

# Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

## Når hjernen bliver rystet

VEJEN TILBAGE ER OFTE UNØDIG LANG

SIDE 20

SVÆRT AT DIAGNOSTICERE

SIDE 22

ISÆR DE HØJTUDDANNEDE MISTER JOBBET

SIDE 27

LIDT AD GANGEN ER VEJEN FREM

SIDE 29

NY RETNINGSLINJE PÅ VEJ

SIDE 32

### NY PRAKSIS

#### Pancreatitis.

Patientskole tager hånd om de svageste.

SIDE 10

### PEER REVIEWED

#### Bæltefiksering.

Retspsykiatriske patienter fortæller om oplevelsen.

SIDE 36

### FAGLIGT AJOUR

#### Opioider.

Udtrapning kræver særlig opmærksomhed.

SIDE 50

### PÅ SPIDSEN

#### Patientsikkerhed.

Målte værdier kan ikke stå alene.

SIDE 75

## Redaktionspanel

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



Professor **ERIK ELGAARD SØRENSEN** var indtil sin død den 7. oktober medlem af redaktionspanelet. Æret være hans minde.



### HELLE SCHNOR

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



### 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 seniorforsker ved Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC). Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d. i sundhedsvidenskab. Medlem af en række ekspertråd og videnskabelige udvalg, herunder formand for Novo Nordisk Fondens Komité for Sygeplejeforskning.

#### REDAKTION

Chefredaktør  
**MORTEN JAKOBSEN**  
mja@dsr.dk  
Telefon: 4695 4110

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

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

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

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

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

Art Director  
**SASJA HERMANSEN**  
sh@dsr.dk  
Telefon: 4695 4117

Grafiker  
**MARIA FRIMANN STORM**  
mfs@dsr.dk  
Telefon: 4695 4281

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

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

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

Distribueret oplag  
Oktober 2018:  
77.117 ekspl.  
Medlem af Danske Medier

Tryk  
ColorPrint

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

Manuskriptvejledning  
www.dsr.dk/  
manuskriptvejledning

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



Fag&Forskning udkommer fire gange om året som et tillæg til Sygeplejersken. Fag&Forskning sætter fokus på den nyeste forskning og udviklingen 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 side 1, 4, 18, 20, 22, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 48, 52, 54, 61, 62, 66, 68 og 72: iStock / Byline-fotos side 19: Nicolai Linares / Foto side 36: Michael Drost-Hansen

# OVERBLIK



Ny  
Praksis

## Skræddersyet koncept til udsat patientgruppe

**PANCREATITIS.** En nystartet patientskole for patienter med kronisk betændelse i bugspytkirtlen tager hånd om de svageste. Mange patienter lever på kanten af samfundet på grund af stort forbrug af alkohol, rygning og dårlig ernæring. Gennem undervisningen lærer patienterne at håndtere deres sygdom, bl.a. at de skal reagere med det samme, hvis

de taber vægt, får smerter, bliver gule eller meget tørstige. Patientskolen arbejder ikke ud fra noget nyt koncept, men det er nyt med et skræddersyet koncept til en overset patientgruppe.

LÆS SIDE .....

10



## Værdigrundlag får den gode sygepleje til at leve

**VÆRDIGRUNDLAG.** Blandt personalet var der vidt forskellige opfattelser af, hvad den gode sygepleje bestod af, og derfor blev ord og begreber anvendt ud fra den enkelte sygeplejerskes erfaringer og bagage.

Derfor opstod tankerne om det nødvendige i at udarbejde et fælles værdigrundlag for sygeplejen. Og det er lykkedes at gøre værdigrundlaget levende for den enkelte sygeplejerske, så det nu bliver anvendt i hverdagen.

LÆS SIDE .....

14



Hjernerystelse er en usynlig lidelse, som kan være svær at påvise. Omkring 25.000 danskere rammes hvert år.

# Når hjernen bliver rystet

Selv om 26-årige Ida Herskind cykler uden hjelm, har hun ingen synlige skader, efter hun falder med sin cykel en fredag aften. Trods et kortvarigt blackout afviser 1813, at hun bør tage på skadestuen. Da hun stadig har hovedpine mandag morgen, kontakter hun egen læge, som efter måling af blodtryk ikke sygemelder hende. Han siger ok for, at hun tager på job.

Men Ida Herskind har fået hjernerystelse, hvilket sker for omkring 25.000 danskere hvert år.

Hjernerystelse er en usynlig lidelse og kan derfor være svær at påvise. Forskningen på området har været sparsom gennem mange år, hvilket kan være med-

virkende til huller i sundhedspersonalets viden og mytedannelser om behandlingen. Hvad vil det f.eks. i praksis sige at "tage den med ro"?

Aldersmæssigt er det først og fremmest børn i aldersgruppen 0-14 år samt mænd i alderen 15-24 år, som rammes af hjernerystelse. Set fra et socialt udgangspunkt, er det oftest de lavtuddannede, som rammes af en hjernerystelse. Til

gængæld er det især de højtuddannede, som mister deres arbejde som følge af en hjernerystelse.

I dag opleves sundhedsvæsenets tilbud til patienter med hjernerystelse ofte fragmenterede og mangelfulde, men i 2020 forventer Dansk Center for Hjernerystelse at være klar med en klinisk retningslinje om behandling af længerevarende symptomer efter en hjernerystelse.

LÆS SIDE .....

18

**INVOLVERING.**

Patienter med brystkræft oplever, at der alene er fokus på at blive rask, og at der hverken er fokus på at blive involveret eller at træffe valg vedrørende behandlingen.

LÆS SIDE ..... 35

# Samtale med patienten kan nedbringe antallet af bæltefikseringer

Når personalet på retspsykiatrisk afdeling skønner, at en patient er til fare for sig selv eller omgivelserne, kan bæltefiksering være nødvendig. Men hvordan opfatter patienterne anvendelsen af tvang? Har de nogle synspunkter, som kan gøre bæltefiksering mere udholdelig og ruste personalet til i højere grad at agere i tråd med patienternes ønsker og forventninger? Det har et kvalitativt forskningsprojekt kortlagt.

Målet var at undersøge retspsykiatriske patienters opfattelse af situationen før, under og efter bæltefiksering. Metoden var interview med 20 informanter suppleret med resultater fra en litteraturgennemgang. En tematisk analyse af interviewene identificerede fire temaer.

Patienterne tilkendegav bla. et ønske om, at personalet bruger mere tid på at tale dem ned, inden situationen eskalerer, og at den nyttige debriefing eller eftersamtale, som kan genetablere den terapeutiske relation mellem patient og personale efter en tvangsepisode, bliver afholdt, hvilket langt fra altid skete.

I litteraturen argumenteres for, at personalet er bange for patienterne – og det er måske grunden til, at andre studier viser, at patienterne kun oplever få øjeblikke med omsorg.

I Danmark tyder intet på, at målsætningen om at halvere anvendelsen af tvang i psykiatrien i 2020 kan overholdes. Dette studie peger på nogle af årsagerne

**2020-MÅLSÆTNINGEN**  
I 2014 indgik Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse en aftale med Danske Regioner om at halvere anvendelsen af tvang i psykiatrien i 2020. Den fælles målsætning er at reducere anvendelsen af bæltefikseringer frem mod 2020 samt at reducere alle former for tvang.

36

LÆS SIDE .....

## Abstinenser under udtrapning af opioider kan mildnes

Mennesker, som bliver opereret i ryggen, skal have smertestillende medicin, og ofte får de opioider. En spørgeskemaundersøgelse hos 202 rygopererede suppleret med data fra journalen samt semistrukturerede interview med seks af patienterne viste, at 14 pct. af patienterne havde oplevet abstinenser ved ophør af opioider efter operationen. Symptomerne var uro, rastløshed og søvnløshed. Patienterne havde modtaget information om aftrapning af opioider, men mange huskede ikke informationen. Afdelingen har valgt at gøre en indsats for at støtte patienter med problemer under udtrapning.

LÆS SIDE .....

54

## Specialiseret hjemmesygepleje gavnede patienterne

Patienter med kræft i hoved og hals er ikke hverdagskost i hjemmesygeplejen. For at øge trygheden og kvalificere behandlingen af patienterne, som f.eks. kan være udstyret med tracheostomi eller lide af ekstremt synkebesvær, blev et HHC-team (Hoved-hals-cancer-team) etableret og effekten undersøgt via intervention med hjemmebesøg og sammenligning med en historisk gruppe uden hjemmebesøg. Resultaterne viste, at specialiseret sygepleje fra hospital til kommune både gavnede patienterne på en række områder og styrkede samarbejdet mellem hjemmesygeplejersker og hospitalsansatte sygeplejersker, dvs. mellem generalister og specialister. Desuden fik generalisterne øget deres kompetencer inden for den specialiserede pleje af patientgruppen.

LÆS SIDE .....

54



## Ny ansættelsesform førte til færre frafald

Anæstesikursister falder i stigende grad fra under uddannelsen til anæstesisygeplejerske. En ny ansættelsesform med fokus på ikke-tekniske færdigheder har minimeret frafaldet, og en spørgeskemaundersøgelse viser stor tilfredshed med den ny ansættelsesform hos de sygeplejersker, som har deltaget. Ansættelsesformen er baseret på cases og interview inden for fire kategorier, hvor ansøgeren møder en ny interviewer inden for hver kategori. Projektet har samtidig skabt afsæt for kompetenceudvikling i organisationen.

LÆS SIDE .....

62

## Operation i hjernen på den vågne patient

Patienter, som skal have fjernet en hjerntumor, kan opereres i vågen tilstand. Operationen foregår i tæt samarbejde mellem neurokirurg, neuropsykolog og patient. Interview med fem patienter viste efterfølgende, at de følte sig

velinformede og havde stor tillid til de to personer, som var tættest på under operationen. Operationssygeplejersken blev ikke nævnt specifikt, men væsentlige elementer af arbejdet bliver fremdraget og forslag til nye tiltag beskrevet i artik-

len. Patienterne beskriver, hvordan deres fokus er på overlevelse og familie.

LÆS SIDE .....

68



Når personalet bliver låst i arbejdet med deres observationer, finder de andre måder at anvende deres kliniske skøn på.

LÆS SIDE ..... 75

# Velkommen til

**Bump på vejen.** Sygeplejestuderende og nyuddannede må give studie og praksis en chance, for det tager tid at vænne sig til en ny rolle og et ansvar, som kan føles tungt.



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

Jeg fotograferer en lokal bus i en lille flække i USA. Budskabet på dens side er så åbenlyst rigtigt, at det skal dokumenteres. Et billede af en mandlig og en kvindelig sygeplejerske med teksten: "We are nurses. One degree. Endless opportunities".

Vi er enige her i Danmark, og det betyder, at sygeplejerskeuddannelsen er populær. Men begejstringen daler i løbet af studiet, frafaldet er på 20-25 pct., og når de uddannede sygeplejersker skal i gang med at praktisere, skifter mange hurtigt job eller studerer sig væk fra praksis.

Sygeplejersken har f.eks. fulgt en nyuddannet sygeplejerske, Anja, som var parat til en kandidatuddannelse efter den første svære periode, men som over tid blev en glad sygeplejerske med interessante ansvarsområder og begyndende specialisering i horisonten.

Hvad skal der til, for at studerende bliver i studiet og senere i praksis?

"Robust", som betyder "modstandsdygtig/som kun vanskeligt går i stykker eller nedbrydes", er blevet et fyord, der

sidestilles med at acceptere elendige arbejdsvilkår. Men robusthed er en udmærket, personlig egenskab hos en studerende og betyder ikke, at man skal have galvaniserede nervespidser eller henkoge følelsesmæssige reaktioner. Sygeplejersker bliver udsat for lidt af hvert, og det er sygeplejens store trækplaster, at det er sådan. Det er jo netop muligt at finde et arbejde, der passer til den person, man er, og den psyke man har.

Men et er den studerendes personlige egenskaber, noget andet er studiemiljøet og særligt miljøet i praktikken. Det er praktikken, der slår de fleste studerende hjem, og det går ikke. Mange sygeplejersker omtaler deres arbejdsplads som en familie, når de skal forklare, hvilke vilkår og relationer, der gør det værd at stå op og begive sig på arbejde i kommunen, på hospitalet, boreplatformen eller i patientforeningen. Man kan diskutere, om familie-metaforen er værd at bruge som forbillede, men jeg håber, at den i hvert fald omfatter en venlig tilgang til familiemedlemmerne.

Jeg iagttog for nylig en sygeplejerske, som hilste på en patient i et ambulatorie. Hun rakte hånden frem med ordene: "Velkommen til".

Imødekomende. Sådan bliver sygeplejestuderende ikke altid hilst, og en del unge er i forvejen præget af mistrivsel. Skrøbelige og angste. De bump, der er på vejen, udgør forhindringer, der kræver megen støtte, fortæller underviserne.

Ambulatoriesygeplejersken angiver en retning. Venlighed. Fulgt op af stigende ansvar også for mere end en eller to patienter, for sådan er virkeligheden. En hånd i ryggen. Arbejdsglæde, bevidsthed om samfundsmæssig nytte.

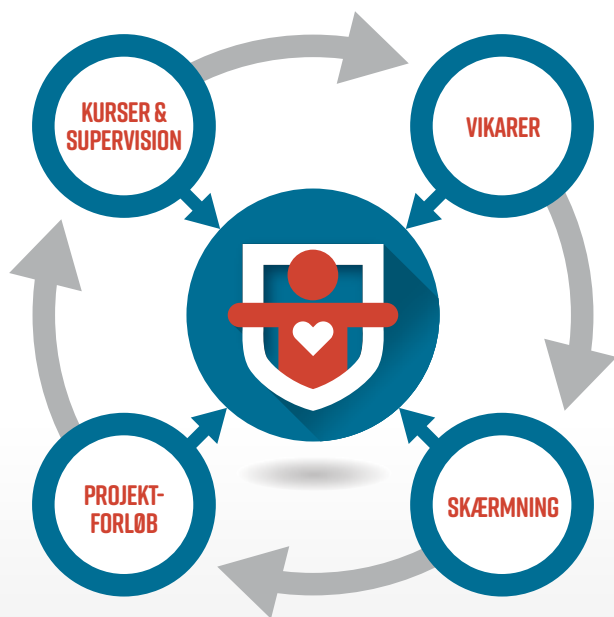
Der er altid bump på vejen, uanset om man vil være gartner, læser antropologi eller er sygeplejestuderende. Når international forskning afspejler, at patienterne oplever ringe eller ingen sygepleje, sådan som kredsen om Fundamentals of Care har vist, er det tid til at slå et slag for den gode sygepleje og dokumentere, at den har betydning.

Velkommen til. ☉

Læs interview med Anja i *Sygeplejersken* 2018;(9,14) og 2019;(9).

# UNDGÅ TVANG OG FIKSERING

MED PÆDAGOGISK SIKKERHED®



Vi kan ikke altid undgå at bruge tvang, da det nogle gange er en nødvendighed, for at sikre, at patienten ikke er til fare for sig selv eller andre.

MEN de fleste gange oplever vi, at vi kan undgå at benytte tvang, når vi benytter socialpædagogiske metoder sammen med livvagtens sikkerhedstankegang.

Vi passer på os selv, men forsøger at bibeholde dialogen så længe som muligt, for at kunne deeskalere en opkørt situation

## Vi hjælper ved at:

- Stille vikarer til rådighed, som sikkerhed, som kan det samme som en uddannet vagt, men som også kan arbejde deeskalerende bl.a. med socialpædagogiske metoder.
- Uddanne personale i fysisk nødværge og i at håndtere voldsomme verbale konflikter, hvor man som medarbejder bliver bange.

Supervision, kurser og tryghedsskabende vikarer

S · T · O · P

SIKKERHED · TRYGHED · OMSORG · PÆDAGOGIK

[www.s-t-o-p.nu](http://www.s-t-o-p.nu)

Landsdækkende service: Tlf. 7199 3775 • [post@s-t-o-p.nu](mailto:post@s-t-o-p.nu)



For **AKUT**  
assistance

Tlf. 7060 5929

– hele døgnet,  
hele ugen



## Specialiseret genoptræning/ rehabilitering efter hjernerystelse, apopleksi, traumatisk hjerneskade og lign.

Neurofys.dk tilbyder et helhedsorienteret målrettet rehabiliteringsforløb ved neuropsykolog og fysioterapeut til personer med følger efter en hjernerystelse. Genoptræningen tilrettelægges individuelt og med baggrund i seneste forskning på området fra bl.a. Commotio-enheden på Center for Hjerneskade i København.

- Information og rådgivning – herunder studie- / erhvervsrådgivning
- Graderet træning – individuelt eller i grupper
- Vestibulær rehabilitering
- Mental træning / kognitiv terapi
- Manuel behandling

Vi samarbejder med relevante eksterne fagpersoner, såsom neurolog, ørelæge, øjenlæge, neurooptometrist og certificeret kognitiv terapeut.



Sønderlandsgade 24 – 7500 Holstebro – Tlf. 96102045 – info@neurofys.dk – www.neurofys.dk



## COMMOTIO-tilbud til børn, unge og voksne



Vi tilbyder rådgivning, udredning, konsulentbistand og tværfaglige rehabiliteringsforløb.

Vi bygger på den nyeste forskning inden for hjernerystelse og på vores mangeårige erfaringer og ekspertise på området.

Vi er et team af specialister, der samarbejder med den commotio-ramte og de pårørende.

Vi samarbejder med eksterne fagpersoner, så indsatsen er koordineret og helhedsorienteret.

Vi samarbejder med den aktuelle daginstitution, skole, arbejdsplads eller uddannelsessted for at sikre, at viden og strategier overføres dertil.

Vi er i løbende dialog med alle involverede omkring planen for den enkelte.

Kontakt os og hør mere om vores tilbud,  
priser mm. Tlf. 35 32 90 06

Download disse 4 commotio-pjecer  
fra [www.cfh.ku.dk](http://www.cfh.ku.dk) - gratis!

Hjernerystelses-teamet for børn og unge &  
Commotio-enheden for voksne  
v. Center for Hjerneskade,  
Amagerfælledvej 56A, 2300 København S  
Tlf. 35 32 90 06 - [www.cfh.ku.dk](http://www.cfh.ku.dk)





# De har brug for, at vi gør noget særligt for dem



Overlæge Camilla Nøjgaard underviser patienter med kronisk betændelse i bugspytkirtlen. Til grund for undervisningen ligger bl.a. oplysninger fra en stor skandinavisk-baltisk database, som bl.a. hun står bag.

Nyopstartet patientskole tager hånd om patienter, som lever på kanten af samfundet på grund af betændelse i bugspytkirtlen.

Tekst **LAURA ELISABETH LIND**  
Foto **NIKOLAI LINARES**

“Den nye viden om rygning er meget vigtig. De fleste patienter stopper eller begrænser deres alkoholforbrug. Men mange har svært ved at kvitte cigaretterne,” fortæller overlæge ved Gastroenheden på Hvidovre Hospital, Camilla Nøjgaard.

Hun er en af lægerne bag den store patientdatabase, Skandinavisk Baltisk Pancreas Club (SBPC), der samler oplysninger om patienter med betændelse i bugspytkirtlen (pancreatitis). Tal fra databasen er med til at tegne et klart billede af, hvem menneskene bag sygdommen er. Og de har ikke ligefrem livet foran sig. For hos en stor del af patientgruppen venter alvorlig følgesygdom, mange har smerter, og dødeligheden er øget fire til fem gange i forhold til baggrundsbefolkningen.

Rygning kan være årsag til sygdommen og til komplikationer og følgesygdomme, herunder diabetes og kræft. Også alkohol kan være årsag til sygdommen, oftest i kombination med rygning. Faktisk har rygningen større indflydelse på sygdommen og dens følgevirkninger, end man hidtil har troet.

”Hvis de bliver ved med at ryge, er der flere, der får komplikationer som forkalkninger, smerter og cancer i bugspytkirtlen. Så de har større risiko for at dø tidligt, hvis de fortsat ryger,” forklarer Camilla Nøjgaard.

## Brug for ekstra hjælp

Patienter med kronisk betændelse i bugspytkirtlen kommer fra alle samfundslag – ung som gammel, højt- som lavtuddannet,

rig som fattig. Men generelt er mange af patienterne mindre ressourcestærke med et stort alkoholforbrug bag sig, mange bor alene, er uden job og uden egentlig uddannelse, og nogen er på førtidspension. De har brug for ekstra hjælp til at forstå deres sygdom – og ikke mindst, hvorfor det er vigtigt at ændre alkohol- og rygevaner.

Derfor har afdelingen som den første i Europa slået dørene op for en skole for patienter med kronisk betændelse i bugspytkirtlen. Den er for alle patienter, som er ramt af sygdommen. Håbet er, at skolen kan være med til at øge deres livskvalitet, mindske følgesygdomme og måske endda forlænge deres liv.

“Vi ved, at alkohol, rygning og for lidt ernæring over tid øger dødeligheden. Og samtidig kan vi se, at den tid, vi ofte har i vores ambulatorium, ikke er tilstrækkelig for denne gruppe patienter,” siger Camilla Nøjgaard.

Hun og kollegaer på Gastroenheden har bl.a. erfaret, at patienterne gang på gang kommer i ambulatoriet med færre og færre kilo på sidebenene. Og det vægttab hænger bl.a. sammen med, at de ikke får spist de enzymer, som bugspytkirtlen ikke længere selv producerer nok af, korrekt. Selvom de har fået at vide, at måltidet og enzymkapslerne skal indtages sammen, så sker det ikke altid.

“I skolen vil vi gerne prøve at fortælle dem, at det er vigtigt, de holder op med at ryge. Jo flere gange vi siger tingene på forskellige måder, jo større chance er der for, at de husker det og handler på det. De har simpelthen brug for, at vi gør noget særligt for dem.”

### En overset gruppe

Tidligere har afdelingen haft god succes med en lignende skole for patienter med kronisk tarmbetændelse. Det er en meget ressourcestærk gruppe patienter, der typisk er opsøgende efter sygdomsviden, som de googler sig frem til eller får via Facebookgrupper eller fra deres patientforening.

“Patienter med kronisk betændelse i bugspytkirtlen har derimod rigtig god gavn af at få informationerne på en anden måde, hvor de sidder over for et andet menneske og får direkte og personlig vejledning. Her hos os har vi mange patienter med kronisk bugspytkirtelbetændelse tilknyttet vores afdeling, og vi har læger og sygeplejersker med en særlig interesse i patienterne og deres sygdom,” fortæller Camilla Nøjgaard.

### Mange lever med smerter

Gastroenheden på Amager og Hvidovre Hospital indviede derfor også tidligere på året et nyt center, Pancreatitis Centre East (PACE), med forsknings- og behandlingsfokus på de komplicerede, akutte og kronisk syge patienter med bugspytkirtelbetændelse.

Her finder vi også den store patientdatabase, hvor omkring 250 patienter fra Amager og Hvidovre Hospital bidrager med informationer om deres sygdom. Databasen startede op i 2016 og tæller i dag over 2.000 patienter fra Danmark, Sverige, Norge, Finland, Letland og Litauen. Og den store

## Den skandinavisk-baltiske database

**Metode og formål:** Godt 2.000 patienter med kronisk betændelse i bugspytkirtlen (pancreatitis) er med i en skandinavisk-baltisk prospektiv kohorte. Fra Amager og Hvidovre Hospital er 250 patienter inkluderet.

Patienterne udfylder årligt et spørgeskema om bl.a. smerter, søvn, vægt, alkohol, rygning og livskvalitet.

Indsamlingen af data er startet i 2016 med det formål at blive klogere på sygdommens forløb og forebygge fremtidige komplikationer.

**Foreløbige resultater:** Hos 81 pct. af patienterne er rygning en medvirkende årsag til sygdommen.

7 pct. af patienterne har aldrig røget, 59 pct. har tidligere røget, og 34 pct. ryger fortsat.

Hos 65 pct. af patienterne er alkohol en medvirkende årsag til sygdommen. De fleste ambulante patienter har nedsat deres forbrug til o genstande ugentligt.

33 pct. af patienterne tager smertestillende morfin, 31 pct. tager svagt smertestillende medicin, og 37 pct. tager ingen smertestillende medicin.

70 pct. indtager kapsler med fordøjelsesenzymer pga. nedsat enzymproduktion.

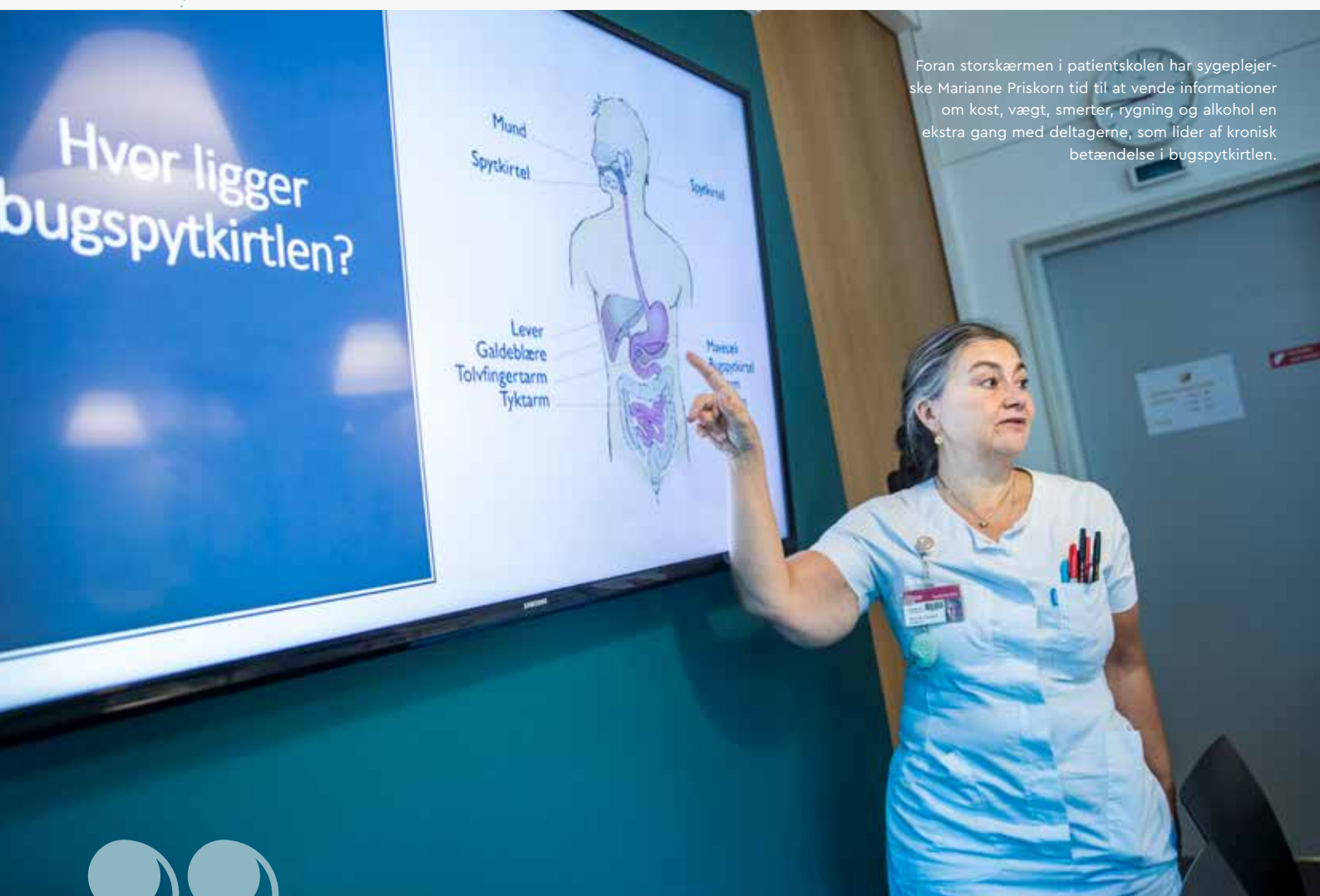
48 pct. har sukkersyge. 47 pct. behandler sukkersygen med tabletter og 69 pct. med insulin.

database kvitterer med vigtig viden om patienterne. I dag ved man for eksempel, at mellem 63 og 73 pct. af patienterne lever med smerter.

Den viden bliver også brugt i patientskolen, når Camilla Nøjgaard og hendes kollega, sygeplejerske Marianne Priskorn, underviser:

“Vi håber, at vores skole kan imødekomme patienternes behov for at forstå og håndtere deres sygdom bedre og samtidig forbedre samarbejdet med sygeplejersken og lægen. De lærer, hvad de skal reagere på, hvis de f.eks. taber sig, bliver gule, har smerter eller bliver meget tørstige. Så skal de ringe til os. De skal kende tegnene på komplikationer som sukkersyge. De skal ikke bare vente et halvt eller et helt år til deres næste tid i ambulatoriet. Så er det måske for sent,” siger Camilla Nøjgaard. ●

**Referencer:** • Olesen SS et al. *The Scandinavian Baltic Pancreatic Club (SBPC) database: design, rationale and characterisation of the study cohort.* *Scand J Gastroenterol* 2017; 52: 909–915. • Nøjgaard C et al. *Danish patients with chronic pancreatitis have a four-fold higher mortality rate than the Danish population.* *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010 Apr;8(4):384–90. • Olesen SS et al. *Chronic Pancreatitis Is Characterized by Distinct Complication Clusters That Associate with Etiological Risk Factors.* *Am J Gastroenterol.* 2019 Apr;114(4):656–664.



Foran storskærmen i patientskolen har sygeplejerske Marianne Priskorn tid til at vende informationer om kost, vægt, smerter, rygning og alkohol en ekstra gang med deltagerne, som lider af kronisk betændelse i bugspytkirtlen.



# Vi har tid til at komme i dybden med tingene

Patientskole gør patienter i stand til at forstå og mestre egen sygdom. Nu ringer de, når det går ned ad bakke, og så kan personalet nå at rette dem op.



“Hende her er en af de bedre patienter. Hun har ingen diarre, drikker ikke mere, hun kan passe sit arbejde. Men hun har tilbagevendende smerter. Og hun ryger stadig. 30 års rygning og 20 om dagen,” fortæller sygeplejerske Marianne Priskorn en tidlig

morgen i ambulatoriet, hvor hun bladrer i et spørgeskema fra en af sine patienter.

Patienterne har kronisk betændelse i bugspytkirtlen. Som regel er de knap så ressourcestærke som kvinden med det 30-årige smøgforbrug. De burde kunne leve et helt normalt liv med uddannelse,

job og familie, men for de flestes vedkommende ser det ikke altid sådan ud. Typisk lever mange et liv tæt på kanten af samfundet med et stort alkoholforbrug bag sig, ofte er de uden job, mange er uden egentlig uddannelse, en del bor alene, og nogen er på førtidspension.

### Brug for ekstra hjælp

Derfor har de også brug for ekstra hjælp til at forstå deres sygdom og de følgevirkninger, der kan komme. Det skal den nye patientskole, der bl.a. bygger på erfaring og viden fra patienternes spørgeskemaer, hjælpe med. Den viden bliver samlet i en stor skandinavisk-baltisk database, som gør Marianne Priskorn og de andre sygeplejersker og læger klogere på sygdommen.

Det var Marianne Priskorn, som tog initiativ til skolen:

“Patienterne er meget glade for skolen. Vi ser karrierekvinden med job, hus og familie, men der er også mange, der ikke er lige så ressourcestærke, og som i den grad har brug for mere tid og ro til at forstå sygdommen. Her er skolen rigtig god. For vi har tid til at komme i dybden med tingene.”

### Vægten bliver stabil

Det sidste års tid har der været tre undervisningsgange a 2 timer – sidst på eftermiddagen. Og der kommer flere timer på skolebænken. For skolen ser ud til at virke:

“Sidst, jeg underviste på skolen, sagde en af mine patienter, at hun ikke tidligere havde hørt, at fordøjelsesenzymerne skal indtages samtidig med maden. Jeg tænkte, “jamen, det må du have hørt.” For vi gør rigtig meget ud af at fortælle, hvor vigtigt det er. Men når de kommer her i ambulatoriet, har vi kun et kort tidsrum, hvor de får mange informationer,” siger Marianne Priskorn og fortsætter:

“Vi kan ikke altid sætte os ned og sige “nu er det kun dig og mig, og du går først herfra, når du har forstået alle informationer om sygdommen””

### Tid til at vende informationerne

Helt anderledes er det, når Marianne Priskorn befinder sig foran storskærmen

## 4 GODE RÅD

Sørg for, at der er et godt team bag skolen. Man skal ville det og brænde for det.

Vær opmærksom på, at patienterne gerne vil have tiden på et gammeldags aftalekort.

Lav undervisningen i et letforståeligt sprog. Gentag pointer. Indlæg pauser til spørgsmål og snak.

Giv mulighed for at pårørende kan være med til undervisningen.

og underviser i sygdommen. Her er der tid til at vende informationer om kost, vægt, smerter, rygning og alkohol en ekstra gang. Og den ekstra tid, som afdelingen har investeret i patienterne, kunne aflæses direkte på sidebenene af kvinden med enzymerne:

“Næste gang samme patient havde en tid i ambulatoriet, kunne jeg se, at hun nu pludselig kunne holde sin vægt. Hun havde simpelthen fået en anden forståelse for, at når man tager medicinen korrekt, så virker den. Og det er vigtigt. For vi ved, at den lave vægt er med til at øge sygeligheden,” siger Marianne Priskorn og tilføjer:

“Den type solstrålehistorier har vi faktisk mange af, efter vi er begyndt med skolen.”

### Tillid til sygeplejerske og læge

Solstrålehistorierne hænger også snævert sammen med, at der er kommet et tættere bånd mellem sygeplejersken og lægen på den ene side og patienten og de pårørende på den anden side. For gennem skolen bliver der opbygget en tillid, som er altafgørende for, at patienterne tør handle på den viden, de får:

“Efter de har været på skolen, ser vi nogle helt andre patienter her i ambulatoriet. De føler, de kender os bedre og har mere tillid til os. De ved, hvad vi står for, og hvad vi kan bruges

til. Det er vigtigt. For de er alene med deres sygdom, og derfor skal de ringe til os, når det begynder at gå skævt: Når de taber sig, når de har ondt, eller når de bliver bange. Der er fire gange øget risiko for at få cancer. Så de skal reagere, hvis de mærker noget anderledes,” siger Marianne Priskorn og tilføjer:

“Vi kan se, at de ringer oftere. Det er fantastisk. De når ikke at komme så langt ud, at de bliver indlagt.”

