauman (31), som gik i dybden med det postmoderne samfund.

Denne opfattelse fremhæves også i andre nyere empiriske undersøgelser (32). På en liste over sundhedsfremmende settings nævnte Green og Tones (21) sunde byer, sunde landsbyer og sunde arbejdspladser. Ifølge dem kan hjemmet betragtes som en sundhedsfremmende setting og en del af en sund by eller en sund landsby. I sin økologiske model beskrev Bronfenbrenner (22) hjemmet som en setting med mikrosystemet som hjemmets hjerte.

Ud over at være rammen om sociale relationer kan hjemmet imidlertid også være et arbejdssted for personer fra hjemmeplejen og andre sundhedspersoner. Det kan diskuteres, om sundhedspersoner, som befinder sig i en borgers hjem, udelukkende har fokus på at overbringe det forudbestemte sundhedsbudskab, eller om de vælger at arbejde med hjemmet i en personlig kontekst og sammen med borgeren skabe en atmosfære af partnerskab og deltagelse (23). Jensen (24) understregede, at i modsætning til i de traditionelle institutioner skabes hjemmet som en hjemlig setting for standardiseret offentlig omsorg.

Denne udvikling kan muliggøre sociale relationer mellem den ældre og sundhedspersonerne samt



udveksling af viden om dagligdagen. På den anden side kan det offentlige bureaukrati gøre hjemmet transparent. I en nyere undersøgelse påpegede Glasdam (33) denne samfundsudvikling og beskrev den ældre borger, der modtager hjemmepleje, som overvåget og med et liv under så kontrollerede forhold, at det svarer til et fængselsophold. Ud fra den synsvinkel på hjemmepleje ser det ud til, at hjemmet i det moderne samfund bliver udnyttet til disciplinerende tiltag, som kan sætte integritet og privatlivets fred over styr.

Sikkerhedsfremme og faldforebyggelse i hjemmet

Whitelaw et al. (34) fremhævede forskellige typer af settings på grundlag af aktive og passive modeller relateret til formidling og struktur. Et eksempel på en passiv model er udøvelse af multifaktoriel faldforebyggelse i den ældre borgers hjem, hvor sundhedspersoner er forpligtet til at ansøre til bestemte aktiviteter og eliminere foruddefinerede faldrisici (26). En aktiv model har derimod fokus på at etablere et partnerskab med den ældre borger og er åben over for inddragelse af andres viden. Dette indebærer hensyntagen til miljøet og sammenhængen med henblik på at lette adfærd ændringer og opfylde den ældre borgers egne mål. I den aktive model skal sundhedspersoner skifte fra en informativ tone til en åben og kommunikativ, samarbejdende tilgang med respekt for den ældre borgers ønsker og levevilkår (35). Hjemmet er meget forskelligt fra et hospital, en skole eller andre samfundsinstitutioner, hvor fagfolk har adgang til det "publikum", de ønsker at påvirke, på deres eget professionelle territorium. Hjemmet er et rum, som repræsenterer privatsfære, integritet, samt det Lloyd (10) betegner "relationsautonomi", hvor der kan opnås en tilstand af ultimativ autonomi i og via sociale relationer (36).

Samtidig hermed er hjemmet også vigtigt for ældre menneskers sundhed og sikkerhed. Det giver beskyttelse og plads, og de forskellige rum, som f.eks. badeværelset, køkkenet og soveværelset, kan have central betydning for beboernes sundhed og trivsel. Skadestatistik viser klart, at hjemmet ikke er et særlig sikkert sted for beboerne (25). Gode råd om, hvordan et hjem gøres mere sikkert for ældre mennesker, kan findes i brochurer og gives af sundhedspersoner under forebyggende hjemmebesøg. Det kan f.eks. være et råd om at placere skridsikre måtter under gulvtæpper for at forhindre fald, fordi et tæppe glider. Rådgivning om sundhedsfremmende tiltag til en ældre borger i eget hjem skal imidlertid altid være baseret på deltagelse og en forståelse af netop den borgers forhistorie og præferencer samt den pågældende

familieenheds anskuelser og sociale interaktioner (25). Deltagelse kan give en oplevelse af tilegnelse af råd.

På vej mod en ny forståelse

Ved multifaktoriel faldforebyggelse har sundhedspersoner et foruddefineret sæt af standarder for handlinger, der ikke altid egner sig til ældre kvinder og mænd, som har deres egne dagsordener og gerne vil bestemme selv. Forebyggelse er risikoorienteret og specifikt rettet mod at undgå sygdom og andre uønskede tilstande, hvorimod sundhedsfremme også er baseret på "det levede livs" perspektiv.

Opfattelsen af hjemmet som en sundhedsfremmende setting er i overensstemmelse med den aktuelle forskning i forbindelsen mellem hjemmet og uafhængighed, som indikerer, at denne setting bliver en afgørende determinant for uafhængighed, når alderen stiger. Den hjemlige setting understøtter selvet, når mennesker bliver ældre, det vækker associationer til fortiden, og det kan give ældre mennesker nærhed til familien og en følelse af at være en del af lokalmiljøet. Kun ved at tage højde for betydningen af hjemmet og ressourcerne hos den enkelte ældre kan hjemmet virkelig fungere som en sundhedsfremmende setting.



Kickbusch (38) fremhævede den begyndende kompleksitet inden for sundhedsfremme og anførte, at den kliniske medicins magtposition ikke er blevet mindre. I en standardiseret verden er det en udfordring

for sundhedspersoner at tage hensyn til de ældre menneskers hverdagsperspektiver og bakke op om de ældre menneskers egne sundhedsstrategier i deres hjem. Det ældre menneskes livsverdensperspektiv mister ofte betydning, når den dominerende medicinske diskurs omkring risikoforebyggelse kommer ind i hjemmet med sundhedspersonerne.

I denne artikel har vi beskrevet en ny forståelse af hjemmet som sundhedsfremme-setting. Denne forståelse er baseret på Heideggers filosofi (11) om at forestille sig en helhed udtrykt i en virkelighed, der er lokaliseret i det enkelte menneskes detaljerede oplevelser i dagligdagen. De ældre menneskers hjem er deres verden, og verden udenfor ses gennem hjemmets objektiv. Hjemmet er fyldt med specifikke betydninger for beboerne, der er forbundet med minder og hverdagsrutiner. Ældre mennesker bør støttes i at finde deres egne sundhedsfremmende strategier i samarbejde med sundhedspersoner.

Forebyggelse omfatter overvejelser om risici, sygdomme og funktionsnedsættelse, men hvis sundhedspersoner kun fokuserer på risikoforebyg-

gelse, er der en yderligere risiko for at overse de ældre menneskers perspektiver, og det kan føre til umyndiggørelse og fremmedgørelse. Hvis hjemmet skal anerkendes som sundhedsfremme-setting, bør sundhedspersoner også fokusere på ældre menneskers kompetencer, egne sikkerhedsforanstaltninger, ressourcer og tro på egen formåen.

Som metodologi anvendte vi en kvalitativ tilgang med analyse af og refleksion over filosofisk litteratur om hjemmet, hjemmet som sundhedsfremme-setting samt sikkerhedsfremme og faldforebyggelse på grundlag af principperne for den hermeneutiske cirkel. Litteraturen blev udvalgt strategisk med fokus på hjemmet, sundhedsfremme-settings og desuden sundhedsfremme og faldforebyggelse i hjemmet. Litteraturen blev ikke udvalgt ud fra en systematisk søgning, hvilket måske kan danne grundlag for kri-

tik. Men eftersom formålet med undersøgelsen ikke var at præsentere en systematisk gennemgang men derimod at benytte litteraturen som baggrundsmateriale for refleksion, opfyldte valget sit formål. Alle medforfatterne deltog som gruppe i den hermeneutiske cirkel, hvilket både var en styrke og et problem. Det muliggjorde mere variation i refleksionerne, end det ville have været muligt på individuel basis, men der var samtidig risiko for at miste fokus.

Den nye forståelse af hjemmet som sundhedsfremme-setting for ældre, som blev beskrevet sidst i processen, kan ses som udgangspunkt for yderligere forskning, såvel teoretisk som empirisk. For at udvikle sundhedsfremmestrategier for ældre i eget hjem har vi brug for mere detaljeret viden om, hvilke aspekter af det at bo i eget hjem der styrker sundhed og trivsel. ●

Referencer

1. Nordiska ministerrådet. *Nordisk statistisk årsbok 2010. Volume 48*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet; 2010. Nordiska ministerrådet. Nord 2010-001.
2. WHO. *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization, 2002.
3. Ekmann A, Vass M and Avlund K. Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark – are invitational procedures of importance? *HSCC* 2010;18:563-71.
4. Socialtjänstlag. *Svensk Författnings Samling*; 2001:453.
5. Kvalitetsrekommendationer om tjänster för äldre. *Publikation 1998:5 Helsingfors: Social-och hälsovårdsministeriet*.
6. Vabo M and Szebehely M. “A caring state for all people?” In: Anttonen A, Häikiö L and Stefansson K (eds). *Welfare State, Universalism and Diversity*. Cheltenham: Edward Elgar, 2012; 121-44.
7. Oswald F, Wahl HW, Schilling O, et al. Relationships between housing and healthy ageing in very old age. *Gerontologist* 2007;47:96-107.
8. Ministry of Social Affairs and Health, 2012.
9. WHO Ottawa Charter for Health Promotion. *First International Conference on Health Promotion Ottawa, 17-21. November. Copenhagen: Who Regional Office for Europe, 1986*.
10. Lloyd L. *Health and Care in Ageing Societies. A New International approach*. Bristol: Policy Press, 2012.
11. Becker CM, Glascoff MA and Felts WM. *Salutogenesis 30 years later: where do we go from here?* *IJHE* 2010;13:25-32.
12. Robson C. *Real World Research*. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 2002.
13. Schutz A. *Hverdagslivets sociologi. [The sociology of everyday life]*. København: Hans Reitzels Forlag, 2005.
14. Heidegger M. *Væren og tid. [Being and time]* Aarhus: Klim, 2007.
15. Merleau Ponty M. *Phenomenology of Perception*. London: Routledge, 2002.
16. Winther IW. *Hjemlighed. [Homeliness]* København: DPU, 2006.
17. Rybczynski W. *Hemmet – boende och trivsel sett i historiens ljus. [Home – a short History of an Idea]*. Stockholm: Bonniers, 1988.
18. Lefebvre H. *The Production of Space*. Oxford: Blackwell, 1991.
19. Bourdieu P. *Udkast til en praksisteori. [Draft to a Practice Theory]*. København: Hans Reitzels Forlag, 2005.
20. Gullestad M. *Hjemmet som moderne folkekultur*. In: Bronx O and Gullestad M (eds). *På norsk grund*. Oslo: Ad Notam, 1989; 103-11.
21. Green J and Tones K. *Health Promotion*. 2nd ed. London: Sage, 2010.
22. Bronfenbrenner U. *Ecological Models of Human Development*. In: Husen T and Postlewaite T (eds). *International Encyclopaedia of Education*. Oxford: Pergamon Press, 1994;37-43.
23. Dooris M. *Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships*. *CPH* 2004;14:37-49.
24. Jensen K. *Hjemlig omsorg i offentlig regi. [Home Care in Public Service]*. København: Hans Reitzels forlag; 1997.
25. Welander G, Svanström L and Ekman R. *Safety Promotion – An Introduction*. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, 2004.
26. Tinetti ME and Kumar C. *The patient who falls*. *JAMA* 2010;20:208-66.
27. Windsong EA. *There is no place like home: complexities in exploring home and place attachment*. *SSJ* 2010;1:205-14.
28. Rowles GD and Chaudury H. *Between the Shores of recollection and imagination: Self, aging, and home*. In: Rowles GD and Chaudury H (eds). *Home and Identity in Late Life*. New York: Springer, 2005.
29. Sarvimäki A. *Well-being as being well – a Heideggerian look at well-being*. *QHW* 2006;1:4-10.
30. Lupton D. *Risk and Sociocultural Theory*. Cambridge: Cambridge University press, 1999.
31. Bauman Z. *Morality begins at home – Or: can there be a Levinasian macro-ethics?* In: Jodalen H and Vetlesen AJ (eds). *Closeness: An Ethics*. Oslo: Scandinavian University Press, 1997.
32. Haak M, Fänge A, Iwarsson S et al. *Home as a signification of independence and autonomy: experiences among very old Swedish people*. *SJOT* 2007;14:16-24.
33. Glasdam S, Praestegaard J and Henriksen N. *Placed in homecare: Living an everyday life restricted by dependence and monitoring*. *NTNU* 2013;4:83-99.
34. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, et al. “Settings” based health promotion: a review. *HPI* 2001;16:339-53.
35. Wenzel E. *A comment on settings in health promotion*.
36. Mahon R and Robinson F. *Conclusion: integrating the ethics and social politics of care*. In: Mahon R and Robinson F (eds). *Feminist ethics and social policy: towards a new global political economy of care*. Vancouver: University of British Columbia Press 2011;178-83.
37. Haak M. *Hemnets betydelse för de allra äldstas upplevelse av delaktighet och självständighet*. Lund: Vårdalinstitutet, 2011.
38. Kickbusch I. *New challenges for public health*. *Socialmedicinsk tidskrift* 1996; 5:212-16. Downloaded from sjp.sagepub.com by guest on December 9, 2015.

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.



DORTHE DALL KRISTENSEN

Uddannet sygeplejerske fra Vejle Amts Sygeplejerskole i 2004. Hun blev ansat i Onkologisk afdeling Vejle Sygehus i august 2005 og blev i juni 2008 ansat som specialeansvarlig sygeplejerske samme sted. Hun har fra 2009-15 taget en sundhedsfaglig diplomuddannelse. dorte.dall.kristensen@rsyd.dk



BODIL WINTHER

Uddannet sygeplejerske i 1976, cand.cur. i 2001. Har arbejdet som basissygeplejerske i onkologisk afdeling og ortopædkirurgisk afdeling og fra 1985 til 2012 ansat ved sygeplejerskeuddannelsen i Vejle og Aarhus. Siden 2012 klinisk sygeplejespecialist i Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt.

Patienttøj skaber og beskytter identiteten

Patienter finder, at patienttøj konstituerer deres identitet som patienter og dermed som syge mennesker. De tager deres eget tøj på, når de føler sig raske, eller når deres familie kommer på besøg. Sygeplejersker skal derfor være opmærksomme på, at **patienttøj er andet og mere end praktisk beklædning.**



RESUME

Hospitalstøjet er for mange patienter et fysisk symbol på, at de er patienter. Ved at skifte mellem at have eget tøj på og være iklædt hospitalstøj har patienten mulighed for at afgøre, hvornår han påtager sig rollen som patient og hvornår ikke.

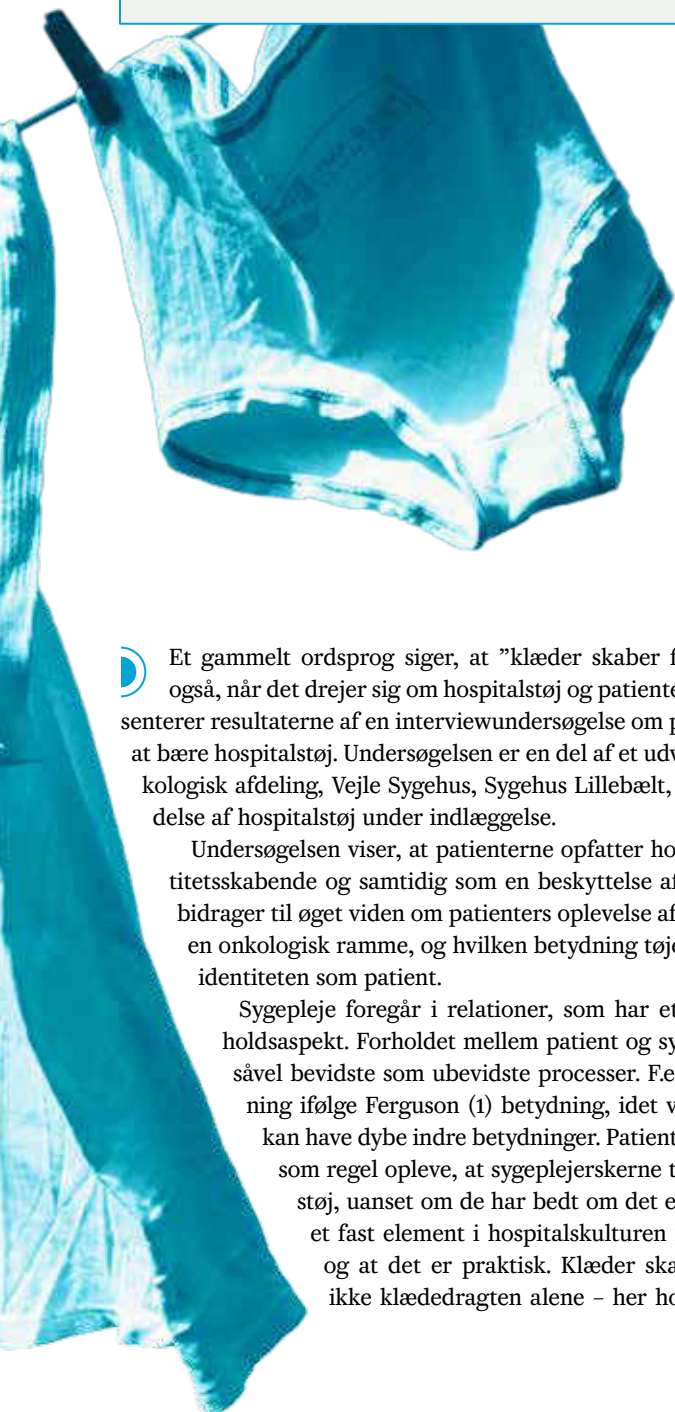
Dette skift mellem to roller, tyder en undersøgelse på, er af stor betydning for patientens selvopfattelse, og det er vigtigt, at sygeplejersken respekterer patientens aktuelle valg.