### Stor interesse for patientskolen

Marianne Priskorn har for nyligt præsenteret erfaringerne fra patientskolen på en konference for nøglepersoner fra landene bag den skandinavisk-baltiske database. Og hun har også netop været en tur forbi en mave-tarm-kongres i Barcelona og håber, at kendskabet kan brede sig til resten af Europa:

“Mange sygeplejersker og læger har vist interesse for at starte samme patientuddannelse. Skolen er ikke noget nyt koncept. Men det er nyt, at vi skræddersyer et tilbud til en overset gruppe, der i den grad har brug for viden og forståelse omkring deres sygdom.”

Skolen gør ikke kun noget godt for patienterne. Den er i den grad også med til at styrke Marianne Priskorns faglige stolthed. For hun mærker, at hun hjælper mennesker, som ellers havde været overladt mere til sig selv.

“Man bliver helt høj efter sådan en eftermiddag med patienterne. Det er en kæmpe tilfredsstillelse at se, hvor interesserede de og deres pårørende er. De spørger meget og vil gerne vide en masse. Og de kommer tilbage og har holdt deres vægt. Det, jeg brænder for som sygeplejerske, kommer ud i virkeligheden og bliver taget imod, som hensigten var – jeg kan se, det virker,” siger Marianne Priskorn.

Hun pakker spørgeskemaet fra kvinden med de 20 daglige cigaretter sammen. Klokkeren er 8.15. Om lidt kommer dagens første patient i ambulatoriet. Her er tiden knap. Og informationerne mange. Men heldigvis er der snart patientskole igen. ●

# Fra langhåret teori til klinisk praksis



Arbejdet med værdigrundlaget startede, fordi der på hjerteafdelingen var vidt forskellige opfattelser blandt personalet af, hvad den gode sygepleje er, forklarer forskningsansvarlig sygeplejerske, cand.cur., ph.d., Søserr Grimshaw-Aagaard, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Anerkendelse, forståelse og respekt for patienten får den gode sygepleje til at leve.

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

”Jeg er nået til den erkendelse, at det måske ikke er så vigtigt, at sygeplejerskerne ved, hvilke filosoffer vores værdigrundlag er rundet af. Det er vigtigere, at det giver en dyb mening for den enkelte sygeplejerske i klinisk praksis.”

Forskningsansvarlig sygeplejerske, cand.cur. og ph.d., Søserr Grimshaw-Aagaard, fortæller om, hvordan hun til at begynde med kæmpede for, at hjerteafdelingens sygeplejersker på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital skulle helt ind under huden på de teorier, der ligger bag afdelingens nye værdigrundlag (se faktaboks).

Hun har været med til at udvikle værdigrundlaget, der danner basis for den gode sygepleje i afdelingen og skal være en hjælp for personalet i det daglige arbejde til bedre at forstå patientens situation. Søserr Grimshaw-Aagaard forklarer:

”Kort fortalt beskriver værdigrundlaget de eksistentielle tilstande, vi som mennesker kan opleve, når vi er syge, herunder tab, lidelse og håb. Ved at kortlægge patientens niveau af lidelse skal det guide personalet til at forstå patient og pårørendes lidelse og understøtte velvære, hvor det er muligt.”

## Behov for at forstå begreberne

Beskrivelserne af værdigrundlaget er udarbejdet med baggrund i nogle lidt ”langhårede” teorier, og derfor var Søserr Grimshaw-Aagaards vigtigste opgave i samarbejde med afdelingens sygeplejersker at finde en balance, hvor værdigrundlaget kunne forstås i almindelig, klinisk praksis uden at blive banalt.

”I starten havde jeg et stærkt behov for, at sygeplejerskerne forstod, at de begreber, vi bruger i vær-

digrundlaget, ikke bare er noget, man selv kan bestemme eller lave om på. Det er begreber, som filosoffer har diskuteret gennem årtusinder,” forklarer hun.

”Undervejs måtte jeg erkende, at det vigtigste er, at den enkelte sygeplejerske finder sin helt egen mening med det i sit arbejde med patienterne – ellers tager sygeplejersken det ikke til sig, og så kan det hele jo være ligegyldigt,” siger Søserr Grimshaw-Aagaard.

### ”Der har været en enorm velvilje”

Arbejdet med værdigrundlaget startede, fordi der på hjerteafdelingen var vidt forskellige opfattelser blandt personalet af, hvad den gode sygepleje er. Personalets forskellige bagage af erfaringer og teorier gjorde, at man anvendte ord og begreber forskelligt.

”Vores forhenværende oversygeplejerske havde en ambition om at skabe en retning med værdigrundlaget, så vi faktisk ved, hvad

## MERE OM VÆRDIGRUNDLAGET

Værdigrundlaget danner basis for ”den værdibaserede sygepleje” og er en række beskrivelser af de tilstande, vi som mennesker kan befinde os i, hvor vi kan opleve både velvære og lidelse.

Teorien bag

1. Mennesket bevæger sig mellem lidelse og velvære.
2. Den menneskelige eksistens (patient) knytter sig til seks begreber, der er med til at beskrive patientens situation:

Begreb	Eksempler på mulige sygeplejehandlinger
Rumlighed (omgivelser)	Skabe hjemlig atmosfære eller et personligt rum for patienten.
Tid	Kendskab til patientforløbet og respekt for patientens tid.
Intersubjektivitet (relation)	Tilstede i nuet, involvering, nysgerighed, respekt.
Stemning	Anerkende patientens reaktion på sygdom.
Identitet	Fortrolighed, styrke patientens identitet.
Kropslighed	Personlig pleje ifølge patientens vaner, ønsker og behov.

3. Mennesket kan befinde sig i en tilstand af enten bevægelighed (for eksempel at sætte sig nye mål) eller dvælen (for eksempel at dvæle ved negative eller positive tanker) eller i en tilstand af begge.

### Teorien bag er udviklet af Galvin og Todres:

Galvin KT, Todres L.: *Kinds of well-being: A conceptual framework that provides direction for caring*. Int J Qual Stud Health Well-being. 2011;6(4).

### Sådan udviklede de værdigrundlaget

1. Forståelse af teori (2016)
2. Udvikling af værdigrundlag og kernefortælling (hvem er vi)
  - Sygeplejersker, patienter og pårørende blev taget med på råd
3. Implementering (2018)
  - patientcases, værdigrundlagskortspil, materialer til nyanførte, pjecer, film og plakater til pårørende og patienter

# 3

## KORTE RÅD

Medinddrag hele sygeplejerskegruppen, og hav en løbende dialog.

Opsæt tydelige mål, rammer og retning for den forandringsproces, der er i gang.

Vær selv tydelig omkring at efterleve værdigrundlaget i mødet med kollegaer, pårørende og patienter.

hinanden mener, når vi taler om den gode sygepleje. Det synes jeg er lykkedes,” siger Søserr Grimshaw-Aagaard.

Hun mener, succesen skyldes flere ting.

”Først og fremmest er det lykkedes at gøre værdigrundlaget levende for sygeplejerskerne, så de bruger det i hverdagen. Vores sygeplejersker vil rigtig gerne den gode patientpleje, så der har været en enorm velvilje.”

”I det øjeblik vi taler om det, får det liv. Vi har for eksempel taget patientcases op og diskuteret ud fra værdigrundlaget, hvorfor nogle patienter er godt tilpas, mens andre er frustrerede eller er meget sårbare i relationen med sygeplejersken.”

”I starten brugte vi et kortspil, der beskriver konkrete sygeplejehandlinger knyttet til hver af de seks begreber i værdigrundlaget (se faktaboks).”

”For eksempel handler begrebet ”rumlighed (omgivelser)” blandt andet om at skabe en hjemlig atmosfære i hospitalsmiljøet med respekt for patientens private sfære. Her kunne en sygeplejehandling være at ”banke på lukkede døre og vente på at blive inviteret ind,” forklarer Søserr Grimshaw-Aagaard.

En anden afgørende faktor for succesen er, at ledelsen har været en stærk drivende kraft.

”Det krævede et stærkt engagement fra vores oversygeplejerske og afdelingssygeplejersker, der virkelig har villet det, og en stærk opbakning i den sygeplejefaglige ledergruppe i afdelingen.

### Lever videre i forskningen

Søserr Grimshaw-Aagaard har bygget et helt forskningsprogram op i afdelingen omkring værdigrundlaget. Hun forklarer, hvorfor det har været vigtigt.

”Hvis man skal have et værdigrundlag til at leve, er man nødt til at lade det leve i mange ting, så det bliver en grundlæggende substans i måden at tænke på i afdelingen. Forskningsprogrammet har givet mulighed for, at sygeplejerskerne kan undersøge og forstå lidelse og velvære på flere måder i mødet med patienter og pårørende i hverdagen.”

Forskningsprogrammet omfatter foreløbig 11 projekter og involverer 21 sygeplejersker på afdelingen. ●



# Her kan det handle om modvilje

Hjerteafdelings nye værdigrundlag hjælper personalet til at forstå patienternes adfærd.

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

”Har du lyst til at få et bad?” spørger den sygeplejestuderende en mandlig patient, da hun sammen med klinisk underviser, SD og MVO, Nina Nielsen, træder ind på en fyldt firesengsstue på hjerteafdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Patienten vender sig om på den anden side – væk fra den studerende og Nina Nielsen. Han er tydeligvis ikke interesseret i at tale om det med badet. Den studerende og Nina Nielsen går ud på gangen for at tale om, hvad der kunne være årsag til, at patienten afviser dem.

De henter hjælp i hjerteafdelingens nye værdigrundlag, som er en form for oversigt over de forskellige tilstande,





”Jeg har fået en fællesskabsfølelse omkring sygeplejen. At det ikke bare er min sygepleje, der er i fokus, men også den fælles sygepleje, forklarer sygeplejerske og klinisk underviser, Nina Nielsen (tv.), mens bl.a. afdelingssygeplejerske Caroline Kjæmperud lytter.

en patient på en sygehusafdeling kan opleve, og som sygeplejerskerne bruger til at analysere, hvad der sker i forskellige patientsituationer.

Nina Nielsen forklarer bagefter om situationen:

”Her kan det handle om modvilje fra patientens side og måske bunde i noget med kropslighed, hvor han ikke har lyst til at snakke om at blive vasket, mens de andre på firesengsstuen lytter. Han mangler en privatsfære, hvor vi kan snakke med ham om private ting.”

Da Nina Nielsen og den studerende analyserede patientens situation, brugte de nogle af de begreber, der er beskrevet i værdigrundlaget, til at snakke om situationen.

”Vi brugte begrebet ”kropslighed”, der her handlede om at respektere patienten i hans ønsker til den personlige

pleje, og ”rumlighed”, der handlede om, at han havde behov for, at vi skabte et personligt rum for ham, hvor vi kunne tale privat,” forklarer Nina Nielsen.

”Hvis vi ser de små ting og gennemskuer, hvad der er på spil for patienten, bliver det meget lettere at finde en god løsning i situationen,” siger hun.

### ”Førhen talte vi ikke om det samme”

Når en studerende starter, er værdigrundlaget en af de ting, som Nina Nielsen bruger tid på at tale med den studerende om. Afdelingen blev i 2018 færdig med at udvikle værdigrundlaget, og det har gjort en stor forskel for den måde, Nina Nielsen ser sin sygeplejefaglighed på.

”Jeg har fået en fællesskabsfølelse omkring sygeplejen. At det ikke bare er min sygepleje, der er i fokus, men også den fælles sygepleje. Værdigrundlaget siger noget om, hvordan vi gerne vil have, at patienten oplever at være her,” forklarer hun.

”Det er fedt, at vi nu allesammen har samme indfaldsvinkel til, hvad god sygepleje er. Vi er sygeplejersker fra mange årgange og har alt muligt forskelligt med i bagagen. Førhen talte vi ikke om det samme, når vi talte om den gode sygepleje, og hvad det vil sige, at et menneske er i lidelse,” siger hun.

Da de i afdelingen skulle udvikle værdigrundlaget, tog Nina Nielsen del i det tunge arbejde med at læse den videnskabelige teori, der ligger bag.

”Det var en rigtig svær proces, og der var da også nogle, som ikke magtede det og stod af undervejs. Vi kom igennem det bl.a. med hjælp fra den forskningsansvarlige sygeplejerske, som uddannelsesmæssigt har et stærkt teoretisk fundament,” siger hun.

### Tilbyder patienter parktur

I dag, hvor tung teori er blevet til hverdagspraksis, giver værdigrundlaget god mening for Nina Nielsen, fordi det hjælper hende og de andre sygeplejersker til at skabe bedre situationer for patienterne.

Når hun analyserer en patientsituation, tager hun udgangspunkt i vær-

digrundlagets seks begreber, der kan være med til at beskrive, hvordan en patient oplever en given situation. Hun ser, om et af begreberne kan passe på situationen: rumlighed (omgivelser), tid, intersubjektivitet (relationer), stemning, identitet og kropslighed.

Nina Nielsen giver nogle eksempler på, hvordan hun bruger begreberne:

”I den situation, hvor patienterne sidder og venter på at komme til undersøgelse, har vi set på, hvad vi kunne gøre, så det blev mere udholdeligt for patienterne. Her handler det om begrebet tid – ventetiden – og om rumligheden – omgivelserne, der har betydning for patientens oplevelse.”

”Vi tilbyder nu patienter, at de kan gå ud i parken ved hospitalet, hvis de har lyst til at gå en tur, så de ikke sidder og venter og føler sig fanget og fastlåst. Så ringer vi til dem, når det er tid til undersøgelse,” forklarer hun.

Et andet eksempel er afdelingens patienter med infektion i hjerteklapperne. De er indlagt i otte uger og må ikke forlade afdelingen.

”Her kan det handle om begrebet stemning, hvor det kan være nedtrykkende at være indlagt så længe, og det kommer måske til udtryk som irritation eller rastløshed. Ved at forstå patientens situation kan vi forsøge at lette ventetiden for eksempel ved at finde lydøger, spil eller film til patienten,” siger Nina Nielsen.

### Den studerende ramte plet

Tilbage på firesengsstuen blev Nina Nielsen og den studerende enige om, at den studerende skulle forsøge sig igen med den mandlige patient. Hun gik ind på stuen igen og trak gardinet for rundt om hans seng, så hun dannede et privat rum.

”Jeg fornemmer, at du ikke har lyst til at tale med mig her på stuen. Skal vi gå ud på toilettet og tale om, hvad der videre skal ske i dag?” spurgte den studerende.

Det viste sig, at hun havde ramt plet. Den mandlige patient indvilligede, og de fik talt tingene igennem. Patienten ville gerne i bad og endte med at få en rigtig god forbindelse til den studerende. ●

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.

# Når hjernen bliver rystet

Et cykelstyrt, en hård tackling under en håndboldkamp eller noget så uheldigt som at slå hovedet ind i en skabslåge. Mere skal der ikke til for at havne blandt de omkring 25.000 danskere, som hvert år pådrager sig en hjernerystelse. Flertallet kommer sig hurtigt, men et år efter traumat har næsten hver 7. patient stadig symptomer, som for nogle kan blive kroniske. Forskning viser, at patienternes ageren de første uger og måneder efter traumat kan være afgørende for restitutionsprocessen. Læger, sygeplejersker og andre faggrupper bør derfor være fagligt opdateret med korrekt viden, så de kan tilbyde den rette behandling og vejlede patienter med symptomer på hjernerystelse til at tage de rette forholdsregler fra første dag. Læs Trialogen med en af landets førende forskere og bliv klogere på området.



**HANA MALÁ RYTTER.** Ph.d. og lektor i neuropsykologi ved Institut for Psykologi på Københavns Universitet og Neurologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital samt leder af det nyetablerede Dansk Center for Hjernerystelse<sup>1</sup>. Som forsker og kliniker har hun især interesse for hjernens plasticitet samt læring og rehabilitering efter hjerneskade. Særligt fokus på hjernerystelse de seneste 10 år, hvor hun bl.a. har forsket i effekt af tværfaglig specialiseret behandling af patienter med langvarige symptomer efter hjernerystelse<sup>2</sup> samt deres tilknytning til arbejdsmarkedet<sup>3</sup>.



Tekst  
**CHRISTINA SOMMER**  
Journalist



**AASE KURE.** Klinisk sygeplejerske i Rigshospitalets Traumecenter og Akutmodtagelse. Lederuddannelse fra den daværende Danmarks Sygeplejerskehøjskole i 1987. Fra 1983-2000 afdelingssygeplejerske på flere neurologiske afdelinger i hovedstadsområdet. Har gennem årtier været med til at udvikle den neurologiske sygepleje, bl.a. med flere artikler<sup>4,5</sup>, og lokalt undervisningsmateriale. Har undervist sygeplejestuderende og sygeplejersker i primær og sekundær sektor. Har været stærkt engageret i Hjernesagen.

# Vejen tilbage er ofte unødigt lang

Diagnose, behandling og vejledning af patienter med hjernerystelse er en kompleks opgave, der involverer mange faggrupper. Især læger og sygeplejersker spiller en afgørende rolle fra dag 1.

Ida Herskind har ingen synlige skader. Faldet fra cyklen en fredag aften i september 2015 kan slet ikke ses på den unge kvindekrop, selvom cykelhjelmens glimrede ved sit fravær.

Alligevel ringer hun til sin læge mandag morgen. Trods et beskedent alkoholindtag på to fadøl i timerne op til faldet føler den dengang 26-årige kvinde, at hun har tømmermænd. Og det kan da ikke være rigtigt her næsten tre døgn senere?

”Jeg får en tid med det samme og møder op. Jeg fortæller min læge, at jeg har hovedpine, og hvad der skete fredag aften, bl.a. at jeg havde været kortvarigt væk. Akkurat som først min veninde og senere også jeg gjorde over telefonen til 1813 fredag aften,” husker Ida Herskind og fortsætter:

”Min veninde ringede til 1813, mens jeg stadig lå på jorden, og jeg ringede til dem, da jeg var kommet hjem. Bare for en sikkerheds skyld nu da jeg havde været bevidstløs et lille stykke tid, måske 20 sekunder. Men vi fik uafhængig af hinanden at vide, at det ikke var nødvendigt at tage på skadestuen, da jeg var hel og fin. Og min egen læge reagerer heller ikke på det, han tester ikke mine øjne, men måler mit blodtryk og sender mig hjem

uden sygemelding og med besked om, at jeg sagtens kan tage på arbejde,” fortæller den nu 30-årige kvinde, som netop var begyndt på drømmejobbet som studievært på den nu lukkede, landsdækkende Radio24syv.

## Myter og svær diagnose

Ida Herskind er bare en blandt omkring 25.000 danskere<sup>6</sup>, som hvert år får en hjernerystelse, også kaldet commotio cerebri. Hjernerystelse rammer bredt i befolkningen, men i størst risiko er børn, unge og ældre. Mænd rammes oftere end kvinder, og sportsudøvere i visse sportsgrene, f.eks. håndbold, ishockey og ridning, er også særligt udsatte<sup>7</sup>.

Antallet er dog et skøn, da forskerne kun kan trække oversigter fra hospitalerne og dermed ikke har det præcise overblik over de patienter, som enten henvender sig til egen læge eller helt udebliver fra sundhedsvæsenet trods hjernerystelse.

Heldigvis kommer flertallet af alle patienter med hjernerystelse sig helt igen i løbet af et par uger eller få måneder. Omkring 20 pct. har dog stadig symptomer seks måneder efter traumat, mens 10-15 pct. ikke er symptomfri efter et år<sup>8</sup>. De lider af langvarige symptomer efter hjernerystelse, også kaldet post commotionelt syndrom (PCS), hvilket bl.a. kommer til udtryk i manglende evne til at koncentrere sig, hukommelsesproblemer, hovedpine, træthed, øget følsomhed over for lyde og lys og dårlig søvn (se også Boks 1 side 24).

For alle patienter med hjernerystelse kan vejen tilbage til hverdagen dog være unødigt lang og belagt med myter og mangelfuld vejledning fra sundhedsprofessionelle, hvilket netop var tilfældet for Ida Herskind, hvis forløb er beskrevet i artiklen ”Alt



så normalt ud, men ... ” i *Sygeplejersken* nr. 13/2019, der udkom sammen med dette nummer af *Fag&Forskning*.

Nogle bliver som Ida Herskind vejledt forkert og sendt tilbage på job for tidligt og uden konkret diagnose, mens andre groft sagt blot får at vide, at de skal gå hjem og slappe af og tage det med ro, hvilket langt fra er optimalt, for hvad betyder ”at tage det med ro” egentlig?

Det er naturligvis ikke i orden, pointerer en af Danmarks førende forskere på området, ph.d. og neuropsykolog Hana Malá Rytter, som er lektor ved Københavns Universitet og Bispebjerg Hospital samt leder af Dansk Center for Hjernerystelse, etableret marts 2019. Men, fortsætter forskeren, hjernerystelse er svært at diagnosticere, og eventuelle huller og myter i sundhedspersonalets viden kan være udtryk for, at forskningen på området har været sparsom i mange år, hvorfor de vejledninger, fagpersoner har at støtte sig til, også har mange år på bagen.

”Min oplevelse er, at læger har meget forskellig opfattelse af og viden om, hvordan hjernerystelse skal diagnosticeres. Det er en usynlig lidelse, der forandrer sig hurtigt i det første stykke tid, og lægerne har ofte kun patientens anamnese og et sæt ældre konsensuskriterier<sup>9,10</sup> at tage udgangspunkt i,” siger Hana Malá Rytter og fortsætter:

”I dag er hjernerystelse en diagnose, der stilles ud fra anamnesen og nogle få objektive prøver, som dog ofte er negative, f.eks. en CT-scanning. Resultater af både CT- og MR-scanninger er ofte ubrugelige, fordi det tekniske setup ofte ikke er følsomt nok til at fange de mikrostrukturelle forandringer, en hjernerystelse medfører på både kort og længere sigt.”

### Ny klinisk retningslinje på vej

Ifølge Hana Malá Rytter sker der dog noget på området i forhold til at kunne visualisere effekter af hjernerystelse i hjernen i form af både mere følsomme og nye scanningsteknikker<sup>11</sup>. Hun henviser bl.a. til et lille dansk studie, der bruger den såkaldte SPECT-metode (Single Photon Emission Computed Tomography)<sup>12</sup>.

Her scannede man patienter med hjernerystelse hhv. to-tre uger og tre-fire måneder efter traumet for at undersøge, om der var inflammation i hjernen eller ej. Studiet fandt, at hjernens støtteceller (særligt de såkaldte microglia) var overaktive ved begge måletidspunkter, hvilket peger på en langvarig immunrespons i hjernen.

I forhold til behandling af langvarige symptomer, som ikke forsvinder spontant, hersker der ifølge forskeren desværre også en del uklarheder i

dag, hvilket langt fra letter livet for hverken fagfolk eller patienter.

Skal man gå til fysioterapeut, kiropraktor, psykolog, alternative behandlere eller optometrist? Og skal man gøre det samtidigt eller i en bestemt rækkefølge?

Og hvad er evidensen for de forskellige behandlinger?

Svarene på disse spørgsmål regner

Hana Malá Rytter med at blive endnu skarpere på i løbet af det kommende år. Dansk Center for Hjernerystelse er nemlig blevet godkendt af Sundhedsstyrelsen til at lede arbejdet med at udarbejde en national, klinisk retningslinje om non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse. Det bliver den første af slagsen inden for hjernerystelse og forventes klar i efteråret 2020. (Læs også artiklen ”Ny retningslinje på vej” på side 32).

”Der er mange andre emner, man kunne tage op, f.eks. hvordan man diagnosticerer hjernerystelse og især fanger de patienter, som er i risiko for at udvikle vedvarende symptomer, der er en stor byrde for både den ramte og de sundhedsprofessionelle. Men vi må starte et sted,” siger hun.

### 70 nye tilfælde om dagen

I denne trialog har *Fag&Forskning* sat Hana Malá Rytter i stævne til en samtale med sygeplejerske Aase Kure fra Rigshospitalets Traumecenter og Akutmodtagelse om hjernerystelse og den aktuelt bedste viden i forhold til diagnose, symptomer, vejledning og behandling.

Sygeplejersker vil især møde patienterne til undersøgelse og observation på landets akutmodtagelser og neurologiske afdelinger, ligesom en del af patienterne også tager kontakt til landets akuttelefoner i forbindelse med traumet. Men sygeplejersker vil også støde på patienter med især vedvarende symptomer i bl.a. lægekonsultationer og sandsynligvis også egen omgangskreds. Med knap 70 nye tilfælde hver dag kender mange sikkert en eller flere personer, som har (haft) hjernerystelse. Aase Kure tilføjer:

”Vi kan sandsynligvis ikke forebygge alle tilfælde af PCS, men vi kan gøre en stor forskel ved at vejlede og rådgive patienter og pårørende præcist, når de f.eks. udskrives efter observation i akutmodtagelsen. Den første kontakt med fagprofessionelle som læger og sygeplejersker har en kæmpe betydning.”

Læs de følgende artikler og bliv klogere på hjernerystelsens forskellige faser, symptomer, konsekvenser og behandlingsmetoder. ●

# Svært at diagnosticere

Kortvarigt bevidsthedstab, hovedpine, kvalme/opkast og svimmelhed er bare nogle symptomer på hjernerystelse lige efter traumet. På længere sigt kan patienter bl.a. lide af markant træthed, øget irritabilitet og manglende evne til at huske og koncentrere sig.

Da Ida Herskind væltede ned på sin højre side fra sin cykel, havde hun trods manglende cykelhjul ingen synlige skader på hverken krop eller hoved. Men det hindrede hende ikke i at få en hjernerystelse.

De fleste traumer, der medfører hjernerystelser, sker ganske vist ved direkte kontakt mellem hoved og genstand, og de typiske årsager til hjernerystelse er fald, færdselsuheld og hovedskader ved sport, især håndbold, ishockey og ridning<sup>7</sup>. Men også indirekte slag kan medføre så bratte opbremsninger og bevægelser, at hjernen, som er plastisk og geleagtig, bliver sat i bevægelse og derved bliver vredet eller støder ind i kranieknoglerne med skrammer som små blødninger, forvriddinger og overvriddinger af hjerneceller og ødemer til følge, forklarer Hana Malá Rytter (se Boks 2 side 24).

”Vi ser det f.eks. ved ”shaken baby-syndromet,” hvor en forælder kan ruske sit barn så voldsomt, at det får hjernerystelse,” siger hun og uddyber:

”Der sker nogle mikrostrukturelle forandringer i hjernen, men påvirkningen er meget diffus og kan ramme over det hele. Åbnede jeg dit kranium og forstyrrede en lille del af overfladen med min finger, ville det give en lille hjerneskada lige der, meget lokalt. Ved en hjernerystelse er der tale om en diffus påvirkning, hvor slaget i form af chokbølger forplanter sig i hjernevævet i mange retninger. Det kan bl.a. forstyrre hjernecellernes mulighed for at kommunikere sammen og deres evne til at skabe energi til at kommunikere. Hjernen skal derfor have tid til at restituere.”



Aase Kure supplerer:

”Over for vores patienter kan vi forklare hjernerystelse som en hævelse af hjernen, som vi naturligvis ikke kan se, men som patienten kan føle. Det kan sammenlignes med en forstuvet ankel, hvor man dog straks kan se hævelsen og føle smerten. Her går man jo ikke ud og løber en maraton. Man skal aflaste anklen, og samme princip gælder for hjernen. Den skal have ro. Så længe, man har hovedpine eller føler sig utilpas, skal man slappe af, og det kan være svært i dag med alle de krav, der stilles til studier, job og familieliv.”

## Den svære diagnose

Som beskrevet i artiklen ”Vejen tilbage er ofte unødigt lang”, er det langt fra nemt at stille den konkrete diagnose (se også Boks 3 side 26). Da

hjernerystelse de første døgn kan kompliceres af livstruende følgetilstande, specielt blødninger inden for kraniet, indlægger man i Danmark og mange andre skandinaviske lande ofte patienter til observation i flere timer eller døgn.

I den forbindelse er det værd at dvæle lidt ved Sundhedsstyrelsens udgivelse "Hjernerystelse. Observation eller CT-scanning" fra 2008<sup>13</sup> samt Skandinavisk Traumekomité's retningslinjer om "initial håndtering af minimale, lette og moderate

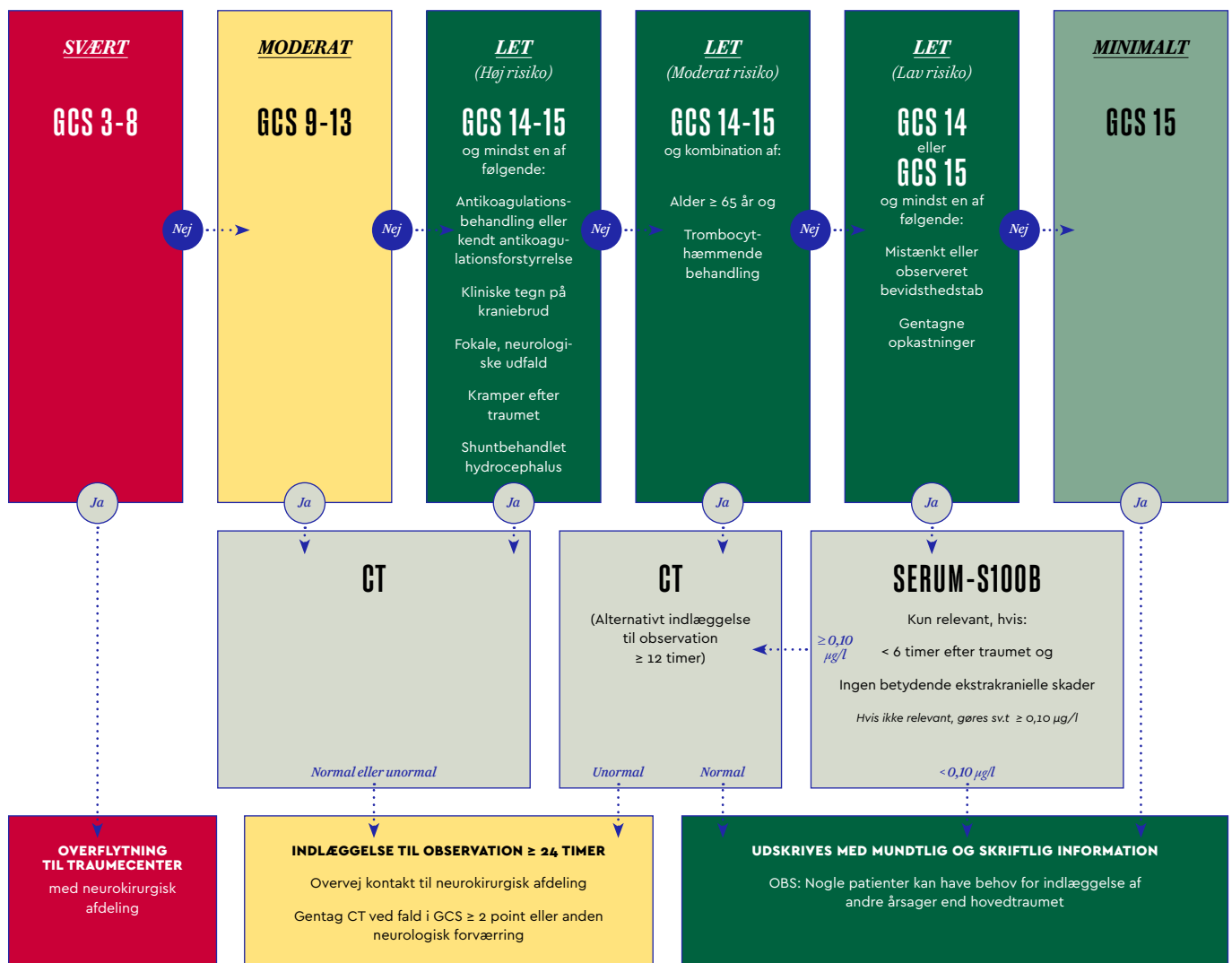
hovedtraumer"<sup>14</sup>. Ifølge dem kan patienter med minimale, lette og moderate hovedtraumer med normalt bevidsthedsplan uden neurologiske udfald og andre risikofaktorer med fordel få foretaget den såkaldte blodprøve S100B og en CT-scanning fremfor at blive indlagt til observation et døgn.

Blodprøven S100B er ifølge retningslinjerne relevant for patienter, hvor en klinisk undersøgelse viser en Glasgow Coma Scale-score (GCS) med en score på 14-15 ved baseline (se Figur 1.)

[ Figur 1 ]

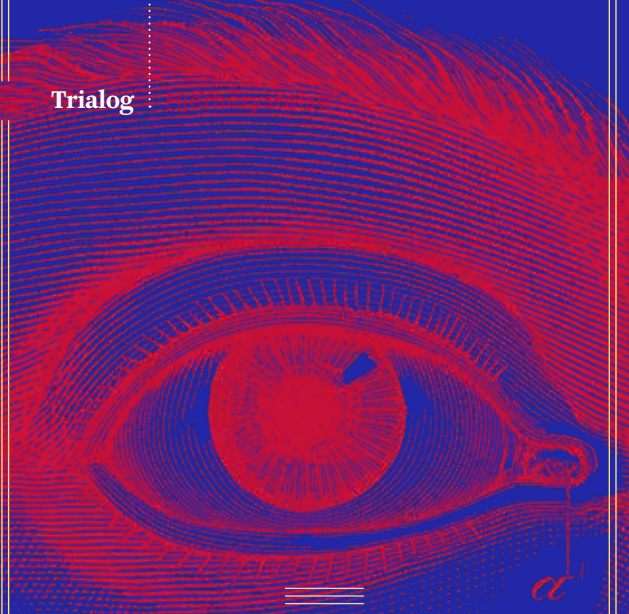
## FLOW CHART

VISITATION INDEN FOR 24 TIMER AF PATIENTER  $\geq 18$  ÅR MED ET HOVEDTRAUME



Flow chartet bruges bl.a. på Rigshospitalet og er retningsgivende for, hvordan personalet i akutmodtagelsen skal vurdere patienter med hovedtraume. Overordnet vurderes patientens bevidsthedsplan ved ankomsten ud fra Glasgow Coma Scale (GCS). Under hver GCS i flow chartet er angivet, hvad personalet skal have med i vurderingen af patientens samlede situation. Dette danner grundlag for beslutning om, patienten skal CT-scannes, have målt S100B eller udskrives med mundtlig og skriftlig information.

Kilde: <sup>14,39</sup> Flow chart modificeret i forhold til ref. af Rosenlund C, Undén J og Sundstrøm T, medlemmer af SNC.



[ Boks 1 ]

## SYMPTOMER

Ved hjernerystelse skal mindst ét af følgende symptomer være til stede i forbindelse med traume: konfusion eller desorientering, bevidsthedstab i højst 30 min., posttraumatisk amnesi (PTA, hukommelsestab i forbindelse med et traume, red.) i mindre end 24 timer og/eller forbigående, neurologiske symptomer (f.eks. dobbeltsyn). Ovenstående må ikke skyldes stoffer, alkohol, medicin eller anden skade og/eller behandling for anden sygdom.

Symptomer på hjernerystelse og langvarige symptomer af hjernerystelse kan overordnet inddeles i tre grupper: fysiske, kognitive og emotionelle. Derudover oplever mange patienter også søvnproblemer i form af enten insomni (svært ved at falde i søvn eller meget urolig søvn, red.) eller hypersomni (overdrevent søvnbehov red.).

Symptomerne kan alle optræde på alle tidspunkter i forløbet. De færreste patienter oplever alle symptomer, og symptomerne påvirker ofte hinanden indbyrdes.

### 1. Fysiske symptomer:

- Hovedpine
- Svimmelhed
- Kvalme/opkast
- Øget følsomhed over for lys og/eller lyd
- Ændret synsfunktion
- Ekstrem træthed
- Smerter

### 2. Kognitive symptomer:

- Koncentrationsproblemer
- Hukommelsesproblemer
- Hurtig udtrætning
- Opmærksomhedsproblemer
- Indlæringsproblemer
- Langsommere tænkning

### 3. Emotionelle symptomer

- Tristhed
- Angst
- Irritabilitet
- Aggression
- Ændret personlighed

(Kilde: Center for Hjerneskade)



Og er resultatet af blodprøven S100B > 0,10, anbefales en CT-scanning, da det kan tyde på, at patienten har slået hovedet kraftigere, end symptom-billedet umiddelbart viser. Er resultatet af CT-scanningen også normalt, kan patienten udskrives med mundtlig og skriftlig vejledning om symptomer og forholdsregler, fortæller Aase Kure og påpeger:

”Vi skal altid sikre os, at der er en voksen tilstede omkring patienten det første døgn efter traumet, så patienten bliver observeret og kan få hjælp alt efter behov.”

Men en normal CT-scanning er ikke ensbetydende med, at patienten ikke har hjernerystelse, fastslår Hana Malá Rytter. Som nævnt i artiklen ”Vejen tilbage er ofte unødigt lang”, er scanningsbillederne ofte ikke finkornede nok til at vise de mikroskopiske skader, en hjernerystelse medfører. Og selvom blodprøve S100B er standard i Danmark, er der i internationale forskerkredse uenighed om, om den er præcis nok:



[ Boks 2 ]

## KORT OM HJERNERYSTELSE

Når hovedet bliver udsat for et slag – direkte eller indirekte – kan det sætte hjernen i bevægelse og dermed forårsage hjernerystelse. Hjernen, der ligger i den hårde kranieskal, er nemlig en gelelignende substans, der ikke er skabt til at ligge og skvulpe frem og tilbage mellem kranieknoglerne. Forskningsmæssigt har man påvist, at en hjernerystelse påvirker hjernen på celleniveau på tre måder<sup>20</sup>:

**1.** Overordnet mister de ramte celler evne til at producere energi, det cellulære stofskifte bliver udfordret. Cellerne har brug for mere energi for at hele, men producerer mindre. Det fører til en ubalance i systemet og kan muligvis opleves som en udpræget træthed, hvilket dog kun er et bud og endnu ikke påvist i studie.

**2.** Normalt kommunikerer hjerneceller med hinanden ved hjælp af såkaldte udløbere, dendritter, som modtager information fra andre hjerneceller, og axoner, der sender information videre til andre hjerneceller. Ved et traume kan udløberne blive forvredet eller revet over, hvorfor kommunikationen mellem cellerne kan blive forstyrret og muligvis medføre symptomer som langsommere tænkning og lign., hvilket dog også kun er bud på symptomer.

**3.** Derudover kan de små blodkar, der forsyner hjerneceller med ilt og ernæring, også blive skadet, hvilket kan resultere i, at det er svært for cellerne at opretholde det vanlige aktivitetsniveau, hvilket måske kan medføre smerter eller træthed – endnu et bud, der ikke er blevet påvist.



”Nogle mener, at andre blodmarkører vil være mere relevante at måle på sammenlignet med S100B, som også findes uden for det centrale nervesystem. Studier<sup>15,16,17</sup> har f.eks. vist, at niveauet af GFAP (Glial Fibrillary Acidid Protein, red.) og NF-L (Neurofilament Light Protein, red.) inden for de første 24 timer efter traumatet korrelerer signifikant med outcome hos patienter med hjernerystelse – jo højere niveau, jo større sandsynlighed for hjernerystelse,” siger Hana Malá Rytter og tilføjer:

”GFAB og NF-L afspejler specifikt hjernecelleres tilstand, og niveauet af NF-L inden for det første døgn efter traumatet har ovenikøbet vist sig at være en signifikant værdi i forhold til forudsigelse af, hvor hurtigt patienten kommer sig.”

Aase Kure supplerer:

”Hos patienter med moderate eller symptomgivende hovedtraumer tager vi altid S100B-blodprøven for at sikre os, at der ikke er blødninger og kar-skader i hjernen. Men prøven er desværre ikke 100 pct. valid, især ikke hvis patienten er påvirket af alkohol eller stoffer. Vi har tilfælde, hvor indholdet af S100B-proteinet er meget lidt forhøjet, og hvor de alligevel har blødninger, og også modsat – hvor indholdet er meget højt, men der er ingen blødning i hjernen. Spørgsmålet er så, om en forhøjelse af S100B-proteinet alligevel er tegn på vævspåvirkning og hjernerystelse.”

Til det svarer Hana Malá Rytter:

”Jeg tænker, at de andre lovende blodmarkører som netop GFAB og NF-L med tiden muligvis vil erstatte eller supplere S100B.”

### Bevidsthedstab ikke nok

I praksis må læger og sygeplejersker derfor i høj grad tage udgangspunkt i patientens anamnese og symptomer, når de skal vurdere, om patienterne har hjernerystelse eller ej. Aase Kure fortæller, at især observation af patienterne kan være ekstra udfordrende, hvis de har været bevidstløse i forbindelse med traumatet og/eller er påvirket af alkohol eller stoffer. Er patienten påvirket, tester personalet desuden for ethanol i blodet.

”Det giver os et indtryk af, hvor påvirkede de er. Er indholdet meget højt, kan de godt have slået hovedet alligevel uden at kunne mærke det, og de kan heller ikke mærke, om de har hovedpine. De patienter er vi ekstra opmærksomme på i forhold til observation,” siger Aase Kure.

I forbindelse med patientens anamnese er det vigtigt at spørge ind til typiske symptomer som kortvarigt bevidsthedstab, hovedpine, kvalme/opkast og svimmelhed samt, om patienten har været bevidstløs eller har svært ved at huske tiden op til, under og/eller efter traumatet.

Tab af bevidsthed og hukommelse er begge normalt i forbindelse med en hjernerystelse, men patienten kan sagtens have hjernerystelse, uanset om han kan huske hele forløbet eller ej. Og omvendt er der ved at være enighed om, at tab af bevidsthed IKKE er en forudsætning for, at en patient har hjernerystelse<sup>18</sup> (se også Boks 1).

Aase Kure uddyber:

”Nogle gange bliver jeg overrasket over, hvor store følger ganske små traumer som f.eks. et mindre cykelstyrt, hvor personen bar cykelhjelme, kan medføre,” siger hun og tilføjer:

”Vi lægger alligevel stor vægt på at afdække, hvad patienten kan huske fra både før, under og efter ulykken. Om de har hovedpine, kvalme, opkast eller synsforstyrrelser? Det kan godt være, at patienten ikke angiver at have været bevidstløs, men samtidig har svært ved at huske, hvad der skete, fra han cyklede hjemmefra, til han endte i ambulancen eller på hospitalet. Og det er jo et symptom i sig selv.”

De ovennævnte fysiske symptomer går hånd i hånd med en række andre kognitive og emotionelle symptomer (se Boks 1), hvoraf mange først optræder lidt senere i forløbet – det kan være dage, uger eller måneder efter, traumatet skete.

”De færreste patienter oplever alle symptomer, men omvendt påvirker symptomerne ofte hinanden indbyrdes. Er man meget træt, kan problemer med at holde koncentrationen blive større, og hvis man f.eks. laver noget, hvor man skal koncentrere sig, kan hovedpinen blive værre,” siger Hana Malá Rytter.

### Hvornår er symptomer langvarige?

Ifølge Hana Malá Rytter er der i forskerkredse ikke enighed om, hvornår patienter har ”langvarige følger”, også kaldet langvarige symptomer, ved hjernerystelse. I Europa og Danmark læner man sig dog op ad Verdenssundhedsorganisationen WHO’s definition i International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, også kaldet ICD-10.

Er der stadig symptomer fire uger efter traumatet, er der ifølge ICD-10 tale om posttraumatisk hjerne-syndrom, PTS. Derudover bruger man i Danmark begrebet post commotionelt syndrom, PCS, hos





patienter, der stadig har symptomer 12 mdr. efter traumat<sup>2</sup>. I internationale studier opererer man både med symptomer efter fireugersdagen, tremånedersdagen, seksmånedersdagen og 12-månedersdagen.

”Men skal vi drage nogle store linjer ud af det her, ved vi, at omkring 60-65 pct. af alle patienter med hjernerystelse bliver symptomfri i løbet af de første fire uger. Efter tre måneder er antallet omkring 70-75 pct., på seksmånedersdagen omkring 80-85 pct., og endelig vil omkring 85-90 pct. være symptomfri et år efter traumat,” siger hun og fortsætter:

”Det betyder omvendt, at 10-15 pct. stadig vil have symptomer et år efter hjernerystelsen, og de kan for nogle være så invaliderende, at de må forlade arbejdsmarkedet eller studier helt,” siger Hana Malá Rytter og refererer til et studie<sup>19</sup>, hun sammen med en forskergruppe offentliggjorde i juli i år:

”Her fandt vi bl.a., at 5 pct. af personerne med langvarige symptomer efter hjernerystelse endte på førtidspension i løbet af de første fem år efter traumat mod kun 1,5 pct. i den almene befolkning.” (Læs også artiklen ”Især de højtuddannede mister jobbet”).

Patienter med langvarige symptomer har også svært ved at få stillet den korrekte diagnose og tabes nogle gange i systemet, fortsætter forskeren. Symptomerne spænder vidt og går på tværs af mange fagdomæner, hvorfor nogle diagnoser og også behandlingsmuligheder vil gå tabt afhængig af, hvilken fagperson patienterne møder, forklarer hun og nævner som eksempel praktiserende læger, neurologer, neuropsykologer og fysioterapeuter.

### De oversete øjne

Som beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 13/2019 oplevede Ida Herskind for alvor først bedring halvandet år efter traumat, da hun mere eller mindre tilfældigt blev anbefalet at kontakte en optometrist, som kunne konstatere, at Ida Herskind havde problemer med sit samsyn. Hun fik nogle øvelser til at træne øjne og oplevede stille og roligt symptomer som hovedpine og nakkespændinger forsvinde. Og netop problemer med synsfunktionen er en velkendt, men ofte overset langvarig følge, påpeger Hana Malá Rytter:

”Lige efter traumat tjekker lægerne altid øjnene for at se, om der er forskel på pupillerne, hvilket igen kan skyldes tryk forårsaget af indre blødninger. Men overordnet oplever jeg, at øjnene er lidt oversete, især hos patienter med længerevarende symptomer,” siger hun og fortsætter:

”Der kommer dog mere og mere fokus på, at folk med hjerneskaade, inklusive hjernerystelse, har sværere ved at bearbejde de synsindtryk, de får, og se dem som et samlet hele. Det kan give hovedpine. Her kan neurooptometriste spille en afgørende rolle i forhold til diagnose og behandling. Men det er en

ny og endnu ikke anerkendt uddannelse, og evidensen er også spinkel. Vi behandler dog området i den kommende kliniske retningslinje.” ●

### [ Boks 3 ]

## HJERNESKADE ELLER EJ?

I Danmark anses hjernerystelse ikke som en form for hjerneskaade, og det vil Hana Malá Rytter gerne anfægte.

”Var det tilfældet, ville hjernerystelse være med blandt de diagnoser, som indgik i MTV'en om hjerneskaaderehabilitering fra 2011<sup>21</sup>. Så skulle myndighederne forholde sig til de langvarige forløb, og for især patienter med langvarige symptomer ville det betyde meget, også rent retorisk – de ville føle sig mere anerkendte,” siger Hana Malá Rytter.

I international forskning benævnes hjernerystelse derimod ofte som ”mild traumatic brain injury” eller ”concussion”, og concussion hører under mild traumatic brain injury-paraplyen.

”Internationalt anerkender man hjernerystelse som en mild hjerneskaade. Der bliver brugt forskellige termer, men der er enighed om, at hjernerystelse – concussion – er en del af kategorien mild traumatic head injury. Og også at ikke alle tilfælde af mild traumatic brain injury er hjernerystelse. Der er stadig forskel på de to definitioner, men vi har i dag tilstrækkelig forskning (<sup>20</sup>), der viser, at en hjernerystelse påvirker hjernen fysisk. Den får fysiske skader,” siger hun og tilføjer:

”I de fleste tilfælde er skaderne forbigående, her genopretter hjernen sig selv, selvom det kan tage hele og halve år. Og så har vi de her 10-15 pct. af alle tilfælde, hvor hjernen ikke umiddelbart genopretter sig selv og sin funktion, og for nogle få bliver symptomerne altså permanente.”

### [ Boks 4 ]

## SÆRLIGE RISIKOGRUPPER

I absolutte tal er antallet af hjernerystelser størst hos børn i aldersgruppen 0-14 år, men incidensen er størst blandt 15-24-årige mænd. I alle aldersgrupper fraset >75 år indlægges der flest mænd med hjernerystelser<sup>22</sup>.

Hana Malá Rytter tilføjer:

”Vi ved, at det er de lavtuddannede og særligt mænd, som er i risiko for at få hjernerystelse. De drikker, slås og kører på knallert og laver andre risikofyldte ting. De er ikke så gode til at passe på sig selv,” siger hun og tilføjer:

”Et helt andet spørgsmål er, hvem der er i risiko for at lide af langvarige symptomer. Her tegner der sig et ganske komplekst billede.”

Men forskning peger på, at langvarige symptomer især ses hos:

- Patienter, som var påvirket af alkohol under traumat
- Patienter med mere svære symptomer de første to uger efter traumat
- Patienter, som oplever stress både op til og i ugerne efter traumat
- Patienter, som tidligere har haft hovedtraumer
- Patienter med tidligere psykisk sygdom som angst eller depression
- Kvinder, som har større risiko for at få langvarige symptomer end mænd
- (Professionelle) sportsfolk, som vender for tidligt tilbage til sportsgrenen

(23,24,25,26,27,28)

# Især de højtuddannede mister jobbet

Nyt studie viser, at især de yngre og de højtuddannede mister jobbet efter en hjernerystelse.

Personer med kort uddannelse og fysisk krævende arbejde har lettere ved at planlægge deres arbejdsdag, aflaste hjernen og holde de pauser, det kræver for at komme godt igennem et forløb med langvarige symptomer efter hjernerystelse, end højtuddannede akademikere har.

Den konklusion tør Hana Malá Rytter godt at drage ud fra de resultater, som hun sammen med en forskergruppe publicerede i juli i år<sup>19,29</sup>. Forskerne har fulgt knap 20.000 patienter med hjernerystelse i fem år og alene kigget på patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet hhv. seks måneder og fem år efter traumet.

”Det viser sig, at det bl.a. er de yngre og de højtuddannede, som er i risiko for at miste deres tilknytning til arbejdsmarkedet efter en hjernerystelse. Det overraskede os lidt, da vi ved, at det især er de lavtuddannede og mænd, som er i risiko for at få en hjernerystelse,” siger Hana Malá Rytter.

Ifølge analyserne har folk med korte uddannelser 30 pct. forøget risiko for at forlade arbejdsmarkedet fem år efter traumet i forhold til folk med korte uddannelser uden hjernerystelse. Men folk med videregående uddannelser (dvs. studier efter gymnasium/HF-niveau) har mere end dobbelt så stor risiko (215 pct.) for at måtte opgive at passe et almindeligt job. Som Hana Malá Rytter siger, kan koncentrationsbesvær og træthed efter en hjernerystelse ramme alle:

”Så det er bemærkelsesværdigt, at dem med videregående uddannelser har så meget større risiko for at ende med at forlade arbejdsmarkedet.”

En forklaring kan være, at de højtuddannede sidder i stillinger, som kræver stor grad af selvtilrettelæggelse, multitasking og planlægning:

”De sidder i jobs, hvor der hele tiden dukker nye mails og påmindelser op, og man skal nærmest planlægge næste arbejdsdag samtidig med, at man udfører dagens opgaver. Det kræver intellektuelt overskud og stiller særlige krav til den såkaldte eksekutive styring, som kan være påvirket, når man har langvarige symptomer efter hjernerystelse,” siger hun og tilføjer:





”En gartner har alt andet lige lidt nemmere ved at strukturere sin hverdag og mærke sig selv ude i naturen end en vidensmedarbejder, som sidder foran en skærm hele dagen. Det er måske lidt groft sat op, men patienter med hjernerystelse har brug for enkle, veldefinerede opgaver, som skal løses en ad gangen. Og det kan være årsagen til, at de ufaglærte og dem med de kortere uddannelser i højere grad er i stand til at blive i deres job.”

#### Patienter i 30'erne hårdt ramt

Studiet viser også, at de yngre grupper er markant mere udsatte i forhold til at forlade arbejdsmarkedet end de lidt ældre. Værst ser det ud for patienter mellem 30-39 år, som fem år efter traumat har dobbelt så stor risiko (200 pct.) for at stå uden for arbejdsmarkedet end jævnaldrende, der ikke har haft hjernerystelse. For de 40-49-årige er risikoen omtrent 30 pct. højere, mens der i gruppen 50-59-årige ikke var en nævneværdig forskel. Hvad det kan skyldes, har Hana Malá Rytter også et bud på:

”Mænd og kvinder i 30'erne er ofte lige blevet færdige med uddannelse og i gang med at etablere sig både professionelt og privat med karriere og familie. Og modsat har de ældre måske en lidt mere afslappet holdning til, hvad de skal præstere.”

Når talen falder på patienter med langvarige symptomer, har Aase Kure og Hana Malá Rytter hver bemærket nogle tendenser:

”De patienter med post commotionelt syndrom, jeg har set en del af, er unge, festglade mennesker, der var berusede ved traumat, og som ikke har respekteret vores vejledning om at tage den med ro og lytte til deres krop. De er bare gået i byen igen, og så kommer de tilbage flere dage efter, fordi de slet ikke kan være i deres hoveder, og dem har vi svært ved at hjælpe,” siger Aase Kure.

Hana Malá Rytter tilføjer:

”Vi ved, at folk, der slår hovedet, mens de er påvirket af alkohol, ofte kommer til at slås med langvarige symptomer<sup>30</sup>. Og så er der gruppen af folk, som starter for brat op med hverdagen igen og tror, de kan det samme med det samme, f.eks. studerende eller højtuddannede, hvor de føler, at karrieren ikke kan vente.” ●

## [ Boks 5 ] PAS PÅ MED HOVEDPINE- PILLERNE

Typiske symptomer i forbindelse med hjernerystelse er hovedpine og smerter i nakken. Den hovedpine, patienter med hjernerystelse får, opleves enten som migrænelignende hovedpine eller spændingshovedpine<sup>31</sup>.

”Har man hovedpine lige efter traumat, er det i orden at tage smertestillende, men mange patienter lever på Iprener, Panodiler og kombinationspræparater i månedsvis, før de bliver informeret om, at de skal passe på. Det første, neurologer ofte gør, når de modtager patienter med hovedpine som langvarig følge efter hjernerystelse, er at tilbyde medicinsanering. Patienterne er overmedicinerede og har udviklet medicinsk betinget hovedpine oven på den post commotionelle hovedpine<sup>32</sup>,” siger Hana Malá Rytter.

Ifølge forskeren er Paracetamol (som er i præparaterne Panodil, Pamol og Pinex, red.) fint at bruge, så længe det er under 15 dage pr. måned i gennemsnit. Ved 15 dage eller mere gennem mindst tre måneder er der risiko for at udvikle medicinoverforbrugshovedpine. For kombinationspræparater som f.eks. Treo eller Fortamol er grænserne mere snævre, de må højst tages ni dage pr. måned.

# Lidt ad gangen er vejen frem

Korrekt vejledning lige efter traumet og tidlig udredning for evt. langvarige symptomer er sammen med individuel behandling afgørende for restitutionsprocessen.

Selvom Ida Herskind havde hovedpine og følte sig utilpas i dagene efter sit cykelstyrt, tog hun efter at have konsulteret sin praktiserende læge på arbejde igen mandag. Drømmejobbet som radiovært trak, men hun holdt med nød og næppe kun til det i tre dage, før hun måtte kapitulere pga. af voldsom hovedpine og problemer med at fokusere.

Ida Herskind er bare et eksempel på konsekvensen af manglende diagnose og forkert vejledning i tiden lige efter traumet. Hun formåede selv at lytte til sin krop og slappe nogenlunde af de første dage efter faldet og opsøgte egen læge, så snart det var muligt. Men hun skulle ikke være begyndt fuld tid på job allerede tre dage efter traumet, og det havde hun måske vidst, hvis medarbejderen på 1813 havde henvist Ida Herskind til akutmodtagelsen fredag aften.

Hun var sandsynligvis blevet sendt hjem igen efter undersøgelse, men forhåbentlig med lidt mere korrekt information à la den Aase Kure og kollegerne giver patienter med hjernerystelse/i risiko for hjernerystelse med hjem.

”Udskriver vi patienter til observation i eget hjem, adviserer vi altid dem og evt. pårørende om, hvad de skal holde øje med. De får en folder med, hvor det er beskrevet, hvilke symptomer der er normale og unormale. Hvad skal de reagere på, og hvordan skal de forholde sig i dagene efter traumet, f.eks. at der kan være behov for at ligge i sengen et par dage,” fortæller Aase Kure.

Som udgangspunkt anbefaler Aase Kure patienterne at gå hjem, tage det roligt og lytte til sin krop, når de første dages hvile efter traumet er overstået.

”Får de hovedpine eller synsforstyrrelser af at være oppe og læse avis eller kigge på mobiltelefonen eller fjernsynet, skal de stoppe. Mange spørger os, hvad et roligt regime er, og her svarer jeg oftest, at de f.eks. kan gå en lille tur eller høre lydbøger. Så længe, de har symptomer som hovedpine eller føler sig udmattede, også kaldet ”hjernetræthed”, SKAL de slappe af og ikke udfordre hjernen med f.eks. TV eller læsning,” siger hun vel vidende, at det kan være svært at praktisere.

## Patienter forvirret over tidshorizont

Hana Malá Rytter synes som udgangspunkt, det er nogle fine budskaber, patienterne får med hjem fra Rigshospitalets Traumecenter og Akutmodtagelse, og hun kender til lignende foldere fra akutmodtagelser landet over. Hun tilføjer dog:

”Vi ved, at patienter ofte ikke føler, at de er blevet vejledt grundigt nok, og også, at de nødvendigvis ikke husker alt det, de har fået fortalt,” siger neuropsykologen.

En folder kan derfor være på sin plads, selvom der er en hårfin balance mellem at give tilstrækkelig information og ikke vække unødigt bekymring hos patienten. Derudover oplever forskeren også, at patienter kan have svært ved at omsætte de råd, de har fået, til egen krop. Og især spørgsmålet om hvor længe, de skal tage den med ro, fylder meget hos mange.



[ Boks 6 ]  
**INGEN  
 ALKOHOL  
 OG MEDICIN**

De første dage efter traumat anbefales det, at patienten undgår alkohol og medicin som sovepiller eller beroligende medicin, med mindre det er udskrevet af læge. Det er desuden vigtigt at få ordentlig kost og nok at drikke, så kroppen har energi til at restituere.

”Jeg møder ofte patienter, som mangler vejledning i forhold til, hvad de tidsmæssigt kan forvente. Vi har gennem lang tid sagt, at de skal tage den med ro i ca. to uger, og så er de over hjernerystelsen. I dag viser forskningen<sup>33</sup>, at du skal tage den med ro, men ikke fuldstændig ro, når de første tre-fire dage er overstået. Ellers risikerer patienter selv at bidrage til, at perioden med symptomer bliver længere,” siger hun og fortsætter:

”Anbefalingerne har ændret sig fra, at du skal ligge ned i 14 dage og ikke gøre noget som helst til, at du efter de første tre-fire dage stille og roligt skal begynde at genoptage dine aktiviteter, også selvom du ikke er symptomfri, men på absolut minimumsniveau til at begynde med og så gradvist tilføje flere aktiviteter lidt ad gangen og stadig rationalisere med dine kræfter i forhold til, hvad du har lyst og energi til,” siger Hana Malá Rytter og tilføjer:

”Patienterne skal også vide, at mange stadig har symptomer et par uger efter traumat. Ikke for at gøre dem bange, men for at hjælpe dem med at sætte reali-

stiske mål for deres eget forløb. Mange tager den med ro de første tre-fire dage for så at genoptage hverdagen med job eller studier, som om intet var sket, og så oplever mange, at deres verden falder sammen. De går fra at lytte til kroppen til at lægge for hårdt ud.”

Aase Kure supplerer:

”Mit bedste råd er, at de gerne må kede sig lidt i restitutionsfasen og fokusere på aktiviteter, der gør dem glade. De skal gøre nogle af de ting, de får energi af, det er tilladt og faktisk terapeutisk,” siger hun og uddyber:

”Havde de forstuvet anklen voldsomt, var de ikke vendt tilbage til hverdagen så hurtigt. Jeg har mødt mange patienter, som føler, de er uundværlige og derfor bliver nødt til at komme hurtigt tilbage på job. Og også patienter, som er blevet invalidepensionister, og unge, der aldrig har fået deres uddannelse på grund af PCS. Derfor er det så vigtigt at lytte til kroppen.”

**Sen diagnose giver dårlige vaner**

Men at lytte til kroppen og symptomer kan være svært, især fordi symptomerne som hovedpine og synsforstyrrelse ofte kommer lidt forsinket. Igen anbefales det, at patienterne skal leve efter mottoet ”lidt ad gangen”, f.eks. to-tre minutters læsning eller anden aktivitet den første dag og så et par minutter mere dagen efter, hvis symptomerne udebliver. Nogle patienter kan styre denne proces selv, mens andre har brug for fagprofessionel vejledning f.eks. ved at blive tilknyttet et af de commotio-specifikke programmer, en del kommuner er begyndt at tilbyde, og som også Commotioprogrammet ved Center for Hjerneskaade tilbyder.

Som beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 13/2019 varierer tilbuddene dog i både indhold og kvalitet, og det er ofte også en lang og til tider udmattende proces at blive henvist, hvilket også kan skade behandlingen. Tidlig udredning også for langvarige symptomer, dvs. inden for de første måneder, er vigtigt, understreger Hana Malá Rytter:

”Der kan gå halve til hele år, før patienterne får stillet diagnosen langvarige symptomer efter hjernerystelse, og rent behandlingsmæssigt er det en meget dårlig strategi. Patienterne risikerer at få oparbejdet en masse dårlige strategier, hvor de har svært ved at lytte til kroppen og derfor over- eller undertolker signalerne.”

I forhold til udredning for og behandling af langvarige symptomer kommer mange praktiserende læger desværre også til kort, hvilket Hana Malá Rytter har forståelse for.

”De er ofte utilstrækkeligt klædt på i forhold til viden og vejledning om, hvor patienten skal sendes



hen<sup>34</sup>. Det kan jeg godt forstå, for der stilles store krav til dem, og de har 10 minutter til en konsultation. Der er behov for nogle ensrettede redskaber – ud fra de og de symptomer kan lægen henvise til det og det. I dag kan de kun henvise til en fysioterapeut og en speciallæge, men f.eks. ikke til optometrist eller psykolog, selvom patienten måske udviser symptomer på synsforstyrrelser eller sænket stemningsleje og derfor er i risiko for at udvikle depression. Der er behov for nogle klare og ensrettede behandlingsveje mellem sektorer og faggrupper.”

### Individuel behandling

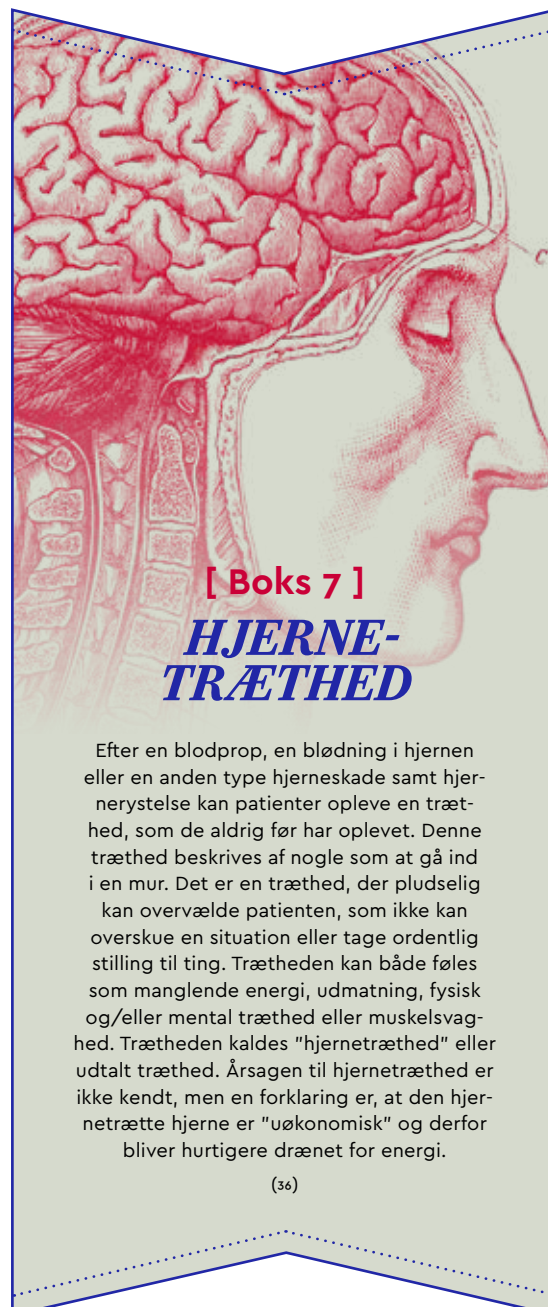
Når man taler om restitution efter hjernerystelse, er det ifølge Hana Malá Rytter også afgørende at anerkende, at hjernen er plastisk og formbar. Samt at alle mennesker og dermed også hjernerystelsesforløb er individuelle – patienternes symptomniveau, personlighed, livsstil og anvendelse af den rådgivning, de får, er også meget forskellig.

”I forhold til langvarige symptomer har vi selve hjernerystelsen, men også personens psyke. Tog vi al hjernerystelse væk, ville nogle af patienterne stadig have det svært. Men omvendt ville mange ikke have det svært, hvis ikke de havde langvarige symptomer efter hjernerystelse. Det er bare for at sige, at gruppen er utrolig varieret, og det stiller store krav til de sundhedsprofessionelles viden, sundhedsvæsenets koordination og måde at behandle dem på,” siger hun og uddyber:

”Hvordan skal vi f.eks. håndtere unge, som har taget stoffer og føler sig usårlige? Og hvad med kvinder i 30-39-års alderen, som både skal have familie og karriere op at køre på samme tid? De skal givetvis have forskellig vejledning og hjælp,” siger hun og fortsætter:

”Patienter med langvarige symptomer efter hjernerystelse har nogenlunde let ved at få omverdenens forståelse for deres situation de første tre måneder. Men varer symptomerne ved, er det svært at blive

henvist videre til korrekt behandling, og patienterne skal ofte fortælle deres historie igen og igen. De ønsker måske inderligt at komme tilbage på job, og den kommunale sagsbehandler er nok enig. Men så er spørgsmålet, hvordan dette spiller sammen med arbejdsopgaver og arbejdsgivernes ønsker? Det økonomiske fundament vakler måske også, og det er en ekstra stressfaktor, som på ingen måde gavner. Stress er bare en dårlig medspiller, når man skal komme sig efter en hjernerystelse<sup>35</sup>.” ●



### [ Boks 7 ]

## HJERNE-TRÆTHED

Efter en blodprop, en blødning i hjernen eller en anden type hjerneskade samt hjernerystelse kan patienter opleve en træthed, som de aldrig før har oplevet. Denne træthed beskrives af nogle som at gå ind i en mur. Det er en træthed, der pludselig kan overvælde patienten, som ikke kan overskue en situation eller tage ordentlig stilling til ting. Trætheden kan både føles som manglende energi, udmatning, fysisk og/eller mental træthed eller muskelsvaghed. Trætheden kaldes "hjernetræthed" eller udtalt træthed. Årsagen til hjernetræthed er ikke kendt, men en forklaring er, at den hjernetrætte hjerne er "uøkonomisk" og derfor bliver hurtigere drænet for energi.

(36)

# Ny retningslinje på vej

I efteråret 2020 har Dansk Center for Hjernerystelse deadline på en ny national retningslinje om non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse.

Har man ikke oplevet spontan bedring af symptomerne af sin hjernerystelse i løbet af de første fire uger efter traumet, er det ifølge Hana Malá Rytter primært de non-farmakologiske behandlingstiltag, der har effekt.

Hun er derfor glad for, at Sundhedsstyrelsen har givet arbejdsgruppen under Dansk Center for Hjernerystelse grønt lys til at udarbejde en national, klinisk retningslinje på dette område. Retningslinjen skal give de fagprofessionelle de bedste, evidensbaserede værktøjer til at behandle patienter med længerevarende symptomer efter hjernerystelse – til gavn for både helbred og pengepung:

”I dag er tilbuddene til patienter med længerevarende symptomer i bedste fald meget fragmenterede, men som oftest mangelfulde. Patienterne lærer sig derfor som regel op ad anbefalinger fra bekendte og dr. Google, og en ting er sikkert: De bruger ofte mange penge på behandling i privat regi,” siger Hana Malá Rytter.

Arbejdsgruppen har valgt at afdække viden og evidens af non-farmakologisk behandling på syv områder, som Hana Malá Rytter knytter et par ord til her:

1. Effekt af tidlig information og rådgivning, dvs. at patienten bliver vejledt i forhold til symptomer i form af folder eller telefonopkald tidligt efter traumet.
2. Effekt af gradueret, fysisk træning, hvor man gradvist øger sin træningsmængde i forhold til at kunne tackle fysisk træthed og fysiske symptomer og at få styr på niveauet af fysisk aktivitet.
3. Effekt af vestibulær rehabilitering i forhold til problemer med balance og svimmelhed.
4. Effekt af psykologisk behandling, hvor der arbejdes med patientens sygdomsopfattelse, symptomer

og mestringsstrategier. Patienterne placerer sig ifølge forskeren typisk i to grupper, der begge er uhensigtsmæssige og fastholder dem i symptomerne: **1.** Jeg gør slet ikke noget, ellers får jeg det dårligt **2.** Jeg gør for meget og overgør tingene konstant og lytter ikke til min egen krop.