For patienten er det legalt at kunne vælge at påtage sig rollen som patient og dermed overlade ansvaret til sygehuset. Hospitalstøjet definerer deres identitet og

situation: jeg er syg, og det er OK, at jeg slipper kontrollen. Mange patienter opfatter desuden hospitalstøjet som en beskyttelse af deres familie. Familien skal skånes for at vaske tøj for den syge, mens denne er indlagt.

Alt dette viser en interviewundersøgelse blandt 10 indlagte patienter, som afdækker patienternes oplevelser og ønsker ved at bruge hospitalstøj kontra eget tøj under indlæggelsen.

Undersøgelsens resultat peger på fire temaer: det overordnede "identitet som patient" og tre underordnede temaer: "at føle sig syg", "bekvemmelighed" og "beskyttelse af pårørende".



Et gammelt ordsprog siger, at "klæder skaber folk", men passer det også, når det drejer sig om hospitalstøj og patienter? Denne artikel præsenterer resultaterne af en interviewundersøgelse om patienters oplevelse af at bære hospitalstøj. Undersøgelsen er en del af et udviklingsprojekt på Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt, om patienters anvendelse af hospitalstøj under indlæggelse.

Undersøgelsen viser, at patienterne opfatter hospitalstøjet som identitetsskabende og samtidig som en beskyttelse af identiteten. Artiklen bidrager til øget viden om patienters oplevelse af at bære hospitalstøj i en onkologisk ramme, og hvilken betydning tøjet har for udvikling af identiteten som patient.

Sygepleje foregår i relationer, som har et forholds- og et indholdsaspekt. Forholdet mellem patient og sygeplejerske skabes af såvel bevidste som ubevidste processer. F.eks. har vores påklædning ifølge Ferguson (1) betydning, idet vores ydre fremtoning kan have dybe indre betydninger. Patienter, som indlægges, vil som regel opleve, at sygeplejerskerne tilbyder dem hospitalstøj, uanset om de har bedt om det eller ej. Hospitalstøj er et fast element i hospitalskulturen begrundet i hygiejne, og at det er praktisk. Klæder skaber folk, men det er ikke klædedragten alene - her hospitalstøjet - der be-

stemmer betydningen, men derimod den tolkning, som patienten i hospitalstøj selv foretager og bliver mødt med. Hospitalstøjet har en signalkraft, men spørgsmålet er, hvilken betydning det har for patienter og sygeplejersker?

Tvetydig oplevelse af at bære hospitalstøj

Litteraturen viser, at patienternes oplevelser af at bære hospitalstøj er tvetydige. Patienterne oplever at være på patientholdet, når de har hospitalstøj på. De har en følelse af fællesskab, tryghed og samhørighed med andre patienter. Patienter åbner sig for hinanden og deler bekymringer, erfaringer og tanker, som giver dem forståelse for hinandens og egen lidelse og behandling (2,3,4,5).

Patienterne oplever, at hospitalstøj medvirker til, at de bliver respekteret som syge og får opmærksomhed. De føler sig taget af og passet på. Patienterne oplever desuden, at hospitalstøjet er rent og behageligt at have på. På den anden side kan hospitalstøjet medvirke til at pacificere patienterne og betyde, at de lever sig ind

i patientrollen og f.eks. slækker på deres personlige hygiejne. Hospitalstøjet udfordrer patienternes selvrespekt, værdighed, blufærdighed og autonomi. Det ser ud til, at det er vigtigt for patienterne at bevare kontrollen over eget liv, da de oplever, at hospitalstøjet depersonaliserer dem og dræner dem for energi. På den anden side kan privat tøj understøtte en sundhedsfremmende proces og øger patienters egenomsorg. Patienter iført eget tøj føler sig som unikke, mere raske og bedre til at bevare deres identitet (3,5,6).

Forskellig holdning til hospitalstøj

Der er sparsom litteratur om sygeplejerskers holdning til patienters anvendelse af hospitalstøj. Litteraturen understøtter til dels fundene i litteraturen om patienternes oplevelser. Sygeplejerskerne oplever på den ene side, at hospitalstøjet symboliserer patient og sygdom og derved medvirker til at anonymisere og fastholde patienten i patientrollen. På den anden side lægger sygeplejersken rutinemæssigt

Boks 1. Patienter på Onkologisk afdeling

På Onkologisk Sengeafdeling i Vejle indlægges årligt ca. 1.200 patienter med forskellige cancerdiagnoser. Hovedparten af patienterne indlægges med bivirkninger til deres onkologiske behandling, f.eks. febril neutropeni efter kemoterapi eller kvalme og opkastninger. En del patienter indlægges også med senkomplikationer, f.eks. smerter og almen svækkelse. Hovedparten af patienterne er i palliativt forløb (ca. 80 pct.) eller er uafvendeligt døende. Flere af patienterne har langvarige forløb med flere indlæggelser bag sig.

Patienterne tilbydes rutinemæssigt hospitalstøj, og langt de fleste patienter anvender dette tøj, både når de er sengeliggende og oppegående. Det kan være praktisk for patienterne at anvende hospitalstøjet, når de f.eks. får i.v.-behandling eller har en ventrikelsonde. På trods af at patienterne anvender hospitalstøj i afdelingen, skifter de ofte til eget tøj, når de går uden for afdelingen, f.eks. ned i forhallen.

hospitalstøj frem til patienterne mere som en praktisk foranstaltning end på baggrund af en refleksion over, hvordan tøjet påvirker patienten og hans selvopfattelse. Nogle sygeplejersker finder det problematisk, at patienterne anvender eget tøj især pga. infektionsfare og vanskeligheder ved at få rent tøj hjemmefra (3,5), se boks 1.

Patienternes oplevelser afdækkes

Baggrunden for interviewundersøgelsen var bl.a. forfatterens oplevelser fra Onkologisk afdeling, diskussioner om patienternes anvendelse af hospitalstøj, en mindre spørgeskemaundersøgelse blandt afdelingens sygeplejersker om deres holdninger til patienters anvendelse af hospitalstøj samt en litteraturgennemgang. Der var ikke et entydigt svar på, hvad hospitalstøj betød for patienterne og for den pleje, de fik tilbudt, hvorfor vi udførte en interviewundersøgelse.

Formålet med interviewene var at afdække patienternes oplevelser og ønsker i forhold til anvendelse af hospitalstøj kontra eget tøj under indlæggelse i Onkologisk afdeling. For uddybning af metode og materiale se boks 2.

Et overordnet og tre underordnede temaer

Formålet med analysen var at afdække patienternes oplevelser af at bære hospitalstøj under indlæggelse. Der tegnede sig et overordnet tema: "identitet som patient" og tre undertemaer: "at føle sig syg", "bekvemmelighed" og "beskyttelse af pårørende".

Temaet "identitet som patient" rummer to hovedbegreber: identitet og patientrolle, som hænger sammen og alligevel rummer forskellige perspektiver. De tre undertemaer understøtter og fastholder på hver sin måde identiteten som patient og vil blive præsenteret hver for sig. De fire temaer udgør en helhed og vil blive præsenteret ved en fortolkning af temaerne understøttet af citater og teoretiske refleksioner. Figur 1 illustrerer analysens fund, dvs. hvordan hospitalstøjet medvirker til at skabe identitet som patient, og hvordan denne identitet understøttes og fastholdes af underliggende forståelser.

I det efterfølgende præsenteres de enkelte temaer.

Overordnet tema: Identitet som patient

Temaet rummer to sammenhængende perspektiver: patienternes selvforståelse og patientrollen. Inden for psykologien defineres identitet som en række egenskaber og færdigheder, der tilsammen kendetegner en person som forskellig fra andre personer. I denne sammenhæng opfattes identitet både som patientens selvforståelse og som en gruppeidentitet – her patientrollen. Gruppeidentiteten opstår i en konkret kontekst og skabes ved et tilhørsforhold til andre. Den er kendetegnet af et fælles sæt værdier og færdigheder.

Patienterne gav udtryk for forskellige opfattelser af, hvad det betød for dem at benytte hospitalstøj. Nogle så hospitalstøjet som en del af det at være indlagt, mens andre følte sig berørt af at være iført hospitalstøj, idet det er et signal om, at man er indlagt og dermed syg. En patient udtrykte det på følgende måde: "Alle kan se, at jeg er patient – det påvirker mig."



Patienterne oplever at være på patientholdet, når de har hospitalstøj på. De har en følelse af fællesskab, tryghed og samhørighed med andre patienter.

På den anden side var der patienter, som mente, at hospitalstøj hørte sig til, og at det ville være forkert at gå med eget tøj: ”Tøjet hører til.”

Man kan sige, at nogle af patienterne har den selvforståelse, at for at de kan være ”rigtige” patienter, skal der hospitalstøj til. Det understøttes af Thorups undersøgelse (3), hvor patienterne oplevede, at når de havde hospitalstøj på, blev de respekteret som syge og fik opmærksomhed.

Et noget mere markant fund var opfattelsen af, at hospitalstøj gav patienterne en rolle, patientrollen. Tøjet gjorde, at patienterne lignede hinanden og blev til en gruppe. En patient sagde ligefrem, at hvis man tager hospitalstøj på, kommer man i ”uniform som patient”. Hospitalstøjet gør, at man kan se forskel på patienter og pårørende, og det gør det nemmere at henvende sig til andre patienter og spørge til deres erfaringer, når man er sikker på, at det er en patient, man spørger. En patient siger: ”Vi ligner hinanden, bliver genkendt som patienter.”

Holen og Lehn-Christiansen (8) beskriver, hvordan menneskets identitet dannes gennem relationer med omverdenen, og at det er disse relationer, der sammen med konteksten giver mening i positionen som patient. Patienterne i Onkologisk afdeling fik tildelt rollen som patient via det tøj, sygeplejerskerne automatisk lagde frem, men på den anden side tog patienterne også hospitalstøjet på og signalerede dermed, at de påtog sig rollen. Indtages patientrollen af patienterne i et forsøg på at blive accepteret som syge og for at kunne modtage pleje og behandling?

Ved at tage hospitalstøj på tilpassede patienterne sig sygehusets hverdag, de krav og forventninger de ubevidst oplevede, og som sygeplejersker og læger har til, hvordan de skal forvalte rollen som patient.

Identiteten som patient styrkes i samværet med andre patienter, idet fællesskabet understøtter oplevelsen af samhørighed. Lene Søndergaards undersøgelse (4) om patienternes indbyrdes forhold under indlæggelsen viser, at

Boks 2. Metode og materiale i interviewundersøgelsen

Undersøgelsen er kvalitativ, og data er indsamlet via individuelle interview. Der blev anvendt en semistruktureret interviewguide med fem åbne spørgsmål, der var rettet mod at afdække patienternes oplevelse af at anvende hospitalstøj. Desuden blev der stillet tre demografiske spørgsmål for at kunne undersøge, om der er forskel på mænd/kvindes holdninger til patienttøj, om alder har en betydning, og om det gør en forskel, at patienten er gift/samlevende. Svarene blev indtastet direkte på iPad i analyseprogrammet SurveyXact. At dokumentere data på denne måde giver risiko for at fortolke på data ved indtastning, men også mulighed for at afprøve, om interviewerens har opfattet svaret rigtigt.

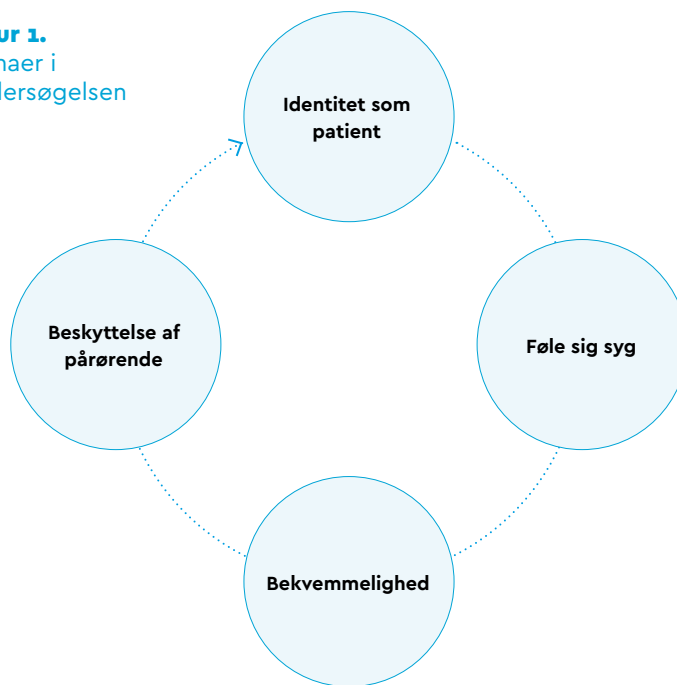
Patienterne er udvalgt tilfældigt ud fra belægningslisten i afdelingen på tre tilfældige hverdage. Patienter, som havde hjernemetastaser, var konfuse, demente eller erklærede terminale blev ikke inddraget i undersøgelsen.

Undersøgelsen omfattede 10 patienter, seks kvinder og fire mænd i alderen fra 25-85 år. Syv var gift eller samlevende.

Analysen er en meningskondensering inspireret af Kvale og Brinkmanns (7) tre fortolkningskontekster: selvforståelse, commonsenseforståelse og teoretisk forståelse.

Undersøgelsen er udarbejdet i overensstemmelse med SNN's etiske retningslinjer for sygeplejeforskning, og patienterne blev informeret både skriftligt og mundtligt.

Figur 1.
Temaer i
undersøgelsen



Figuren illustrerer de fremanalyserede temaer. Identitet som patient er det overordnede tema, og de efterfølgende temaer understøtter identiteten, men er samtidig også med til at skabe identiteten – derfor cirkelformen.

☺ samtalen med medpatienterne ses som noget værdifuldt, fordi de deler viden, trøster og lytter til hinanden. Langt de fleste patienter i vores undersøgelse oplevede, at det var vigtigt at komme med i patientfællesskabet, og her var hospitalstøjet adgangsbilletten.

Underordnet tema 1: At føle sig syg

Hospitalstøjet gjorde, at patienterne følte sig syge. At føle sig syg hænger sammen med at være patient. At være patient indebærer sårbarhed, at tilværelsen er besværlig og forbundet med en grad af lidelse. Sygdom kan opfattes som en reversibel proces, der er et unikt og individuelt fænomen og derfor afhænger af den enkelte persons opfattelse og fortolkning af sin sygdomssituation. Hospitalstøjet påvirker ikke alene patienternes identitet, men sender også et kulturelt signal.

Når man er syg, bliver man indlagt, og så får man hospitalstøj på (2,8,9,10). Ikke underligt, at hospitalstøj sættes lig med sygdom. Det ser ud til, at der er en underliggende kulturel forståelse blandt de interviewede for, at hospitalstøj associeres med sygdom, og at det er med til at forme og fastholde identiteten som patient. Interviewene viste da også, at patienterne satte syg og hospitalstøj sammen. F.eks. sagde to patienter: "Når jeg får det bedre, vil jeg nok have mit eget tøj på", og "Jeg vil hellere have mit eget tøj på uden for stuen, så føler jeg mig ikke så syg."

At hospitalstøjet betragtes som noget, der udsender sygdomssignaler, viser følgende udtalelse fra en af kvinderne: "Jeg tager mit eget tøj på, mest for gæsterne, især hvis der er børn med, så ser jeg ikke så syg ud."

Flere af patienterne så det som en positiv udvikling af sygdommen, når de kunne tage deres eget tøj på. En af kvinderne sagde f.eks.: "Når man tager sit eget tøj på, føler man sig mere rask og klar til at komme hjem."

Flere patienter gav udtryk for, at de skiftede tøj, før de fik besøg af familien, eller når de gik uden for afdelingen. Det viste, at hospitalstøjet blev en synlig indikator på at være patient og blev det fysiske symbol på patientidentiteten. Når patienterne tog eget tøj på, fralagde de sig identiteten som patient for en stund. Det ser ud til, at det var vigtigt for patienterne at kunne pendulere mellem identiteten som patient og ikkepatient, det vil sige at kunne vælge patientrollen til og fra. Det valg må sygeplejersken respektere og anerkende. Det er sygeplejerskens opgave at spørge, om patienten ønsker at bruge eget tøj eller hospitalets tøj.

Underordnet tema 2: Bekvemmelighed

Flere patienter gav udtryk for, at tøjet var bekvemt og behageligt at have på. Flere af de interviewede patienter var indlagt med forskellige bivirkninger, f.eks. opkastning og diarré, og oplevede, at de let kunne komme til at gøre tøjet snavset. Når patienterne gav udtryk for, at hospitalstøjet var mere bekvemt, kan det antages, at patienterne oplever tryghed og et frirum ved at bruge hospitalets tøj. Det er muligt at fralægge sig det personlige ansvar og for en stund overgive sig til patientrollen (3,4,5,8,10). Det kan hospitalstøjet være et synligt symbol



En patient sagde ligefrem, at hvis man tager hospitalstøj på, kommer man i "uniform som patient"

på: "Når jeg har kræft i endetarmen, og der kommer lidt luft og så videre, er det rarere med jeres tøj. Det sidder løsere og kan nemmere skiftes."

Underordnet tema 3:

Beskyttelse af pårørende

Det var typisk de nære pårørende, ægtefælle eller samlever, der hjalp patienten med at vaske tøj. I de 10 interview blev det tydeligt, at de mandlige patienter gerne ville skåne familien for den ekstra opgave, det er at vaske tøj, mens de er indlagt. Dette synspunkt kom også til udtryk i rapporten "Kræftpatienternes verden", hvor især de mandlige deltagere kunne have svært ved at bede om hjælp, fordi de ikke ville være til besvær og ønskede at beskytte de pårørende mod ekstra byrder (10): "Der er ingen grund til, at konen skal komme med rent tøj hjemmefra ... det vil være for stor en opgave for hende at vaske alt det tøj."

Holen beskriver, hvordan de pårørendes liv rammes og forandres af sygdommen, og hvordan de ændrer mestringsstrategier i takt med sygdommens udvikling (8). Både patienten og de pårørende skaber deres identitet gennem erfaringer og i samspillet med de netværk, de er en del af, her familien. Når et familiemedlem bliver syg, påvirker det hele familien, og familiens indbyrdes roller genfortolkes. De pårørende udgør en væsentlig ressource for patienten og påtager sig nye opgaver og roller. Vores undersøgelse viste, at patienterne oplevede, at deres pårørende var en stor støtte for dem, og derfor vil de ikke bede dem om at varetage flere opgaver, f.eks. at vaske tøj.

Et fysisk symbol på at være patient

Resultatet af undersøgelsen viser overraskende, at hospitalstøjet for mange patienter er et fysisk symbol på at være patient. Tøjet bliver et synligt symbol på, hvornår patienten påtager sig rollen som patient, og hvornår han lægger denne rolle fra sig.

Undersøgelsen tyder på, at det er af stor betydning for patientens selvopfattelse at kunne pendulere mellem at være patient og ikkepatient. Det valg må sygeplejersken respektere.



Undersøgelsen tyder på, at patienterne oplever det som legalt at påtage sig patientrollen og midlertidigt lægge ansvaret i hænderne på sygehuset som system.

Patienterne oplever at indgå i et betydningsfuldt fællesskab med medpatienterne. I fællesskabet ligger en genkendelse, følelsen af at høre til samt følelsen af at have en fælles referenceramme. Erfaringsudveksling har stor betydning, og patienten kan opnå læring i forhold til egne problemstillinger.

Det opleves som vigtigt at være opmærksom på familiedynamikken. Det kan være nødvendigt for især den mandlige patient at få hjælp til at skabe en meningsfuld selvopfattelse, når hans identitet ændres i takt med ændringer i sygdommen. Familien kan have brug for hjælp til at tale om de ændringer, der sker mellem de pårørende, f.eks. ændringer i praktiske ansvarsområder og i relationen mellem familiemedlemmerne. ●



Hvilke tanker har I gjort jer om patienternes påklædning?

Hvordan tilbyder I patienterne at vælge tøj under indlæggelsen?

Overvej, om I vurderer patienter i hospitalstøj og eget tøj forskelligt.

Referencer

1. Ferguson N. *Civilisation: Vesten og resten*. København: Cepos; 2014. **2.** Album D. *Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus*. Institutt for sosialforskning (INAS). Oslo: Tano; 1996. **3.** Thorup C, Rasmussen TS, Tracey A et al. *Klæder skaber folk*. I: Delmar C, Lauberg A, Pedersen B, (red.). *Omsorgsetik i klinisk sygepleje*. Aarhus: Klim; 2014. **4.** Søndergaard L. *Patient-patient-relationen*, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 151/2007. **5.** Edvardson D. *Balancing between being a person and being a patient – a qualitative study of wearing patient clothing*. *International Journal of Nursing Studies* 2009;(46). **6.** Kürstein MP. *Patienternes tøj er utidssvarende*. *Sygeplejersken* 2006(7):28-37. **7.** Kvale S og Brinkmann S. *interview – introduktion til et håndværk*. København; Hans Reitzels Forlag; 2009. **8.** Holen M, Lehn-Christiansen, S. *At være pårørende*. I: Holen M, Winther B. *Akut, Kritisk og Komplex Sygepleje – samfunds- og humanvidenskabelige perspektiver*. København: Munksgaard; 2010. **9.** Schwartzbach I. *1001 hospitalsnat*. *Ugeskrift for Læger* 2001;(163):7213-7. **10.** Johnsen, AT, Jensen, CR, Pedersen C et al. *Kræftpatientens verden – en undersøgelse af, hvilke problemer danske kræftpatienter oplever: Litteraturgennemgang og interviews*. København: Kræftens Bekæmpelse; 2006.

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.



PIA RIIS OLSEN

Klinisk sygeplejespecialist i Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital. Uddannet sygeplejerske 1980, SD 1983, cand.cur. 2001 og ph.d. 2009. 1988-1994 1.-assistent for afdelingssygeplejersken på onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, dernæst ledende projekt-sygeplejerske og projektleder. Forsker i sygepleje til unge med kræft, netværksfokuseret sygepleje og involvering af det sociale netværk hos mennesker med hjernetumor og deres familier. piaolsen@rm.dk



HANNE SIMONSEN

Specialeansvarlig sygeplejerske og stråleterapeut i Stråleterapien, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital i Skejby. Uddannet sygeplejerske i 1990 på Randers Sygeplejeskole. Onkologisk efteruddannelse i 2004, Sundhedsfaglig Diplomuddannelse, VIA University College, Aarhus, 2011. Klinisk vejleder i flere omgange på Kræftafdelingen og har haft understøttende funktion til uddannelsesansvarlig sygeplejerske i stråleterapien i forhold til uddannelse af stråleterapeuter.

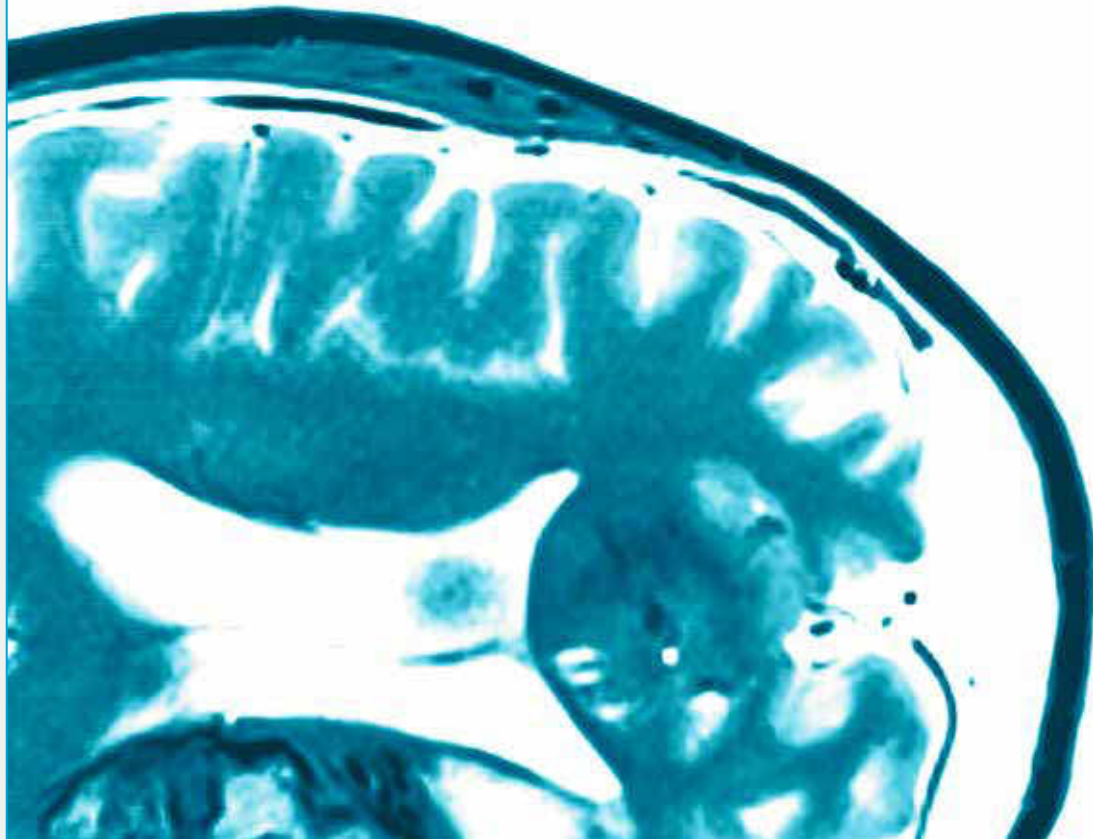
Tak til sygeplejerskerne i samarbejdsgruppen: Anette Fogt Jensen; Birte Schwartz Olesen; Dorthe Dalsgaard Juul; Jytte Burger; Karen Kirk; Mette Helbo Lund; Nuka Hove og Xenia Marie Pedersen.

Møder i netværket hjælper patienter med hjernetumor

Sygeplejersker og læger på Aarhus Universitetshospital går med personlige netværksmøder nye veje for at **støtte patienter, pårørende og deres netværk** til at gennemleve svær sygdom og behandling.

”I skal bare vide, at jeg får det altså ikke gjort. Jeg ved godt, at jeg skal huske at købe ind, men når klokken er 18, så er der ikke noget særligt i køleskabet, og så er det for sent at ringe til jer og sige: ”Må jeg spise med i aften”, og det får jeg heller ikke gjort. Så hvis I vil hjælpe mig, så skal I invitere mig. Det vil også være rigtig fint, hvis I engang imellem vil komme med lidt mad til mig.”

Preben på 38 år, som er i behandling for en tumor i hjernen, har inviteret hele sit netværk til møde på Kræftafdelingen og er midt i at forklare, hvordan hans sygdom giver ham problemer med at kunne tage initiativ.



RESUME

Netværksfokuseret sygepleje understøtter den øgede opmærksomhed på aktivt at inddrage patientens pårørende og give dem rum for deres behov for støtte. Omkring hver femte patient tager imod tilbuddet.

Gennem halvandet år har sygeplejersker i afdelingens stråleterapi og dagafsnit/ambulatorium på Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital, tilbudt patienter med hjernetumor og deres pårørende at holde et personligt netværksmøde med dem, hvis de ønsker det. Mødet kan ligge tidligt i sygdomsforløbet eller senere, evt. i forbindelse med et tilbagefald. Patienten vælger selv de

familiemedlemmer og venner, de ønsker at lukke ind i deres kræftrum. Patient og pårørende vælger de emner, der skal tales om - også emner, der ikke skal drøftes.

En kræftlæge, to sygeplejersker og evt. andre fagpersoner deltager i mødet. Den ene sygeplejerske har et grundigt kendskab til patienten, mens den anden er at betragte som værende under oplæring. Kræftlægens opgave er at fortælle om sygdommen, behandlingsmuligheder, bivirkninger, genoptræning og prognose, hvor sygeplejerskernes arbejde er at drøfte emner, der vedrører hverdagslivet og de udfordringer, som patient og pårørende har.

Gennem halvandet år har Kræftafdelingen på Aarhus Universitetshospital tilbudt patienter med hjernetumorer og deres pårørende, at sygeplejerskerne i afdelingens stråleterapi og i dagafsnit/ambulatorium vil holde et personligt netværksmøde for dem, hvis de ønsker det.



Mange patienter og pårørende er dybt taknemmelige for fremmødet, og deltagerne giver ofte udtryk for, at de har fået en større indsigt og er glade for, at de blev inviteret med til mødet.

Baggrunden er, at alle, der bliver alvorligt syge, har brug for et støttende netværk, og at specielt mennesker med hjernetumorer og deres familier har særligt behov for social støtte (1). Det hænger sammen med, at mange af patienterne får kognitive eller funktionelle problemer, som påvirker hele familien; forandringer, som let fører til, at de isolerer sig socialt. Samtidig har forskning og erfaring fra Kræftafdelingens ungdomsafsnit gennem 15 år vist, at netværksmøder kan hjælpe den sociale støtte fra netværket på vej og være med til at holde sammen på familiens verden (2,3,4,5).

Dette er drivkraften bag et projekt, der undersøger, om et lignende tilbud er noget, de voksne patienter med hjernetumorer og deres pårørende vil tage imod, og om det kan lade sig gøre i et ambulans behandlingsforløb på hospitalet.

Forskning og forandring i praksis

Projektet er organiseret som et aktionsforskningsprojekt, som betyder, at forskningen gennemføres tæt på den praksis, hvor den specifikke viden skal bruges, og sammen med de personer, der arbejder i den konkrete situation (6). Derfor har syv sygeplejersker fra første færd været med i projektet, fem fra stråleterapien og to fra dagafsnit/ambulatorium. Denne gruppe har forskeren samarbejdet med gennem hele forløbet, startende med de første møder i juni 2013. Siden har gruppen været sammen en time hvert kvartal. På disse møder er praksiserfaringer og foreløbige forskningsdata blevet drøftet.

Aktionsforskning er også karakteriseret ved at have et dobbelt perspektiv på at skabe forandring og udvikling og samtidig generere videnskabelig viden. Det vil sige, at forandringer implementeres, og ny viden skabes, mens man går vejen sammen (7).

For at sikre succesfuld implementering er der i projektet forsøgt at tage højde for evidens, kontekst og facilitering, sådan som det anbefales i PARIHS-modellen.

Modellen peger på, at jo større videnskabelig og erfaringsbaseret evidens der ligger bag en ønsket forandring, jo bedre forandningsprocessen tager højde for alle tænkelige forhold i konteksten for forandringen, og jo bedre mulighed der er for, at forandningsprocessen fremmes af en eller flere personer, der har tid og kompetencer til det, jo større chance er der for succes (8).

Idéen med at tilbyde netværksmøder gav umiddelbart mening på baggrund af de praksiserfaringer, som sygeplejersker og læger i afdelingen havde med patienterne. Der var også videnskabelig evidens for, at sådan et tiltag kunne være en måde at imødekomme patienterne og familiernes behov på. Samtidig indebar projektet, at patienters og pårørendes tanker om tilbuddet ville blive udforsket gennem individuelle face-to-face interview, telefoninterview og i en fokusgruppe.

Konteksten blev bl.a. sikret gennem undervisning af personalet og tæt dialog med praksis samt etablering af en styringsgruppe med deltagelse af en læge og ledelsesrepræsentation ved oversygeplejersken og en afdelingspsygeplejerske.



To sygeplejestuderende undersøgte i deres bacheloropgave, hvilke muligheder og barrierer sygeplejerskerne i afdelingen så i det nye tiltag.

Facilitering af forandringsprocessen blev varetaget af forskeren, der som klinisk sygeplejespecialist og forsker kunne lede hele processen og i en længere periode en dag om ugen deltog i det kliniske arbejde med patienterne med hjernetumor.

En af sygeplejerskerne fra stråleterapien har desuden været frikøbt til at fungere som projektmedarbejder og har blandt sine opgaver varetaget en del koordinering.

To sygeplejersker fra Ungdomsafsnittet bidrog også til at facilitere processen ved over tre sessioner at videregive deres erfaringer og undervise de involverede sygeplejersker i at afholde netværksmøder (9).

I det følgende beskriver vi, hvordan vi konkret griber det personlige netværksmøde an.

Et tilbud tidligt i forløbet

Patienterne og de pårørende bliver informeret og tilbudt et netværksmøde så tidligt i forløbet som muligt, typisk i starten af strålebehandlingen. De, der er i tvivl, har mulighed for at sige ja tak senere i deres forløb. Måske er tidspunktet bedre for dem, når sygdommen i højere grad påvirker hverdagslivet. Det kan være i opfølgingsforløbet, eller hvis de får recidiv af sygdommen og skal have yderligere behandling i dagafsnittet. På dette tidspunkt fremsætter sygeplejerskerne derfor tilbuddet igen.

Vi udleverer en patientinformation, der beskriver, hvad et personligt netværksmøde går ud på. Af patientinformationen fremgår det, at hensigten med et personligt netværksmøde bl.a. er, at alle, der er tæt på den kræft-ramte, og som er berørt af sygdoms- og behandlingsforløbet, får den samme grundlæggende viden om sygdommen, behandlingen, hvordan den kan påvirke patienten, hverdagen og livet i familien, og hvordan netværket kan støtte.

I dagene efter følger vi op på informationen, når patienterne kommer ind til strålebehandling, og har dér fokus på, hvilke tanker patient og pårørende gør sig om netværksmødet. Tankerne kan omhandle parathed til at involvere andre, hvad der kan tales om på mødet, hvem der betyder noget særligt for dem i netop denne situation og derfor skal inviteres, og om både patient og pårørende er enige om, hvorvidt de ønsker et netværksmøde.