5. Effekt af samsynstræning. Mange patienter efterspørger det dyre tilbud hos optometrist mod egenbetaling. En del fysioterapeuter leverer synstræning og øjentræning i kommunalt regi som synskonsulenter eller synsvejledere, og det er et vigtigt område at få belyst i forhold til effekt.
6. Effekt af den tværfaglige tilgang, f.eks. når patienten får både psykologisk behandling, rådgivning, synstræning og fysioterapi. Tesen er, at når flere fagpersoner arbejder sammen og afstemmer behandlinger, lykkes behandlingen bedst. Den koordinerede, tværfaglige indsats er vigtig, fordi symptomerne spænder så bredt. Nogle symptomer skal behandles hver for sig, mens andre skal behandles på samme tid.
7. Effekt af manuel træning.

## TEST DIG SELV

1. En hjernerystelse skyldes altid et direkte slag mod hovedet?
2. Kan en CT- eller MR-scanning påvise en hjernerystelse?
3. Hvordan stilles diagnosen hjernerystelse?
4. Skal man altid have været bevidstløs under/efter traumet for at få hjernerystelse?
5. Hvor mange patienter har stadig symptomer fire uger efter traumet?

Se svar på side 34



## [ Boks 8 ]

# BØRN HAR BRUG FOR LÆNGERE TID

Selvom børn overordnet tåler mere end voksne, når de falder eller slår hovedet, er antallet af hjernerystelser i faktiske tal størst blandt de 0-14-årige<sup>(6)</sup>. Ifølge Hana Malá Rytter er forskningen omkring hjernerystelse hos børn endnu mere sparsom end blandt voksne. Patienterne kan have svært ved at beskrive symptomerne, især de helt små børn, men også teenagerne. Og børn er ikke bare børn, men kan med fordel grupperes i de 0-3-årige, de 3-11-årige og så teenagebørnene.

"Der sker virkelig meget i hjernen, når puberteten starter, både hormonelt og strukturelt. Her tager ens personlighed for alvor form, og hjernen lærer at håndtere de krav, man møder. Der sker mange forandringer, der kan gøre det endnu sværere at tolke evt. symptomer på hjernerystelse, hvis man slår hovedet som teenager," siger hun.

Faktum er dog, at børn først og fremmest skal bruge længere tid på at blive symptomfri end voksne patienter. Og det er vigtigt, at de lige som de voksne genoptager hverdagen gradvist.

"De skal være symptomfri derhjemme, før de gradvist starter i institution eller skole. Og så skal de være symptomfri her, før de genoptager eventuelle fritidsaktiviteter," siger Hana Malá Rytter og tilføjer desuden, at Skandinavisk Traumekomité's retningslinjer om håndtering af minimale, lette og moderate hovedtraumer<sup>14,37</sup> også gælder for børn.

På Center for Hjerneskade tilbyder Hjernerystelsesenheden for børn og unge også behandling til børn med hjernerystelse, både til dem, som for nyligt er blevet ramt, og til børn med længerevarende symptomer.

På centrets hjemmeside er der pjecer med nyttig information og redskaber målrettet både børn og forældre. Gå ind på [www.cfh.ku.dk](http://www.cfh.ku.dk) → Klik ind på "Børn og unge" → Klik på "Hjernerystelsesteamet".



## [ Boks 9 ]

# GÆLDENDE RETNINGSLINJER

- Konsensusrapport om commotio cerebri (hjernerystelse). Videnscenter for Hjerneskade. 2003<sup>6</sup>.
- Scandinavian guidelines for initial management of minimal, mild and moderate head injuries in adults: an evidence and consensus-based update. Scandinavia Trauma Committee<sup>14</sup>.
- Hjernerystelse: Observation eller CT-scanning – en kommenteret, udenlandsk medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen<sup>13</sup>.

## [ Boks 10 ]

# GODT I GANG EFTER HJERNERYSTELSE

Unge i alderen 15-30 år, der stadig har svære symptomer to-seks mdr. efter traumet, kan med fordel behandles ved hjælp af et nyudviklet, tværfagligt behandlingsprogram. Det konkluderer psykolog Mille Møller Thastum fra Aarhus Universitet i sit ph.d.-projekt "Early intervention for impairing post-concussion symptoms" fra marts 2019.

I samarbejde med Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Hammel Neurocenters Universitets-klinik for Neurorehabilitering har Mille Møller Thastum udviklet behandlingsprogrammet "Get going After concussioN" (GAIN) (på dansk: godt i gang efter hjernerystelse, red.), der strækker sig over otte uger. Patienterne, som deltog i GAIN, fik undervisning om hjernerystelse samt individuel rådgivning fra neuropsykolog, ergoterapeut og fysioterapeut om, hvordan de bedst kunne håndtere symptomer i hverdagen. I forhold til en kontrolgruppe med patienter, som ikke deltog i GAIN, men kun modtog kort information og rådgivning om hjernerystelse ved en forundersøgelse, kunne forskeren dokumentere, at GAIN-behandlingen reducerede symptomerne markant og forbedrede patienternes overordnede fysiske helbred.

(38,39)

**Referencer**

**1.** Læs mere om Dansk Center for Hjernerystelse på [www.dcfh.dk](http://www.dcfh.dk) **2.** Rytter HM, Westenbaek K, Henriksen H, Christiansen P og Humle F. Specialized interdisciplinary rehabilitation reduces persistent post-concussive symptoms: a randomized clinical trial. *Brain Injury*. Pages 266-281. 2018. **3.** Se Hana Malá Rytters mange bidrag til tidsskrifter og medier [www.psy.ku.dk](http://www.psy.ku.dk) -> Ansatte -> Søg "Hana Malá Rytter" -> Klik på "Publikationer" og/eller "Presse" **4.** Kure A. Ingen lette genveje. *Sygeplejersken* nr. 15. 1991. **5.** Kure A. Mange patienter kan hjælpes. *Sygeplejersken* nr. 35. 1995. **6.** Pinner M, Børgesen SE, Jensen R, Birket-Smith M, Gade A, Riis JØ. Konsensusrapport om commotio cerebri (hjernerystelse). Videnscenter for Hjerneskade. 2003. **7.** Cassidy JD, Carroll LJ, Peloso PM, Borg J, von Holst H, Holm L, et al. Incidence, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med*. 2004(43 Suppl):28-60. **8.** McMahon P, Hricik A, Yue JK, Puccio AM, Inoue T, Lingsma HF, et al. Symptomatology and functional outcome in mild traumatic brain injury: results from the prospective TRACK-TBI study. *J Neurotrauma*. 2014;31(1):26-33 **9.** The American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM). Definition of mild traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1993;8:86-87. **10.** Carroll LJ, Cassidy JD, Holm L, et al. Methodological issues and research recommendations for mild traumatic brain injury: the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med* 2004;113-25. **11.** Naess-Schmidt ET, Blicher JU, Eskildsen SF, et al. Microstructural changes in the thalamus after mild traumatic brain injury: A longitudinal diffusion and mean kurtosis tensor MRI study. *Brain Inj* 2017;31:230-6. **12.** Ebert SE, Jensen P, Ozenne B m.fl. Molecular imaging of neuroinflammation in patients after mild traumatic brain injury: a longitudinal <sup>123</sup>I-CLINDE single photon emission computed tomography study. *European journal of Neurology*. 2019 Apr 19. doi: 10.1111/ene.13971 **13.** Hjernerystelse: Observation eller CT-scanning – en kommenteret udenlandsk medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. December 2008. **14.** Undén J, Ingebrigtsen T m.fl. Scandinavia Trauma Committee (SNC). Scandinavian guidelines for initial management of minimal, mild and moderate head injuries in adults: an evidence and consensus-based update. *BMC Med* 2013; 11: 50-87. **15.** Hossain I, Mohammadian M, Takala R m.fl. Early Levels of Glial Fibrillary Acidic Protein and Neurofilament Light Protein in Predicting the Outcome of Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Neurotrauma*. Vol 36, Issue 10: May 6, 2019 **16.** Meier TB, Nelson LD, Huber DL, et al. Prospective Assessment of Acute Blood Markers of Brain Injury in Sport-Related Concussion. *J Neurotrauma* 2017;34:3134-42. **17.** Dorminy M, Hoogeven A, Tierney RT, et al. Effect of soccer heading ball speed on S100B, sideline concussion assessments and head impact kinematics. *Brain Inj* 2015:1-7. **18.** Carroll LJ, Cassidy JD, Holm L, et al. Methodological issues and research recommendations for mild traumatic brain injury: the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med* 2004;113-25. **19.** Graff HJ, Siersma VD, Møller A, Kragstrup J, Andersen LL, Egerod I, Rytter HM. Labour market attachment after mild traumatic brain injury : nationwide cohort study with 5-year register followup in Denmark. *BMJ Open*, Bind 9:2019. **20.** Malá H, Mogensen J. Commotio cerebri og mild traumatisk hjerneskade – er vi enige om, hvad det er? *Best Practice*. Februar 2017. **21.** Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation, 2011. **22.** Eskesen V, Springborh JB, Unden J, Romner B. Initial håndtering af minimale, lette og moderate hovedtraumer hos voksne. *Ugeskr Læger* 2014; 176:V09130559 **23.** Booker J, Sinha S, Choudhari K. Description of the predictors of persistent post-concussion symptoms and disability after mild traumatic brain injury: the SHEFBIT cohort. *Br J Neurosurg*. 2019 Aug;33(4):367-375. doi: 10.1080/02688697.2019.1598542. Epub 2019 Apr 9. **24.** Polinder S, Cnossen MC, Real RGL, Covic A. A multidimensional approach to post-concussion symptoms in mild traumatic brain injury: A focused review. *Front Neurol*. 2018;9:1113 **25.** Cnossen MC, van der Naalt J, Spikman JM, Nieboer D, Yue JK, Winkler EA, Manley GT, von Steinbuechel N, Polinder S, Steyerberg EW, Lingsma HF. Prediction of Persistent Post-Concussion Symptoms after Mild Traumatic Brain Injury. *J Neurotrauma*. 2018 Nov 15;35(22):2691-2698. doi: 10.1089/neu.2017.5486. Epub 2018 Jul 23. **26.** Cassidy JD, Carroll LJ, Peloso PM, et al. Incidence, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med* 2004;28-60. **27.** Ponsford J, Willmott C, Rothwell A, et al. Factors influencing outcome following mild traumatic brain injury in adults. *J Int Neuropsychol Soc* 2000;6:568-79. **28.** Bazarian JJ, Wong T, Harris M, et al. Epidemiology and predictors of post-concussive syndrome after minor head injury in an emergency population. *Brain Inj* 1999;13:173-89. **29.** Brixen J. Især de yngre og de højtuddannede mister jobbet efter en hjernerystelse. 21.07.2019. Fundet på [www.nyheder.ku.dk](http://www.nyheder.ku.dk) den 21. oktober 2019 **30.** Nordhaug LH, Linde M, Follestad T, Skandsen ØN, Bjarkø VV, Skandsen T, Vik A. Change in Headache Suffering and Predictors of Headache after Mild Traumatic Brain Injury: A Population-Based, Controlled, Longitudinal Study with Twelve-Month Follow-Up. *J Neurotrauma*. 2019 Aug 2. doi: 10.1089/neu.2018.6328. [Epub ahead of print] **31.** Ashina H, Porreca F, Anderson T, Amin FM m.fl. Post-traumatic headache: epidemiology and pathophysiological insights. *Nature Reviews Neurology*. Vol15;p:607-617;(2019) **32.** Diener HC, Dodick D, Evers S, Holle D, m.fl. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *The Lancet Neurology*. Vol18, Issue 9, September 2019, Pages 891-902. **33.** Silverberg ND, Iverson GL. Is rest after concussion "the best medicine?": Recommendations for activity resumption following concussion in athletes, civilians, and military service members. *J Head Trauma Rehabil*. 2013 Jul-Aug;28(4):250-9. doi: 10.1097/HTR.0b013e31825ad658 **34.** Graff, HJ, Deleu N, Christiansen P, Rytter HM (in press): Facilitators and barriers of return to work after mild traumatic injury: a thematic analysis. **35.** Silverberg ND, Iverson GL. Etiology of the post-concussion syndrome: Physiogenesis and psychogenesis revisited. *Neurorehabilitation*, vol. 29, no. 4. Pp.317-329. 2011 **36.** Til dig, der oplever træthed efter din hjerneskade. *Pjece. Hjernesagen*. 2017 **37.** Undén J, Dalziel SR, Borland ML, Phillips N m.fl. External validation of the Scandinavian guidelines for management of minimal, mild and moderate head injuries in children. *BMC Medicine*. Vol. 16; Issue 1.Oct.2018. **38.** Godt i gang efter hjernerystelse. *Presse og nyheder. Hospitalsenhed Midt. Viborg, Silkeborg, Hammel, Skive*. 13032019. **39.** Thastum MM. Early Intervention for impairing post-concussion symptoms. *Health. Aarhus University. The Research Clinic for Functional Disorders & Psychosomatics, Aarhus University Hospital/Hammel Neurorehabilitation Centre and University Research Clinic, Aarhus University, Denmark*. 2019. **39.** Eskesen V, Springborg JB, Unden J, Romner B. Guidelines for the initial management of adult patients with minimal to moderate head injury. *Ugeskr Laeger*. 2014;28:176.

**SVAR PÅ QUIZ**

**1:** Nej, **2:** Nej, **3:** Ud fra patientens anamnese og symptomer, **4:** Nej, tab af bevidsthed er bare et af flere symptomer, som kan være tilstede, **5:** 35-40 pct.

# Ikke alle patienter kan navigere i relation til behandlingsmuligheder

*Involvering. Patienter med brystkræft oplever ikke, at de bliver involveret og har mulighed for at træffe valg vedr. behandling, men at der udelukkende er fokus på at blive rask.*



Christoffersen N, Olling K, Steffensen KD, Birkelund R. **Experiences of involvement in decision-making for patients with breast cancer: A phenomenological-hermeneutical study.** European Journal for Person Centered Healthcare. 2018;6(2):237-47. <https://doi.org/10.5750/ejpc.v6i2.1441>

**Introduktion:** Patientinddragelse og fælles beslutningstagen er blevet et centralt emne i sundhedsvæsenet. En amerikansk undersøgelse fra 2002 viste, at 89 pct. af kvinder med brystkræft foretrak en aktiv rolle i beslutningstagningsprocessen i forbindelse med deres behandling. Formålet med dette studie var at undersøge patienters oplevelse af beslutningstagningsprocessen gennem behandlingsforløbet, og om det stod klart for dem, at de havde et valg.

**Metode:** Studiets havde et kvalitativt design med en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang. Der blev gennemført semistrukturerede interview med syv patienter med brystkræft. Analysen blev gennemført med inspiration af Ricoeurs fortolkningsteori.

**Resultater:** Gennem analyse og fortolkning af interviewene fremkom følgende to temaer: 1) Reelt valg eller behandlingsforløb besluttet af de sundhedsprofessionelle, og 2) behandlingseffektivitet på bekostning af tid til at overveje muligheder.

I situationen med beslutningstagen var der en oplevelse af kun at have givet sit samtykke til behandlingsforløbet, som var planlagt af de sundhedsprofessionelle.

**Diskussion:** Patienter kan mangle de færdigheder, der skal til for at navigere i relation til behandlingsmulighederne. Ikke alle patienter ønsker dette valg og beder i stedet sygeplejersken om at træffe valget for dem.

**Konsekvenser for praksis:** Der må tages højde for fremtidens patienter med al deres kompleksitet og mangfoldighed. Nogle patienter vil blive mere krævende og have ressourcer til at fravælge



**Nogle patienter vil blive mere krævende og have ressourcer til at fravælge standardiserede behandlinger, mens andre vil have svært ved at leve op til rollen som den aktive, beslutningstagende patient.**

standardiserede behandlinger, mens andre vil have svært ved at leve op til rollen som den aktive, beslutningstagende patient.

**Kommentarer:** Når fælles beslutningstagen skal implementeres i den patientcentrerede pleje (PCC), som har stort fokus i Danmark i disse år, dukker der en udfordring op med betegnelsen fast-track. Det virker som om, vi er udfordret, når patientforløbene skal være mere effektive (læs kortere), og der samtidig stilles større krav til de tidskrævende sygeplejehandlinger, hvor fælles beslutningstagnings blot er ét område under PCC. ●

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

## VIDEN OM PATIENTERNES OPFATTELSE AF SITUATIONER FORBUNDET MED BÆLTEFIKSERINGER ER AFGØRENDE FOR AT REDUCERE ANTALLET OG VARIGHEDEN AF BÆLTEFIKSERINGER

**BAGGRUND.** Internationale retningslinjer opfordrer til en reducere i anvendelsen af tvangsforanstaltninger, men på trods af dette er brugen af tvangsforanstaltninger som f.eks. bæltefikseringer fortsat meget udbredt i psykiatrien. For at kunne reducere antallet og varigheden af bæltefikseringer i retspsykiatrien og sikre en evidensbaseret patientbehandling har vi behov for mere viden om patienternes subjektive oplevelser og opfattelser af bæltefikseringer.

**FORMÅL.** At undersøge retspsykiatriske patienters opfattelse af situationer før, under og efter brug af bæltefikseringer, og hvad de opfatter, kan påvirke og reducere antallet og varigheden af bæltefikseringer.

**METODE.** 20 informanter med forskellige erfaringer med bæltefiksering blev interviewet ved brug af en semistruktureret interviewguide bestående af to dele i kvalitative én-til-én-interviews. I den første del blev informanterne opfordret til



# Sådan opfatter retspsykiatriske patienter bæltefikseringer

**Tvang i psykiatrien.** For første gang dokumenteres retspsykiatriske patienters opfattelse af at blive bæltefikseret.

at beskrive deres opfattelse af episoder med bæltefikseringer. I anden del af samme interview blev resultaterne fra en litteraturgennemgang, der undersøgte patienters opfattelse af situationer forbundet med forskellige former for tvangsforanstaltninger, testet.

**RESULTATER.** Der blev identificeret fire temaer ved hjælp af en tematisk analyse: "åbenlyse protestreaktioner", "stille protestreaktioner", "sygdomsrelateret adfærd" og "rolig adfærd", som tilsammen karakteriserer patienternes opfattelse af deres måder at agere og reagere på under bæltefikseringsepisoder. Disse temaer er forbundet i to mønstre i bæltefikseringsprocessen: "Protestmønstre" og "sygdomsrelateret mønster".

**KONKLUSION.** Der er behov for yderligere forskning for at belyse sammenhængen mellem patienternes opfattelse af at blive bæltefikseret og deres måder at agere og reagere på i bæltefikseringsprocessen.

# I

## Introduktion

Denne artikel præsenterer et kvalitativt studie om retspsykiatriske patienters opfattelse af situationer forbundet med brug af bæltefiksering (BF). BF defineres som et redskab (et bælte), der er fastgjort til

sengen med det formål at begrænse patientens bevægelsesfrihed (1).

Det er almindeligt anerkendt, at viden om patienternes opfattelse af tvangsforanstaltninger som f.eks. BF er afgørende for at reducere brugen af tvangsforanstaltninger og sikre en evidensbaseret patientbehandling (2,3). På trods af dette er der ikke gennemført forskning med specifikt fokus på subjektive oplevelser og opfattelser af BF i retspsykiatrien. Der er et påtrængende behov for denne viden, fordi BF generelt anses for at være en af de mest indgribende typer af tvangsforanstaltninger (4), og fordi retspsykiatrien anses for at påvirke patienternes opfattelse af det at blive udsat for tvangsforanstaltninger (5).

### Antallet af tvangsforanstaltninger skal reduceres

Internationale retningslinjer opfordrer til at reducere anvendelsen af tvangsforanstaltninger (se f.eks. NICE guidelines) (6). På trods af dette er brugen af tvangsforanstaltninger som f.eks. BF fortsat meget udbredt i psykiatrien (7). Men forekomsten af BF-episoder varierer meget, f.eks. bliver 0,9 pct. af patienterne i Holland udsat for BF, hvorimod antallet er 44,2 pct. i Japan (8), hvilket forklares med store retlige og kulturelle forskelle landene imellem (7,9).

Internationale forskere argumenterer for, at viden om patienternes oplevelser og opfattelser af tvangsforanstaltninger kan føre til en reduktion af tvangsforanstaltninger og en forbedring af klinisk praksis

## FORFATTERE



### ELLEN B. TINGLEFF

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d. i 2019. Ansat som lektor ved UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole, Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle. Forsker i samarbejde med Center for Psykiatrisk Sygepleje og Sundhedsforskning (CPS), Institut for Regional Sundhedsforskning, Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, SDU, og psykiatrisk Afdeling Middelfart, Psykiatrien Region Syddanmark, i psykiatrisk sygepleje, herunder pårørendeinddragelse og reduktion af tvang i psykiatrien.

ehti@ucl.dk



### LISE HOUNSGAARD

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d. i sygepleje fra Aarhus Universitet i 2004. Udvikler ny forskningsbaseret viden til praksis og uddannelserne i et samarbejde med ph.d.-studerende og nationale og internationale forskningskolleger med et helhedsorienteret og tværfagligt sigte. Er via et professorat i Sygepleje ved Klinisk Institut ved SDU leder af Center for Psykiatrisk Sygepleje og Sundhedsforskning (CPS), Institut for Regional Sundhedsforskning, Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, SDU, og forskningsleder ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab ved Grønlands Universitet.



### STEPHEN K. BRADLEY

Sygeplejerske (BSc) 1997, ph.d. 2006, mange års erfaring som psykiatrisk sygeplejerske. Leder af Training & Development, Hope Trust, Roscommon, Ireland.



### FREDERIK A. GILDBERG

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d. 2012. Landets første lektor i retspsykiatri i 2016. Siden 2007 forsket i psykiatrisk sygepleje og arbejder i særdeleshed med reduktion af tvang i psykiatrien. Lektor i retspsykiatri og forskningsleder ved Center for Psykiatrisk Sygepleje og Sundhedsforskning (CPS), Institut for Regional Sundhedsforskning, Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, SDU, samt på psykiatrisk Afdeling Middelfart, Psykiatrien Region Syddanmark.



(3,10). Patienters opfattelse af forskellige typer af tvangsforanstaltninger, især isolation og fastholdelse, er blevet undersøgt i en række studier (4,11,12). Men som Kontio et al. (10) påpeger, er patienternes opfattelse af tvangsforanstaltninger som proces, dvs. med inddragelse af situationer før, under og efter udsættelse for tvang, imidlertid kun blevet undersøgt i beskedent omfang. For at muliggøre en dybtgående forståelse af patienternes opfattelse af brugen af tvangsforanstaltninger er det således nødvendigt at rette fokus på disse individuelle, men indbyrdes forbundne punkter i BF-processen (13).

Inden for almen psykiatri findes der kun fire kvalitative studier, hvori patienternes oplevelse af BF specifikt er undersøgt (14-17). Ifølge de seneste studier, som er udført af Lanthén et al. (16) og Jacob et al. (17), havde personalets attitude og det ydede plejeniveau væsentlig betydning for, om patienterne samlet set opfattede BF-episoden som en positiv eller negativ oplevelse. Negative opfattelser er imidlertid dominerende i litteraturen, og ligeledes er traumatiske eftervirkninger af BF hyppigt rapporteret. Ifølge nyere litteraturstudier er der endnu ingen kvalitative studier, der specifikt har haft fokus på patienternes oplevelser og opfattelser specifikt i forhold til anvendelsen af BF i retspsykiatrien (11,13,18).

Flere forfattere argumenterer for, at retspsykiatrien udgør et særligt speciale med hensyn til miljø-

og patientkarakteristika, hvilket har betydning for udøvelsen af sygepleje og anvendelsen af tvangsforanstaltninger (se f.eks. 5,19). Nogle få kvalitative studier har undersøgt patienternes opfattelser af tvangsforanstaltninger inden for retspsykiatrien, men BF var ikke blandt de undersøgte typer af tvangsforanstaltninger (20-23). Derfor er der behov for en særskilt undersøgelse af patienternes opfattelser af BF inden for retspsykiatrien, eftersom forskere argumenterer for, at BF er en af de mest indgribende typer af tvangsforanstaltninger (24), og Steinert et al. (25) fandt, at patienternes retrospektive vurderinger af BF var signifikant mere negative end deres vurderinger af isolation.

I lyset af ovenstående præsenterer denne artikel resultater fra et kvalitativt interviewstudie af retspsykiatriske patienters opfattelser af situationer forbundet med BF-processen.

### Formål med studiet

1. At undersøge retspsykiatriske patienters opfattelse af situationer før, under og efter BF-episoder.
2. At undersøge, hvordan retspsykiatriske patienter tilskriver mening til disse situationer.
3. At undersøge, hvad patienterne opfatter kan påvirke og reducere antallet og varigheden af BF-episoder.

**Tabel 1.** Oplysninger om informanterne og informanternes opfattelser af specifikke detaljer om deres BF-episoder

Alder	(n)	Køn	(n)	Aktuel behandlingsstatus	(n)
20-30	7	Kvinde	4	Indlagt patient	10
31-40	5	Mand	15	Ambulant patient	9
41-50	4				
51-60	2				
61-70	1				
Antal BF-episoder	(n)	Varighed af seneste BF-episode**	(n)	Tid siden seneste BF-episode	(n)
1 episode	3	1 time	1	6 dage	1
2 episoder	1	12-14 timer	2	2 uger*	1
3 episoder	4	24 timer*	2	3 uger*	2
4 episoder	1	48 timer*	7	5-6 uger*	2
5 episoder*	3	72 timer*	4	8 uger	1
10 episoder	2	5 dage	1	5-6 måneder*	2
Flere episoder (husker ikke)	5	14 dage	1	11 måneder	1
		7 uger	1	1 år*	3
				2 år*	2
				4-5 år*	2
				Mange år (husker ikke)	2

\* Nogle af informanterne angav dette omtrentligt, fordi de var usikre på de præcise detaljer.

\*\* Informanternes oplevelse af varigheden af andre episoder varierede fra nogle få timer til syv dage.

BF: Bæltefiksering.

# M

Metode

I dette studie er anvendt et kvalitativt forskningsdesign, der metodologisk blev udviklet på baggrund af de grundlæggende krav til en empirisk videnskab, som beskrevet af Herbert Blumer, eksempelvis ved at anvende empirisk testning (26).

## Rekruttering

Studiet blev gennemført på en retspsykiatrisk afdeling i Danmark med fire lukkede retspsykiatriske afsnit og et åbent retspsykiatrisk rehabiliteringsafsnit hver med 14 sengepladser samt hos en regional, retspsykiatrisk distriktspsykiatri med ca. 500 ambulante retspsykiatriske patienter.

Deltagerne blev rekrutteret ved en formålsrettet udvælgelse (27), indtil datamætning blev opnået (28). Udvalget var baseret på følgende inklusionskriterier:

- Over 18 år
- Taler og forstår dansk
- Har oplevet mindst én BF-episode.

Indlagte patienter blev informeret om studiet gennem en skriftlig invitation og en kort mundtlig præsentation (givet af førsteforfatteren). Ambulante patienter blev informeret gennem en skriftlig invitation, som de fik udleveret af deres distriktspsykiatriske kontaktsygeplejerske.

## Informanter

20 informanter med forskellige erfaringer med BF-episoder deltog i studiet. En af informanterne blev efterfølgende ekskluderet, fordi forfatterne ikke kunne forstå informantens udsagn på grund af sproglige udfordringer. Tabel 1 indeholder oplysninger om de resterende 19 informanter og deres opfattelser af specifikke detaljer om egne BF-episoder.

## Dataindsamling

Data blev indsamlet ved brug af en semistruktureret interviewguide bestående af to dele i kvalitative én-til-én-interviews. I den første eksplorative del af samme interview blev informanterne opfordret til at beskrive deres opfattelse af BF-episoder ud fra åbne spørgsmål som f.eks. "Kan du fortælle, hvad der skete, sidste gang du blev bæltefikseret?" Anden del af samme interview havde til formål empirisk at teste (26) resultaterne fra en litteraturgennemgang, der undersøgte patienters opfattelse af situationer forbundet med forskellige former for tvangsforanstaltninger (herunder BF) (13). Denne litteraturgennemgang identificerede situationer som f.eks. interaktioner med sundhedsprofessionelle og kommunikation i relation til tvangsprocessen (før, under og efter). Desuden blev foreløbige temaer fra analyse af interview testet i de efterfølgende interviews.

**Tabel 2.** Analytiske spørgsmål og definitioner anvendt i den tematiske analyse

<b>Analytisk spørgsmål 1</b>	Hvad kendetegner voksne, retspsykiatriske patienters* opfattelse** af situationer før, under og efter anvendelse af bæltefikseringer?***
<b>Analytisk spørgsmål 2</b>	Hvilken betydning tillægger voksne, retspsykiatriske patienter* situationer før, under og efter anvendelse af bæltefikseringer?***
<b>Analytisk spørgsmål 3</b>	Hvad kendetegner voksne, retspsykiatriske patienters* opfattelse** af, hvad der kan reducere anvendelsen og varigheden af bæltefikseringer?***
<b>Definition *</b>	Benævnelsen "voksen, retspsykiatrisk patient" henviser til en person over 18 år, som har begået en forbrydelse og er blevet dømt til behandling under indlæggelse på en (rets)psykiatrisk afdeling eller på et ambulatorium (i stedet for en fængselsstraf).
<b>Definition **</b>	Opfattelse henviser til holdninger, anskuelser, perspektiver og oplevelser.
<b>Definition ***</b>	I Danmark anvendes mavebælter, som i forskelligt omfang suppleres med remme om håndled og ankler samt handsker.

Interviewene fandt sted i samtalerum på afsnittet (indlagte patienter), i patienternes egne hjem eller i distriktspsykiatriens lokaler (ambulante patienter). Interviewene blev gennemført i perioden september 2016 til marts 2017 og varede mellem 13 og 63 minutter, gennemsnitligt 35,5 minutter. Interviewene blev lydoptaget og transskriberet ordret.

## Tematisk analyse

Indledningsvist blev alle transskriptioner omhyggeligt gennemlæst, og umiddelbare temaer og overordnede strukturer i teksten blev markeret (29). Transkriptionerne blev herefter kodet og kondenseret ud fra analytiske spørgsmål, se Tabel 2 og alle kodede tekststykker blev mærket med en overskrift og kategoriseret i temaer (26,30).

Igennem analysen fremkom fire temaer, der beskrev patienternes måder at agere og reagere på i forbindelse med BF-episoder. Relationer mellem temaerne blev afdækket og betragtet i forhold til situationer før, under og efter BF-episoder, hvilket resulterede i en sammenhængende teori (bestående af to mønstre i BF-processen) i tråd med de metodologiske krav beskrevet i symbolsk interaktion (26). Den tematiske analyse blev foretaget af førsteforfatteren, men blev løbende diskuteret, debatteret og dermed kritisk belyst og vurderet af samtlige forfattere.

## Etiske overvejelser

Der blev opnået fuld godkendelse fra den lokale ledelse og Datatilsynet (nr.: 14/26634). De Videnskabetiske Komitéer for Region Syddanmark vurderede, at studiet ikke krævede yderligere etisk godkendelse (nr.: S-20152000-210). Samtlige informanter afgav skriftligt informeret samtykke inden interview, tillod lydoptagelse og blev garanteret fortrolighed.

# R

## Resultater

Analysen identificerede fire temaer: ”åbenlyse protestreaktioner”, ”stille protestreaktioner”, ”sygdomsrelateret adfærd” og ”rolig adfærd”. Tilsammen karakteriserer de patienternes opfattelse af deres

måder at agere og reagere på i forbindelse med BF-episoder. Som illustreret i Figur 1 er de fire temaer forbundet i to typiske mønstre på tværs af interviews i BF-processen: ”Protestmønster” og ”sygdomsrelateret mønster”.

I det følgende præsenteres de to mønstre i relation til BF-processen separat. De fire temaer indgår i præsentationen, sådan som de fremkom som resultat af analysen, og derfor gentages nogle af temaerne på tværs af de to mønstre. Desuden er patienternes opfattelse af situationer i BF-processen (f.eks. opfattelse af konflikter med personalet) inkluderet i præsentationen og repræsenterer således patienternes underliggende årsager til deres måder at agere og reagere på.

Udvalgte citater fra interviewene i relation til de to mønstre fremgår af tabel 3, men der indgår også korte citater i teksten nedenfor, se figur 1.

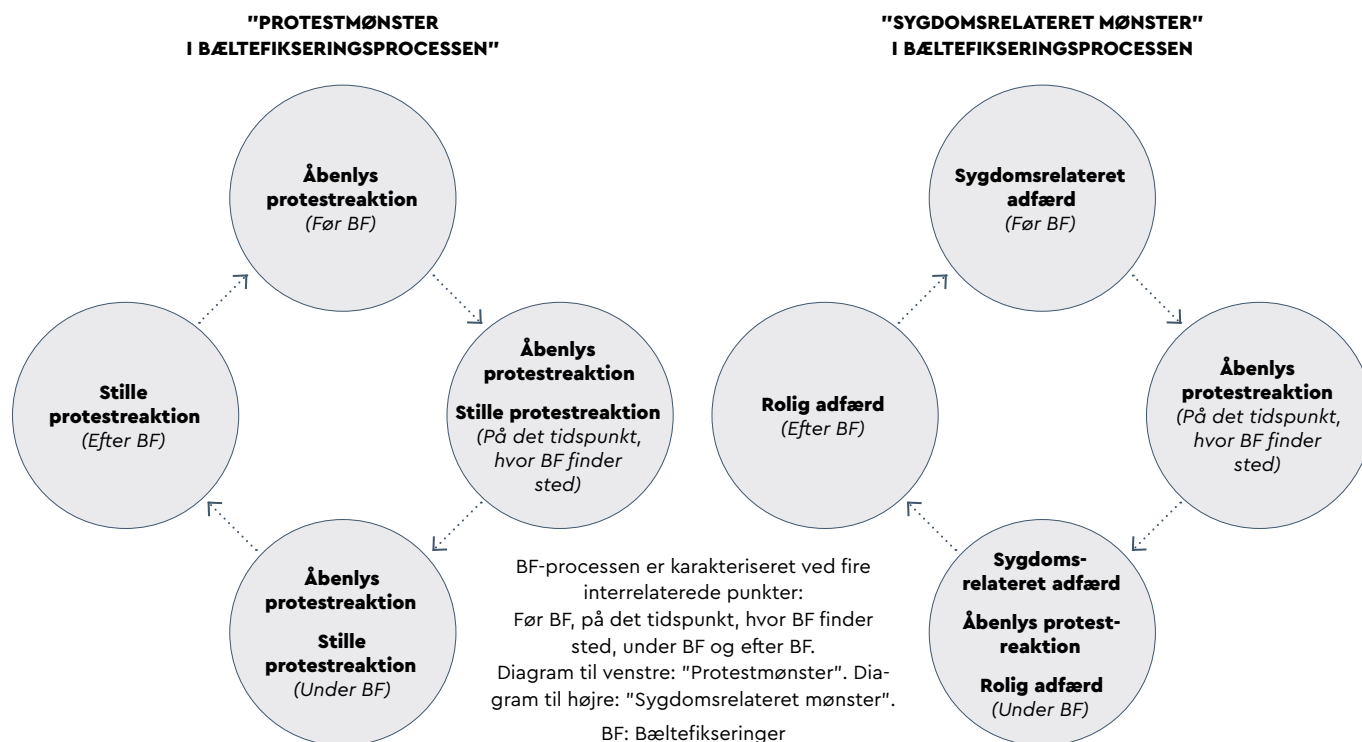
### Mønster relateret til protest

”Protestmønster” (figur 1, diagrammet til venstre) repræsenterer en dominerende patientopfattelse i data og er karakteriseret ved patienternes opfattelse af, hvordan de indledningsvist reagerede med ”åbenlyse protestreaktioner”, der typisk blev erstattet af ”stille protestreaktioner”, efterhånden som de gennemgik BF-processen.