Patienterne har ofte oplevet, at sygdommen har medført en reel ændring i deres hverdagsliv og ser netværksmødet som en mulighed for at få italesat de nye livsvilkår og udfordringer over for deres netværk.

Planlægning varer et par uger

Sammen med patienten aftaler vi, hvilken kræftlæge der skal deltage ved netværksmødet, og om andre fagpersoner er relevante, f.eks. hjerneskadekoordinator, fysioterapeut og egen læge. Patienterne inviterer selv de familie-medlemmer og venner, de ønsker. Det kan være svært for dem at afgøre. Så de får god tid til at overveje, hvem de vil lukke ind i deres kræftrum. Samlet er planlægningen som regel spredt ud over nogle uger.

Af den skriftlige patientinformation fremgår det, hvilke emner det kan være aktuelt at drøfte på netværksmødet, se boks 1. Det er patienten og den pårørende, som bestemmer, hvilke emner der særligt skal være i fokus på mødet, og hvilke der skal undlades. Mødet tilrettelægges ud fra patientens og den pårørendes individuelle situation og behov. Patienten skal opleve, at det er et personligt netværksmøde, og skal kunne se sig selv i mødet.

Boks 1. Eksempler på emner, der kan drøftes på et netværksmøde

- Information om sygdommen, behandlingen og bivirkninger (og hvad der kan gøres ved dem).
- At være barn, ægtefælle, nabo, ven, kollega.
- Hvordan hverdagslivet kan være forandret – herunder ændring af roller.
- Hvor findes der støtte, og hvilken støtte er der brug for.
- Træthed, aktivitet, hvile og velvære.
- Hukommelse og koncentration.
- Ændringer i humør og væremåde.
- Inddragelse af familie og dem, der har betydning i hverdagen.
- Støtte og informationsmuligheder fra socialrådgiver, Kræftens Bekæmpelse, hjerneskadekoordinator, hjernetumorforeningen og kommunen.
- Kommunikation mellem den syge og netværket.

I samarbejde med afdelingssygeplejersken bliver det planlagt, at to sygeplejersker kan deltage i mødet. I starten har den ene altid været fra samarbejdsgruppen i projektet og den anden en kollega, der skulle oplæres. Under alle omstændigheder har den ene sygeplejerske et grundigt kendskab til patienten. For at lette planlægningen af mødet har vi udarbejdet en tjekliste, så vi husker alle de praktiske ting, se boks 2.

Intens stemning på møde

Der er sat ca. en time af til netværksmødet. Patienten får plads ved mødebordet, så det er muligt at have øjenkontakt med alle undervejs. Sygeplejerskerne leder mødet og starter med at byde velkommen og kort skitsere, hvad formålet med mødet er, og hvad der er planlagt. Det bliver understreget, at alle deltagere har en etisk tavshedspligt i forhold til de oplysninger, der kommer frem på mødet, og at det er patienten og de nærmeste pårørende, som afgør, i hvilken udstrækning det inviterede netværk må formidle oplysninger videre til andre. Mødet starter med en kort runde, hvor alle præsenterer sig selv og deres relation til patienten. Det sker jævnlige, at flere deltagere fra det private netværk møder hinanden for første gang.

Vi gør meget for at skabe så hyggelig og afslappet en atmosfære som muligt midt i den alvorlige situation, så der bliver plads til smil og små bemærkninger. Patienter har gjort os opmærksomme på, at det er vigtigt, at vi ikke dramatiserer situationen og maler fanden på væggen – at vi ikke må fjerne håbet.

Lægen bruger den første halvdel af mødet på at fortælle om sygdommen, prognosen, behandling, bivirkninger, genoptræning og opfølgning relateret til netop denne patient. Deltagerne bliver opfordret til at stille spørgsmål undervejs, så mødet får præg af dialog frem for envejskommunikation. Alle tilstræber at bruge hverdagsprog og tale langsomt og med pauser. Når lægen er færdig, forlader hun mødet.

Sygeplejerskerne fortsætter mødet og tager emner op, som vedrører hverdagslivet og de udfordringer, som både patient og pårørende har. Det kan være den ændrede rollefordeling i hjemmet, at den pårørende kan have brug for aflastning og et frirum, og at patientens træthed begrænser de sociale aktiviteter. Ofte kan patienten have kognitive forandringer, der medfører, at familie og venner skal vide, hvordan de bedst kommunikerer med den syge og afpasser stimuli og sanseindtryk. En del patienter er i stand til at formulere, hvad der kan være en støtte for dem, andre kan have mistet evnen til at udtrykke sig, så den pårørende fører ordet. Sygeplejersken bidrager med forslag og løsninger, som har været en hjælp for andre i samme situation, og er i det hele taget den, der sætter ord på meget af det, som det kan være svært at

Boks 2. Planlægning af netværksmøder

Mødelederne skal

- koordinere dato og tidspunkt for netværksmøde med afdelingssygeplejerske, læge og sygeplejerskekollega.
- invitere relevante fagpersoner som egen læge, fysioterapeut, hjerneskadekoordinator m.fl.
- afklare, om patient og pårørende har behov for lægesamtale om f.eks. diagnose og prognose før netværkssamtalen.
- udfylde og udlevere en invitation, som patienten kan bruge til at invitere det private netværk.
- have besked fra patienten om, hvor mange der deltager. Bestille kaffe, te og småkager.
- booke mødelokale.
- aftale med patienten og den pårørende, hvilke emner der skal drøftes på mødet.
- aftale struktur for mødet med sygeplejerskekollega herunder fordeling af roller og punkter. Evaluere med sygeplejerskekollega efter mødet.
- dokumentere hovedpointer fra mødet i EPJ.



Der er sat ca. en time af til netværksmødet. Patienten får plads ved mødebordet, så det er muligt at have øjenkontakt med alle undervejs. Sygeplejerskerne leder mødet og starter med at byde velkommen og kort skitsere, hvad formålet med mødet er, og hvad der er planlagt.

tale om. Vi er meget opmærksomme på, hvem det er, der er med i det sociale netværk – er det nære venner, naboer, børn – og deres alder. Der bliver talt om, hvordan netværket kan bidrage med støtte, og at støtten kan være svær at bede om, idet vi som voksne ofte har en forventning om at skulle klare os selv. Der bliver udleveret pjecer og adresser på hjemmesider, og mødet bliver rundet af med, at deltagerne får mulighed for kort at fortælle, hvordan det har været for dem at være med på mødet.

Stemningen på netværksmødet er ofte intens. Der er plads til at give udtryk for svære følelser og at være ked af det, men også at formulere glæden over hver dag. Mange patienter og pårørende er dybt taknemmelige for fremmødet, og deltagerne giver ofte udtryk for, at de har fået en større indsigt og er glade for, at de blev inviteret. Mødet åbner kommunikationen og gør det lettere for dem at vide, hvordan de bedst kan støtte.

Positive erfaringer udbredt til andre

Projektforløbet, der startede i 2013, har ført mange sidegevinster og processer med sig. Sygeplejerskerne i Ungdomsafsnittet havde i flere år ønsket at udbrede deres positive erfaringer med netværksfokuseret sygepleje, så den kom andre og flere patienter til gode i Kræftafdelingen. De fik nu mulighed for både at formidle deres viden og erfaring til kolleger i andre afsnit og samtidig træne deres undervisningsfærdigheder. Det har helt klart været et stort plus, at de på autentisk vis og helt konkret kunne vise, hvordan de som sygeplejersker griber netværksmøder an.

De to bachelorstuderende bidrog med et værdifuldt grundlag. De kunne som neutrale udefrakommende afdække og analysere, hvilke muligheder og barrierer sygeplejerskerne i de to afsnit så i projektet, og på den måde sikre, at vi fik opmærksomhed på nogle problemfelter, der skulle tages højde for.

I projektperioden har hjerneskadekoordinatorer fra hele regionen været til temadag i Kræftafdelingen for at høre om projektet og de personlige netværksmøder og drøfte, hvordan vi kunne samarbejde. De stillede sig generelt positive i forhold til at komme til Aarhus og deltage i netværksmøder, når det var relevant og kunne lade sig gøre.

Vi har udarbejdet en pjece med titlen: "Kræft i hjernen og kognitive forandringer – når indtryk og udtryk forandres". Pjecen giver vejledning i, hvordan pårørende og det sociale netværk kan støtte og dermed gøre det lettere at afhjælpe de problemer, der kan opstå i hverdagen (10). Der er ligeledes udarbejdet en oversigt med kontaktoplysninger på alle de steder, hvor der er hjælp at hente. Listen får patienter og pårørende af os tidligt i forløbet, da de har svært ved at finde oplysningerne andre steder.

Aktionsforskningsstilgangen har en klar fordel, når der skal implementeres og skabes forandringer i praksis. Den tætte interaktion med de personer i praksis, dvs. sygeplejersker, læger og ledere, som skal føre forandringer ud i livet, er afgørende gennem hele processen. Samtidig sættes tanker og læring i gang, som fører langt mere med sig end forskningsprojektets konkrete mål.



Med projektet er der kommet langt mere fokus på netværksfokuseret sygepleje og på at drøfte det sociale netværks betydning med patienter og pårørende.

Den tætte involvering af en samarbejdsgruppe hjælper forskerne til at bevare fodfæste og forstå praksis og patient-situationer og bevirker, at der hele tiden er en flok ildsjæle, som kan være med til at motivere kollegerne og forfølge målet.

Fokus på netværkets betydning

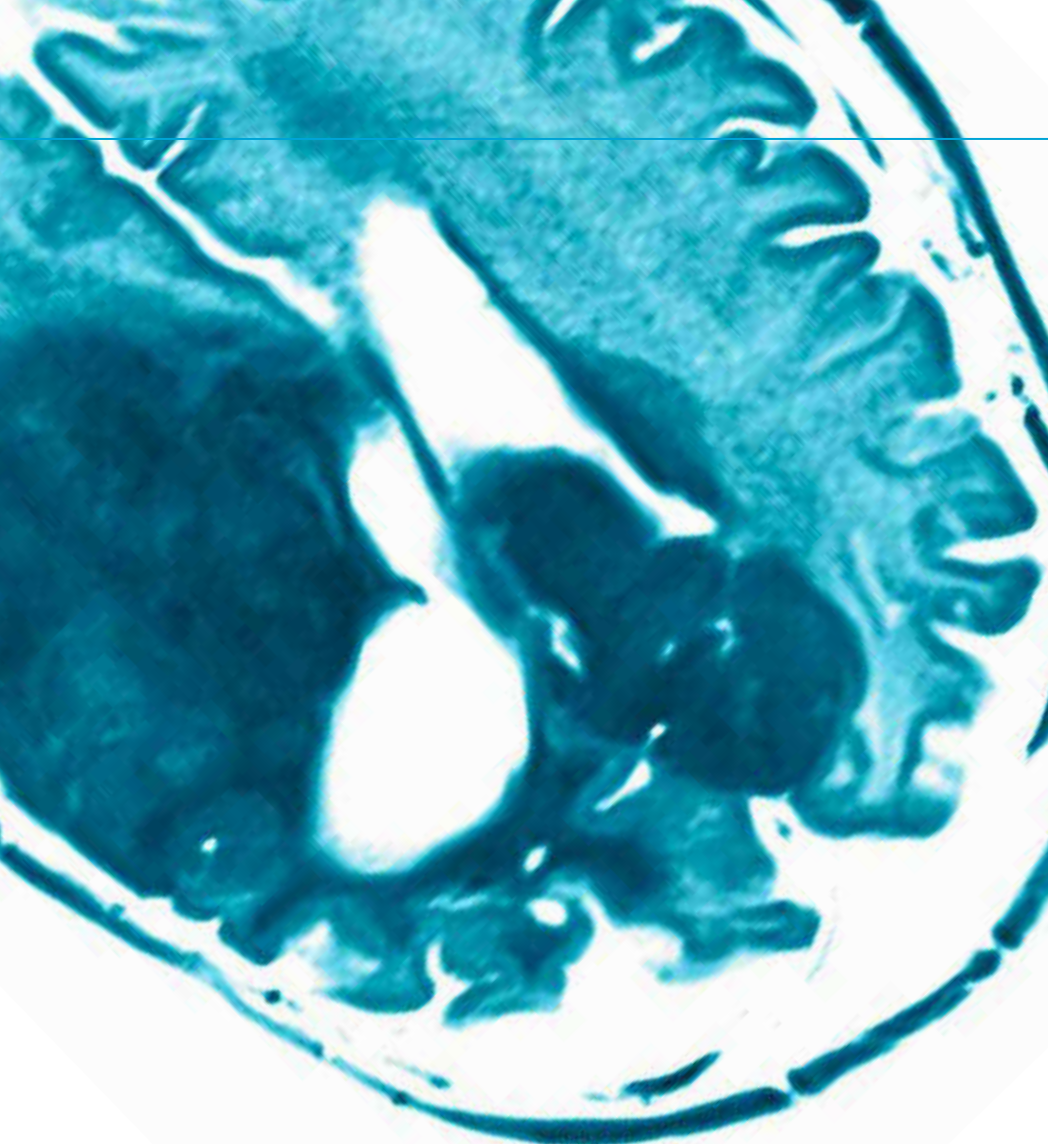
Med projektet er der kommet langt mere fokus på netværksfokuseret sygepleje og på at drøfte det sociale netværks betydning med patienter og pårørende.

Der er større opmærksomhed på aktivt at inddrage patientens pårørende og give rum for deres behov for støtte. Det har vist sig, at omkring en femtedel af patienterne takker ja til et netværksmøde, og det matcher, hvad praksis for nuværende kan klare.

Samarbejdsgruppens sygeplejersker er ved at være erfarne i at afholde netværksmøder og oplærer nu deres øvrige kolleger. Meldingerne fra både involverede patienter, pårørende, netværk, læger og sygeplejersker er positive, og motivationen stiger.

Set i lyset af at stort set al behandling nu, men også i fremtiden bliver foretaget ambulant, må patienter og pårørende i stigende grad kunne håndtere livet med sygdom, behandling og symptomer i hjemmet. Personlige netværksmøder er et bud på, hvordan vi kan hjælpe med at ruste dem til dette.

Projektet er i sin afsluttende fase, og forskningsresultaterne er ved at blive samlet med henblik på publicering. ●



Hvordan bruger I patientens netværk på din arbejdsplads?

Hvilke erfaringer har I med at lade patienten bestemme, hvem der skal inddrages?

Hvordan er I rustede til at lede netværksmøderne og håndtere svære følelser?

Referencer

1. Ostgathe C, Gaertner J, Kotterba M, Klein S, Lindena G, Nauck F et al. Differential palliative care issues in patients with primary and secondary brain tumours. *Support Care Cancer* 2010 Sep;18(9):1157-63. **2.** Olsen P, Harder I. Keeping Their World Together – Meanings and Actions Created Through Network-focused Nursing in Teenager and Young Adult Cancer Care. *Cancer Nursing* 2009;32(6). **3.** Olsen PR, Harder I. Caring for teenagers and young adults with cancer: a grounded theory study of network-focused nursing. *Eur J Oncol Nurs* 2011 Apr;15(2):152-9. **4.** Hove N, Thykjær S, Andersen U. Ungdomssygepleje – nye arbejdsformer [Youth Wards – New Methods of Nursing Young People With Cancer] (Available on: www.youthwards.oncology.dk). Aarhus: Onkologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Denmark; 2004. **5.** Ravn S, Hove N, Mathiesen E. Erfaringer fra et ungdomsafsnit [Experiences from a Youth Unit]. In: Hølge-Hazelton B, editor. *Den unge med kræft. Et praksisforskningsprojekt i Onkologisk Afdeling D. [The Young Patient with Cancer – A practitioner research project in Department of Oncology]*. Aarhus: Aarhus Universitet, Denmark; 2008. **6.** Hummelvoll JK, Eriksson BG, Cutcliffe JR. Local experience – central knowledge? Methodological and practical implications for knowledge development in local mental health care settings. *Nordisk Sygeplejeforskning* 2015;5(3):283-95. **7.** Bradbury H, Reason P. *Actions Research. Participative Inquiry and Practice*. London: SAGE. 2008. **8.** Rycroft-Malone J. The PARIHS Framework – A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality* 2004;19(4):297-304. **9.** Pedersen X, Hove N. Netværksmødet som samarbejdsmetode – overføring af viden og erfaring fra én afdeling til en anden. In: Olsen PR, editor. *Fremtidens kræftsygepleje – kort men godt. Et udviklings- og praksisforskningsprojekt*. 1. ed. Aarhus: Kræftafdelingen D, Aarhus Universitetshospital; 2015:12-22. **10.** Simonsen H, Olsen P. *Kræft i hjernen og kognitive forandringer – når indtryk og udtryk forandres. Pjece*. 2015. Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital.

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



BIRGIT BONFILS

Klinisk oversygeplejerske. Uddannet sygeplejerske i 1977 og master i voksenundervisning og human resources i 2005. Siden 2005 ansat som klinisk oversygeplejerske på urologisk afdeling på Herlev Hospital, men er p.t. udlånt i en tre et halvt års projektperiode til Sundhedsplatformen, Region Hovedstaden og Region Sjælland for at medvirke til udvikling og implementering af den nye elektroniske patientjournal. birgit.bonfils@regionh.dk



GITTE WRIST LAM

Overlæge, Fellow of the European Board of Urology (FEBU), urologisk afdeling, Herlev Hospital.