### Før BF

Patienterne opfattede, at deres egne ”åbenlyse protestreaktioner” var grunden til, at personalet bæltefikserede dem. Som tema er en ”åbenlys protestreaktion” karakteriseret ved patienternes vrede og frustration, der kommer til udtryk i vold, trusler og/eller aggression rettet mod personale. Årsagen til patienternes vrede og frustration skyldes konflikter med personalet eller personalets handlinger. Patienterne mente, at deres uoverensstemmelser med personalet om regler på afsnittet (ikke tilladt at gå udenfor eller være i besiddelse af en telefon) eller diskussioner om medicin var typiske årsager til konflikter. Disse konflikter blev forværret, når patienterne oplevede, at personalet afviste patienternes initiativer til dialog om disse

**Figur 1.** Patienternes opfattelse af typiske mønstre i deres måder at agere og reagere på i BF-processen





**Table 3.** Citater fra interview i relation til temaer og mønstre

PROTESTMØNSTER	
Citater	Temaer (punkter i BF-processen)
D: "Men det hjalp ikke, når de [personalet] sagde: "La' nu vær', opfør dig ordenligt" eller et eller andet. Altså, det er overhovedet ikke noget, jeg kan bruge til noget. Så jeg vil meget hellere, at de siger: "Kan vi ik' lige sætte os ned og så lige tage en snak om, hvad det er, der lige sker." Fordi, ja, det andet det preller bare af på mig." [Deltager 13, passage 459]	"Åbenlys protestreaktion" (før BF)
D: "Nogle gange så har jeg prøvet, hvor de [personalet] har holdt mig på de forkerte steder enten på mit bryst eller i skridtet, og det er ikke særlig rart [...], det er derfor, jeg spytter, når de gør det, og jeg ved godt, det er ulækkert, og at man ikke skal gøre det, men så skal de bare prøve selv at blive holdt [fastholdelse]." [Deltager 8, passage 300].	"Åbenlys protestreaktion" (på det tidspunkt hvor BF finder sted)
D: Nogle gange så tror jeg, at det ku' være en fordel, at de [personalet] prøvede at være lidt menneskelige i situationen [under BF]. I: Kan du sige noget mere om det? D: Jamen, det er ligesom, man sku' tro, at de fik en glæde ud af det, at de kunne li' at se én ligge der, fordi de er bare provokerende imod en, syntes jeg, man bliver ophidset, mere vred på grund af dem." [Deltager 14, passage 486].	"Åbenlys protestreaktion" (under BF)
D: "Jeg havde besluttet mig for at være meget rolig og fornuftig og ikke bruge bandeord, fordi så vil der gå kortere tid, før jeg kom ud igen [fra BF], du ved, altså som en strategi." [Deltager 11, passage 392].	"Stille protestreaktion" (under BF)
D: "Smækker du med en dør eller kaster med en stol, så ryger du direkte i bælte, det vil sige, at du kan faktisk godt have en situation over flere dage, hvor du bliver mere og mere frustreret, fordi du er vred indei, du kan ikke komme ud med dine følelser [...], og så er det tit efter en 3-4 dage, eksploderer det fuldstændig." [Deltager 5, passage 122].	"Stille protestreaktion" (efter BF)
SYGDOMSRELATERET MØNSTER	
D: "Jamen, i flere dage, der havde jeg det dårligt med mange stemmer og syner ... og alt sådan noget. Og til sidst blev det for meget for mig. Og så flippede jeg bare fuldstændig ud." [Deltager 8, passage 285].	"Sygdomsrelateret adfærd" (før BF)
D: Altså, jeg må sige, at jeg kan huske, at jeg har spurgt nogen sygeplejersker, og så har de sagt: "Arh, men det ka' nok ikke vare så længe." Du ved, de har været nogen flinke sygeplejersker [...], og hvis de siger det, så ved man jo i hvert fald, at man ska' ikke ligge der ligesom ham den anden, der lå i en måned eller sådan noget. Ligesom forstå mellem linjerne, at det kan nok ikke vare så længe altså." [Deltager 11, passage 381].	"Rolig adfærd" (under BF)
D: "Jeg var simpelthen så psykotisk, så de [personalet] turde ikke, du ved, de kunne ikke gøre det anderledes [...]. Og ham, min overlæge dengang, han sagde, at de er nødt til at ha' en sikkerhed, både for dem, der arbejder der, for mine medpatienter, og så ligeså meget for mig selv." [Deltager 18, passage 601].	"Rolig adfærd" (efter BF)

**BF:** Bæltefiksering.

uoverensstemmelser eller nægtede at sætte sig ind i patienternes perspektiv.

En anden årsag til konflikt med personalet var situationer, hvor patienterne som følge af personalets adfærd og kommunikation mente, de blev behandlet som mindreværdige i forhold til personalet. Patienterne mente f.eks., at de blev ignoreret, når de henvendte sig til personalet på kontoret, eller at personalet kommunikerede respektløst (råbte eller sagde noget provokerende).

Selv om patienterne vedkendte sig deres "åbenlyse protestreaktioner" som reaktion på de ovennævnte konflikter, mente de, at BF kunne have været undgået,

såfremt personalet havde brugt mindre indgribende metoder såsom afskærmning (patienterne opfattede afskærmning som det at være begrænset til at måtte opholde sig på deres eget værelse eller konstant ledsaget af personale), eller at personalet havde udvist en større grad af tolerance over for deres negative udbrud. Patienterne efterspurgt personalets forståelse af, at det at være vred, negativ eller f.eks. at smække med døren skulle opfattes som et vredesudbrud og ikke som en egentlig farlig handling.

Det var desuden patienternes opfattelse, at personalet tyede til "den nemme løsning" (deltager 13, tekststykke 436) ved at gøre brug af BF, og de var



overbeviste om, at beroligende kommunikation eller en respektfuld dialog om de underliggende årsager til deres "åbenlyse protestreaktioner" kunne have deeskaleret deres reaktioner.

Endelig skulle personalet efter patienternes opfattelse "give dem en chance til" i stedet for at gøre brug af BF (deltager 14, tekststykke 496) i situationer, hvor patienten var faldet til ro igen.

#### *På det tidspunkt, hvor BF finder sted*

Patienternes "åbenlyse protestreaktioner" blev yderligere forværret som følge af at blive bæltefikseret. De fortalte, at de gjorde modstand mod BF ved at kæmpe imod, mens de blev omringet, overmandet og fastholdt af en gruppe sundhedsprofessionelle. Patienterne rapporterede, at det foregik hurtigt og voldsomt, og at det ud over at gøre fysisk ondt også føltes ydmygende. Dette blev forværret som følge af manglende følelsesmæssigt engagement som f.eks. empati hos det involverede personale.

Patienterne rapporterede også brugen af "stille protestreaktion" som respons på BF. Som tema er en "stille protestreaktion" karakteriseret ved, at patienterne agerer med påtaget falsk ro (som en måde at håndtere og undertrykke de reelle følelser af vrede, frustration og tristhed), hvilket de mente var forårsaget af personalets handlinger. Patienterne beskrev, hvordan de opgav at kæmpe imod personalegruppen, selv om de var stærkt uenige i deres handlinger, for at undgå at blive sigtet for vold, eller fordi de vidste (fra tidligere oplevelser), at fysisk modstand mod BF ikke ville medføre, at de undgik at blive fikseret.

#### *Under BF*

Mens patienterne var bæltefikseret, beskrev de, at deres vrede og frustrationer igen kom til udtryk i "åbenlyse protestreaktioner" i form af råb, trusler mod personalet eller fysisk modstand som reaktion på begrænsningen af deres bevægelsesfrihed. Desuden mente patienterne, at personalets kommunikation gav anledning til eller endda forværrede deres "åbenlyse protestreaktioner", idet de beskrev, at de både følte sig triste og frustrerede, når personalet undlod at kommunikere med dem.

Disse opfattelser var særligt relateret til det medlem af personalet, som havde til opgave at observere dem under BF (fast vagt). Patienterne efterspurgte, at den faste vagt ville tale med dem i stedet for blot at observere i stilhed og svare venligt i stedet for at opføre sig nedværdigende og tilsyneladende irriteret over patienternes forsøg på at indlede en samtale.

Patienterne mente også, at lægernes kommunikation gav anledning til "åbenlyse protestreaktioner": De opfattede lægerne som arrogante, idet de stort set ikke talte med dem, og fordi de kun tog hensyn til personalets observationer med hensyn

til beslutningen om at forlænge BF-episoden. Dette efterlod patienterne med en følelse af at være umyndiggjorte, og de mente, at varigheden af BF-episoden/episoderne kunne være afkortet, hvis lægerne havde lyttet til deres synspunkter. Som følge heraf reagerede patienterne med yderligere "åbenlyse protestreaktioner", fordi de opfattede forlængelsen af BF-episoden som en straf for deres handlinger og som "magtmisbrug" (deltager 6, tekststykke 198). Endelig var det patienternes opfattelse, at beslutningen om at afslutte BF-episoden afhang af, hvornår det passede personalet, og nogle af patienterne havde på den baggrund efterfølgende indgivet formelle klager.

For at BF-episoden kunne afsluttes, fortalte patienterne, at personalet havde fortalt dem, at de skulle samtykke til ikke at gøre skade på sig selv eller andre og forholde sig i ro. Patienterne opfattede det imidlertid som vanskeligt at stoppe de "åbenlyse protestreaktioner", fordi de var vrede på personalet på grund af den negative opfattelse af situationerne før og under BF. De var desuden vrede på grund af specifikke hændelser, der forekom under BF, (f.eks. at blive tvangsmediceret og være tvunget til at have vandladning og afføring mens de fortsat var BF og under personalets tilstedeværelse). Til sidst udskiftede patienterne de "åbenlyse protestreaktioner" med en påtaget, falsk ro i form af "stille protestreaktioner" ved at undertrykke deres vrede og frustration for at blive løsnet fra BF, eller også rapporterede de, at de simpelthen opgav at kæmpe imod længere.

#### *Efter BF*

Patienterne mente, at deres holdning og relation til personalet havde ændret sig som følge af de ovenfor beskrevne negative oplevelser og opfattelser. De fortalte, at de havde fået mistillid til personalet, fordi det efter deres opfattelse løj om deres "åbenlyse protestreaktioner" under BF for at retfærdiggøre forlængelsen af BF-episoderne. Derudover følte patienterne, at det var nødvendigt at undgå kontakt med personalet og at følge personalets regler for at undgå yderligere konflikter og risikoen for at blive bæltefikseret endnu en gang. Som følge heraf blev den opståede mistillid og holdningsændring udtrykt gennem "stille protestreaktioner".

Efter patienternes opfattelse var det imidlertid svært at opretholde "stille protestreaktioner" over tid, og de beskrev, hvordan deres vrede og frustrationer til sidst "eksploderede" (deltager 5, tekststykke 122), hvilket resulterede i en ny BF-episode.

Patienterne mente, at personalet undlod at tilbyde vejledning i, hvordan man klager over en BF-episode, eller forsøgte at overbevise dem om, at det ikke ville være umagen værd. Flere patienter mente desuden, at personalet undlod at holde eftersamtaler

med dem. Manglende eller utilstrækkelige eftersamtaler fastholdt patienternes "stille protestreaktioner", fordi de fortsat var vrede og forvirrede over den efter deres opfattelse uretfærdige behandling.

For at bearbejde oplevelserne forbundet med BF-episoden fandt patienterne det vigtigt at få forklaret årsagerne til brugen og varigheden af BF-episoden, og de efterspurgte en samtale om, hvordan BF kan undgås fremover.

Men patienter oplevede, at personalet kun fortalte dem, hvordan de skulle opføre sig for at undgå yderligere BF-episoder, om deres ret til at klage over tvangshændelsen, eller at personalet havde indgivet en politianmeldelse over deres "åbenlyse protestreaktioner" i de tidligere forløb i BF-processen.

Som en atypisk måde at agere og reagere på i forhold til dette specifikke mønster rapporterede patienterne også om "rolig adfærd" efter BF (i modsætning til de ovenfor beskrevne "stille protestreaktioner"). "Rolig adfærd" er som tema karakteriseret ved patienternes opfattelse af sig selv som værende rolige og fattede og uden behov for at protestere. Patienterne mente, at BF-episoden havde haft en positiv indvirkning på dem, og de rapporterede, at de "havde lært af deres fejl" (deltager 7, tekststykke 251) i den forstand, at de havde lært at styre deres vrede og frustrationer og derved erfarede, hvordan man undgår yderligere BF-episoder.

### Mønster relateret til sygdom

Det andet mønster, der blev identificeret i BF-processen, er "sygdomsrelateret mønster" (figur 1, diagrammet til højre). Dette mønster er karakteriseret ved patienternes opfattelse af, hvordan de indledningsvist agerede og reagerede med adfærd relateret til deres sygdom sideløbende med "åbenlyse protestreaktioner", der typisk blev erstattet af "rolig adfærd" efterhånden som de gennemgik BF-processen.

#### *Før BF og på det tidspunkt, hvor BF finder sted*

Patienterne opfattede, at deres egen sygdomsrelaterede adfærd var årsag til BF. Temaet "sygdomsrelateret adfærd" er karakteriseret ved patienternes opfattelse af sig selv som værende psykotiske (f.eks. på grund af medicin- eller stofmisbrug), og at dette resulterer i en voldelig, truende og/eller aggressiv adfærd i en sådan grad, at de udgør en fare for dem selv og/eller andre.

Patienterne fortalte, at de på det pågældende tidspunkt manglede indsigt i deres sygdom og det faktum, at deres adfærd udgjorde en fare for dem selv og andre. Dette resulterer i, at patienterne udviste "åbenlyse protestreaktioner", når de blev bæltefikseret.

#### *Under BF og efter BF*

Under BF fortsatte patienterne med at agere og reagere på måder, som de mente var relateret til

deres sygdom. Desuden beskrev patienterne, at de reagerede med "åbenlyse protestreaktioner" som reaktion på begrænsningen af deres bevægelsesfrihed. Patienterne opfattede, at deres tilstand efterhånden blev forbedret, når de havde modtaget medicin, og at deres handlinger og reaktioner som følge deraf blev erstattet med en "rolig adfærd".

Ud over medicinering beskrev patienterne, at personalet kunne bidrage til en "rolig adfærd" ved at småsludre med dem, mens de var bæltefikseret, og ved brug af beroligende og opmuntrende kommunikation. Ifølge patienterne mindskede dette deres behov for "åbenlyse protestreaktioner", og de fandt det også hjælpsomt og beroligende, når personalet informerede dem om, hvor længe de kunne forvente at skulle være bæltefikseret, eller hvornår den næste vurdering af deres parathed til at blive løsnet fra deres bælte ville finde sted.

Efter BF er afsluttet, anerkendte patienterne behovet for BF-episoden og fortsatte derfor med en "rolig adfærd". Nogle af dem påskønnede endda tvangsforanstaltningen, idet de mente, at personalet havde gjort det for at drage omsorg for dem og forhindre dem i at gøre noget, de ville fortryde.

Ifølge analysen kom patienterne selv frem til den erkendelse, eller også fik de en erkendelse af nødvendigheden af BF ved eftersamtalen, når personalet forklarede årsagen til både brugen og varigheden af BF.

Som en atypisk måde at agere og reagere på inden for dette specifikke mønster rapporterede patienterne også om tilbagevenden til "åbenlyse protestreaktioner" efterfulgt af "stille protestreaktioner" under og efter BF. Patienterne fortalte, at de blev vrede og frustrerede over ikke at blive løsnet fra BF, fordi de selv mente, at de udviste en "rolig adfærd". En anden atypisk måde at agere på var, at patienterne selv efterspurgte at blive bæltefikset, hvilket ifølge patienterne var karakteriseret ved en erkendelse af, at de var ude af stand til at styre deres egne måder at agere og reagere på (som følge af deres sygdom). I disse tilfælde rapporterede patienterne, at de udviste "rolig adfærd" under BF-processen.

## D

### Diskussion

Resultaterne fra dette studie viser, at patienternes opfattelse af situationer som f.eks. konflikter med personalet, utilstrækkelig kommunikation og eftersamtaler er på linje med resultaterne fra tidligere studier

(11-12). Resultaterne fra dette studie udbygger imidlertid den eksisterende viden ved at sammenkæde patienternes opfattelse af situationer med deres underliggende årsager til deres måder at agere og rea-



gere på i de to identificerede mønstre i BF-processen, hvilket bliver uddybet og diskuteret nedenfor.

I den eksisterende forskningslitteratur inden for både det almenpsykiatriske og retspsykiatriske område er skadelig adfærd hos patienterne (f.eks. aggression eller voldelig adfærd) de typiske årsager til, at sundhedspersonalet anvender tvangsforanstaltninger (18,31). Derudover fremhæves patientkarakteristika (såsom symptomer, brug eller misbrug af stoffer eller alkohol), interpersonelle faktorer og miljøfaktorer som årsager til patientens adfærd (32,33). Resultaterne fra dette studie bekræfter disse fund vedrørende patientkarakteristika og interpersonelle faktorer. Desuden tyder resultaterne på, at nogle patienter opfattede BF som en nødvendig tvangsforanstaltning i forhold til deres psykiske sygdom og derfor var tilbøjelige til at mene, at de havde en "rolig adfærd" efter BF (i "sygdomsrelateret mønster").

Omvendt opfattede patienterne, at de undertrykte negative følelser og vrede i "stille protestreaktioner", hvis de ikke forbandt situationen med deres psykiske sygdom (i "protestmønsteret"). Denne forskel med hensyn til nødvendigheden af BF er blevet indikeret i litteraturen (33,34). Imidlertid er opfattelsen af "modstand" eller "modvillighed" mulige patientreaktioner (35).

Det er desuden velkendt, at patienter og personale ofte opfatter tvangsepisoder forskelligt, og derfor vil begge parter påberåbe sig legitimitet for deres handlinger (36). Noget tyder dog på, at retspsykiatriske patienter sammenlignet med almenpsykiatriske patienter er mere tilbøjelige til at opfatte vold og aggression som faktorer, der er uundgåelige i relation til deres sygdom og personlighed, og derfor kan være mere realistiske med hensyn til nødvendigheden af tvangsforanstaltninger (33,37,38).

I et kvalitativt studie udført af Haw et al. (20) anså flere end halvdelen af de retspsykiatriske patienter tvangsforanstaltninger som værende nødvendige. Soininen et al. (39) beskrev til gengæld modstridende resultater, og Keski-Valkama et al. (40) konkluderede, at retspsykiatriske patienter oftere opfatter isolation som en form for straf.

Litteraturen beskriver flere karakteristika ved det retspsykiatriske miljø; at de har betydning for disse negative opfattelser af tvangsforanstaltninger hos patienterne, f.eks. at retspsykiatrien er et unikt miljø (41) med et stort fokus på sikkerhed og fastholdelse af principper (5). Fra et internationalt perspektiv argumenteres der for, at personalet er bange for patienterne (19), og studier har vist, at retspsykiatriske patienter kun oplever få øjeblikke med omsorg (42). Dette kan derfor tyde på, at patienterne i dette studie udviste "åbenlyse protestreaktioner" som følge af den forvaringsprægede kultur i det retspsykiatriske miljø (19,43,44).

I tråd med fundene fra studierne udført af Jacob et al. (17), Lanthén et al. (16) og Wynn (45) reagerede patienterne i dette studie med "åbenlyse protestreaktioner" på det tidspunkt, hvor BF fandt sted og under BF. Varigheden af BF blev derfor forlænget (18,46). I dette studie (tabel 1) mente størstedelen af informanterne, at deres seneste BF-episode havde en varighed på 48 timer eller derover, hvilket er på linje med resultaterne fra et dansk studie (46). Patienternes "åbenlyse protestreaktioner" og den lange varighed af BF støtter den antagelse, at BF betragtes som en meget indgribende tvangsforanstaltning (4,24).

I lighed med andre studier, der har undersøgt patienternes opfattelse af BF inden for almenpsykiatrien (16,45), viste resultaterne fra dette studie, hvordan personalets attitude, kommunikation og information under BF kunne enten mindske eller fremprovokere patienternes "åbenlyse protestreaktioner".

Imidlertid kunne opfordringer fra personalet til patienterne om f.eks. at være rolige for at kunne blive løsnet fra BF også fremprovokere "stille protestreaktioner". Tilsvarende er dette beskrevet i studiet udført af Knowles et al. (22) af et mindre antal af de retspsykiatriske patienter i isolation. Ifølge et nyere studie udført af Nielsen et al. (47) er patienternes forståelse og evne til at samarbejde vigtige parametre, når retspsykiatrisk personale skal vurdere patientens parathed til at blive løsnet fra BF. Resultaterne fra dette studie antyder imidlertid, at patienterne agerer med falsk, påtaget ro, hvilket ifølge patienterne opfattes af personalet som forståelse og evne til at samarbejde.

Resultaterne viser, at "stille protestreaktioner" opretholdes, efter BF er afsluttet. Tilsvarende resultater blev fundet i studiet udført af Knowles et al. (22), som undersøgte retspsykiatriske patienters opfattelse af fastholdelse: Patienterne rapporterede, at de "fulgte spillets regler" og forsøgte at skjule negative følelser i forhold til det personale, som var involveret i tvangsepisoden.

I et studie udført af Hörberg et al. (42), som undersøgte, hvordan patienter oplevede behandlingen i retspsykiatrien, beskrev patienterne, hvordan de havde gjort brug af strategier for at kunne håndtere hospitalsindlæggelse og undgå straf, selv om de "råbte indvendigt". Som vist i dette studie resulterede "stille protestreaktioner" i, at patienternes vrede "eksploderede" i en ny "åbenlys protestreaktion", hvilket typisk forårsagede en ny BF-episode. En anden konsekvens af "stille protestreaktioner" er den negative indvirkning på den terapeutiske relation til personalet (22,48). Sådan en negativ indvirkning er en udfordring i forhold til patienternes recovery (49), eftersom relationer af såvel patienter som personale betragtes som afgørende for patienternes recovery (36).

Debriefing er en almindeligt anerkendt intervention, der anvendes til at genetablere den terapeutiske relation efter tvangsepisoder (50). Selv om et studie har vist, at retspsykiatrisk personale anser debriefinger for nødvendige (51), var flere af patienterne i dette studie af den opfattelse, at personalet undlod at debriefe dem. Dette er i tråd med Needham & Sands' studie (52), der viste, at debriefinger efter isolation ikke blev gennemført rutinemæssigt. Ifølge resultaterne fra dette studie medførte manglende eller utilstrækkelig debriefing, at patienterne opretholdt "stille protestreaktioner", hvorimod en grundig debriefing bibragte patienterne forståelse for personalets årsager til både brugen og varigheden af BF og understøttede en "rolig adfærd" hos patienterne.

#### *Begrænsninger ved dette studie*

I overensstemmelse med formålet med dette studie var det kun patienter, som aktuelt var kategoriseret som retspsykiatriske patienter, der blev interviewet. I Danmark er behandlingen af retspsykiatriske patienter imidlertid ikke begrænset til retspsykiatrien (53), og derfor havde mange af deltagerne været bæltefikseret i enten retspsykiatrisk eller almenpsykiatrisk regi eller begge dele, og nogle få af dem havde været fikseret i fængselsmiljøer.

Samtlige informanter rapporterede deres oplevelser og opfattelser retrospektivt. Der var forskellige tidsrum mellem informanternes BF-episoder og tidspunktet for dataindsamlingen (som vist i tabel 1). Som følge heraf var informanternes udsagn påvirket (positivt eller negativt) af flere erfaringer fra det psykiatriske behandlingssystem, begivenheder i deres liv osv., eftersom menneskers opfattelse og tilskrivelse af mening kan ændre sig over tid (26).

En sidste begrænsning vedrører overførbareheden af resultaterne til andre lande, da dette studie er gennemført på én retspsykiatrisk afdeling i Danmark og kun omfattede 20 informanter. Særligt kulturelle forskelle i sygeplejen og behandlingsskulturen med hensyn til anvendelsen af BF, både på et intranationalt og internationalt niveau, er faktorer, der har betydning for overførbareheden (7,24).

Da dette studie efter forfatterens bedste overbevisning er det første kvalitative studie, der har undersøgt retspsykiatriske patienters opfattelse af BF som en proces, er der behov for yderligere studier til at belyse sammenhænge mellem patienternes opfattelse af at blive bæltefikseret og deres måder at agere og reagere på under BF-processen. Dette vil udvide vores viden og danne baggrund for udviklingen af evidensbaserede interventioner med formålet om at reducere antallet og varigheden af BF inden for retspsykiatrien

#### **Relevans for klinisk praksis**

For at reducere antallet og varigheden af BF og forbedre praksis i situationer, hvor BF er uundgåelig, er der behov for, at personalet anerkender værdien af at overveje mulige årsager til patienternes måder at agere og reagere (35) på i de forskellige punkter i BF-processen. I forhold til "protestmønstret" understreger dette studie behovet for at forbedre personalets uddannelse med hensyn til adfærd og kommunikation med det formål at undgå konflikter, at engagere sig i patienternes behov for dialog om uoverensstemmelser, at gøre brug af deeskaleringsstrategier og endelig at forbedre kommunikationen under BF, så forekomsten af "åbenlyse protestreaktioner" reduceres.

Derudover og i forhold til det "sygdomsrelaterede mønster" understreger dette studie nødvendigheden af information og kommunikation under BF for at støtte patienterne i at opnå en "rolig adfærd". I forhold til begge mønstre opfordres personalet til at holde eftersamtaler for at fremme "rolig adfærd" og reducere "stille protestreaktioner" med det formål at genetablere den terapeutiske relation efter en BF-episode og reducere risikoen for gentagne episoder. ●



Patienternes opfattelse af deres måder at agere og reagere på over for BF-episoder er karakteriseret ved: "åbenlyse protestreaktioner", "stille protestreaktioner", "sygdomsrelateret adfærd" og "rolig adfærd". Temaerne er

forbundet i to typiske mønstre i BF-processen: "protestmønster" og "sygdomsrelateret mønster".

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. *Tvangsforanstaltninger i psykiatrien - en udredning*. [Available from: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/-/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2009/Tvang\\_i\\_Psyk\\_24sep09.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2009/Tvang_i_Psyk_24sep09.ashx)].
2. Soininen P, Kontio R, Joffe G, Putkonen H. Patient Experience of Coercive Measures. In: Völlm B, Nedopil N, editors. *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*. Cham: Springer International Publishing;2016:255-70.
3. Steinert T. An International Perspective on the Use of Coercive Measures. In: Völlm B, Nedopil N, editors. *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*. Cham: Springer International Publishing;2016:87-100.
4. Krieger E, Moritz S, Weil R, Nagel M. Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*; 2018;260:478-85.
5. Nedopil N. Special Considerations in Forensic Psychiatry. In: Völlm B, Nedopil N, editors. *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*. Cham: Springer International Publishing;2016:135-49.
6. National Institute for Health and Care Excellence. *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings 2015* [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/1-Recommendations#using-restrictive-interventions-in-inpatient-psychiatric-settings>].
7. McLoughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLoS ONE*. 2016;11(12):e0168720.
8. Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, et al. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2015;50(12):1857-69.
9. Raboch J, Kališová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric Services*. 2010;61(10):1012-7.
10. Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holi M, et al. Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2012;48(1):16-24.
11. Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Moreno-Kustner B, Mayoral-Cleries F. Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2018;63(2):129-44.
12. Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, McKeown M, Duxbury J. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(3):1162-76.
13. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2017;24(9-10):681-98.
14. Johnson ME. Being restrained: A study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*. 1998;19(3):191-206.
15. Chien W-T, Chan CWH, Lam L-W, Kam CW. Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*. 2005;59(1):80-6.
16. Lanthén K, Rask M, Sunnquist C. Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry Journal*. 2015. doi: 10.1155/2015/748392.
17. Jacob JD, Holmes D, Rioux D, Corneau P, MacPhee C. Convergence and divergence: An analysis of mechanical restraints. *Nursing Ethics*. 2017;Epub ahead of print.
18. Hui A, Middleton H, Völlm B. The Uses of Coercive Measures in Forensic Psychiatry: A Literature Review. In: Völlm B, Nedopil N, editors. *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*. Cham: Springer International Publishing; 2016:151-84.
19. Laiho T, Hottinen A, Lindberg N, Sailas E. Staff Attitudes Towards Seclusion and Restraint in Forensic Settings. In: Völlm B, Nedopil N, editors. *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*. Cham: Springer International Publishing; 2016: 231-40.
20. Haw C, Stubbs J, Bickle A, Stewart I. Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. 2011;22(4):564-85.
21. Holmes D, Murray SJ, Knack N. Experiencing Seclusion in a Forensic Psychiatric Setting: A Phenomenological Study. *Journal of forensic nursing*. 2015;11(4):200-13.
22. Knowles SF, Hearne J, Smith I. Physical restraint and the therapeutic relationship. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2015;26(4):461-75.
23. Sequeira H, Halstead S. Control and restraint in the UK: service user perspectives. *British Journal of Forensic Practice*. 2002;4(1):9-18.
24. Bak J, Aggernæs H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2012;66(5):297-302.
25. Steinert T, Birk M, Flammer E, Bergk J. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: One-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatric Services*. 2013;64(10):1012-7.
26. Blumer H. The methodological position of

symbolic interactionism. *Symbolic interactionism Perspective and method*. Berkeley, Calif. London: University of California Press; 1986. 1-60. **27.** Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research (Third edition ed.)*. Los Angeles: SAGE. (2014). **28.** Morse JM. "Data Were Saturated ...". *Qualitative Health Research*. 2015;25(5):587-8. **29.** Zoglouek H. Tematisk analyse. En framgangsmåte for at analysere kvalitative intervju. *Nordisk pedagogik*. 1999;19(3):156-67. **30.** Gildberg FA, Bradley SK, Tingleff EB, Hounsgaard L. *Empirically Testing Thematic Analysis (ETTA): Methodological Implications in a textual analysis coding system*. *Nordic Nursing Research*. 2015;5:193-207. **31.** Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Putkonen A, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2017;26(5):513-24. **32.** Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2014;21(4):354-64. **33.** Pulsford D, Crumpton A, Baker A, Wilkins T, Wright K, Duxbury J. Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2013;20(4):296-304. **34.** Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of advanced nursing*. 2005;50(5):469-78. **35.** McKeown M. Stand up for recalcitrance! *International Journal of Mental Health Nursing*. 2016;25(6):481-3. **36.** McKeown M, Scholes A, Jones F, & Aindow W. Coercive practices in mental health services: stories of recalcitrance, resistance and legitimization. In A Daley, L Costa, & P Beresford (Eds.), *Madness, violence and power. A critical collection* Toronto: University of Toronto Press. 2019. **37.** Dickens G, Piccirillo M, Alderman N. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013;22(6):532-44. **38.** Wright KM, Duxbury JA, Baker A, Crumpton A. A qualitative study into the attitudes of patients and staff towards violence and aggression in a high security hospital. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2014;21(2):184-8. **39.** Soininen P, Välimäki M, Noda T, Puukka P, Korkeila J, Joffe G, et al. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013;22(1):47-55. **40.** Keski-Valkama A, Koivisto AM, Eronen M, Kaltiala-Heino R. Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: A comparison study. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. 2010;21(3):446-61. **41.** Tomlin J, Bartlett P, Völm B. Experiences of restrictiveness in forensic psychiatric care: Systematic review and concept analysis. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2018;57:31-41. **42.** Hörberg U, Sjögren R, Dahlberg K. To be Strategically Struggling against Resignation: The Lived Experience of Being Cared for in Forensic Psychiatric Care. *Issues in Mental Health Nursing*. 2012;33(11):743-51. **43.** Hörberg U, Dahlberg K. Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline - Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2015;10. **44.** Rose D, Peter E, Gallop R, Angus JE, Liaschenko J. Respect in forensic psychiatric nurse-patient relationships: a practical compromise. *Journal of forensic nursing*. 2011;7(1):3-16. **45.** Wynn R. Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2004;15(1):124-44. **46.** Gildberg FA, Fristed P, Makransky G, Moeller EH, Nielsen LD, Bradley SK. As time goes by: reasons and characteristics of prolonged episodes of mechanical restraint in forensic psychiatry. *Journal of forensic nursing*. 2015;11(1):41-50. **47.** Nielsen LD, Gildberg FA, Bech P, Lange Dalgaard J, Munksgaard G, Hounsgaard L. Forensic mental health clinician's experiences with and assessment of alliance regarding the patient's readiness to be released from mechanical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018;27(1):116-25. **48.** Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rossler W, & Jager M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Research*. 2012;200(2-3):939-944. **49.** Ljungberg A, Denhov A, & Topor A. The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatr Q*. 2015;86(4):471-495. **50.** Sutton D, Webster S, Wilson M. Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. New Zealand: Te Pou o Te Whakaaro Nui. The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2014. **51.** Gustafsson, N., & Salzmann-Erikson, M. Effect of Complex Working Conditions on Nurses Who Exert Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. (2016);54(9):37-43. **52.** Needham H, Sands N. Post-seclusion debriefing: a core nursing intervention. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2010;46(3):221-33. **53.** Møllerhøj J, Stølan LO, Brandt-Christensen M. Thorn in the Flesh? Forensic Inpatients in General Psychiatry. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2016;52(1):32-9.

Har du brug for direkte links til dokumenterne i referencelisten, så findes artiklen også i en digital udgave på [dsr.dk/fagogforskning](http://dsr.dk/fagogforskning). Her er artiklen forsynet med de links, forfatterne 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](http://dsr.dk/manuskriptvejledning).