MARTIN HØJGAARD

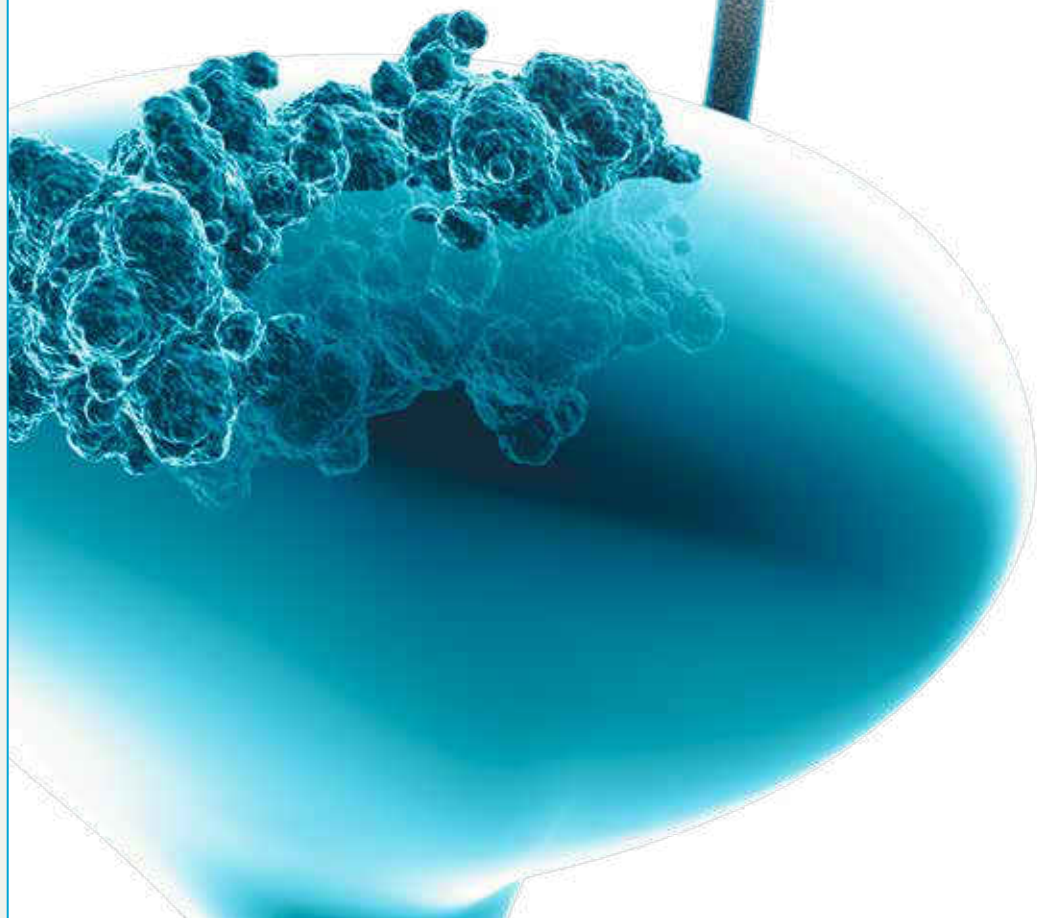
Læge, ph.d., urologisk afdeling, Herlev Hospital. Ansat som hoveduddannelseslæge i klinisk onkologi på Onkologisk Klinik, Rigshospitalet. Forskningsaktiv og med særlig interesse for avanceret prostatacancer samt blærecancer.

Tak til alle patienter, som deltog i projektet, samt til sygeplejerskerne i urologisk afdeling på Herlev Hospital/Frederikssund Hospital. En speciel tak til sygeplejerske Mette Kelsen for hendes indsats med at få gennemført projektet i udefunktionen.

Ny metode til skylning af blæren mindsker ubehag

Fokus på patienternes ubehag ved at få installeret kræfthæmmende medicin i blæren fører til en ny metode, som **minimerer blærekramper, siven af cytostatika og svien.**

Projektet, der beskrives nedenfor, omfatter indlagte patienter, som får foretaget postoperativ blæreskylning med det kræfthæmmende lægemiddel mitomycin efter transuretral fjernelse af en blæretumor. Skylning med mitomycin tilbydes i henhold til nationale og internationale guidelines til patienter, hvor kirurgen skønner, at den bortopererede tumor er ikke-invasiv eller helt overfladisk invasiv. Disse tumorer har, selv om de er godartede, en recidivrisiko på op til 50 pct., hvorfor man anvender forskellige former for tiltag for at forebygge dette. En af metoderne er mitomycinskylning (1,2,3).



Mitomycinskylning foretages snarest muligt efter operationen og altid inden for de første 24 timer. En enkelt skylning, som varer to timer, kan formentlig forhindre recidiv af blæretumoren med 30-40 pct.

De nyopererede patienter beskriver ofte et markant ubehag med betydelig svie og smerte i forbindelse med behandlingen, hvilket hyppigt fører til præmatur afbrydelse af behandlingen. Andre klagepunkter fra patienterne er blærekramper, der kan føre til, at urin blandet med mitomycin løber ved siden af det afklemte blærekateter, hvilket er en ulempe både for patient og personale.

Intenst ubehag ved behandlingen

Baggrunden for at gennemføre dette projekt var, at sygeplejerskerne ofte oplevede, at patienternes ubehag ved behandlingen i mange tilfælde var så intenst, at blæreskylningen måtte afsluttes før tid. Ved afbrudte behandlinger kan der være en risiko for nedsat virkning af behandlingen, omend behandlingsvarigheden er empirisk bestemt. Behandlingens tidsmål var i henhold til afdelingens instruks sat til to timer.

Desuden var det et sikkerhedsproblem for både patienter og sygeplejersker, at mitomycinblandingen ofte løb ved siden af kateteret og ud på hud, sengetøj og tøj, hvilket medførte risiko for cytostatika-kontaminering (4).

Det havde derfor høj prioritet for os at finde ud af, om en alternativ installationsmetode kunne forbedre patienternes komfort og mindske tilfælde af lækage.

Ved litteratursøgning fremkom en enkelt artikel, der omhandlede samme problematik, en østrigsk undersøgelse fra 2008 (5). Artiklen beskrev et randomiseret studie med 60 patienter, som efter fjernelse af blæretumor gennem urinrøret fik en blæreskylning med det kræfthæmmende lægemiddel mitomycin. Den ene metode var afklemning af blærekateter under behandlingen, og den anden metode var åbentstående blærekateter med posen hævet en meter over blæreniveau. Patienterne blev undervejs spurgt om ubehag og smerter hver 15. min. Der var afsat to timer til behandlingen.

Resultatet viste, at åbentstående blærekateter og elevation af urinposen gav signifikant længere installationstid, mindre ubehag og færre smerter. Man havde ligeledes fokus på effekten af behandlingen, som ikke viste nogen

forskel. Dette gav inspiration til at undersøge dette nærmere med samme patientkategori, dog med den forskel at patienterne skulle have behandlingen inden for 24 timer postoperativt.

Forud for det egentlige projekt foretog vi et mindre pilotstudie med henblik på at validere metoden (elevering kontra afklemning af blærekateter) samt indholdet i det spørgeskema, vi havde udarbejdet til projektet. Vi foretog derfor et identisk forsøg med 10 patienter. Patienterne blev informeret om projekt, metode og spørgeskema. Vi fik feedback fra patienterne undervejs, og de kommenterede også spørgeskemaet. Studiet gav os viden om, at metoden med elevation af blærekateteret var brugbar, og spørgeskemaet blev justeret ud fra patienternes kommentarer.

Ubehag accentueret af behandlingsformen

Vores hypotese var, at en del af det ubehag, patienterne følte i forbindelse med behandlingen, accentueredes af det afklemte blærekateter, der sammen med installationen kunne fremhæve blærekrampene. Ved at behandle med et åbentstående blærekateter med eleveret kateterpose vil trykket i blæren, når patienten oplever de almindeligt forekommende blærekramper under behandlingen, kunne udlignes gennem kateterslangen. Vi antog, at indholdet i blæren under en blærekrampe kunne

RESUME

Smerter, ubehag og risiko bliver ved at anvende en ny metode mindre for patienter, som transuretralt får fjernet en overfladisk blæretumor, og som skal have foretaget en blæreskylning med mitomycin efter indgrebet. Patienten oplever skylningen som smertefuld og ubehagelig, og sygeplejersken, som forestår skylningen, har risiko for at komme i kontakt med udsivende mitomycin.

For at at mindske patienternes ubehag og mindske risikoen for udsivning af mitomycin iværksættes et interventionsprojekt, hvor væsken bliver indgivet på en alternativ måde. Af en gruppe på 100 patienter modtager

halvdelen den traditionelle behandling, hvor mitomycinen bliver installeret via blærekateter, som afklemmes i de to timer, som behandlingen varer. Hos den anden gruppe forbliver blærekateteret åbent, og urinposen anbringes en meter over patienten for at skabe et vandlåsprincip. Hypotesen er, at indholdet i blæren under en blærekrampe kan løbe ud af blæren uden modtryk og efterfølgende løbe tilbage, når krampen er ophørt.

Patienterne i gruppen, hvor blærekateteret forbliver åbent og hævet over patienten, oplever færre gener og smerter, og metoden er nu indført som standardbehandling.

løbe ud af blæren med et modtryk svarende til det hydrostatiske tryk i modsætning til det manglende tilbageløb ved afklemte blærekateter. Det hydrostatiske tryk ville medføre efterfølgende tilbageløb af væsken i blæren, når blærekrampen aftog. Vi forventede, at patientens gener under behandlingen dermed ville mindskes.

Kan ubehag reduceres?

Formålet med projektet var at undersøge, om ændring af installationsmetoden kunne reducere det ubehag, patienterne ofte følte i forbindelse med postoperativ blæreskylning med mitomycin og derved øge patientens compliance, så flere patienter kunne modtage behandlingen i fulde to timer, og antallet af patienter, hvor skyllevæsken løb ved siden af blærekateteret, kunne mindskes.

100 patienter inkluderet

Projektet var et åbent, prospektivt, randomiseret kontrolleret studie og forløb fra juni 2011 til september 2012. Det startede i urologisk afdeling på Herlev Hospi-

tal, men blev under projektførelsen flyttet til urologisk afdelings udefunktion på Frederikssund Hospital. Her fortsatte projektet med størstedelen af patienterne.

Alle indlagte patienter af begge køn, som levede op til in- og eksklusionskriterierne, og som skulle have blæreskylning med mitomycin efter fjernelse af polyp- per i blæren (TUR-B), blev tilbudt at indgå i studiet. 100 patienter blev inkluderet konsekutivt og randomiseret 1:1 til interventions- eller kontrolgruppe, se figur 1.

Delt i to lige store grupper

Inklusionskriterierne var, at patienten skulle være over 18 år, opereret for en forventet non invasiv/overfladisk invasiv blæretumor (Ta, T1). Patienter med kognitive problemer og patienter, som ikke kunne forstå, tale eller læse dansk, blev ekskluderet. Begge grupper var på væskerestriktion to timer før skylningen. For at sikre, at der ingen blødning var, blev patientens blære skyllet med NaCl forud for installationen af mitomycin. I begge grupper blev Mitomycin Medac 40 mg opløst i 50 ml solvens anvendt i henhold til afdelingens instruks.

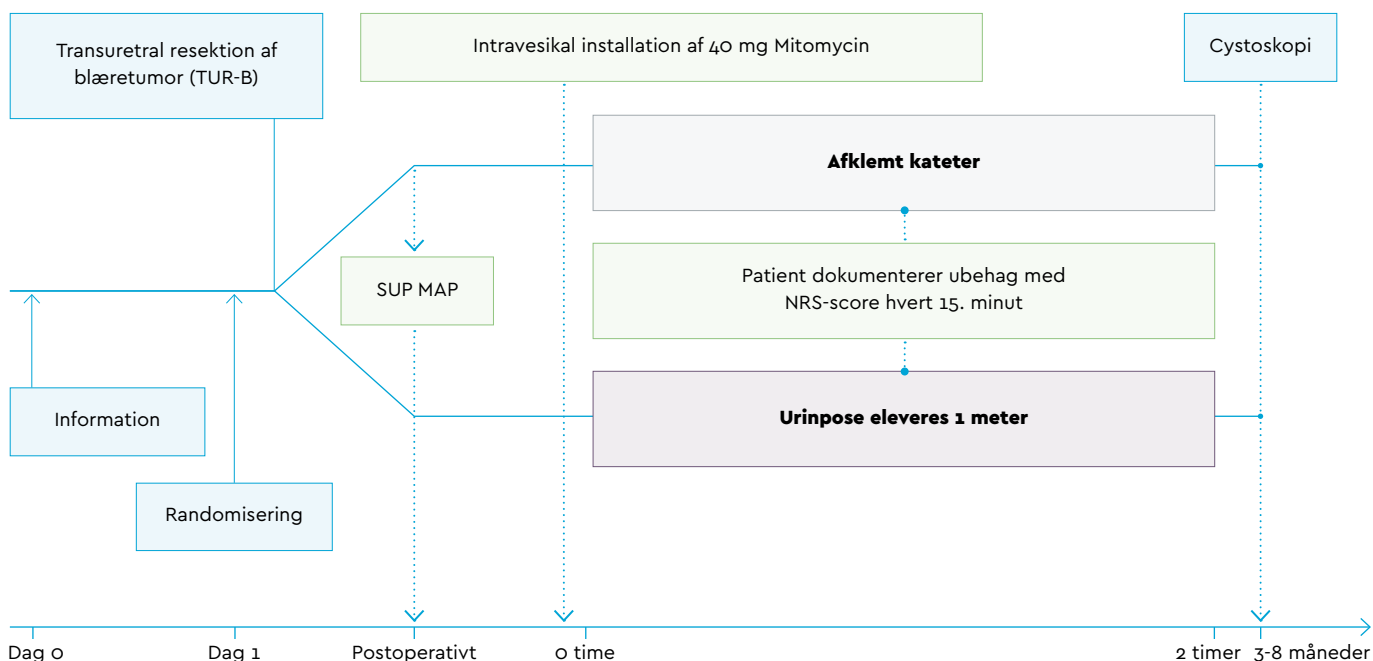
Kontrolgruppen (gruppe A) på 50 patienter fik mitomycin installeret i henhold til afdelingens rutinemetode med afklemning af blærekateteret.

I interventionsgruppen (gruppe B) fik de 50 patienter installeret mitomycinblandingen ved hjælp af åbentstående blærekateter med elevering af kateterposen til én meter over blæreniveau.

Uanset installationsmetode, interventions- eller kontrolgruppe skulle patienterne så vidt som muligt holde mitomycinblandingen i blæren i to timer. Blev smerterne uacceptable for patienterne, blev behandlingen dog afsluttet før tid. Under den to timer lange behandling opholdt patienten sig i sengen med en

Figur 1. Behandlingsflow

Behandlingsflow for patienter til singleshot postoperativ Mitomycinbehandling efter transuretral resektion af blæretumor (TURB)



absorberende ble i tilfælde af, at mitomycinblandingen løb ud langs blærekateteret.

Patienten blev bedt om at udfylde et spørgeskema specielt fremstillet til projektet, hvorpå graden af ubehag skulle noteres hvert 15. minut. Spørgsmålene var orienteret omkring følelser af forskellige former for ubehag. Patienten dokumenterede på den måde graden af smerte, følelsen af svie, blærekrampe, vandladningstrang og udsivning af væske langs blærekateteret.

For at fremme nøjagtigheden og sammenligneligheden i patienternes respons blev de bedt om at benytte NRS-skalaen, hvor 0 er ingen symptomer, og 10 er maksimale symptomer. Der blev registreret til tiden 0, 15, 30, 45, 60, 75, 90, 105 og 120 minutter. Scorerne blev kumuleret over tid, således at den minimalt opnåelige score var 0 og den maksimalt opnåelige score var 90.

Den absorberende ble blev vejet før og efter behandlingen, og evt. spild af mitomycinblandingen blev dokumenteret.

Ved afslutning af behandlingen dokumenterede sygeplejersken start-/sluttid på installationen.

Beskyttelsesudstyr nødvendigt

Sygeplejersken iklædte sig beskyttelsesudstyr efter gældende retningslinjer, sikrede sig, at patienten ikke blødte ved at skylle blæren, og installerede mitomycinblandingen.

Mitomycinblandingen blev administreret i et lukket, sterilt system. Alt materiale blev bortskaffet som klinisk risikoaffald i overensstemmelse med



Skylning med mitomycin tilbydes i henhold til nationale og internationale guidelines til patienter, hvor kirurgen skønner, at den bortopererede tumor er ikke-invasiv eller helt overfladisk invasiv.

Miljøstyrelsens regler. I tilfælde af at der havde været utæthed med mitomycinblandingen langs blærekateteret, kom patienten i brusebad for at undgå udslæt og vabler på huden.