### METTE MAARUP SUDERGAARD

Sygeplejerske 1994, SD 2009, Master i offentlig kvalitet og ledelse (MPQM) 2014. Siden 2009 kvalitetskoordinator i Rygcenter Syddanmark, Sygehus Lillebælt. Tidligere bl.a. intensiv og opvågnings-sygeplejerske.

[mette.maarup.sudergaard@rsyd.dk](mailto:mette.maarup.sudergaard@rsyd.dk)



### HANNE BRAMMER PEDERSEN

Sygeplejerske 1985, SD 2007. 2010-2019 arbejdet i rygkirurgisk sengeafsnit og rygkirurgisk ambulatorium, Rygcenter Syddanmark, Sygehus Lillebælt. Tidligere bl.a. arbejdet i hæmodialysen, nu hjemmeplejen i Middelfart.

# Vær opmærksom på patienten ved ophør af opioidbehandling



## RESUME

Abstinenser er et hyppigt forekommende fænomen, som man bør være opmærksom på i postoperativ pleje og behandling, hvis der anvendes opioid-præparater.

Fænomenet er belyst blandt 202 rygopererede patienter via to spørgeskemaundersøgelser suppleret med journaldata samt individuelle, semistrukturerede interview med seks af patienterne.

Undersøgelsen viste, at 14 pct. af patienterne havde oplevet abstinenser ved ophør med opioider efter deres operation. Hos patienter, som havde været i længere tids behandling med opioider, var der signifikant større

forekomst af abstinenser end hos dem, som først havde fået opioider i forbindelse med operationen. Der var dog også patienter, som kun havde fået opioider i kort tid, som havde oplevet abstinenser.

De hyppigste abstinenssymptomer er uro, rast- og søvnløshed, som er værst om natten og kan vare i dage til uger. Patienterne oplever ofte at være meget alene med disse gener.

Patienterne bør have information om risikoen for abstinenser, når de skal ophøre med opioider, samt mulighed for vejledning og støtte i denne proces.

## Effektiv postoperativ smertebehandling er essentiel, men samtidig må patienterne hjælpes med at håndtere ophør med opioider.

Denne artikel beskriver et projekt om abstinenser fra Rygcenter Syd-danmark, Sygehus Lillebælt. Formålet var at undersøge kompleksiteten af abstinenser hos patienter, som har været i opioidbehandling i forbindelse med en rygoperation mhp. at optimere vejledning og behandling både under indlæggelse og ved udskrivelse.

Abstinenser defineres som de fysiske og psykiske symptomer, der opstår, når kroppen ikke længere får tilført opioid i den mængde, den er vant til (1). Abstinenser kan opleves som f.eks. uro, sveden og kulderystelser og vil typisk indtræde efter to til tre gange stoffets halveringstid, toppe i løbet af 2-3 dage og aftage efter 7-14 dage. For at nedsætte risikoen for at få abstinenser anbefales det at trappe gradvist ud af opioider (2).

Abstinenser er ikke i sig selv udtryk for overforbrug eller afhængighed (3). Ifølge Højstup et al. er det uforudsigeligt, hvem der bliver psykisk afhængige af opioider, men risikoen øges ved lang tids forbrug. Afhængighed er en tilstand, der i mere end en måned eller gentagne gange på et år indeholder mindst tre af følgende seks karakteristika: Stoftrang, svækket evne til at styre indtagelsen, abstinenser, toleranceudvikling, dominerende rolle, når noget skal prioriteres, og fortsat stofindtag, selvom man ved, at det er skadeligt (4).

### Øget fokus på forbruget

Nationalt og internationalt har der gennem de seneste år været øget fokus på forbruget af opioider, idet dette er øget voldsomt. Fokus har dels været på de potentielt afhængighedsskabende effekter, dels på omkostningerne for både den enkelte borger og for samfundet (5). I betragtning af at under-



**Ingen af patienterne kunne huske, at de var informeret om risikoen for abstinenser i forbindelse med udskrivelsen.**

behandling af smerter stadig er et kendt problem, er løsningen ikke blot at ophøre med at bruge opioider (6).

### Faldende forbrug i Danmark

I Danmark bruges opioider hyppigt. Den seneste analyse af opioid-forbruget i Danmark viser, at forbruget er faldende, men 3-5 pct. af befolkningen bruger fortsat opioider regelmæssigt (7). Ifølge Landspatientregisteret gennemgik lige under 600.000 personer en eller anden form for kirurgi i 2017 (8). På Rygcenter Syddanmark, hvor der årligt foretages ca. 1.000 elektive rygoperationer, indgår opioider i smertebehandlingen hos størstedelen af patienterne.

Ved udskrivelsen er det praksis, at alle patienter mundtligt og skriftligt bliver vejledt i at trappe ud af opioidbehandling. Trods dette havde der gennem flere år været en oplevelse af, at mange patienter klagede over abstinenser i forbindelse med ophør med opioider, hvilket var baggrunden for, at et udviklingsprojekt blev iværksat.

### Metode

Projektet bestod af et mix af kvantitativ og kvalitativ metode. Over en firemåneders periode udfyldte 202 patienter opereret for discusprolaps eller spinalstenose eller som havde fået lavet stabiliserende

rygkirurgi et spørgeskema om symptomer på abstinenser samt besvarede et spørgsmål om, hvorvidt patienten mente, at eventuelle symptomer havde været abstinenser (spørgeskema kan ses i udgaven af denne artikel på dsr.dk). Oplysninger om præparat og mængde af opioid ved indlæggelsen og udskrivelsen blev indhentet fra journalen.

De 41 patienter, som angav at have haft symptomer, der associeres med abstinenser, samt selv mente, de havde haft abstinenser, blev ringet op og interviewet ud fra et andet spørgeskema (B) for at sikre, at det var abstinenser, de havde haft. Spørgeskemaet bestod af et WHO-skema til stofmisbrugere (9) samt spørgsmål, som projektgruppen ønskede undersøgt (spørgeskema kan ses i udgaven af denne artikel på dsr.dk). Hos de 13 patienter, som herved blev ekskluderet i den videre undersøgelse, var årsagen, at hovedparten var trappet ud af flere præparater på én gang.

### Individuelle interview med udvalgte patienter

For at få en dybere indsigt i patienternes oplevelser med abstinenser blev der foretaget individuelle interview med seks ud af de 28 patienter med sikkert identificerede abstinenser. Alle interviewpersoner var over 18 år og talte og forstod dansk. Derudover blev de udvalgt, så der var ligelig fordeling på køn, operationstype og aldersspredning.

Interviewene blev udført omkring halvanden måned efter patienternes operation. Udgangspunktet var en semistruktureret interviewguide med åbne spørgsmål mhp. at få patienternes perspektiv og oplevelser frem. Alle interview blev efter patienternes ønske gennemført på hospitalet, og to af deltagere valgte, at deres ægtefæller skulle deltage. Det transskriberede interview blev analyseret vha. Kvaless fænomenologiske metode, og der blev anvendt meningskondensering (10).

### Ni ud af 10 fik opioider ved udskrivelsen

Undersøgelsen viste, at 187 (93 pct.) af patienterne havde fået opioid ved udskrivelsen. Af disse havde godt 14 pct. med sikkerhed oplevet abstinenser i forbindelse med udtrapning og/eller ophør med opioider.

Patienter, som allerede var i behandling med opioider ved det ambulante besøg før operation, var i signifikant større risiko for at udvikle abstinenser end dem, der først startede opioider i forbindelse med indlæggelsen ( $p=0.001$ ). Dog havde syv af patienterne, som oplevede abstinenser, først startet behandling med opioider under indlæggelsen, se Tabel 1.

Der var ikke forskel på forekomsten af abstinenser imellem de forskellige opioider, dvs. at andelen af patienter med abstinenser var lige stor i gruppen af patienter, som havde fået tramadol som hos dem, der havde fået oxycodonhydrochlorid. Der var en tendens til, at højere opioiddosis ved forundersøgelsen medførte højere risiko for abstinenser ved ophør, men datamaterialet var ikke stort nok til, at der kunne udarbejdes en sikker statistisk beregning på dette resultat.

Ud af de 18 symptomer på abstinenser, som patienterne blev spurgt om i spørgeskemaundersøgelse A, viste 11 sig at være signifikante for gruppen af patienter, som havde haft abstinenser. De hyppigste symptomer var uro, svedeture,

rastløshed og søvnløshed, som over 50 pct. af patienterne med abstinenser havde oplevet, se Tabel 2.

I spørgeskema B viste WHO-skemaet sig ikke anvendeligt til sikkert at kunne identificere abstinenser. Opringningen til patienterne kvalificerede imidlertid resultaterne fra den første spørgeskemaundersøgelse. Godt halvdelen svarede bl.a. ja til, at de havde testet, om deres symptomer var abstinenser ved at tage opioid, og alle haft effekt heraf. Flere gav endvidere udtryk for,

**Tabel 1.** Data fra spørgeskema og journal

Parameter	Ingen abstinenser	Abstinenser	P =
Antal (n)	174	28	
Køn (kvinder)	86	16	0,45*
Køn (mænd)	88	12	
Alder (mean (SD))	60,0 (16,2)	53,2 (15,2)	0,03‡
BMI (mean (SD))	26,7 (4,3)	27,5 (4,1)	0,35‡
Ryger (n)	49	10	0,44*
Opioider ved forundersøgelse (n)	71	21	0,001*
Opioider ved udskrivelse (n)	159	28	0,62*
Opioid ved udskr. = oxycodon (n/pct.)	44	8 (15 pct.)	0,24*
Opioid ved udskr. = tramadol (n/pct.)	70	11 (11 pct.)	0,13*
Opioider ved udskr. = tramadol + oxycodon (n/pct.)	24	7 (23 pct.)	0,05*
Gabapentin ved udskrivelse (n)	42	9	0,37*
SSRI/SNRI ved udskrivelse (n)	17	2	0,66*
Depotmed. ved udskrivelse (n)	78	14	0,99*
Bensmerter ved udskr. VAS (mean (SD))	1,1 (2,0)	1,8 (2,2)	0,42‡
Rygsmarter ved udskr. VAS (mean (SD))	4,0 (2,0)	3,6 (2,3)	0,34‡
Indlæggelsestid (dage) (mean (SD))	2,0 (2,1)	1,6 (1,3)	0,36‡

\* = Pearson's chi2, ‡ = t-test

at de ”vidste, det ville have hjulpet”, men at de enten ikke ville eller turde prøve, da de var bange for at blive afhængige.

### Abstinenser

#### Seks temaer fra interviewene:

Alle patienter havde oplevet varierende grader af symptomer under udtrapning eller efter ophør med opioiderne. Enkelte havde ræsonneret sig frem til, at der var tale om abstinenser, fordi indtag af opioid afhjælp generne. Derudover var det samtaler med pårørende eller information på internettet, der havde givet patienterne en indikation på, at det, de oplevede, var abstinenser. Ingen af patienterne kunne huske, at de var informeret om risikoen for abstinenser i forbindelse med udskrivelser.

#### Uro om natten

Det tydeligste og mest indgribende symptom var en uro, som var svær at aflede, navnlig om aftenen og natten, hvilket betød, at flere havde svært ved at sove. En person beskrev det således: ”Jeg kunne simpelthen ikke sove ... jeg kunne ikke engang læse ... når først jeg havde den uro, så var det sket.”

En anden fortalte om uroen som ”angstagtigt inde i brystet, men uden angst i hove-

det”. Informanterne havde haft abstinenser fra få dage op til tre uger. Intensiteten beskrev de meget forskelligt.

Én mente, hun havde været relativt let ramt, hun havde kun oplevet uroen, så hun ”ikke kunne sove i fire nætter.” En anden havde oplevet abstinenserne som forfærdelige og troede, at han havde fået en blodprop i hjertet: ”Det var helt vildt ... hjertebanken, og jeg kunne intet ... arme og ben, jeg rystede, svedte og havde feber, så jeg havde fat i vagtlægen.”

#### Kun opioider virker

Ingen af patienterne havde erfaret, at de kunne afhjælpe generne med andet end at indtage opioid. En ægtefælle beskrev, hvad det gjorde ved hendes mand: ”Det var sådan ligesom, huuh ... lidt ligesom når du ser en narkoman tage en joint.” Mange andre strategier var afprøvet uden positiv effekt såsom indtag af muskelafslappende medicin eller sovemedicin. En patient havde ligeledes forsøgt at dæmpe abstinenserne ved at køre på kondicykel om natten. ”Det hjalp jo lidt, men så havde jeg ikke kondi nok til at blive siddende.”

#### Langsom udtrapning en fordel

To patienter mente, at hurtig udtrapning havde ført til abstinenser og havde erfaret, at abstinenserne blev mindre ved langsommere udtrapning. En anden havde besluttet at stå det igennem uanset hvad, da ønsket om at ophøre med opioid-behandlingen var stort. To af patienterne havde søgt hjælp hos egen læge eller i Rygcenterets ambulatorium, men havde ikke følt sig hjulpet. Gennem interviewene blev det tydeligt, at patienterne havde følte sig meget alene, da de havde abstinenser.

**Tabel 2.** Signifikante symptomer på abstinenser

Symptom	Ikke haft abstinenser (n=174)	Procentdel	Havde haft abstinenser (n=28)	Procentdel	P=
Hjertebanken	4	2,3 pct.	8	28,6 pct.	<0,00
Uro	20	11,5 pct.	19	67,9 pct.	<0,00
Rastløshed	17	9,8 pct.	15	53,6 pct.	<0,00
Psykisk uligevægtig	5	2,9 pct.	10	35,7 pct.	<0,00
Rysten	8	4,6 pct.	11	39,3 pct.	<0,00
Diarré	5	2,9 pct.	4	14,3 pct.	<0,01
Svedeture	23	13,2 pct.	18	64,3 pct.	<0,00
Gåsehud	3	1,7 pct.	5	17,9 pct.	<0,00
Tristhed	13	7,5 pct.	8	28,6 pct.	<0,01
Kulderystelser	6	3,4 pct.	8	28,6 pct.	<0,00
Søvnløshed	17	9,8 pct.	15	53,6 pct.	<0,00



## Patienterne fortalte alle om, at det var let at skelne abstinenser fra bivirkninger.

#### Bivirkninger og ophør med opioider

Informanterne fortalte om vekslende effekt og forskellige bivirkninger ved den smertestillende medicin. De primære bivirkninger var nedsat hukommelse og øget træthed. Om trætheden berettede en patient, at ”... det forkorter dagen ... en to-tre timer.” Udover bivirkninger var det bl.a. et behov for at kunne køre bil eller et ønske om igen at kunne mærke sin krop, der gjorde, at patienterne ønskede at ophøre med at tage opioider.

#### Husker ikke forudgående information

Alle patienter havde modtaget et udtrapningsskema ved udskrivelsen, men de huskede dårligt den information, der var givet i den forbindelse. Der viste sig en tendens til

at trappe hurtigere ud af opioiderne end anbefalet, hvis man kun oplevede få eller ingen smerter efter operationen. En patient fortalte, hvordan han havde tænkt ”Skemaet er jo kun vejledende ... nu går det fint, nu smider du bare nogle flere af dem end på planen ... men det gik sgu’ ikke.” En anden patient, som havde haft bivirkninger og kun ringe smertestillende effekt, havde pligtfulgt udtrapningsskemaet og alligevel fået abstinenser.

#### *Bivirkning eller abstinens?*

Patienterne fortalte alle om, at det var let at skelne abstinenser fra bivirkninger. Hvor bivirkningerne kom kort tid efter indtagelsen af opioid, kom abstinenserne, når de i forbindelse med udtrapning nærmede sig det tidspunkt, hvor de skulle have eller skulle have haft deres næste dosis opioid.

#### **Tema: Afhængighed**

To af patienterne viste sig at have haft et forbrug af opioid i syv til ti år forud for rygoperationen pga. andre lidelser. I forbindelse med den aktuelle operation var de blevet opfordret til at forsøge udtrapning, idet de følte sig næsten smertefrie. Disse patienter berettede i interviewene om oplevelser, som tydede på, at de var afhængige. Den ene patient, som var meget bevidst om sin situation, sagde ”Det er svære sager. Jeg kom snart ud af det, men jeg savner det, det kan jeg godt sige dig ... savnet er noget af det værste.”

#### *Strategi for nødbehandling*

Den anden fortalte om strategier for smertebehandling, nødplaner i forhold til at skaffe opioid og hvorledes hun så på det at have smerter på en måde, så man blev efterladt med indtrykket af, at patienten ikke ønskede at være uden opioid. Ved nærmere udforskning blev det klart, at denne patient endnu ikke

var ophørt med opioidforbruget men havde kendskab til abstinenser fra de gange, hun tidligere havde forsøgt nedtrapning.

#### **Uventet stort antal patienter har abstinenser**

Denne undersøgelse er den første af sin slags, der kan give et tal på, hvor mange patienter som forventeligt vil opleve abstinenser ved ophør med opioider, nemlig 14 pct. Det var forventeligt at finde patienter, som havde oplevet abstinenser, men at tallet var så stort, var uventet.

At der i undersøgelsen viste sig at være signifikant større risiko for abstinenser ved længere tids forbrug af opioider, stemmer med litteraturen. Det viste sig dog også, at selv små doser opioid i kort tid kan udløse abstinenser, hvilket er interessant og bør give anledning til opmærksomhed. Lige så interessant er det, at vi ikke finder forskel på forekomsten af abstinenser i de forskellige grupper af opioider, idet tramadol tidligere er markedsført som et mindre potent opioid med minimal risiko for abstinenser.

Flere af de symptomer, spørgeskemaet indeholdt, viste sig at være signifikant hyppigere til stede hos gruppen af patienter, som angav at have oplevet abstinenser. Det mener vi understøtter fund i interviewene om, at patienterne kan skelne mellem bivirkninger af opioiderne og symptomer på abstinenser.

Man kan overveje, om det faktum, at patienterne ikke kan huske informationen om udtrapning, som gives ved udskrivelse, skyldes, at hukommelsen er påvirket af opioider eller at patienten reelt mangler information. Det stærke ønske om at komme ud af opioider kan måske også være med til, at patienterne undervurderer vigtigheden af at trappe langsomt ud. Interview med patienter uden abstinenser omkring deres udtrapning kunne have kvalificeret undersøgelsen og kunne være interessant at inddrage i en fremtidig undersøgelse.

#### **Svagheder ved undersøgelsen**

En svaghed ved denne undersøgelse er, at vi ikke har forholdt os til de patienter, der rapporterede symptomer på absti-





nenser, men ikke forbandt dem med abstinenser. Dette kunne muligvis have øget andelen af patienter med abstinenser. Omvendt kan der også være patienter i undersøgelsen, som vi fejlagtigt har tolket som at de har haft abstinenser trods vores forsøg på at ekskludere disse.

At det gennem interviewene blev klart, at to af patienterne viste tydelige tegn på afhængighed af opioider, finder vi meget tankevækkende. Patienterne var ikke startet med opioider for deres nuværende ryglidelse men for henholdsvis et brækket ben og en gigtsygdom. Vi tror derfor, at resultatet er generaliserbart, og at man også i andre kirurgiske specialer vil kunne støde på patienter med afhængighed af opioider.

Forekomsten på 14 pct. af patienter med abstinenser er muligvis ikke direkte overførbart pga. den store andel af patienter, som var i opioidbehandling præoperativt. Vi mener dog, at undersøgelsen har givet ny viden uanset den nøjagtige forekomst. Viden, der kan bruges i alle afdelinger, som anvender opioider i deres smertebehandling.

#### Øget fokus på patienternes forbrug af opioider

I det Rygkirurgiske ambulatorium har der siden projektets afslutning været øget fokus på patienternes forbrug af opioider allerede før operationen. Patienterne bliver spurgt om tidligere erfaringer med at udtrappe opioider, og den viden inddrages i hele indlæggelsesforløbet. Vi er desuden blevet mere opmærksomme på at informere patientens praktiserende læge, når vi møder patienter, som ved postoperativ kontrol stadig får opioider.

Ved udskrivelsen får patienterne mange informationer, og vi har efter projektet arbejdet med at optimere den skriftlige information, der udleveres sammen med udtrappingskemaerne. Generelt anbefaler vi at trappe ud af ét præparat af gangen, hvilket gør det nemmere at vurdere, hvilket præparat der er årsag til eventuelle abstinenser.

Hvis patienterne efter udskrivelsen ringer om symptomer, der lyder som abstinenser, testes det nu konsekvent ved at bede dem om at tage en enkelt dosis opioid og vurdere, om generne forsvinder. Desuden er vi begyndt at anvende clonidin og baklofen til at dæmpe abstinenser, hvilket vi har gode erfaringer med.

Vi mener, det er vigtigt fortsat at fokusere på, at effektiv postoperativ smertebehandling er essentiel, men samtidigt hjælpe patienterne med at håndtere ophør med opioider. Vores oplevelse er, at patienterne er meget taknemmelige for, at vi bruger tid på det. ●



**Generelt anbefaler vi at trappe ud af ét præparat ad gangen, hvilket gør det nemmere at vurdere, hvilket præparat der er årsag til eventuelle abstinenser.**

*Hvordan sikrer I, at jeres patienter har modtaget og forstået information om nedtrapping af opioider?*

*Hvordan reagerer I, når patienter har et forbrug af opioider inden operation?*

*Hvilken form for støtte og vejledning har patienterne mulighed for at få, hvis de oplever at have abstinenser under nedtrapping af opioider?*

Læs også "Ny Praksis" i *Fag&Forskning* 3/2019 »Abstinensfrit farvel til opioiderne.«

#### Referencer

1. Kessing LV. Opiat abstinens. 2018. [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) 2. Højsted J, Rindom H. Strategier til at undgå afhængighed ved smertebehandling. *Ugeskrift for læger*, 2017;179:V01170059. 3. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. 2019. Tilgængeligt via: [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk) 4. Højsted, J, Lund M, Jarlbæk, L og Madsen GK. Brug af opioider ved kroniske nociceptive, ikke-maligne smerte. *Rationel Farmakoterapi* 3/2018. 5. Sundhedsstyrelsen. Kortlægning af opioidforbruget i Danmark med fokus på patienter med kroniske non-maligne smerter. Tilgængeligt via: [www.sundhedsstyrelsen.dk](http://www.sundhedsstyrelsen.dk) 6. Blichfeldt-Echarts MR, Jensen JM, Møller JF. Behandling af postoperative smerter. *Ugeskrift for læger* 2017;179:V02170090. 7. Sundhedsdatastyrelsen. Færre langtidsbrugere af opioider i 2017. Tilgængeligt via: [www.sundhedsdatastyrelsen.dk](http://www.sundhedsdatastyrelsen.dk) 8. Sundhedsdatastyrelsen: Nøgletal om sundhedsvæsenet 2009-2017. Tilgængeligt via: [www.sundhedsdatastyrelsen.dk](http://www.sundhedsdatastyrelsen.dk) 9. Wesson DR, Ling W. The clinical opiate withdrawal scale (COWS). *J Psychoactive Drugs*. 2003;35(2):253-9. 10. Kvale S, Brinkmann S. Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. København: Hans Reitzels Forlag 2015. **Alle links er besøgt 28. juni 2018.** En fuldstændig referenceliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

**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](http://dsr.dk/manuskriptvejledning).



**ANNELISE MORTENSEN**

Sygeplejerske 1976, suppleringsuddannelsen i medicinsk antropologi, master i sundhedsantropologi.

Klinisk sygeplejespecialist i Øre-næsehalskirurgisk og Audiologisk klinik, Rigshospitalet.

[annelise.mortensen.01@regionh.dk](mailto:annelise.mortensen.01@regionh.dk)



**BIRGITTA NORDENHOF LARSEN**

Sygeplejerske 1974, SD i sygepleje og pædagogik, BA i Køn, kommunikation, teknologi- og kulturanalyse samt tværvideenskabelig sundhedsforskning, cand.scient.san., ph.d.

Klinisk sygeplejespecialist i Øre-næsehalskirurgisk og Audiologisk klinik, Rigshospitalet.

# Forbedret hjemmesygepleje til patienter med kræft i hoved og hals

Et udkørende team af specialiserede sygeplejersker gavner både patienter med kræft i hoved og hals og hjemmesygeplejersker, som er uvante med plejen af denne gruppe patienter.

## RESUME

Et studie viste, at specialiseret sygepleje til kirurgisk behandlede hoved-halscancerpatienter (HHC) i hjemmet efter udskrivelsen kunne afdække behov der ikke var imødekommet, f.eks. forbedring af kompetencerne og kvaliteten af sygeplejen og patienternes oplevelse af sygeplejen.

HHC-sygeplejerskerne i projektet støttede patienterne hele vejen gennem deres postoperative forløb med hjemmebesøg, telefonisk kontakt og opfølgning, koordinering med og oplæring af hjemmesygeplejersker og opfølgning på kommunal rehabilite-

ring. Det reducerede antallet af akutte kontroller i ambulatoriet postoperativt, og både patienterne og hjemmesygeplejerskerne følte sig støttet.

Studiet var tilrettelagt som en før-efter-undersøgelse med kvalitative og kvantitative datakilder. En intervention, der bestod af hjemmebesøg ved en HHC-sygeplejerske hos HHC-patienter blev sammenlignet med en historisk gruppe patienter uden hjemmebesøg.

156 patienter deltog i interventionen, og den historiske gruppe bestod af 125 patienter.

Sygepleje i patientens hjem omfattede information, vejledning og procedurer relateret til en række behov. Der blev gennemført telefonsamtaler, som omfattede vejledning af patienter og familie og koordinering med hjemmesygepleje, sagsbehandler og kommunal rehabilitering.

Konklusionen på undersøgelsen var, at specialiseret sygepleje fra hospital til kommune og patientens hjem kunne forbedre overgangen mellem hospital og kommune for patienten, men også kommunikationen og samarbejdet mellem sygeplejersker i sekundær og primær sektor.

For patienter opereret for kræft i hoved og hals kan overgangen mellem hospital og eget hjem være en barsk oplevelse, som inkluderer et skift mellem specialiseret sygepleje og fundamental sygepleje.

For at bygge bro mellem sektorerne og yde den optimale sygepleje til patienter med f.eks. kanyler i halsen eller problemer med ernæring pga. forandringer i mundhulen er et team af specialiserede sygeplejersker fra hospitalet blevet en tilfredsstillende løsning.

### En lille gruppe patienter

Hoved-halscancer (HHC) omfatter tumorer i mundhulen, larynx, naso-, oro-, og hypopharynx, spytktænder og thyreoidea (1). Incidensen i Danmark er ca. 1.700 og prævalensen ca. 14.500. Det svarer til ca. 4,4 pct. af den samlede kræftforekomst.

#### Boks 1. Hoved-halskræft

Tidligere var ca. 75 pct. af patienterne mænd. Dette har ændret sig. Ifølge Cancerregistret er incidensraterne fra 2008 til 2017 faldet med 1,2 pct. for mænd og steget med 24,7 pct. for kvinder. Tidligere blev hoved-halscancer (HHC) tilskrevet et årelangt (over-) forbrug af rygning og alkohol samt dårlig ernæring, og i denne gruppe ses negativ social slagside, lavere uddannelsesniveau, misbrugsproblematikker og depression. Denne form for HHC er faldende. Til gengæld er en ny type HHC steget markant over de seneste 10 år. Denne markante stigning kan ikke kun forklares med etablerede risikofaktorer som rygning og alkohol, men også stigende eksponering for HPV. I gruppen af patienter med HPV relateret HHC er der ofte tale om yngre, veluddannede, ressourcerstærke patienter uden belastende livsstilsfaktorer.

Kilde: Fås ved henvendelse til førsteforfatter.

Patienter med HHC udgør således en lille gruppe i kommunerne (2). Hjemmesygeplejersker ser derfor kun sjældent disse patienter, som udskrives med omfattende plejebehov, se Boks 1.

Behandlingen kompromitterer patienternes vejrtrækning, tygge-, tale- og synkefunktion, hvilket påvirker patientens psykiske og fysiske velbefindende og sociale funktion. Mundhuleoperation, trakeotomi, laryngektomi og rekonstruerende kirurgi indebærer, at de udskrives med symptomer og plejebehov, der kræver specialiseret viden og erfaring. De forskellige symptomer har en indbyrdes forstærkende ef-

fekt, som udfordrer egenomsorgsevnen (3). Desuden er der behov for forebyggelse af senfølger.

### Flere komplekse patienter

HHC-patienter behandles i henhold til kræftpakkeforløb for at reducere unødige forsinkelser og øge antallet af kræftoverlevende ved hurtigere diagnosticering og behandling. Dette har medført tidligere udskrivelse.

Patienter, der udskrives med plejebehov, henvises til hjemmesygeplejen, som har oplevet, at antallet af komplekse patienter generelt er øget i de seneste år. Dette gælder også for HHC patienter.

En gennemgang af en måneds journaler bestående af 37 patienter i Øre-Næse-Halskirurgisk og Audiologisk Klinik på Rigshospitalet (ØNH-RH), viste, at otte patienter ikke havde en partner, tre ikke havde pårørende, og to blev genindlagt pga. manglende egenomsorg.

På det grundlag blev der etableret et team af specialesygeplejersker med udkørende funktion, som yder HHC-sygepleje til patienter i hjemmet.

### Kan sygeplejen forbedres?

Formålet med studiet var at undersøge, om teamet af udkørende HHC-sygeplejersker kunne forbedre sygeplejen til

HHC-patienten i hjemmet. Vi ønskede at undersøge:

1. Behov som kan afhjælpes af en HHC-sygeplejerske
2. Patienternes oplevelse af indsatsen
3. Hjemmesygeplejerskernes oplevelse af indsatsen
4. Om indsatsen reducerer antallet af ambulante besøg og postoperative genindlæggelser.

### Design

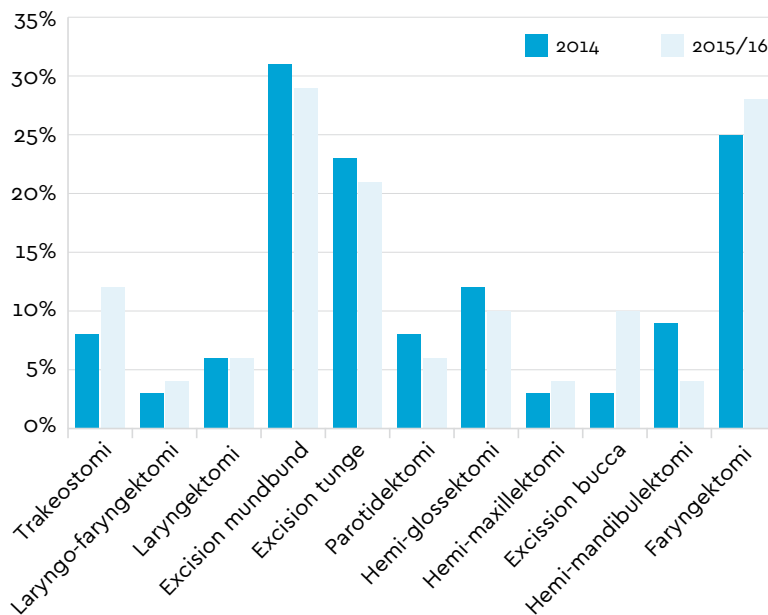
Et præ-post test-design med kvalitative og kvantitative datakilder blev anvendt.

Der blev gennemført fem individuelle interview med patienter, som havde haft besøg af en HHC-sygeplejerske, og fire individuelle interview med patienter, som ikke havde haft besøg. Desuden blev der gennemført to fokusgruppeinterview med hjemmesygeplejersker med fire-fem deltagere i hver gruppe. En gruppe før interventionen, og én gruppe efter.

Der blev indsamlet en række demografiske og andre kvantitative data: operationsdiagnoser, antal patienter udskrevet til hver kommune i Region Hovedstaden, ydelser udført af HHC-sygeplejerskerne og antal telefonkonsultationer. Data blev sammenlignet med en historisk gruppe patienter fra en journalgennemgang, der omfattede patienter opereret for HHC i ØNH-RH fra januar - december 2014. Data blev analyseret via deskriptiv statistik, hvor der er foretaget sammenligninger mellem de to grupper baseret på en forholdsberegning på 1:1,25 for at udligne forskellen i antal mellem de to grupper i beregningerne.

Patientinterview blev gennemført efter en af patientens postoperative aftaler. Fo-

**Figur 1.** Kirurgiske procedurer hos HHC-patienter i 2014 og 2015/16



cusgruppeinterview blev gennemført i hjemmeplejens lokaler. Alle interview fulgte en semi-struktureret interviewguide; blev optaget digitalt, transkriberet ordret og analyseret via systematisk tekstkondensering.

### To sygeplejersker stod for undersøgelsen

I interventionsperioden udførte teamet, der bestod af to sygeplejersker, som havde mellem 3 og 10 års erfaring i plejen af indlagte og ambulante HHC-patienter, en række funktioner. I projektperioden var funktionen finansieret via interne midler og gik umiddelbart efter projektperiodens afslutning i drift. Teamet udførte følgende funktioner:

- Sygeplejekonsultationer på tre tidspunkter i patientens postoperative forløb; før udskrivelse, igen efter 7-10 dage og to måneder postoperativt i sammenhæng med ambulante, lægefaglige kontroller. Konsultationerne omfattede behovsvurdering i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer (4) og henvisning til rehabilitering og genoptræning i primær sektor.
- Kontakt til patienten via telefon ved behov og efter aftale.
- Besøg i patientens hjem ved behov.
- Besøg med henblik på samarbejde med og undervisning af hjemmesygeplejersker i patientens hjem.

Der deltog 156 patienter i interventionen, og den historiske gruppe bestod af 125 patienter. De demografiske data og kirurgiske procedurer for begge grupper præsenteres i Tabel 1 og Figur 1.

Sygepleje i patientens hjem omfattede information, vejledning og procedurer relateret til en række behov, se Figur 2.

Der blev gennemført 745 telefonsamtaler, som omfattede vejledning af patienter og familie og koordinering med hjemmesygepleje samt sagsbehandler og kommunal rehabilitering.

Sygeplejekonsultationer resulterede i behovsvurdering hos 132 (85 pct.) af patienterne i interventionen. 112 (72 pct.) blev henvist til rehabilitering/genoptræning.

**Tabel 1.** Demografiske data over patienter i projektet

	Historisk gruppe 2014 n= 125 (pct.)	Interventionsgruppe 2015-2016 n= 156 (pct.)
Alder - antal år	63 i gennemsnit	65 i gennemsnit
Køn		
- Mænd	88 (70,4)	102 (65,4)
- Kvinder	37 (29,6)	54 (34,6)
Ingen pårørende	14 (11)	6 (3,8)
Ingen partner	59 (47,2)	71 (45,5)



## Patienter uden hjemmebesøg

Interview med patienter uden hjemmebesøg, se Tabel 2 side 58, indeholdt fire temaer:

### *At komme hjem*

Alle patienter fortalte, at der var meget at håndtere. Patienter med pårørende eller venner, som kunne støtte dem, syntes, det var nemmere, end de patienter, som boede alene. En af de sidstnævnte, som vendte hjem alene, syntes, det havde været meget vanskeligt.