Projekt godkendt

Projektet blev godkendt i juli 2010 af de Videnskabetiske Komitéer, Region Hovedstaden samt af Datatilsynet i marts 2010. Patienterne blev mundtligt informeret om projektet ved forundersøgelsen i elektivt afsnit dagen før operationen og fik udleveret den skriftlige information. Hvis patienten ønskede at deltage, underskrev han/hun samtykkeerklæringen og afleverede den ved ankomst til sengeafsnittet på operationsdagen. Patienten kunne til enhver tid trække sit tilsagn om deltagelse tilbage.

Klar tendens i interventionsgruppen

Spørgeskemabesvarelser blev tastet ind i en database og analyseret. Alle patienter udfyldte spørgeskemaerne. Behandlingsvarighed og væsketab (blevejning) blev ligeledes udregnet.

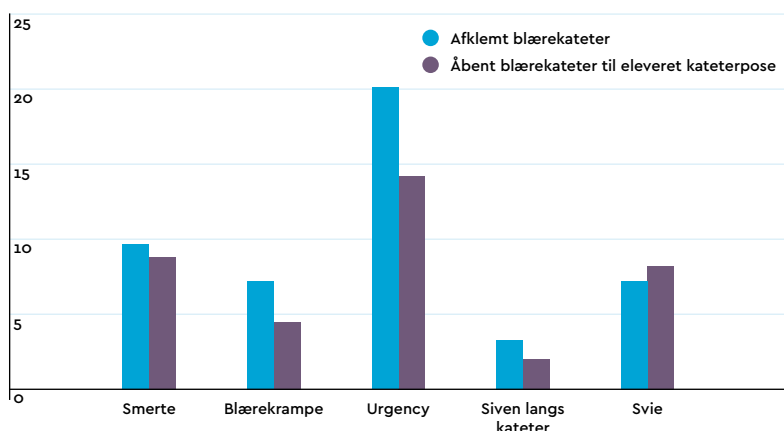
I undersøgelsen deltog 75 mænd og 25 kvinder i alderen fra 23 år til 94 år.

Middelværdien for ubehag blandt patienterne i kontrolgruppen var 9,7 for smerter, 7,2 for blærekrampe, 20,1 for kraftig vandladningstrang, 3,3 for våd/siven langs blærekateter og 7,2 for svie. Det kan sammenlignes med middelværdierne på samme parametre i testgruppen, hvor de fordelte sig således: 8,8 for smerter, 4,5 for blærekrampe, 14,2 for kraftig vandladningstrang, 2,0 våd/siven langs blærekateter og 8,2 for svie.

Tendensen til, at interventionsgruppen oplevede mindre ubehag, var klar.

Interventionsgruppen, der fik installeret mitomycin med åbent blærekateter og eleveret kateterpose, rapporterede færre smerter, næsten uændret svie, mindre kraftig vandladningstrang, mindre siven langs blærekateter og færre blærekrampe end kontrolgruppen, der fik midlet installeret med afklemt blærekateter. Kraftig vandladningstrang viste signifikant forskel, hvor resultatet var lavere i interventionsgruppen, se figur 2.

Figur 2. Gennemsnitlig ubehag-score for de to behandlingsgrupper



Patienterne oplevede mindre siven langs blærekateteret, men blevejnings-testen viste dog kun lille forskel i lækage.

Desuden var 84 pct. af testgruppen i stand til at gennemføre behandlingen i de ønskede to timer mod kun 70 pct. af kontrolgruppen. Det var en ikke signifikant øgning på 14 pct., se figur 3.

Patienter oplevede forbedringer

Projektet viste en forbedring af patientens velbefindende og komplians under behandlingen i interventionsgruppen, om end der alene var en signifikant forskel på kraftig vandladningstrang. Det kan skyldes, at patienterne generelt oplever ubehag i forbindelse med postoperativ skylning med Mitomycin, og der var for få patienter i hver gruppe til at vise en signifikant forskel på de to metoder.

Umiddelbart efter at patienten havde valgt en kuvert i forbindelse med randomiseringen til projektet, var behandlingsmetoden åbenlys for både patient og sygeplejerske. Det var ikke praktisk muligt at sløre metoden. Denne manglende blinding kan have influeret på den vurdering, patienten angav i spørgeskemaet. Ligeledes kan sygeplejerskens vurdering af, hvornår behandlingen skulle afbrydes, være påvirket af metodevalg. Sygeplejersken kan have haft en forforståelse for, at et afklemt blærekateter var smertefuldt.

En del af patienterne i interventionsgruppen havde tidligere fået foretaget mitomycinskylning ved brug af afdelingens rutinemetode. De har givet udtryk for, at de ønskede installationen med den nye metode, hvis de skulle få et nyt recidiv.

Sygeplejerskerne gav udtryk for, at de var mere trygge ved at installere mitomycinblandingen og yde sygepleje til patienten i interventionsgruppen, idet de kun sjældent oplevede, at væsken sivede ud langs blærekateteret. Kontamineringen med cytostatika var derved formindsket.

Vores undersøgelse var ikke designet med henblik på en systematisk opfølgning af patienten med hensyn til recidiv af blæretumor. Vi kender ikke den behandlingsmæssige effekt af de to metoder, men har ikke grund til at tro, at metoden, som blev anvendt i interventionsgruppen, skulle ændre på recidivfrekvensen. Et studie med dette fokus ville kræve en langt større gruppe patienter.

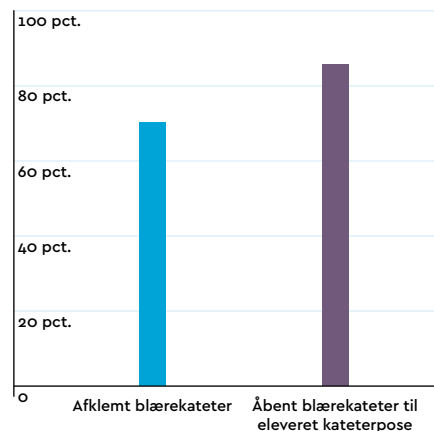
Projektets styrker og svagheder

Det vurderes som en styrke, at alle patienter, som blev spurgt, om de ønskede at deltage i projektet, svarede ja. Kun ganske få levede ikke op til inklusionskriterierne.



Den nye metode med hævet kateterpose reducerede patientens vandladningstrang, nedsatte blærekrampe og generelt ubehag ved behandlingen og derved antallet af afbrudte behandlinger, om end dette ikke var signifikant.

Figur 3. Gennemført 2-timers installationsbehandling



Spørgeskemaets styrke var, at indholdet blev valideret af patienterne i pilotprojektet og justeret efter de kommentarer, der kom. Ved at benytte NRS-skalaen er responsen fra patienterne sammenlignelige. Det kan dog være en svaghed, at spørgsmål som har du "smerter", "stærk vandladningstrang" eller "blærekrampe" appellerer til subjektive følelser, som ligger tæt op ad hinanden, og som personalet oplever forskelligt fra patienterne. Spørgeskemaets reliabilitet blev dog styrket ved, at patienten selv besvarede spørgsmålene og dokumenterede straks, når følelsen af ubehag var til stede.

På grund af organisatoriske forandringer i afdelingen blev denne kategori af patienter flyttet fra Herlev Hospital til afdelingens udefunktion, urologisk afdeling på Frederikssund Hospital, og ca. 90 pct. af patienterne blev behandlet i udefunktionen. Det kan være en svaghed i projektet, men personalet på begge afsnit havde modtaget samme undervisning i projektets indhold og metoder, og to afsnit var organisatorisk én afdeling på to forskellige adresser.

Oplevelse af mindre ubehag

Projektet viste, at patienter med et åbent blærekateter med kateterposen hævet en meter over blæreniveau oplevede mindre ubehag og klagede over færre gener i for-

bindelse med postoperativ mitomycinskylning, end hvis blærekateteret blev afklemt, som det tidligere var afdelingens procedure.

Den nye metode med hævet kateterpose reducerede patientens vandladningstrang, nedsatte blærekrampe og generelt ubehag ved behandlingen og derved antallet af afbrudte behandlinger, om end dette ikke var signifikant. Der var en tendens til, at patienter, der blev skyllet efter den nye metode, i flere tilfælde var i stand til at fuldføre behandlingen i to timer.

Desuden var der i interventionsgruppen færre tilfælde af lækage, hvor mitomycinblandingen løb ud langs blærekateteret. Dermed øgede den nye metode sikkerheden for både sygeplejerske og patient.

Den nye metode med eleveret kateterpose er implementeret i urologisk afdeling som standardbehandling. ●



I interventionsgruppen var der færre tilfælde af lækage, hvor mitomycinblandingen løb ud langs blærekateteret. Dermed øgede den nye metode sikkerheden for både sygeplejerske og patient.

Referencer

1. Sylvester RJ, Oosterlink W, van der Meijden AP. A single immediate postoperative installation of chemotherapie decreases the risk of recurrence in patients with stage TaT1 bladder cancer: A metaanalysis of published results of randomized clinical trials. *J Urol* June 2004 vol 171(part1) 2186-90.1.
2. Mostafid H, Raj GN, Rajkumar AB. Stewart and Raj Singh: Immediate administration of intravesical Mitomycin C after tumor resection for superficial bladder cancer. Department of Urology, North Hampshire, Basingstoke, UK, 2006 *BJU International*, 97, 506-12 4.
3. Oddens JR, van der Meijden, APM, Sylvester R. One Immediate Postoperative Installation of Chemotherapy in Low Risk Ta, T1 Bladder Cancer Patients. Is It Always Safe? *Eur Urol sept* 2004; vol 46Iss3;336-8.2.
4. Lamm DL, McGee WR, Hale K. Bladder Cancer: Current Optimal Intravesical Treatment. *Urologic Nursing*, October 2005; Volume 25(5).3.
5. Stoehr B, Mueller T, Granig T, Zangerl F, Steiner H. Increasing patient comfort by optimized postoperative administration of intravesical mitomycin C. *Urology*, Medical University, Innsbruck, Austria. *BJU International* 2008; aug. 6;(102):1556-9.



Hvordan kan I bruge den metode, som beskrives i artiklen?

Hvilke projekter har I gennemført, som har ført til positive ændringer af praksis?

Beskriv den bedste oplevelse, I har haft med udvikling af praksis.

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



JANNIE CHRISTINA FRØLUND

Klinisk sygeplejespecialist ved Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt. Uddannet sygeplejerske i 2004 fra Vejle Amts Sygeplejeskole, cand.cur. fra Aarhus Universitet i 2008. Jannie Frølund interesserer sig for udvikling af sygeplejen, primært hvordan man kan organisere og effektivisere patientforløbene til gavn for både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Hun har udarbejdet projekter, foretaget undersøgelser og publiceret en række artikler om sygepleje inden for det palliative felt, kvalitetsudvikling og organisering af klinisk praksis. jannie.christina.froelund@rsyd.dk

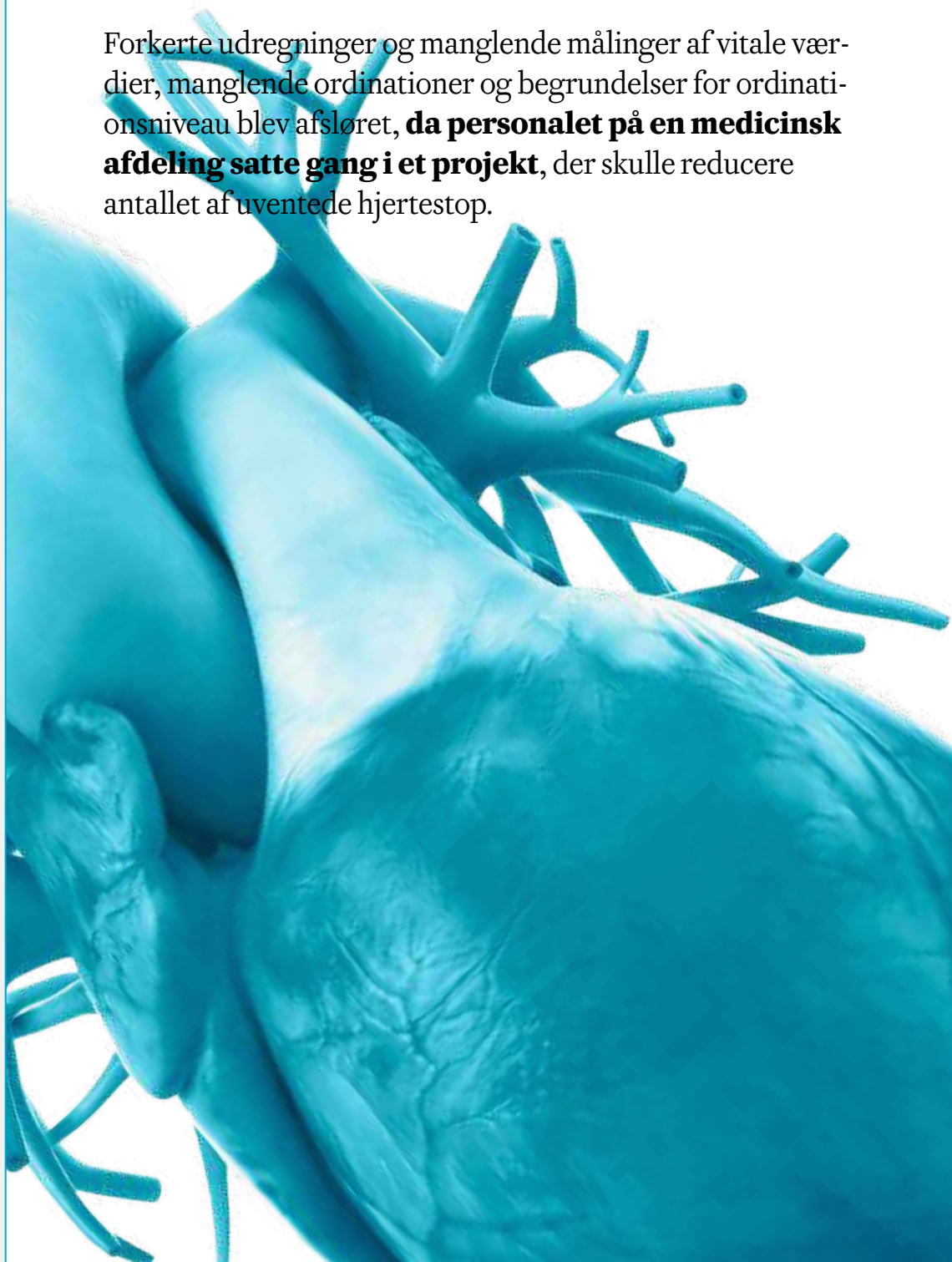


HELEN BRUUN

Kvalitetskoordinator ved Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt. Uddannet sygeplejerske i 1997 fra Vejle Amts Sygeplejeskole, cand.scient.san. fra Syddansk Universitet i 2009. Helen Bruun interesserer sig overordnet for at forbedre det tværfaglige samarbejde i praksis med fokus på kliniske data, som kan motivere til forbedringer, og for it i forhold til kvalitet i dokumentation. Hun koordinerer teamsamarbejde og kulturarbejde med småskalatest af tiltag for iværksættelse af store forandringer. Desuden er inddragelse af patienter og pårørende et af hendes interessefelter.

Vi lærer af uventede hjertestop

Forkerte udregninger og manglende målinger af vitale værdier, manglende ordinationer og begrundelser for ordinationsniveau blev afsløret, **da personalet på en medicinsk afdeling satte gang i et projekt**, der skulle reducere antallet af uventede hjertestop.



På Vejle Sygehus, en del af Sygehus Lillebælt, monitoreres antallet af hjertestopkald hver uge. Analyse af tallene viser en stigning i antal hjertestopkald i perioden november 2014 – januar 2015.

Samme tendens er gældende for Medicinsk Afdeling. Her er der normalt 1-4 hjertestopkald om måneden, mens der alene i januar 2015 var syv hjertestopkald.

For at forbedre patientsikkerheden er det vigtigt at følge op på og gennemgå uventede hjertestop, så årsag til hjertestopkald og evt. forbedringsmuligheder fremhæves. Samtidig er det vigtigt, at opfølgningen foregår lokalt og er forankret i klinisk praksis (1).

Lokal forankring er essentielt

På Mayo Clinic i Rochester er 7.500 journaler gennemgået. Forskerne finder bl.a., at en lokal forankring om opfølgning på uventede hjertestop er essentielt. Samtidig virker opfølgningen motiverende for kulturen omkring kvalitet og dermed patientsikkerheden på sygehuset (2). Andre undersøgelser viser, at opfølgning på uventede hjertestop ved gennemgang af journaler kan give grobund for læring (3). På et akuthospital i Nordengland var en mortalitetsanalyse begyndelsen til en systematisk forbedring af arbejdsgange og patientforløb. Resultatet var, at sygehuset på en treårs periode reddede 905 patienter (4).

Indsats kan forebygge dødsfald

De første danske erfaringer med mortalitetsanalyse viser, at sygehusene kan identificere områder, hvor en indsats fremover vil kunne forebygge dødsfald. Analysen omhandler 48 journaler på afdøde patienter. Analysen fandt, at 10 dødsfald potentielt kunne være undgået, og i to tilfælde blev forebyggelsespotentialer vurderet som betydelige (5).