De sværeste ting at håndtere var ernæring, medicin og smertestillende medicin.

### *Nogen at tale med*

De, der boede alene, syntes især, det var psykisk krævende. De følte sig ensomme og havde behov for nogen at tale med om deres situation. En patient, som havde været igennem en langvarig behandling, der endnu ikke var afsluttet, sagde: "Mentalt er jeg ikke klar til det her," og dernæst "Jeg kan se nu, at jeg bare er en "ting" og ikke et menneske længere." Patienten følte sig umenneskeliggjort. En brik i et system. Han fortsatte med at fortælle om sit behov for nogen at tale med.

### *Behov for hjælp*

Patienter udtrykte behov for støtte til at håndtere problemer som nævnt ovenfor, eller at der blot var en fagperson, der forsikrede om, at alt var, som det skulle være.

### *At være pårørende eller ven*

Venner og pårørende støttede i forskellig udstrækning. Men patienterne havde meget brug for deres hjælp. For dem, der boede sammen med en ægtefælle eller partner, måtte ægtefællen bære en ret stor byrde i form af støtte til



## For patienter opereret for kræft i hoved og hals kan overgangen mellem hospital og eget hjem være en barsk oplevelse.

dagligdags gøremål, men også i nogle tilfælde medicinering eller sondeernæring.

## Patienter med hjemmebesøg

Interview med patienter med hjemmebesøg, se Tabel 3 side 58, indeholdt følgende fire temaer:

### *Hurtigt forløb*

Patienterne fandt, at tiden fra diagnose til operation og videre til udskrivelse var meget kort. En patient udtalte: "Der var kun en uge mellem min diagnose og operation. Det er virkelig meget kort tid til at vænne sig til et nyt liv. Hvis jeg må sige det på den måde."

### *Støtte fra en*

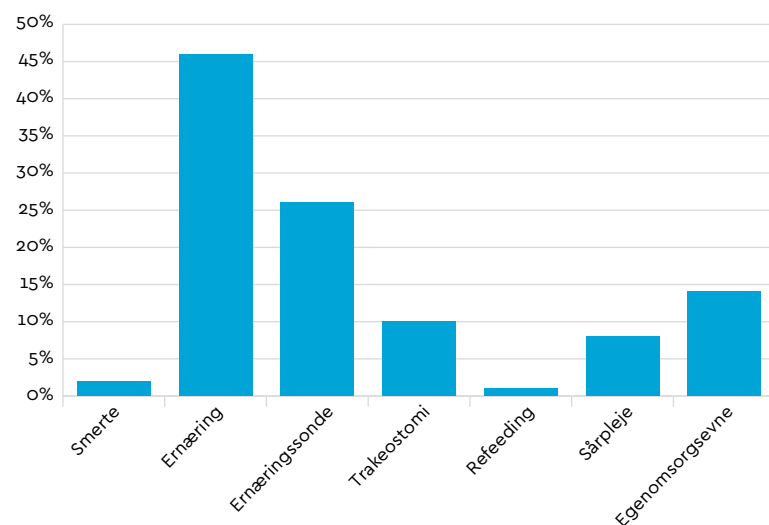
#### *hoved-hals-cancer sygeplejerske*

Flere af patienterne havde ernæringsproblemer. En havde trismus (nedsat evne til at åbne munden), og andre havde betragteligt vægttab eller lille appetit. De fandt, at støtten fra HHC-sygeplejersken var værdifuld, eftersom sygeplejersken spurgte til og rådgav om ernæringstilstanden og fulgte op på patienten med trismus.

### *Psykisk støtte*

Patienterne fandt det rart og trøstende at have nogen at tale med, især en HHC-sygeplejerske. En patient udtrykte det såle-

**Figur 2.** Imødekomne sygeplejehov hos HHC-patienter



### Definitioner:

**Smerte:** Smertes på Visuel Analog Skala > 2 eller manglende/ringe compliance i brug af analgetica

**Ernæring:** Ikke sufficient ernæret (vægttab eller reduceret ernæringsindtag) eller manglende/ringe compliance i relation til indtagelse af ernæring

**Ernæringssonde:** Ernæret via nasogastrisk eller PEG sonde

**Tracheostomi:** Har en tracheostomi

**Refeeding:** Er i behandling for refeeding syndrom

**Sårpleje:** Er i behov for sårpleje. Primært relateret til transplantationer i forbindelse med rekonstruerende kirurgi

**Egenomsorgsevne:** En menneskelig regulerende funktion, der er baseret på den enkeltes evne til at udføre sin egen pleje. Egenomsorg er en tillært evne og udføres af den enkelte på egne vegne.

**Tabel 2.** Demografiske data på patienter uden hjemmebesøg

Køn	Alder	Diagnose/operation	Bor alene/ med partner	Interview alene/ med partner
M	74	Oral cancer Hemi-maxillectomi og orbita resektion	Bor med hustru	Interview med hustru
K	62	Oral cancer Resektion mundbund	Bor alene	Interview alene
M	72	Ukendt primær tumor Faryngectomi	Bor alene	Interview alene
K	67	Oral cancer Resektion mundbund	Bor alene	Interview med datter
M	60	Oral cancer Resektion mundbund og mandibel	Bor med hustru	Interview med hustru

M= mand, K= Kvinde

des: ”Det er rart med én, der tænker som hende,” (dvs. HHC-sygeplejersken, som forstår, hvad patienten taler om).

#### Telefonkontakt

Patienterne fandt telefonisk kontakt meget trøstende. De var glade for at have et nummer til nogen, de kendte, og som kendte til deres situation. Kun én patient tog initiativ til selv at ringe. En ven til en af patienterne havde denne tolkning af, hvorfor patienten ikke havde ringet, da hun havde et problem: ”Men det er, fordi du (henvendt til patienten) er en af dem, der ikke selv tager kontakt. Det er derfor, det er så godt, at Lone ringede til dig, ikke? Det er bare for at sige, at der kan være andre patienter som Anne, der ikke ønsker at være til ulejlighed ...”

#### Hjemmesygeplejerskernes perspektiv

Antallet af patienter, som blev udskrevet fra hospitalet til de enkelte kommuner i interventions- og historisk gruppe, udgør mellem 0-11 patienter pr. kommune om året, se Figur 3.

#### Før indsatsen

Fokusgruppeinterview før interventionen resulterede i følgende to temaer:

#### Erfaring med at pleje HHC-patienter

Hjemmesygeplejerskerne fortalte, at de meget sjældent plejer HHC-patienter. En sygeplejerske fortalte, at hun ikke havde

set en HHC-patient i fire år. De fandt det særligt vanskeligt og udfordrende at pleje patienter med laryngektomi eller trakeostomi.

To sygeplejersker havde tidligere plejet patienter med trakeostomi, men det var mange år siden. De havde begge oplevet det som udfordrende, eftersom procedurerne foregår tæt på eller i patientens luftveje.

#### Fremtidigt samarbejde

Sygeplejerskerne så frem til et tættere samarbejde med HHC-sygeplejerskerne i den udkørende funktion.

#### Efter indsatsen

Fokusgruppeinterview efter interventionen resulterede i følgende fire temaer:

#### Fælles hjemmebesøg

Sygeplejerskerne fortalte, at et af besøgene fandt sted hos en kompliceret patient. HHC-sygeplejersken var meget kompetent og gav indtryk af at være specialist i plejen af denne patient. En hjemmesygeplejerske udtrykte det således: ”... det er rart at have en HHC-sygeplejerske eller en rigtig specialist ved siden af sig, ikke?”

Desuden kendte HHC-sygeplejersken allerede patienten fra hans indlæggelse.

”Men jeg syntes, det var betryggende, at jeg netop kunne snakke med en, der sagde, ”jeg kender ham jo,” ikke?”

#### Undervisning i specialiseret HHC-sygepleje

Undervisning i HHC-sygepleje i den enkelte patients hjem var med til at afhjælpe hjemmesygeplejerskernes usikkerhed og gav dem sikkerhed i at udføre sygeplejen på egen hånd.

#### Telefonkontakt

Den direkte kontakt til en HHC-sygeplejerske blev betragtet som meget nyttig. Især kontakten til en sygeplejerske, som kendte patienten og kunne vejlede eller handle kompetent med det samme.

**Tabel 3.** Demografiske data på patienter med hjemmebesøg

Køn	Alder	Diagnose/operation	Bor alene/ med partner	Interview alene/ med partner
M	70	Oral cancer Resektion mundbund	Bor alene	Interview alene
K	69	Tonsil cancer Faryngectomi	Bor alene	Interview med datter
K	72	Oral cancer Resektion mundbund og mandibel	Bor alene	Interview med ven
K	78	Oral cancer Resektion maxil	Bor med mand	Interview alene

M= mand, K= Kvinde

### Kan hjemmebesøg reducere akutte ambulante henvendelser og genindlæggelser?

Antallet af akutte ambulante henvendelser blev reduceret med 30 patienter svarende til 27 pct., genindlæggelser blev øget med otte patienter svarende til 4 pct.

Den lille øgning i antallet af genindlæggelser på 4 pct. skyldtes hovedsageligt medicinske tilstande, f.eks. sårinfektioner og blødninger efter operationen.

### Ventetiden stærkt nedsat

Kræftpakkeforløbet for HHC har ført til en signifikant nedsættelse af ventetiden på diagnosen (5). De fleste patienter værdsætter dette, men oplever forløbet kaotisk og overvældende, og det vækker ængstelse. Det bekræftes af patienterne i dette studie. Studier af accelererede forløb viser, at sygeplejen tilpasses stedets krav om effektivitet frem for patienternes behov (6).

Patienterne beskriver meget hurtige forløb, hvor det kan være svært at følge med både fysisk og psykisk.

Da Strukturreformen blev indført, oplevede man et tab af specialiseret viden i kommunerne i relation til patientgrupper med lav volumen såsom HHC-patienter, idet denne viden var samlet i amterne, som blev nedlagt. Dette var blevet problematiseret før reformen i en rapport (7).

Her bemærkes det, at en mulig udfordring med manglende ekspertise og kompetencer tæt på patienten i hjemmet kunne imødegås gennem specialiserede team fra hospitaler, som tilser patienten i hjemmet (7). Det bekræftes af patienter og hjemmesygeplejersker i dette studie.

### Ensomme patienter har sparsom støtte

En mindre del af patienterne uden partner har ingen pårørende eller venner. Når de kommer hjem efter at være blevet opereret, er de derfor

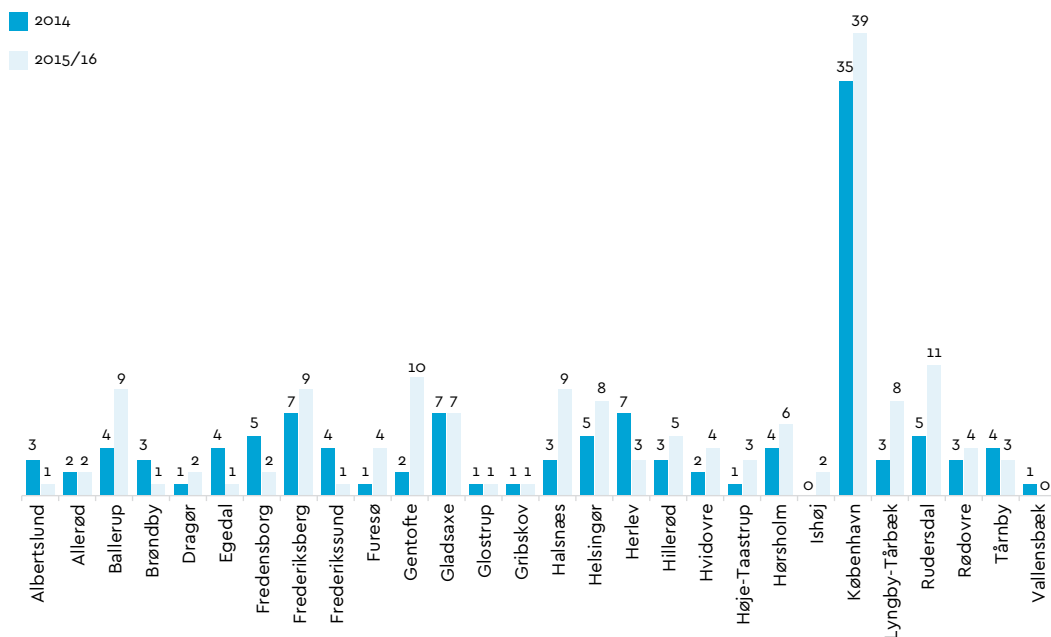
nødt til at klare udfordringerne uden megen støtte i det daglige.

Studier har vist, at HHC-patienter uden en partner har dårligere funktion, højere symptombyrde og oftere oplever ikke at modtage den nødvendige støtte. Desuden har de lavere overlevelsesrater end patienter med en partner (8,9,10).

Ved udskrivelsen kan det være de fysiske symptomer, der dominerer, men ifølge interview med patienter i dette studie kan de fysiske gener påvirke dem psykisk og socialt. Det er et velkendt problem for HHC-patienter, at fysiske og psykiske symptomer såvel som sociale udfordringer har en synergieffekt, hvilket gør patientens situation endnu mere vanskelig (3).

I interventionsperioden har HHC-sygeplejerskerne haft et stort antal telefonkontakter med håndtering af forskellige problemer, f.eks. kontakt til patient og pårørende, koordinering af opgaver sammen med hjemmesygeplejersker, sagsbehandlere og kommunal rehabilitering. For patienterne har det været meget meningsfuldt at have en direkte linje til et lille team af sygeplejersker. Nogle har selv ringet, mens andre har afventet det aftalte

**Figur 3.** Antal udskrevne patienter pr. kommune i Region Hovedstaden årene 2014 og 2015/16



Københavns Kommune har 33 patienter (2014) og 39 patienter (2015/16). Dette svarer til 0,007 pct. af befolkningen i kommunen. Til sammenligning er der 7 patienter i Frederiksberg Kommune, hvilket svarer til 0,006 pct. af befolkningen i den kommune.

opkald. Studier har vist, at patienter, som har en baggrund med kort uddannelse, som nogle HHC-patienter har, er tøvende med at fortælle om deres egne behov. Derfor er det vigtigt, at sygeplejersken ringer patienterne op.

### En fordel at sygeplejersken kender patienten

Antallet af akutte kontroller i ambulatoriet blev reduceret med 27 pct. (Dette tal skal tages med forbehold, da det er baseret på journaldata, der kan have en vis usikkerhed). Tidligere ville patienterne kontakte ambulatoriet pr. telefon, når de havde problemer med ernæring, trakeostomi, og sårpleje. Her skulle en sygeplejerske, som ikke tidligere havde mødt patienten, vurdere problemet. Ofte resulterede hendes vurdering i, at hun gav patienten en tid i ambulatoriet for at blive set af en kirurg. Med det nye team af sygeplejersker, som kan yde HHC-specifik sygepleje til patienter i hjemmet, bliver patienterne ringet op af en sygeplejerske, de har mødt tidligere, som kender patienten og problemet og i mange tilfælde kan klare dette i patientens hjem.

I løbet af interventionsperioden har HHC-sygeplejersker foretaget behovsvurderinger sammen med patienterne og henvist til kommunal rehabilitering. Yderligere fulgte de op på disse henvisninger og sikrede sig, at patienten blev kontaktet inden for fem arbejdsdage, som retningslinjerne foreskriver. Det er meget vigtigt, at genoptræning som f.eks. mundøvelser og forebyggelse af trismus eller dysphagi opstartes relativt kort efter udskrivelsen, da manglende genoptræning kan føre til tab af funktioner på kortere eller længere sigt.

Patienter med multiple og komplekse symptomer mødes i deres hjem af hjemmesygeplejersker, som sjældent plejer HHC-patienter. De kvantitative data viser, at kun mellem 1 og 11 patienter udskrives årligt til den enkelte kommune i Region Hovedstaden. Derfor finder hjemmesygeplejersker det svært at opnå viden og kompetencer i plejen af HHC-patienter. De to fokusgruppe-interview



## Studiet viser, at specialiseret sygepleje til kirurgisk behandlede HHC-patienter i hjemmet efter udskrivelsen kan afdække behov, der ikke er imødekommet.

med hjemmesygeplejerskerne viser, at de erkender denne udfordring (11).

Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinje om Rehabilitering og Palliation (10) skal de nødvendige kompetencer, udstyr, erfaring og volumen være tilstede i kommunen for at kunne gennemføre rehabilitering på et højt professionelt niveau. Ved at tilbyde udkørende sygepleje i samarbejde med hjemmeplejen kan de nødvendige kompetencer være til stede.

### Afdækning af behov, der ikke er imødekommet

Studiet viser, at specialiseret sygepleje til kirurgisk behandlede HHC-patienter i hjemmet efter udskrivelsen kan afdække behov, der ikke er imødekommet, f.eks. forbedre kompetencerne og kvaliteten af sygeplejen og patienternes oplevelse af sygeplejen. HHC-sygeplejerskerne i projektet støttede patienterne hele vejen gennem deres postoperative forløb med

hjemmebesøg, telefonisk kontakt og opfølgning, koordinering med og oplæring af hjemmesygeplejersker og opfølgning på kommunal rehabilitering. Det reducerede antallet af akutte kontroller i ambulatoriet postoperativt, og både patienterne og hjemmesygeplejerskerne følte sig støttet.

### Forbehold og usikkerhed

Data i dette studie skal tages med forbehold. En stor del af de kvantitative data er baseret på journaldata, der indeholder en vis usikkerhed. Dernæst er der lavet et mindre antal interview med patienter med og uden hjemmebesøg og kun to fokusgruppeinterview med hjemmesygeplejersker.

### Etisk godkendelse

Studiet var godkendt af Datatilsynet, Sundhedsstyrelsen gav tilladelse, og der blev indhentet informeret samtykke fra alle deltagere i projektet. ○



**Debat!**

*Diskuter, om modellen med et udkørende team af specialiserede sygeplejersker fra sekundær til primær sektor kan være relevant for andre specialer?*

*Hvilke fordele og ulemper ser I ved modellen?*

*Hvordan kan det faglige samarbejde mellem primærsygeplejersker og øre-næse-halssygeplejersker i øvrigt styrkes?*

#### **Referencer**

1. Cohen N, Fedewa S. Epidemiology and Demographics of the Head and Neck Cancer Population. Risk factors Epidemiology Cancer HPV Head and neck. Oral Maxillofac Surg Clin NA. 2019;30(4):381-95. 2. Sundhedsdatastyrelsen. Nye kræfttilfælde i Danmark 2017. 2018. 3. Mortensen A, Jarden M. Early and late physical and psychosocial effects of primary surgery in patients with oral and oropharyngeal cancers: A systematic review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2016;121(6). 4. Sundhedsstyrelsen. Opfølgningsprogram for hoved- og halskræft (Follow-up programme for Head and Neck cancer). 2015. 5. Danish Health Authority. Pakkeforløb for hoved- og halskræft. National integrated head and neck cancer pathways. 2016. p. 1-39. 6. Nyström M, Dahlberg K, Carlsson G. Non-caring encounters at an emergency care unit - A life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. Int J Nurs Stud. 2003;40(7):761-9. 7. Christensen M, Hansen EB. Kommunernes fremtidige opgaver på sundhedsområdet (The future tasks of the municipalities in health care). 2006. 8. Østhus AA, Aarstad AKH, Olofsson J, Aarstad HJ. Comorbidity is an independent predictor of health-related quality of life in a longitudinal cohort of head and neck cancer patients. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 May;270(5):1721-8. 9. Wells M, Cunningham M, Lang H, Swartzman S, Philp J, Taylor L, et al. Distress, concerns and unmet needs in survivors of head and neck cancer: a cross-sectional survey. Eur J Cancer Care (Engl). 2015 Sep;24(5):748-60. 10. Olsen MH, Bøje CR, Kjær TK, Steding-Jessen M, Johansen C, Overgaard J, et al. Socioeconomic position and stage at diagnosis of head and neck cancer - a nationwide study from DAHANCA. Acta Oncol. 2015 May 24;54(5):759-66. 11. de Leeuw J, Larsson M. Nurse-led follow-up care for cancer patients: what is known and what is needed. Support Care Cancer. 2013 Sep;21(9):2643-9. **En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.**

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](http://dsr.dk/manuskriptvejledning).

# Ny ansættelsesmetode mindsker frafald blandt anæstesikursister

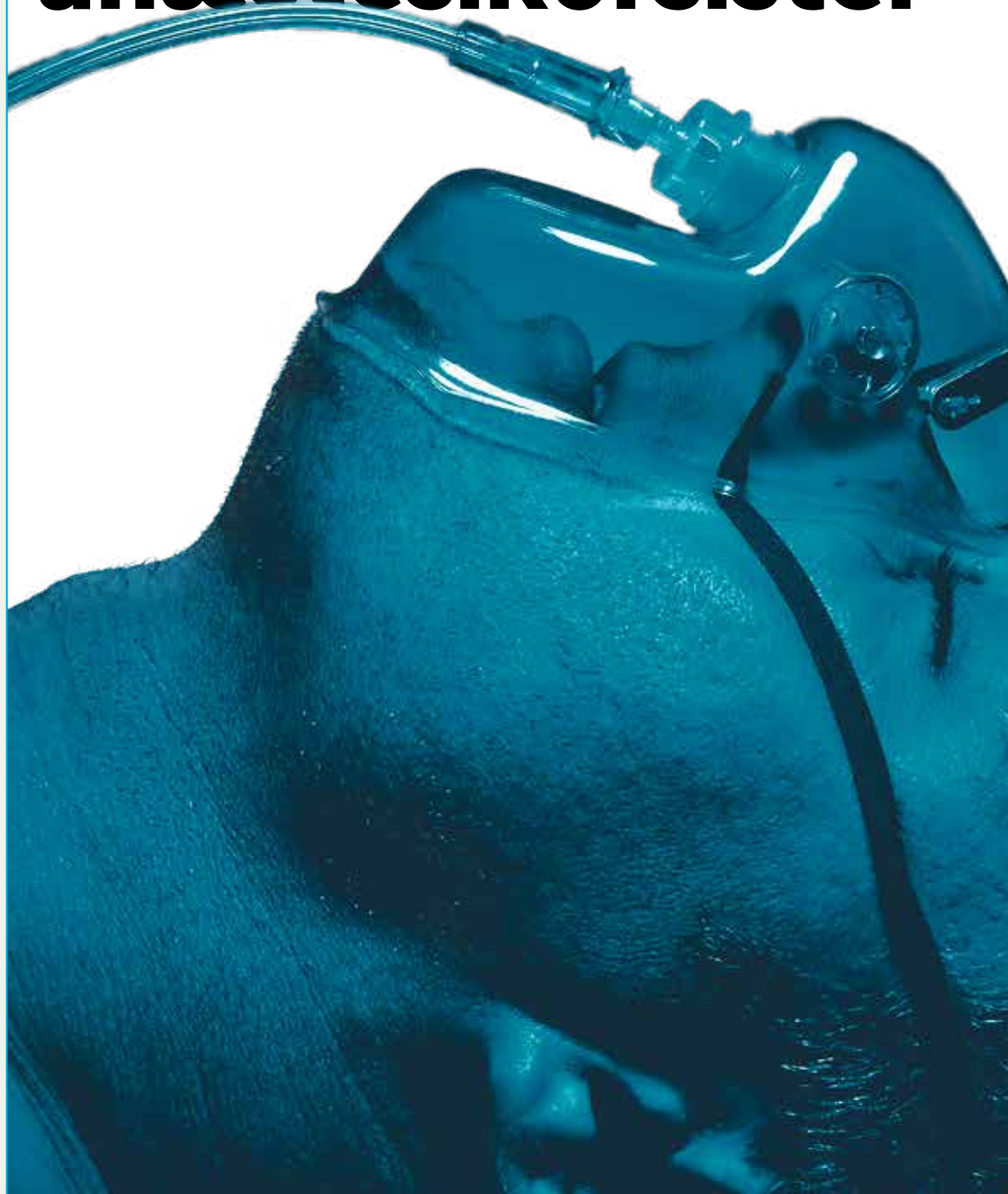


## LISBET ANDERSEN SIGAARD

Uddannelsesansvarlig anæstesisygeplejerske. Sygeplejerske 1991, intensiv specialuddannelse 1999, specialuddannelse i anæstesi 2001, diplomuddannelse i sundhedspædagogik 2014, master i læreprocesser 2018.

Interessefelter: organisationskultur, coaching, læring i praksis.

[lisbeth.andersen.sigaard@rsyd.dk](mailto:lisbeth.andersen.sigaard@rsyd.dk)



## RESUME

Specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske kan med fordel bruge en ansættelsesform med fokus på ikke-tekniske færdigheder. Artiklen beskriver og diskuterer et fireårigt projekt, hvor en anæstesiafdeling har ansat kursister med fokus på deres ikke-tekniske

færdigheder. Den nye ansættelsesform er baseret på cases og multiple mini-interviewstationer, hvor udvælgelsen er struktureret indenfor fire kategorier af ikke-tekniske færdigheder.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen viser stor deltagertilfreds-

hed med metoden og et minimeret frafald på uddannelsen. Samtidig har projektet skabt afsæt for en kompetenceudvikling i organisationen i form af ikke-tekniske færdigheder som fælles referenceramme.

## Case-baserede interview-stationer med fokus på ikke-tekniske færdigheder udgør grundlaget for ansættelse af kommende anæstesisygeplejersker. Det har resulteret i et formindsket frafald.

Specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske er en toårig uddannelsesstilling, som udbydes på sygehusene en gang om året. I Danmark har specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske altid været attraktiv. For postgraduate sygeplejersker betyder den toårige autorisationsgivende uddannelse et både personligt og fagligt kompetenceløft, som traditionelt har været prestigefyldt i sygeplejen.

De senere år har dog vist en tendens til, at det bliver sværere at rekruttere til uddannelsen. Årsagerne kan være mange; f.eks. konkurrence fra et stigende antal akademiske postgraduate uddannelser, lønnedgang i forbindelse med uddannelsen og det arbejdspress, som en ny uddannelse repræsenterer. Disse faktorer har betydning. Samtidig har tendensen de senere år været, at kursister føler sig belastede og i værste fald afbryder uddannelsen. Igen kan årsagerne være mange; stigende formelle krav om uddannelsesaktivitet, uhensigtsmæssig planlægning af uddannelsen og generelt pres fra driften i anæstesiafdelingerne. Men også personlige ressourcer hos kursisterne spiller ind.

### Frafaldet skal minimeres

Specialuddannelsen i anæstesiologisk sygepleje er omkostningstung og designet til at varetage en højt specialiseret nøglefunktion i sygehusorganisationen. Derfor er det essentielt at minimere frafald - især sent - i uddannelsen og uddanne anæstesisygeplejersker, som kan honorere kravene i fremtidens sundhedsvæsen.

Ledelsen og de uddannelsesansvarlige har en fælles opgave i kontinuerligt at opfylde Sundhedsstyrelsen bekendtgørelse om specialuddannelsen og samtidigt tilpasse uddannel-

### Boks 1. Nøglebegreber i anæstesisygeplejers funktionsområde

- Kommunikation
- Teamsamarbejde
- Koordinering
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Ressourceprioritering

Kilde: Bekendtgørelse om specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje (1).

sen til afdelingernes drift, som er under konstant forandring. På samme tid skal udvikling, planlægning og evaluering af specialuddannelsen nationalt, regionalt og lokalt sikre, at kursisternes læringsmiljø og trivsel understøttes bedst muligt.

På Anæstesiafdelingen, Sydvestjysk Sygehus, stillede vi os spørgsmålene: Findes der nogle personlige ressourcer, som gør bestemte ansøgere særligt velegnede til at uddanne sig til og fungere som anæstesisygeplejersker? Hvordan finder vi i givet fald de ansøgere, som besidder disse personlige ressourcer? Kan vi på uddannelsesstederne kvalificere ansættelsesproceduren, så de mest motiverede og kvalificerede ansøgere optages på specialuddannelsen?

Det mener vi, at der er gode muligheder for.

### Vægt på ikke-tekniske færdigheder

På den baggrund besluttede Anæstesiafdelingen på Sydvestjysk Sygehus for fire år siden at ansætte kursister og dermed kommende kolleger med fokus på ikke-tekniske færdigheder. Vi har forladt den

traditionelle tanke om, at kursisterne på forhånd skal besidde lang og bred erfaring i den tekniske del af sygeplejen. I stedet lægger vi vægt på kompetencer i ikke-tekniske færdigheder, når vi udvælger kursister i ansøgerfeltet.

Baggrunden for at se de ikke-tekniske færdigheder som personlige ressourcer skal findes i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om specialuddannelsen fra 2018 (1). Her ekspliciteres anæstesisygeplejens funktionsområde med nøglebegreberne i Boks 1 side 63.

Vi ønsker at sætte fokus på disse nøgleord for personlige kompetencer, når vi ansætter sygeplejersker til at betjene fremtidens anæstesiafdelinger.

### Metode

Et spørgsmål satte rammen for arbejdet: Hvilke særlige kvalifikationer og kompetencer er vigtige for specialuddannelsen?

Som nævnt i indledningen har Sundhedsstyrelsen fastlagt de ikke-tekniske områder, hvor en anæstesisygeplejerske skal have solide kompetencer. I specialuddannelsen for anæstesiologisk sygepleje defineres de ikke-tekniske færdigheder mere konkret i fire kategorier (2). Kategorierne gør det ikke-tekniske felt operationelt. Det blev indenfor disse fire kategorier, vi ønskede at vurdere ansøgernes kompetencer, se Boks 2.

### Ansøgere testes i tre lokaler

Metodisk støttede vi os til Multiple-Mini-Interview (3), hvor ansøgeren interviewes på et antal stationer med nye interviewere hvert sted.

Ansættelsesudvalget udvælger i fællesskab 7-8 ansøgere, som modtager brev med information om interviewformen. Ansøgerne kommer

### Boks 3. Eksempel på en case

#### 1. del.

Du er sygeplejerske på en medicinsk afdeling. Da du deler aftenmedicin rundt, finder du en af de ældre patienter ukontaktbar. Hvordan reagerer du på situationen?

- Prøv at vurdere dit eget kompetenceniveau i denne situation
- Hvilken sparring og ressourcer har du brug for?
- Hvordan forestiller du dig situationen kan udvikle sig?

#### 2. del.

Patienten er kredsløbsstabil og trækker vejret selv, så han sendes til CTC-scanning. Denne undersøgelse viser en stor blødning i hjernen. Neurokirurgerne tilbyder ikke operativ behandling til patienten. Patienten skal altså foreløbig forblive i afdelingen.

- Du skal nu ringe til familien og bede dem komme ind på sygehuset.
- Hvad vil du sige til dem?
- Hvordan vurderer du eget kompetenceniveau og din rolle i situationen?

#### 3. del

Da familien er kommet, er der en samtale mellem dem, den medicinske vagthavende og dig. Medicinsk vagthavende er etnisk iraker og dansk-sprogligt usikker. En af patientens døtre ønsker, at alt skal gøres for at redde hendes far.

- Beskriv dine forestillinger om, hvilke temaer denne samtale kan indeholde.
- Hvilke reaktioner forestiller du dig, familien kan have?
- Hvordan forestiller du dig din rolle i samtalen?

(Prøv at forestille dig kommunikation med familien om temaet genoplivning ved hjertestop?)

### Boks 2. De fire ikke-tekniske kategorier for anæstesisygeplejen

- Situationsbevidsthed
- Beslutningstagning
- Opgaveløsning
- Teamwork

Kilde: NANTS-håndbogen (2). (Nurse Anaesthetists' Non-technical skills).

igennem tre stationer (lokaler med indbyrdes afstand) med to-tre interviewere hvert sted. Alle interviewere er anæstesisygeplejersker med enten ledelses- eller pædagogiske kompetencer, desuden deltager tillidsrepræsentanten. Ledelsen er repræsenteret ved afdelingssygeplejersken. De pædagogiske kompetencer udgøres af de kliniske vejledere og den uddannelsesansvarlige anæstesisygeplejerske, i alt 6-7 personer.

På dagen bruger ansøgerne 20 minutter på hver station, hvor de scores efter et skema, dvs. 60 minutter hver i alt. De indkaldes med 20 minutters interval og bevæger sig gennem stationerne på en kontorgang uden at møde hinanden.

På den første station gennemgår ansøgeren et mere traditionelt interview, som sigter på at afklare motivation og studiekompetencer. På stationen findes en interviewguide at styre efter. Ansøgeren vælger et foto fra en samling på bordet som afsæt for sin præsentation. Efter interviewet bruger interviewerne fem minutter på at score ansøgeren efter et skema med parametre på motivation og studiekompetencer.

### Ikke-tekniske færdigheder i fokus

Ved de to næste stationer tester vi de fire kategorier af ikke-tekniske færdigheder, to på hver station.

Station 2 tester situationsbevidsthed og beslutningstagning. Station 3 tester opgaveløsning og teamwork. Kategorierne operationaliseres ved hjælp af cases. Casene indeholder situationer, som ansøgerne kender fra job eller privatliv, og giver ansøgeren mulighed for at vise kompetencer i netop de ikke-tekniske færdigheder. Casene er skabt af de kli-



niske vejledere, da de har erfaring med at bedømme og udvikle ikke-tekniske færdigheder hos kursisterne i hverdagen. Casene fornys hvert år inden de kommende interview, se Boks 3.

Stationens case præsenteres skriftligt for ansøgeren med tekstkort i rækkefølge som storyline. Hvert tekstkort inde-

holder en ny del af casen, som løbende danner grundlag for samtalen på stationen. Efter interviewet bruger stationen fem minutter på at pointscore ansøgeren efter et skema med præcise parametre, som knytter sig til kategorierne.

Når alle ansøgere har været igennem alle stationer, samles interviewerne. Ansøgernes samlede score tælles sammen, der diskuteres og vurderes, og slutteligt træffes der en beslutning i plenum om, hvem der skal tilbydes uddannelsesstilling. Vi vælger ansøgere, som scorer højt på både det traditionelle interview om studiekompetencer og på cases.

På sidste station udleverer interviewerne et spørgeskema til ansøgeren med henblik på at evaluere ansættelsesproceduren. Det omfatter fire spørgsmål inspireret af Kirkpatrick-modellens trin 1 (4). Ansøgeren udfylder spørgeskemaet hjemme og sender det retur inden 14 dage.

### Stor tilfredshed med metoden

31 ansøgere har været igennem ansættelsesmetoden over en periode på fire år. Heraf er ti efterfølgende blevet tilbudt uddannelsesstilling. 26 spørgeskemaer er udfyldt, hvilket giver en svarprocent på 83,9, se Tabel 1.

Spørgeskemaets resultater viser en klar overvægt af positive oplevelser med ansættelsesformen. Ansøgerne viser signifikant tilfredshed med metodens muligheder for at vise kompetencer i denne type ansættelsesinterview.

### Ingen frafald i fire år

Fundene i undersøgelsen af ansøgernes oplevelser med interviewformen er sam-



## Ansøgerne kommer igennem tre stationer med to-tre interviewere hvert sted.

menlignelige med resultaterne fra en britiske artikel (3), hvor man fandt generel høj tilfredshed med ansættelsesformen.

Et andet vigtigt resultat udenfor spørgeskemaet er, at der i en fireårig periode ikke har været frafald fra specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske på Sydvestjysk Sygehus. Det kan tyde på, at ansættelsesmetoden er valid til at forudsige ansøgernes studiekompetencer og personlige ressourcer til at uddanne sig til og fungere som anæstesisygeplejerske.

Et mindre målbart, men meget væsentligt resultat af ansættelsesmetoden er kompetenceudvikling. De ikke-tekniske færdigheder i anæstesisygeplejen er et ekspliciteret fokuspunkt fra Sundhedsstyrelsen, både i uddannelsen og i den daglige kliniske praksis. Den

**Tabel 1.** Spørgeskema til ansøgere om ansættelsesinterviewet

Spørgsmål	Antal	Svar
1. Følte du dig tilstrækkeligt informeret om interviewformen inden selve dagen?	22	Svarede ja.
	2	Ønskede at kende casene på forhånd.
	2	Var usikre på ansættelsesformen.
2. Gav casene dig mulighed for at vise dine kompetencer?	20	Svarede ja og mente, at casene gav stor frihed til at vise allround kompetencer og interpersonelle kompetencer. Nogle mente, at man følte sig mindre afhørt i casene end ved traditionelt interview. En mente, at det var fint at have cases både fra sygehus og fra det virkelige liv.
	4	Svarede, at de var i tvivl, delvist.
	2	Svarede, at casene gav stor usikkerhed. En mente, at det var tvivlsomt, om man fik vist alle sine kompetencer gennem casene.
3. Var casene på et passende kompetenceniveau for dig?	19	Svarede, at niveauet var passende.
	4	Svarede, at niveauet var for lavt og ikke tilstrækkeligt fokuseret på akut sygepleje.
	3	Havde følt sig meget udfordrede af casene.
4. I forhold til et traditionelt ansættelsesinterview, hvordan bedømmer du mulighederne for at vise dine kompetencer i denne type interview?	24	Svarede, at mulighederne var meget større og langt bedre. Her nævnte ansøgerne blandt andet en behagelig interviewform, mere ro og tid til at vise sine kompetencer, dejligt at fokus flyttes fra personen til casen, gode muligheder for at vise sin personlighed. At det var bedre at tale om cases end at "sælge sig selv" i et standardinterview. At det var rart at skifte station og "viske tavlen ren" med nye interviewere.
	2	Svarede, at de følte sig meget nervøse ved casene.

anvendte ansættelsesform bruger begreberne fra de ikke-tekniske færdigheder på en struktureret måde. Hele ansættelsesudvalget øver sig i at bruge kategorierne fra de ikke-tekniske færdigheder.

Arbejdet med de ikke-tekniske færdigheder som udgangspunkt for ansættelser har også skabt sammenhæng og fælles ståsted på tværs i afdelingen, da ansættelsesudvalget består af både ledere og afdelingens uddannelsessteam. Denne sammenhængskraft er nødvendig for at udvikle begreber og sprog for de ikke-tekniske færdigheder i den kliniske praksis, hvor kontinuerlig fokus og udvikling af ikke-tekniske færdigheder kan og bør være en del af de færdiguddannede anæstesisygeplejerskers kliniske praksis. ●



**Et vigtigt resultat udenfor spørgeskemaet er, at der i en fireårig periode ikke har været frafald fra specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske på Sydvestjysk Sygehus.**



**Debat!**

*Hvordan eksperimenterer I med ansættelsessamtaler, når I skal ansætte en ny kollega?*

*Hvilke erfaringer har I med, at nyansatte kolleger rejser igen inden for kort tid?*

*Hvordan kan I anvende metoden fra artiklen på jeres arbejdsplads?*

#### Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelse om specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje. København: Sundhedsstyrelsen; 2017. Tilgængelig via: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=188728> 2. Dansk Institut for Medicinsk Simulation. N-ANTS håndbog (Nurse Anaesthetists' Non-Technical Skills). 2013. 3. Gale TCE, Roberts MJ, Sice PJ et al. Predictive validity of a selection centre testing non-technical skills for recruitment to training in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 2010;105(5):603-9. 4. Kirkpatrick D, Kirkpatrick J. Evaluating training programs. The four levels. Third ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers inc; 2008.

# MPG

## MASTER I OFFENTLIG LEDELSE // MASTER OF PUBLIC GOVERNANCE

- OFFENTLIG LEDELSE SKABER VÆRDI

**MPG-uddannelsen er en problem-  
og projektbaseret masteruddannelse  
målrettet offentlige ledere.**

”



MPG-uddannelsen har givet mig et bredt netværk. Jeg har fået indblik i mange forskellige organisationer. Det har blandt andet givet mig en erkendelse af, at ledelsesudfordringerne er meget ens, selvom organisationerne er forskellige.

**ANNETTE SECHER**

Ældre- og Sundhedschef, Aalborg Kommune  
og MPG-dimittend



**AALBORG UNIVERSITET**

MASTER OF PUBLIC GOVERNANCE  
WWW.MPG.AAU.DK

## Færre Magtanvendelser med Durewall Metoden

Durewall Metoden er en arbejdsmetodik, der er særligt udviklet til sundheds- og plejepersonale.

Fokus ligger på aktivt at skabe et miljø, hvor trygheden er i top for både personale og borgere.

Og det gør metoden ved at fokusere på:

- Konfliktforebyggelse
- Konfliktnedtrapping
- Konflikthåndtering (Nænsom Nødværge)

### Få egen instruktør - og uddan selv kolleger og personale i Durewall Metoden

Ved at uddanne egen *in-house* instruktør opnår I kompetencerne til selv at uddanne hele personalegruppen, og pro-aktivt arbejde med at mindske antallet af magtanvendelser.

Læs mere på [www.durewall.dk](http://www.durewall.dk)

## Kontakt os gerne for yderligere information omkring vores metode.

 Instruktøruddannelse  
Vejlederkursus  
Temadage  
Workshops



 **26 20 31 03**

 **[kursus@durewall.dk](mailto:kursus@durewall.dk)**



**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](http://dsr.dk/manuskriptvejledning).



**ANETTE KIRKEGAARD**

Sygeplejerske 1983, SD 2014, MKS 2017. Specialeansvarlig operations-sygeplejerske, Bedøvelse og Operation, Hjerne- og Rygkirurgi, Aarhus Universitetshospital.

[anekirk@rm.dk](mailto:anekirk@rm.dk)

*Tak til Bodil Bjørnshave Noe, sygeplejerske, cand.scient.san., ph.d., Hospitalsenheden Vest, for vejledning og sparring under udarbejdelse af Masterprojektet, til Jannick Brennum, Centerdirektør, dr.med., MHM, Rigshospitalet, for at facilitere projektet, og til Leanne Langhorn, klinisk sygeplejespecialist, cand. cur., ph.d., Operation og Intensiv Nord/Aarhus Universitetshospital for sparring og vejledning til at skrive artiklen.*

# Hjerneoperation hos en vågen patient

Når en patient opereres i hjernen i vågen tilstand, skal operationssygeplejen tilpasses situationen og mange små detaljer være tænkt igennem.

## RESUME

Ved en hjerneoperation er det kirurgens hensigt at opnå en maksimal bortskæring af hjernetumoren, så risikoen for en permanent neurologisk skade mindskes hos patienten. Hvis tumoren er beliggende i tilslutning til områder i hjernen, som har betydning for sproget og dermed for patientens livskvalitet, vil en hjerneoperation, hvor patienten er vågen, kunne tilbydes. Hvis patienten sover under operationen, stiger risikoen for varig beskadigelse af vitale områder af

hjernen og efterfølgende dårligere livskvalitet hos patienten.

Formålet med artiklen er at kvalificere og tydeliggøre operationssygeplejen til patienten, som får udført en hjerneoperation i vågen tilstand. Derfor blev der gennemført en kvalitativ, semistruktureret interviewundersøgelse, hvor fem patienter blev inkluderet.

Resultater fra undersøgelsen peger på, at patientens fokus ikke er at være vågen under en hjerneoperation, men mere at have en hjernetumor, og hvad

det vil få af konsekvenser på længere sigt. Tankerne er hos familien og i håbet om overlevelse.

Derudover tilkendegiver patienterne, at de har en stor tillid til de sundhedsprofessionelle – især neurokirurgen og neuropsykologen. Operationssygeplejersken bliver ikke omtalt som værende en central aktør, men patienterne er bevidste om, at sygeplejerskerne er en sundhedsprofession, som er en vigtig medspiller i operationsteamet.

**Hvad betyder det at blive opereret i hjernen og samtidig være vågen?**  
Umiddelbart kunne det tænkes, at det ville være en svær beslutning for en patient at give sit samtykke til denne form for behandling. Men patientens tanker er ikke primært centreret om selve indgrebet. Fokus er derimod rettet imod et ønske om overlevelse, et meningsfuldt liv og et fortsat hverdagsliv sammen med familien. Desuden fortæller patienterne, at de har tillid til de sundhedsprofessionelle under den vågne hjerneoperation. Patienters oplevelser og deres fortællinger understøtter den professionelle og erfaringsbaserede operationssygepleje til de vågne hjerneoperationer, så sygeplejersker kan bidrage med faglig ekspertise under disse operationer.

### Fem patientfortællinger

Med henblik på at belyse patienternes oplevelser blev der foretaget semistrukturerede interview med fem patienter, som havde gennemgået en hjerneoperation i vågen tilstand.

De beskrev, hvilke tanker og oplevelser, der opstod i relation til deres sygdomsforløb, den vågne hjerneoperation, familien og interaktionen med de sundhedsprofessionelle. De udvalgte patienter var forskellige mht. køn, alder, sygdomsvarighed og operationstype. Denne heterogenitet øgede troværdigheden, når antallet af patienter i undersøgelsen ikke var større, se Tabel 1 side 70.

### Metode

Med afsæt i en interviewguide blev det semistrukturerede, kvalitative interview anvendt som dataindsamlingsmetode med fokus på de tanker og oplevelser, som patienterne finder væsentlige i relation til at få udført en hjerneoperation, mens de er vågne.

Fem patienter i alderen fra 20-60 år blev interviewet. Patienterne blev rekrutteret via den neurokirurg, som udførte operationerne, idet den vågne hjerneoperation på undersøgelsestidspunktet ikke var opstartet i interviewers afdeling, og en anden afdeling blev derfor inddraget.

## Gør det ondt?

**Smertes i** forbindelse med den vågne hjerneoperation kan være relateret til den første del af operationen, hvor patientens hoved fikses til en hovedholder med fire skruer, samt til den del, hvor kraniet åbnes, for at give kirurgen adgang til at fjerne tumoren. Derudover kan hudincisionen være forbundet med smerte (12).

Patienterne tilbydes at blive anæsteseret til første del af operationen, men har mulighed for at fravælge dette. To af patienterne fra undersøgelsen ønskede ikke nogen form for anæstesi – kun lokalanæstesi.

I løbet af operationen har operationsteamet meget fokus på, om patienten har smerter. Patienten kan give udtryk for dette, men opmærksomhed fra f.eks. operationssygeplejersken er en vigtig del af operationssygeplejen. Patienten kan opleve smerter i operationsfeltet, men en ubehagelig lejring kan også være forbundet med smerter og ubehag.

I forhold til undersøgelsen nævnte patienterne ikke smerter som et problem; fokus var centreret omkring andre emner.

**Tabel 1.** Demografisk oversigt over de inkluderede patienter

Køn	Alder	Sygdomsvarighed	Operationstype
Kvinde	20-30	1 år	Sove-vågen-vågen
Kvinde	50-60	12 år	Vågen-vågen-vågen
Mand	20-30	1 år	Sove-vågen-vågen
Mand	40-50	11/2 år	Vågen-vågen-vågen
Mand	50-60	1 år	Sove-vågen-vågen x 2

Det betyder, at interviewer ikke har haft indflydelse på inklusions- og eksklusionskriterier.

To af deltagerne var vågne under hele hjerneoperationen, de resterende tre var anæsteteret i indledningsfasen, men vågne under sidste del af operationen.

Deltagerne er sikret anonymitet, og interviewene er baseret på tillid og respekt imellem interviewer og deltager. Interviewene er optaget elektronisk og transskriberet ordret. F.eks. blev patienterne spurgt, hvad de bemærkede, da de kom til operationsstuen. Desuden skulle de beskrive, hvordan de oplevede at være vågne og indgå i et intenst samarbejde med neurokirurgen og neuropsykologen under operationen.

De fundne data er analyseret ud fra den franske filosof Paul Ricoeurs metodologi, som har en fænomenologisk/hermeneutisk tilgang til de oplevede fænomener. Patienternes fortællinger er valgt som empiri, fordi fortidens oplevelser, erfaringer og forventninger er indeholdt i fortællingen (6), hvilket blev tydeligt under interviewet.

Før interviewene fik patienterne både skriftlig og mundtlig information om undersøgelsens formål, og de underskrev en samtykkeerklæring.

Der er efterfølgende foretaget en opdateret, systematisk litteratursøgning i databaserne: PubMed, Cinahl, SweMed, Psycinfo og Scopus med henblik på at afsøge, om der er publiceret nye artikler i relation til emnet. Der blev ikke fundet nogen, hvilket bekræfter den begrænsede forskning og litteratur på området.

#### Hvorfor være vågen og ikke helbedøvet?

Intrakranielle operationer, hvor patienten er vågen under hele eller dele af operationen, er en operationsteknik, som har været anvendt siden 1950'erne (1). Vågne hjerneoperationer (se Boks 2)

bliver anvendt inden for neurokirurgien i forbindelse med hjernetumorkirurgi og Deep Brain Stimulation (DBS), sidstnævnte til patienter med Parkinsonisme.

Ifølge cancerregisterets statistikker diagnosticeres i Danmark ca. 1.500 hjernetumorer om året. Den danske befolkning bliver ældre, hvorfor incidensen af hjernetumorer vil fortsætte med at stige (2). Årsagen til stigningen er i de fleste tilfælde ukendt, men de højteknologiske redskaber i form af MR-scanning er blevet mere udviklet, så hjernevævet bedre kan visualiseres optimalt, hvilket giver en mere

præcis og sikker registrering (2), som kan medvirke til, at en hjernetumor diagnosticeres hurtigere end tidligere.

Formålet med den vågne hjerneoperation er at muliggøre en maksimal resektion af hjernetumoren med samtidig kontrol af sprog og kognitive funktioner, som ikke kan overvåges, hvis patienten sover. Det betyder mindre risiko for varig



**Vigtige opmærksomhedspunkter kan f.eks. være, at patienten ikke fryser, har en behagelig, korrekt lejring og får fjernet ørepropperne, inden selve tumor-fjernelsen starter.**

## Boks 2. Definitioner

**Vågen hjerneoperation:** Operationstype, hvor patienten kan være anæstetiseret eller vågen under første del af operationen, men vækkes under selve tumorfjernelsen, så denne kan foregå i et tæt samarbejde imellem patienten, neuropsykologen og kirurgen.

**Brain Mapping:** En teknik i den perioperative fase af operationen, hvor der foretages en kortlægning (mapping) i hjernen af funktionelle områder som sprog, syn og motorik.

**Eloquent område:** Områder i hjernen, som varetager funktioner, der har betydning for patientens livskvalitet. F.eks. sprog, syn og motorik.

**Sove-vågen-vågen:** Operationstype, hvor patienten indledningsvis bliver anæstetiseret, men vækkes når neurokirurgen påbegynder tumorfjernelsen. Et koncentreret og fokuseret samarbejde imellem neurokirurgen, neuropsykologen og patienten indledes. Når tumor er fjernet, kan patienten vælge imellem fortsat at være vågen eller blive anæstetiseret under sidste del af operationen.

**Neurokirurg:** Kirurg, som har en specialisteret viden relateret til sygdomme i hjernen.  
**Neuropsykolog:** Psykolog, som har en specialisteret viden i at teste hjernens funktioner samt i, hvordan hjernens funktioner afspejles i tanker, følelser og handlinger.

beskadigelse af vitale områder af hjernen og efterfølgende bedre livskvalitet hos patienten (3,4).

Under operationen anvendes en intraoperativ brain mapping-teknik af de eloquente områder i hjernen. En teknik, hvor patienten koopererer med neurokirurgen og neuropsykologen om at kortlægge de vitale områder i hjernen. Teknikken indebærer en direkte elektrofysiologisk stimulation på cortex. Det betyder, at neurokirurgen kan manøvrere uden om de neuroområder, der skal bevares, og fjerne de neuroområder, som ikke har nogen neurofunktion (2).

### Målgruppen til vågen hjerneoperation

Der er ingen konsensus med hensyn til indikationerne for at vælge den vågne hjerneoperation, men operationsmetoden anbefales til patienter, hvor hjernetumoren er beliggende tæt på eloquente områder i hjernen som sprog, syn og motorik. Udvælgelsen af patienter, som kandiderer til en vågen hjerneoperation, foretages af neurokirurgen og neuropsykologen. Desuden skal patienterne præoperativt gennemgå forskellige test, der skal belyse, om de kan medvirke til en vågen hjerneoperation, test som også anvendes under operationen (4).

På undersøgelsestidspunktet blev der i Danmark i København opereret ca. 60-70 patienter på årsbasis. Målet er således at optimere disse operationer, fordi den vågne hjerneoperation er skånsom og giver mulighed for en mere præcis resektion af tumor, hvilket resulterer i færre kognitive senfølger hos patienten (4).

Hver operation er en ny situation, derfor er det væsentligt, at neurokirurgen og neuropsykologen informerer patienten om, hvad det betyder at være vågen, og aftaler, hvor meget patienten ønsker at være involveret. Patienterne vil profitere af disse samtaler før operationen, fordi både emotionelle og faktuelle spørgsmål bliver gennemdiskuteret (4).

### Patienternes tanker og oplevelser

Patienterne blev bedt om at fortælle om deres oplevelser i forbindelse med den vågne hjerneoperation, hvor de startede med tiden inden operationen. Dette stemmer overens med Paul Ricoeurs tanke om at skabe sammenhæng mellem oplevelser i fortiden, nutiden og fremtiden (6).

Patienterne fortalte, at oplevelsen af at være vågen i den peroperative fase ikke var omdrejningspunktet. Det var mere bevidstheden om at have en hjernetumor, og hvad det ville få af konsekvenser på længere sigt.

### Fem temaer blev analyseret

Fra analysen af de fem semistrukturerede, kvalitative interview trådte nedenstående fem temaer frem:

- At få diagnosen en hjernetumor, det første tegn
- Familiens betydning
- Tilliden til de sundhedsprofessionelle
- Den vågne hjerneoperation og operationssygeplejerskens adfærd
- Kampen for overlevelse

Temaerne følger en tidslinje, fra patienterne får diagnosen hjernetumor, og familien bliver inddraget, efterfulgt af operationen/efterbehandlingerne, herunder kontakten til de sundhedsprofessionelle, samt tanken og håbet



om at kunne overleve. Tidslinjen danner udgangspunkt for overskrifterne i det følgende.

### *Diagnosen hjernetumor, det første tegn*

Patienterne fortæller, at det var voldsomt at få diagnosen hjernetumor, fordi det er en alvorlig sygdom. En hjernetumor kan debutere på forskellig vis, hvorfor patienternes reaktionsmønstre også er forskellige. Symptomerne fra en hjernetumor kan blive fejltolket, hvorfor det handler om lydhørhed over for de oplevelser, som patienterne beskriver. Nogle oplever det som en lettelse og et vendepunkt at få en diagnose, fordi det giver en forklaring på, hvorfor de igennem længere tid har haft symptomer af ukendt karakter. Som en patient sagde:

”Det var faktisk meget rart at få bekræftet, at der var noget galt.”

En hjernetumor er hos mange mennesker forbundet med tanken om kræft, som sammenkædes med døden, hvilket også var tilfældet hos en af patienterne:

”Når man tænker på, at man har en tumor i hjernen, så er det kræft, og det kan du dø af.”

### *Familiens betydning*

I interviewsituationen bliver familien nævnt helt uopfordret, hvilket viser, at familien spiller en stor rolle, når alvorlig sygdom opstår. Det kan betyde, at en hel familie bliver ramt af sygdommen (7), hvilket også blev beskrevet af patienterne.

”Jeg tror faktisk, at det er hårdest for min familie.”

”Det værste var at se de nærmeste være kedede af det ... det tog enormt hårdt på min familie.”

De to citater viser, hvad patienterne bemærker i forhold til deres familie. Det gør ondt hos patienterne at se deres nærmeste være påvirket af situationen; de føler, de skal have overskud til at være den stærke. F.eks. oplevede en patient at skulle skabe lidt ro omkring situationen, hvilket kan betyde, at den angst, de spekulationer og de bekymringer, som opstår i forbindelse med alvorlig sygdom, sløres uden at blive italesat for at beskytte familien (7).

### *Tilliden til de sundhedsprofessionelle*

At være vågen og blive opereret i hjernen er som udgangspunkt ikke det, der optager patienterne mest. De fem patienter fortæller hver deres historie om at være vågen til tumorfjernelsen.

”Det at være vågen under operationen, det bekymrede mig ikke rigtigt. Det var selvfølgelig en speciel tanke, men det var ikke rigtigt noget, jeg lagde vægt på.”

”Det er ligesom at være hos tandlægen. Det der med at du kan høre, at de gør noget, men du kan ikke som sådan mærke det.”

”Jeg kunne høre, at kirurgen skrattede oppe i min hjerne, og da det begyndte at larme, var det som at blive boret x 100, sådan at ligge og blive spændt fast. Hvis det er det, som skal til, så gør jeg det igen.”

”... Jeg havde ingen smerter. Jeg vil sige det sådan, det er ikke noget, jeg er bange for. Det eneste ubehagelige var, da de satte de der titaniumstifter i, og så blev man lige svitset lidt.”

”... men det var ikke noget, som gjorde ondt, de var flinke til at fortælle hver gang, det beroligede. Man får noget smertestillende først, man får lige noget beroligende, og så går de ellers lige så stille og roligt i gang.”

Oplevelserne er ikke enslydende hos de fem patienter. De oplever ubehag i situationen, men de ville gøre det igen. De er bevidste om, at det er den optimale

behandling i deres situation. Desuden havde de stor tillid til neurokirurgen og neuropsykologen, hvilket tyder på, at de er velforberedte og informerede om, hvad de kan forvente i løbet af den vågne hjerneoperation.

Neuropsykologen sidder ved siden af patienten under selve tumorfjernelsen og har fokus på, hvordan patienten agerer på de stimuli, neurokirurgen inducerer. Samspejlet med patienten er intenst og koncentreret.

Under den del af operationen skal operationssygeplejersken i samråd med anæsthesisygeplejersken være opmærksom på, hvordan patientens mimik er.

Er patienten smertepåvirket, ængstelig, varm/kold eller utryk? Nogle patienter kan i dialogen med neuropsykologen italesætte, hvordan de har det, andre patienter oplever det mindre betydningsfuldt. Operationssygeplejersken vil ud fra sin viden og erfaring kunne agere, så de basale behov bliver opfyldt. Patienterne skal mærke operationssygeplejerskens nærvær. En patient beskrev den betydning, det havde:

”Det betyder meget at blive berørt, så de utallige gange, der var en, der lagde en hånd på mig, både før, under og efter operationen betød meget. Det er helt vildt, så meget det betyder, bare sådan en hånd.”

En berøring uden tale vil give patienten fornemmelsen af tilstedeværelse – af ikke at være alene.

### *Den vågne hjerneoperation – operationssygeplejerskens adfærd*

Operationssygeplejerskens tilstedeværelse bliver ikke italesat og tydeliggjort i interviewene, hvilket ikke er overraskende, eftersom muligheden for en direkte patientkontakt i forbindelse med den vågne kranieoperation er begrænset. Patienterne er klar over, at der er et operationsteam, men de har fokus på neurokirurgen og neuropsykologen, fordi det er de to personer, som de



via de indledende samtaler har fået et nært og tillidsfuldt forhold til. Her er kunsten for operationssygeplejersken at træde et skridt tilbage og alligevel være nærværende.

”Dem, jeg er mest fokuseret på, er neuropsykologen og kirurgen. Vi havde en god kemi, vi tre. Jeg kan godt huske, at der stod en masse omkring mig, men dem, som står omkring mig, de passer på mig.”

”Mit fokus var neuropsykologen og kirurgen, de andre, jeg vidste, at de ikke ville komme til at følge mig, jeg vidste ikke, hvorfor de var der, de ville assistere personen, som var primus motor i det her.”

Citaterne understreger hvilke personer, som har fået en status hos patienten under den vågne hjerneoperation. Patienterne overgiver sig og lægger livet i de to personers hænder med håbet om at blive rask. Operationssygeplejersken bliver ikke omtalt specifikt, men mere som del af et operationsteam, hvilket er forventeligt, da patienten ikke får mulighed for nær kontakt til sygeplejersken i det sundhedsprofessionelle team.

Operationssygeplejersken er således en aktør, som assisterer og passer på, men har desuden kompetencerne til at udvise omsorg, empati og skabe overblik.

### *Kampen for overlevelse*

Kampen for at overleve og have et hverdagsliv med familien var kendetegnende hos alle deltagerne.

”Jeg gider ikke diskutere, om det er kartofler eller pasta, vi skal have til maden. Jeg har fået en hjerneoperation.

Jeg skal leve det liv, jeg har, for jeg ved ikke, hvornår det slutter, og jeg har været tættere på, at det sluttede, end nogen anden.”

Citatet viser, at håndtering af bagateller ændrer sig efter en hjerneoperation.

Det samme gør håbet og troen på overlevelse.

”Det nytter ikke noget at lukke det inde i en skal, men være positiv og tro på det. Så længe der er håb, synes jeg, man skal gå efter det.”

Mennesker, som har fået diagnosticeret en alvorlig sygdom, nærer håbet og troen på overlevelse, hvilket forstærkes af den tillid, som bliver udvist fra neuropsykologens og kirurgens side. De tillidsfulde relationer kan give patienterne håb, være terapeutisk helende og give mod på at kæmpe videre for livet (8).

### **Operationssygeplejersker kan blive synlige**

På operationsafdelingen modtages patienten af operationsteamet. Patienten har tidligere mødt og haft de indledende samtaler med neurokirurgen og neuropsykologen, hvorimod operationssygeplejersken ikke har haft mulighed for at møde patienten.

En patient fortæller:

”Og da jeg vågner, kan jeg se operationssygeplejersker rundt omkring mig, hov, det var de samme, som da jeg kom ind.”

Det er betydningsfuldt, at operationssygeple-



## **Patientfortællingerne kan medvirke til, at operationssygeplejersken reflekterer over sin operationssygepleje til patienter, som får udført en hjerneoperation, mens de er vågne.**

ersken præsenterer sig for patienten ved ankomsten til operationsstuen, så patienten ser sygeplejerskens ansigt. Det kan være overvældende for patienten at blive vækket i uvante omgivelser og derudover møde ukendte personer. Der kan opstå situationer under operationen, hvor operationssygeplejersken skal udføre sygepleje tæt på patienten, hvorfor det er vigtigt, at patienten har set sygeplejersken inden operationen.

En professionsforsker taler om tavs viden, som ikke kan tilegnes på en skolestisk og eksplicit vis, men tilegnes i praksis (9), hvilket understøttes til en vågen kraniotomi. Operationssygeplejersken kan forholde sig tilbagetrukket i rummet, udvise en stille og rolig adfærd med en bevidsthed om, hvad denne operation betyder for patienten. Patienten skal fornemme, at der er kontrol over situationen. Operationssygeplejersken gør brug af sine sanser og er lydhør over for dialogen imellem patienten, neurokirurgen og neuropsykologen.

Operationssygeplejersken bør være opmærksom på den angst og nervøsitet, som kan plage patienten. Det kan være unge patienter, hvor sociale bekymringer som forpligtelser over for familie, børn og arbejde er tilstede.

Desuden tages hensyn til patientens synsfelt. Der må ikke stå apparatur eller lignende, som kan give unødigt støj og forstyrre patienten. Patienten skal kunne se og mærke, hvad der sker i rummet.

Operationssygeplejersken skal have overblik, være systematisk og nærværende. Vigtige observationer hos operationssygeplejersken kan f.eks. være, at patienten ikke fryser, har en behagelig, korrekt lejrning og får fjernet ørepropperne, inden tumorfjernelsen starter.

### **Kommunikation og relation er nøglebegreber**

Den relationelle koordinering tager afsæt i to grundlæggende dimensioner: kommuni-

kation og relation (10,11), som er to nøglebegreber under en vågen hjerneoperation. Der vil være fokus på en situation med patienten i centrum, hvor alle professioner kommunikerer og agerer, så patienten oplever en professionel og tillidsfuld behandling. Det ses fra interviewers afdeling, hvor de forskellige sundhedsprofessioner, som deltager til en vågen hjerneoperation, er afhængige af hinanden. Den professionelle og erfarne operationssygeplejerske er øvet i at håndtere og mestre en operationssygepleje, som de øvrige professioner ikke er uddannet til at varetage.

#### Patienten har brug for en omsorgsfuld operationssygeplejerske

Gennem patientfortællingerne bliver det tydeligt, at patienten har brug for en opmærksom, allestedsnærværende og omsorgsfuld operationssygeplejerske under operationen. Der er ikke kun tale om en usynlig og instrumentel sygepleje, men om en sygepleje, hvor sygeplejersken i høj grad anvender sit sygeplejefaglige skøn. Skønnet er ikke stationært, men foranderligt, fordi det bliver tilpasset den enkelte patient i situationen på en omsorgsfuld måde (13). Skønnet er begrundet i den viden, indsigt og forståelse, som findes hos en erfarne operationssygeplejerske (13). ●



**Muligvis bliver vågen hjerneoperation foretrukket i fremtiden, det ses f.eks. i egen praksis, hvor antallet af disse operationer gradvist er blevet øget.**



*Diskutér, hvorfor operationssygeplejen er usynlig under denne type operation.*

*Diskutér, hvorfor patienterne kan have gavn af at vide, hvem operationssygeplejersken er, og hvordan hun arbejder?*

*Diskutér, hvilken rolle operationssygeplejersken kan have efter operationen?*

#### Referencer

1. Bajunaid, KM, Ajlan AM. A patient's perspective. *Neurosciences* 2015; Vol.20(3). 2. Juhler M, Brennum J. Nervesystemets tumorer. In: Paulson OB, Gjeris F, Sørensen PS. *Klinisk neurologi og neurokirurgi*. København: FADL'S Forlag 2015. 3. Howie E, Bambrough J, Karabatsou K and Fox J. RE Patient experience of awake craniotomy: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology* 2016, Vol. 21(11). 4. Blom H. Vågen under hjerneoperation. *Sygeplejersken* 2005;(21):38-9. 5. Høstrup H. Livet med en ondartet sygdom. In: Red: Graubæk A-M. *Patientologi*. København: Gads forlag; 2013. 6. Dreyer P. Fortællingen. In: Red: Graubæk, A-M. *Patientologi*. København: Gads forlag; 2013. 7. Forup L, Jakobsen C, Bøje T, Delmar C, Kristensen DD, Møller M, Sønder H, Pedersen BD. "Det er værst for familien" - i livet med en kronisk lidelse In: *Tidsskrift for Sygeplejeforskning* 2007;(1). 8. Angel S. Kampen for at komme videre i livet. In: Red: Graubæk, A-M. *Patientologi*. København: Gads Forlag 2013. 9. Wackerhausen B & S. Tavs viden, pædagogik og praksis. I: *På sporet af praksis - Antologi* (1999). <http://static.uvm.dk/Publikationer/1999/prakspor/4.htm> Besøgt d. 04.05.19 10. Holtzmann JS. Relationel koordinering øger kvaliteten *Sygeplejersken* 2011; (6): 48. 11. Gittell JH. Effektivitet i sundhedsvæsenet - samarbejde, fleksibilitet kvalitet. København: Munksgaard 2012. 12. Andersen JK, Olsen KS. Anaesthesia for awake craniotomy is safe and well-tolerate. *Danish Medical Bulletin* 2010 57/10. 13. Scheel ME. *Interaktionel sygeplejerskepraksis* København: Munksgaard 2016.



# Klinisk skønner eller PEWS'er?

Børn og unge kan observeres bedre, og systematiske målinger af vitale værdier vil koblet med klinisk skøn øge patientsikkerheden.



**CLAUS SIXTUS JENSEN**, RN, MHSc(Nurs), Ph.d., postdoc, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, Health, og Center for Akutforskning, Aarhus Universitetshospital

Ella var seks uger, da hun blev indlagt med RS-virus på en børne- og ungeafdeling sammen med sin mor. Her blev hun behandlet og fik det bedre, men under indlæggelsen blev Ella tiltagende dårlig og måtte akut overflyttes til intensivafdelingen, hvor hun lå i tre dage. Forud for overflytningen var der registreret meget få observationer af Ellas kliniske tilstand i journalen.

Ellas historie er et tænkt eksempel, men desværre ikke usædvanligt. Pålidelig identifikation af kritisk sygdom eller forværring hos hospitalsindlagte børn har været både den hellige gral og akilleshælen igennem længere tid i pædiatrisk praksis. Det er velkendt, at børn og unge, som kræver intensiv pleje eller dør, ofte viser tegn på fysiologiske ændringer og adfærdsforstyrrelser før kritisk event som hjertestop eller overflytning til intensiv afdeling.

For at øge patientsikkerheden og forebygge historier som Ellas har man igennem mange år arbejdet med at implementere systemer for tidlig opsporing af kritisk sygdom, også kaldet Paediatric Early Warning Systems (PEWS). Men har systemerne haft den ønskede effekt, og kan de stå alene?

Implementering af PEWS har ikke løst alle problemer, og der er stadig børn, som oplever akut, kritisk forværring, der kunne være undgået.

Når vi ved, at basale sygeplejeobservationer spiller en afgørende rolle for patienterne, kan det undre, at der findes talrige eksempler, hvor der ikke er målt eller registreret vitale parametre, eller hvor man ikke handler rettidigt på afvigende observationer. Har fokus på systematisk måling af vitale værdier været forfejlet? Eller har personalets kliniske skøn ikke været godt nok?