Efter den systematiske journalgennemgang diskuterer teamet forløbet med henblik på at opnå en fælles opfattelse af, om hjertestopet kunne være undgået, og hvilke problemer gennemgangen afdækker.

Når patienter dør på de danske sygehuse, er det i langt de fleste tilfælde resultat af uhelbredelig sygdom, men der kan også være andre årsager. Det kan f.eks. være en kritisk tilstand hos patienten, der ikke bliver opdaget i tide, og som derved kan føre til, at patienten udvikler hjertestop. De hidtidige internationale og nationale erfaringer peger på, at en del dødsfald på sygehusene kan forebygges, såfremt patientsikkerheden og kvaliteten af pleje og behandling højnes (6).

Projekt STOP Hjertestop sat i værk

På baggrund af dette samt stigningen i antallet af hjertestopkald blev projekt "STOP hjertestop" sat i værk lokalt i Medicinsk Afdeling, så antallet af hjertestopkald og dermed uventede hjertestop reduceres.

Formålet er gennem en systematisk journalgennemgang at identificere områder, hvor der er behov for at forbedre kvaliteten af pleje og behandling, så patientsikkerheden øges, og antallet af hjertestopkald og uventede hjertestop dermed reduceres.

Systematisk journalgennemgang

Med henblik på at øge patientsikkerheden og dermed reducere antallet af uventede hjertestop har vi valgt at udarbejde en systematisk journalgennemgang på samtlige hjertestopkald.

Der er til formålet udarbejdet et audit-skema, der er pilottestet blandt sygeplejersker og læger for på den måde at tilpasse det til klinisk praksis og dermed gøre det

RESUME

Manglende målinger af værdier, manglende ordinationer og begrundelser for observationsniveau, problemer med monitoreringen af patienter, der var isolerede samt problemer i forhold til respekten for patienters ønske om genoplivning. Alle disse forhold blev fundet i forbindelse med gennemførelsen af projektet »STOP hjertestop« på Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus.

Baggrunden for projektet var, at afdelingen over en periode på tre måneder havde registreret et større antal hjertestopkald end normalt.

Målet med projektet blev at øge patientsikkerheden, og metoden bestod af en systematisk journalgennemgang af samtlige hjertestopkald i en etårig projektperiode.

Gennemgangen af projektperiodens 29 hjertestopkald har ført til ændringer i den kliniske praksis på afdelingen, og resultatet viste sig som et fald i antallet af uventede hjertestopkald. En litteraturgennemgang i forbindelse med projektet viste, at generel øget opmærksomhed på patientens situation kunne nedbringe antallet af uventede hjertestop, hvilket harmonerede med projektets fund.

meningsfyldt for personalet. Auditskemaet er bygget op om forskellige kvantitative indikatorer og er bl.a. inspireret af "Patientombuddets rapport om observation af patienter på sygehuse" (6), der beskriver nogle af de processer, problemer og årsager, der medvirker til utilstrækkelig monitorering og opfølgning herpå, samt hvilke elementer der har indflydelse på uventede hjertestop. Desuden vurderes, hvorvidt hjertestoppet potentielt kunne være forebygget, og hvilke problemområder og læringspotentialer der er, se boks 1.

Patientgrundlag

Alle patienter, der bliver kaldt hjertestopkald på i perioden 1. november 2014 til 31. oktober 2015.

Inklusion: Patienter indlagt i sengeafsnittene (akut visitationsafsnit, medicinsk sengeafsnit og hæmatologisk sengeafsnit) i Medicinsk Afdeling.

Eksklusion: Patienter i ambulatorier, på intensivt afsnit, i skadestuen og røntgen, da disse ikke indgår i den overordnede monitorering på sygehuset.

Organisering

Hver uge bliver der foretaget en systematisk journalgennemgang på hjertestopkald, så gennemgangene hele tiden er aktuelle. Journalgennemgangen bliver foretaget af et team bestående af afdelingens kvalitetskoordinator, klinisk sygeplejespecialist og en læge, mhp. at gennemgangen bliver så objektiv som overhovedet muligt. Samtidig sendes resultatet af journalgennemgangen til anæstesiologisk overlæge, som gennemgår den, hvis det vurderes relevant.

Efter den systematiske journalgennemgang diskuterer teamet forløbet med henblik på at opnå en fælles opfattelse af, om hjertestoppet kunne være undgået, og hvilke problemer gennemgangen afdækker. Herefter sendes den ud til alle læger i afdelingen samt til relevant plejepersonale, hvor den drøftes på ny. Desuden bliver de overordnede problemområder og læringspotentialer

Boks 1. Indhold i auditskema

- Dato for hjertestopkald
- Tid og sted
- Patientens køn og alder
- Indlæggelsesdato og årsag
- Grundmorbus
- Stillingtagen til genoplivning og behandlingsloft
- Beskrivelse af hjertestoppet
- Monitorering af patienten op til hjertestoppet
- Er der handlet korrekt på observation af vitalparametre (TOKS)?
- Er der handlet rettidigt på prøvesvar?
- Er der handlet korrekt i forhold til lægekald?
- Er der kaldt Mobilt Akut Team, MAT?
- Konklusion på hjertestopkald
- Læring af hjertestopkald

Tabel 1. Patientoversigt

Patient	Alder	Indlæggelsesårsag	Dato og tid
1	86	Dårlig almen tilstand	09.11.14 Kl. 08.07
2	66	Vejrtrækningsproblemer	11.11.14 Kl. 14.20
3	72	Sepsis/Urosepsis	28.11.14 Kl. 17.42
4	83	Blødning fra endetarmen	30.11.14 Kl. 08.33
5	70	Vejrtrækningsproblemer	09-12-14 Kl. 21.00
6	78	Blødning fra endetarmen	11.12.14 Kl. 16.19
7	94	Smerter	14.12.14 Kl. 17.13
8	87	Dårlig almen tilstand	23.12.14 Kl. 08.16
9	79	Dårlig almen tilstand	09.01.15 Kl. 10.02
10	84	Vejrtrækningsproblemer	10.01.15 Kl. 06.28
11	87	Vejrtrækningsproblemer	11.01.15 Kl. 22.50
12	49	Vejrtrækningsproblemer	14.01.15 Kl. 01.28
13	62	Vejrtrækningsproblemer	14.01.15 Kl. 11.21
14	77	Vejrtrækningsproblemer	15.01.15 Kl. 18.27
15	77	Blødning fra endetarmen	28.01.15 Kl. 06.14
16	83	Blødning fra endetarmen	14.02.15 Kl. 23.50
17	64	Vejrtrækningsproblemer	18.03.15 Kl. 10.45
18	88	Sepsis/Urosepsis	24.03.15 Kl. 00.25
19	64	Dehydrering	26.03.15 Kl. 07.15
20	87	Sepsis/Urosepsis	29.03.15 Kl. 08.30
21	64	Smerter	29.03.15 Kl. 09.29
22	94	Vejrtrækningsproblemer	29.04.15 Kl. 17.50
23	72	Vejrtrækningsproblemer	03.05.15 Kl. 10.42
24	89	Sepsis/Urosepsis	04.07.15 Kl. 09.55
25	64	Blødning fra endetarmen	04.08.15 Kl. 19.53
26	81	Vejrtrækningsproblemer	05.08.15 Kl. 21.10
27	71	Sepsis/Urosepsis	11.08.15 Kl. 01.44
28	82	Smerter	19.09.15 Kl. 12.50
29	67	Smerter	26.10.15 Kl. 15.45

+ genoplivning: Patienten ønsker genoplivning

- genoplivning: Patienten ønsker ikke genoplivning

Var der hjertestop?	Blev HLR startet? (HLR = Hjerte-Lunge-Redning)	Hvad var resultat af HLR (outcome)?	Stillingtagen til behandlings loft/HLR?	Sidste TOKS-score før hjertestopkald
Ja	Ja	Mors Kl. 08.10	Ja + genoplivning	TOKS: 1 08.11.14, kl. 21.31
Ja	Nej	Mors Kl. 14.25	Ja - genoplivning	TOKS 0 11.11.14, kl. 11.15
Ja	Ja	Overflyttes til intensiv	Ja + genoplivning	TOKS 3 28.11.14, kl. 08.11
Nej	Nej	Patient vågnet op spontant	Nej	TOKS 0 29.11.14, kl. 00.07
Nej	Nej	Ikke relevant	Ja - genoplivning	TOKS 3 09.12.14, kl. 17.00
Nej	Ja	Vasovagalt tilfælde	Nej	TOKS 0 11.12.14, kl. 15.51
Ja	Ja	Mors Kl. 17.29	Nej	TOKS 0 14.12.14, kl. 10.45
Ja	Ja	Mors Kl. 8.27	Ja + genoplivning	TOKS 5/6 23.12.14, kl. 7.53
Ja	Ja	Genoplives	Nej	TOKS 1 09.01.15, kl. 7.55
Ja	Ja	Mors Kl. 14.34	Ja + genoplivning	TOKS 3 10.01.15, kl. 13.45
Ja	Ja	Genoplives	Nej	TOKS 8 11.01.15, kl. 14.44
Nej	Nej	Genoplives	Nej	Ej nået pga. kort indlæggelsestid
Ja	Ja	Genoplives	Nej	Ej nået pga. kort indlæggelsestid
Ja	Ja	Genoplives	Nej	TOKS 5 15.01.15, kl. 14.51
Ja	Ja	ROSC x 2	Ja - genoplivning	TOKS 2 28.01.15, kl. 22.00
Ja	Ja	Mors Kl. 00.15	Nej	TOKS 0 14.02.15, kl. 21.40
Ja	Ja	Genoplives	Nej	TOKS 3 17.03.15, kl. 10.33
Ja	Ja	Genoplives	Nej	TOKS 0 23.03.15, kl. 22.31
Ja	Ja	Mors Kl. 07.40	Nej	TOKS 0 25.03.15, kl. 21.43
Nej	Nej	Ikke relevant	Nej	TOKS 0 29.03.15, kl. 07.32
Ja	Ja	Genoplives	Nej	TOKS 2 28.03.15, kl. 22.11
Ja	Ja	Mors Kl. 18.11	Ja - genoplivning	TOKS 1 29.04.15, kl. 16.59
Nej	Ja	Ikke relevant	Nej	TOKS 2 02.05.15, kl. 23.09
Ja	Nej	Mors Kl. 10.12	Ja - genoplivning	TOKS 0 03.07.15, kl. 14.46
Nej	Nej	Ikke relevant	Nej	TOKS 2 04.08.15 Kl. 19.17
Ja	Ja	Mors Kl. 21.15	Nej	TOKS 7 05.08.15, kl. 15.30
Ja	Ja	Mors Kl. 02.04	Nej	TOKS 1 10.08.15, kl. 22.43
Ja	Ja	Mors Kl. 13.05	Ja - genoplivning	TOKS 1 19.09.15, kl. 12.40
Ja	Ja	Mors Kl. 16.08	Nej	TOKS 6 26.10.15, kl. 14.06

præsenteret og diskuteret på diverse teammøder, undervisningsseancer og til morgenkonferencer for lægerne.

Etiske overvejelser

Jurister på Sygehus Lillebælt er kontaktet mhp. tilladelse til at udføre journalgennemgang på hjertestopkald og uventede hjertestop. Hjemmel til at tilgå patientjournalen uden at have behandlingsansvar og uden at indhente personligt samtykke er sikret via kvalitetsarbejdets alvor.

Tre væsentlige temaer

Der er udarbejdet en systematisk journalgennemgang på samtlige hjertestopkald i perioden 1. november 2014 til 31. oktober 2015. Samlet har der været 29 hjertestopkald, hvoraf de 22 var reelle hjertestop. De resterende syv hjertestopkald skyldtes primært, at patienterne fik et vasovagalt tilfælde, eller at de blev akut dårlige, se figur 1 herunder.

De 29 patienter, 11 kvinder og 18 mænd, var i alderen 62 til 94 år med en median på 79 år. Patienterne var primært indlagt med vejrtrækningsproblemer (11), sepsis/urosepsis (5), blødning fra endetarmen (5), smerter (4), dehydrering (1) eller grundet dårlig almen tilstand (3), se tabel 1 på foregående opslag.

Overordnet viser gennemgangene, at fem hjertestopkald potentielt kunne være forebygget primært ved hjælp af korrekt observationsniveau. Det skal understreges, at denne konklusion er baseret på subjektive vurderinger, og at eventuelle ændringer i behandling og observationsniveau



Overordnet har projektet bidraget til ændring af klinisk praksis i forhold til de forskellige problemområder, og foreløbige resultater viser et fald i antal hjertestopkald.

ikke nødvendigvis ville have givet et andet resultat.

I det følgende gennemgås de tre overordnede og væsentlige temaer i journalgennemgangene, som menes at have betydning for hjertestopkaldene:

1. Monitorering af patienter
2. Manglende opmærksomhed på stillingen til genoplivning
3. Patienter i isolation.

Tema 1. Monitorering af patienter

Patienterne får på baggrund af vitalværdier, dvs. respirationsfrekvens, saturation, puls, blodtryk, bevidsthedsniveau og temperatur, udregnet en såkaldt kritisk score, "Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom" kaldet TOKS, se tabel 2 på næste opslag. På baggrund af TOKS fastsættes observationsniveau, se tabel 3 på næste opslag, og relevante handlinger sættes i gang (7).

18 ud af 29 patienter havde en TOKS mellem 0-2, ni havde en TOKS over 3, og hos to af patienterne var der ikke målt vitale værdier eller udregnet en TOKS-score, da patienterne fik hjertestop, kort efter de ankom til afdelingen.

I alle gennemgange ses udfordringer med enten manglende værdimålinger, korrekt udregning af TOKS samt manglende ordination og begrundelse for observationsniveau.

I halvdelen af gennemgangene (14 ud af 29) er TOKS ikke udregnet korrekt. I alle tilfældene er TOKS højere end beregnet, hvilket betyder, at patienterne skulle være observeret hyppigere. I seks ud af 29 gennemgange blev patienterne observeret i forhold til deres TOKS. I de resterende 23 gennemgange blev patienterne observeret mindre, end de skulle, og der var ikke dokumenteret nogen begrundelse herfor.

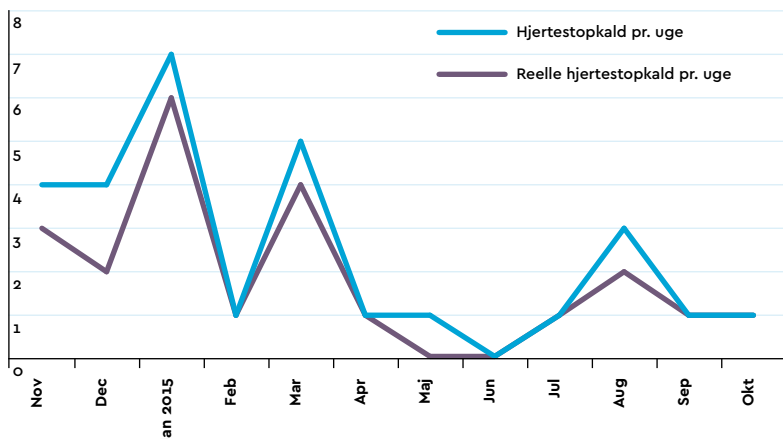
Tema 2. Manglende opmærksomhed

I 10 af de 29 hjertestopkald var der taget stilling til genoplivning før hjertestopkaldet.

I seks af disse 10 tilfælde ønskede patienten ikke at blive genoplivet. I alle seks tilfælde blev der på trods af ønsket fra patienten og journalføringen kaldt og forsøgt genoplivning. En af patienterne overlevede hjertestoppet, men døde dog to dage efter, se figur 2 på næste side.

Figur 1. Hjertestopkald

Graferne viser antallet af hjertestopkald pr. uge (blå) samt antallet af reelle hjertestopkald pr. uge (brun) i en periode på et år. Graferne viser et fald i antallet af hjertestopkald og reelle hjertestopkald.



I halvdelen af tilfældene er ønsket om ingen genoplivning ikke dokumenteret korrekt. I disse tilfælde er beslutningen nævnt midt i lægenotater eller i ambulante notater, så plejepersonale og læger ikke umiddelbart kan finde det.

Desuden er der flere gennemgange, hvor patienterne qua deres alder, grundmorbus m.m. burde have haft mulighed for at tage stilling til eventuel genoplivning eller ej. Det kan dog være svært at foretage denne vurdering på sygehuset, da patienterne ikke er i deres habituelle tilstand og ofte er indlagt meget kortvarigt.

Tema 3. Patienter i isolation

Tre af de 29 patienter var isolerede. Fælles for patienterne var, at de var meget dårlige med TOKS på 6 og 7. Samtidig er

alle patienterne blevet observeret væsentlig mindre, end de skulle, jf. tabel 3, og årsagen til afvigelsen er ikke dokumenteret. Den ene patient har kun fået målt vitale værdier samt udregnet TOKS-score én gang ved ankomsten. Han er ikke monitoreret efterfølgende i perioden frem til, han findes død syv timer senere. Patienten er dog tilset flere gange, og senest en halv time inden han findes død. Desuden er lægen kaldt flere gange, og patienten er også tilset, men grundet travlhed og andre dårlige patienter bliver patienten ikke sat i relevant behandling.

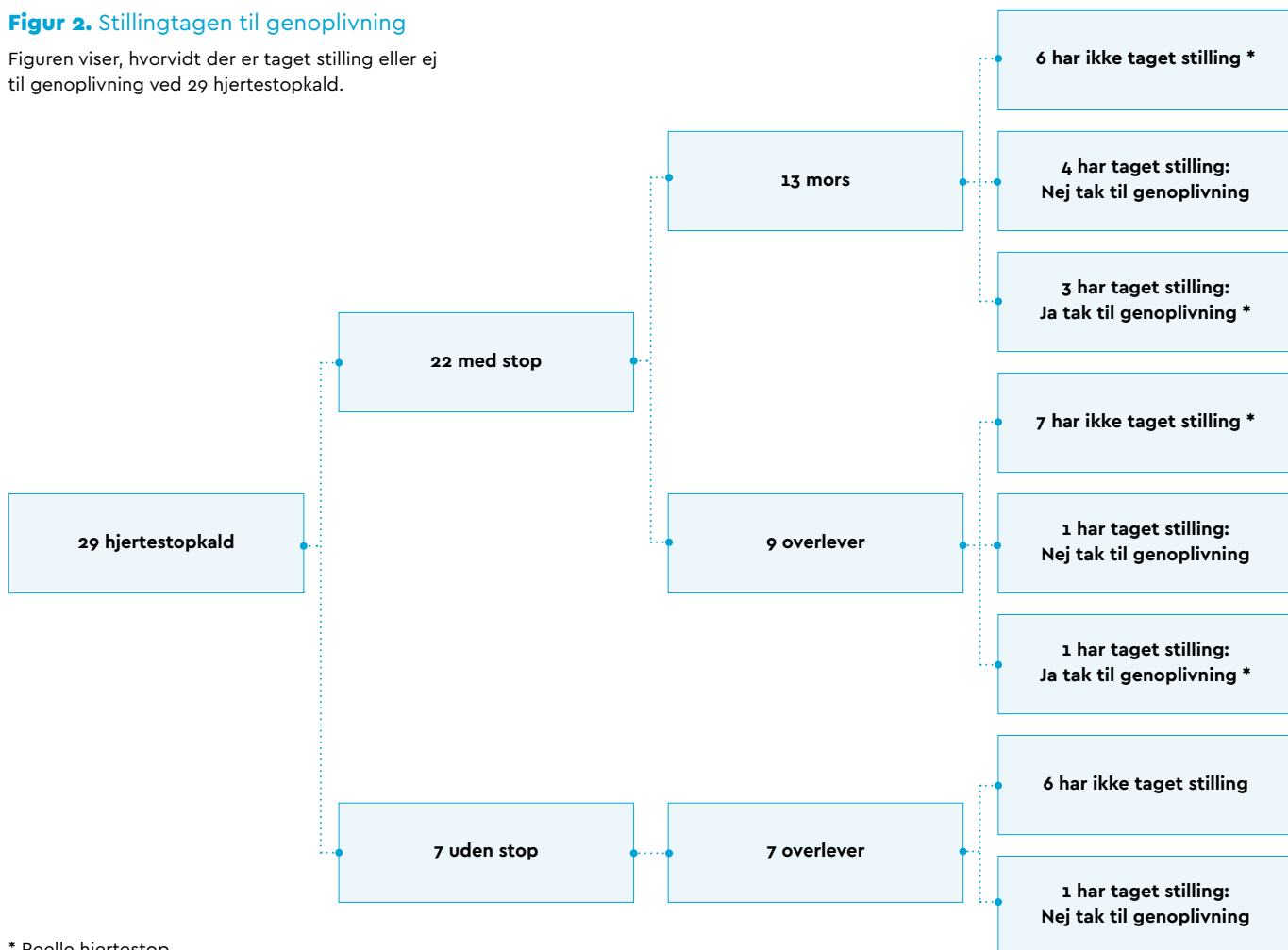
Problemer på flere områder

I forhold til resultaterne fra de systematiske journalgennemgange er det udelukkende muligt at angive nogle tendenser, da patientgrundlaget ikke er tilstrækkeligt stort til at drage signifikante konklusioner. Gennemgangene og den efterfølgende formidling forbedrer ikke i sig selv patientsikkerheden, men peger på nogle overordnede problemområder, hvor det er vigtigt at finde tiltag, der kan forbedre patientsikkerheden.

Det vurderes, at fem af hjertestopkaldene potentielt kunne være forebygget og dermed muligvis kunne være undgået. Det stemmer overens med både nationale (5) og internationale studier (3,4) på området.

Figur 2. Stillingtagen til genoplivning

Figuren viser, hvorvidt der er taget stilling eller ej til genoplivning ved 29 hjertestopkald.



* Reelle hjertestop

Alle gennemgangene viser, at der enten er problemer med, at patienterne ikke bliver monitoreret, at TOKS ikke bliver udregnet korrekt, eller at patienterne ikke bliver observeret i henhold til retningslinjerne.

Undersøgelser viser, at det hos en stor del af patienterne er muligt at observere tidlige advarselssignaler mindst seks-otte timer før et hjertestop. Ved systematisk at observere vitalværdier hos indlagte patienter skulle det være muligt at identificere kritisk syge patienter, inden forløbet bliver livstruende (7).

Konsekvenser for praksis

Der er nu taget initiativ til undervisning, og der er udnævnt nøglepersoner, som skal udarbejde små stikprøvekontroller på monitoreringen af patienter. Desuden er det besluttet, at alle ansatte, både læger og plejepersonale, skal gennemføre et obligatorisk e-læringskursus om TOKS, så alle har en basal viden om vigtigheden af at måle vitalværdier og ved, hvornår det er påkrævet at handle på resultatet. Hver måned trækkes lister med navne på deltagere, der har gennemført e-læringskurset, så vi sikrer, at alle kommer igennem det.

Genoplivning skal på dagsordenen

Gennemgangene viser, at der er et øget behov for fokus på de patienter, der har taget stilling til genoplivning. I seks tilfælde er patienterne forsøgt genoplivet trods deres ønske om ikke at blive det. På den baggrund er der taget initiativ til udarbejdelse af retningslinjer på området, der beskriver, hvor beslutningen skal dokumenteres i journalen. Desuden er det besluttet, at plejepersonalet videregiver information om ønske om genoplivning eller ej ved hvert vagtskifte, og at det bliver dokumenteret på de elektroniske oversigtstavler på kontorerne.

Gennemgangene viser, at der er et øget behov for fokus på samtalen mellem patient og læge om genoplivning. Det kan dog være vanskeligt for sygehusets personale at tage disse samtaler, da patienterne ofte er indlagt i meget

kort tid, og personalet derfor ikke kender dem særligt godt. Det vil derfor være ønskværdigt, hvis samtalerne blev taget i primærsektor, hvor patienten er kendt. Det stemmer overens med vejledningen fra Sundhedsstyrelsen, der præciserer, at personalet uden for landets sygehuse har handlepligt i tilfælde af hjertestop og lægger op til, at det så vidt muligt bør afklares på forhånd, om en patient vil genoplives ved et eventuelt hjertestop (8).

Isolerede patienter skal tilses af læge

I gennemgangene ses problemer i forhold til patienter, der er isolerede. De viser, at disse patienter generelt bliver tilset færre gange, end de skal, og at der ikke er dokumenteret nogen begrundelse for dette.

Tendenserne understøttes gennem andre undersøgelser, der har påvist færre kontakter med personalet hos isolerede patienter samt forsinkelse i behandlingen (9).

På den baggrund er der taget initiativ til, at patienter, der er isolerede, skal tilses af en læge, uanset hvor dårlig vedkommende er inden for højst en halv time, efter at de er indlagt. Herefter beslutter lægen, hvor ofte patienten skal monitoreres.

Overordnet viser den systematiske journalgennemgang, at der er plads til forbed-

Tablet 2. Skema over TOKS-score

Score	3	2	1	0	1	2	3
Respirationsfrekvens	≤5	5-7	8-9	10-20	21-25 *	26-29 *	≥30 *
Saturation	<85	85-89	90-92	≥93			
Iltilskud						>3 l >50 %	
Puls	<40		40-49	50-90	91-110 *	111-130 *	>130 *
Systolisk blodtryk	<70	70-89	90-100	101-200		>200	
Bevidsthed			Agiteret	A: Alert, Vågen	V: Verbal, Reagerer på tiltale	P:Pain, Reagerer på smerte	U:Uden reaktion
Temperatur	<33 *	33-35,9 *		36-38,3	38,4-39 *	39,1-40 *	>40 *
Diurese	Anuri 0 ml/4t	Oliguri 50 ml/4t					

* SIRS (Systemisk inflammatorisk respons syndrom)-kriterier – Tænk sepsis!

Tabellen bruges til at beregne patientens samlede TOKS-score ud fra de vitale værdier oplyst i skemaet. Afhængigt af værdi findes TOKS-tallene, der til sidst regnes sammen. Den midterste søjle er de normale værdier. Jo mørkere mod hhv. venstre og højre, jo mere kritisk er scoren. Jo højere TOKS-score, jo mere syg er patienten, og jo oftere skal han/hun observeres, se tabel 3 på næste side. Ved en TOKS-score på 3 skal patienten have akut tilsyn af læge, og eventuelt kan det mobile akutteam kaldes.



Hvordan drøfter I ja eller nej til genoplivning med de patienter, I kender?

Hvor anfører I oplysningen om nej til genoplivning i patientens journal, så I sikrer synlighed?

Hvordan opsporer I kritisk sygdom på jeres arbejdsplads/afdeling?

Tabel 3. Observationsniveau

TOKS-score	Observationsniveau
0	1 gang i døgnet
1	3 gange i døgnet
2	Kontrol efter 1 time
3-4 ≥ 2 i en af de vitale værdier	Hver time
≥ 5	Hver halve time

Tabellen viser, hvilket observationsniveau en given TOKS-score udløser. Observationsniveauet kan afviges, hvis lægen vurderer, at det er relevant.

ringer på flere områder i relation til at reducere antallet af uventede hjertestop, og at der er læringspotentiale i hvert enkelt hjertestopkald.

I alle gennemgange ses udfordringer med enten manglende værdimålinger eller manglende ordination og begrundelse for observationsniveau. Samtidig er der problemer i forhold til opmærksomhed på patienternes ønske om genoplivning samt monitoreringen af patienter, der er isoleret.

Plads til forbedringer på flere områder

Overordnet har projektet bidraget til ændring af klinisk praksis i forhold til de forskellige problemområder, og foreløbige resultater viser et fald i antal hjertestopkald.

Det er helt centralt i arbejdet på at reducere antallet af hjertestopkald og dermed uventede hjertestop, at idéer udvikles, afprøves og tilpasses løbende af det personale, som behandler og plejer patienter i det daglige. På den måde sikres det, at idéerne kan gennemføres og indarbejdes i de daglige rutiner (6).

Den systematiske journalgennemgang tager udelukkende udgangspunkt i det, der er dokumenteret i journalen. Det kunne derfor være interessant at kigge nærmere på formel debriefing, hvor implicerede parter mødes og gennemgår forløbet op til hjertestoppet, så personalet på den måde får mulighed for personlig og faglig læring. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at debriefing kan være svær at håndtere i den kliniske hverdag med skiftende vagter for mange personalemedlemmer (10). ●

Referencer

1. Operation Life. Mortalitätsanalyser – en metode til at identificere indsatsområder for patientsikkerhed. Dansk Selskab for Patientsikkerhed; marts 2008.
2. Huddlestone JM et al. Learning from every death. *J Patient Saf*. 2014;Vol.10(1).
3. Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors: Preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA* 2001;286:415-20.
4. Right J, Dugdale B. Learning from death: A hospital Mortality reduction programme. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2006;99(6):303-8.
5. Engel C, Rasmussen LL, Nielsen JB, Nielsen SF. Potentielt forebyggelige dødsfald på et mellemstort sygehus. *Ugeskr Læger* 2007;169(33):2630.
6. Patientombuddet. Tema: Observation af patienter på sygehuse. Patientombuddet; 2014.
7. Sestoft B et al. Tidlig opsporing af akut opstået kritisk sygdom hos indlagte patienter over 16 år. *Center for Kliniske retningslinjer*; 2015.
8. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling uden for sygehuse. *Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse*. 17/01/2014.
9. Stelfox HT, Bates DW et al. Safety of patients isolated for infection control. *JAMA* 2003;290:1899-1905.
10. Dyregrov A. Psykologisk debriefing. *Gruppeprocesser efter traumatiske hændelser*. København: Psykologisk forlag; 2002.

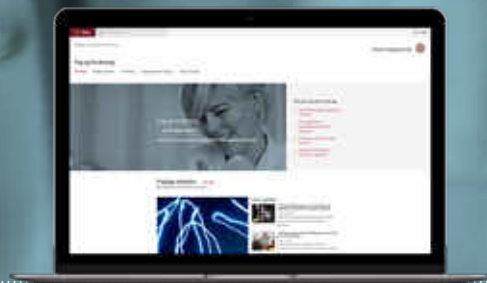
Fag& Forskning

udkommer igen
den 5. september.

Indtil da mødes
vi på nettet.

Sygeplejerskens nye
sygeplejefaglige tidsskrift
udkommer fire gange om året.

Næste gang, du modtager
Fag&Forskning sammen med
Sygeplejersken, er mandag
den 5. september.



Find flere faglige artikler på dsr.dk/fagogforskning

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

Revideret uddannelse har store udfordringer

Praksisdelen i den reviderede sygeplejerskeuddannelse får ikke tilført flere ressourcer. Kommuner, regioner og professionshøjskoler må på banen, for uddannelse er en fælles opgave.



LINDA SCHUMANN SCHEEL, prodekan, ph.d., MBA, Professionshøjskolen Metropol

Den reviderede sygeplejerskeuddannelse er snart klar. Der er indholdsmæssigt tale om en væsentlig optimering af forebyggelse, pleje og behandling baseret på nationale og internationale studier og erfaringer.

Udgangspunktet er glimrende, men hvad bliver udfordringen til september, når undervisere på skoler og kliniske vejledere i praksis møder ind på job? Kan de honorere de nye krav? Hvor længe skal vi vente på, at de gode intentioner vil virke i virkeligheden?

Et patientfokuseret sundhedsvæsen bliver næppe til virkelighed, hvis det kun er undervisere, kliniske vejledere og studerende, der skal stå for ændringen. Det har de ganske enkelt ikke tilstrækkelig indflydelse til. Fra dag ét må kommuner, regioner og professionshøjskoler sammen tage udfordringen op, når det gælder praksisnær undervisning baseret på nyeste faglige viden. Uddannelse er en fælles opgave.

Og det er også foruroligende, at der ikke tilføres ressourcer og kvalifikationer i praksis til at uddanne de studerende på lige fod med det, der kræves på skolerne. Der kræves kun 1/6 diplomuddannelse til kliniske vejledere, mens der på skolerne er krav om enten master-, kandidat- eller ph.d.-uddannelse til underviserne. I alt 40 pct. af sygeplejerskeuddannelsen foregår i klinisk praksis, hvor kliniske kompetencer udvikles og tilegnes, kun her kan de studerende uddannes til at håndtere komplekse patientsituationer.

I den reviderede sygeplejerskeuddannelse er patienten helt tydeligt i centrum. Fra første dag skal patientsituationen gennemsyre de studerendes dna. Et skærpet vidensgrundlag, der har fokus på videnskabsteori, metodologi og konkret forskning, understreger det. Sammen med kliniske kundskaber er der et øget og anderledes fokus på faglighed, der skal sikre det løft, som skal gøre en vigtig forskel fra tidligere i forhold til navnlig patienterne.

Læringsudbytte er også et væsentligt element i den nye sygeplejerskeuddannelse. Det skal kunne dokumenteres, hvordan

formaliseret refleksion mellem studerende, vejledere og undervisere – men også mellem patienter og studerende – gør en forskel for alle parter.

Samarbejde med andre professioner, f.eks. med læge-, tandlæge- og ingeniørstuderende, skal give mulighed for at udvikle innovative løsninger og teknologier i studietiden og også som en naturlig del af sygeplejerskers arbejde.



Der kræves kun 1/6 diplomuddannelse til kliniske vejledere, mens der på skolerne er krav om enten master-, kandidat- eller ph.d.-uddannelse.

På papiret giver den reviderede uddannelse helt sikkert mulighed for at udvikle konstruktive undervisningsforløb, hvor studerende kan fordybe sig i komplekse patientforløb. Nu bliver det spændende at se, hvordan det omsættes i praksis.” ●



NORGE BEHØVER DEG!



Norge behøver flere sykepleiere og spesialsykepleiere. Dedicare har alle sykehusene i Norge og mer enn 70 kommuner som kunder, og kan derfor tilby gode, trygge og meget godt betalte jobber over hele landet. Vakker norsk natur får du på kjøpet! Tar du en sommerjobb, får du også SOMMERBONUS: 1000 kroner ekstra hver uke!

Ta kontakt!

Akkurat nå er vi ekstra opptatt av å ansette flere sommervikarer, men ta kontakt i dag uansett – selv om du kanskje ikke kan jobbe i Norge før senere. Registrer deg på nettsiden vår, ring eller send oss en mail! Vi gleder oss til å høre fra deg!

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



Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse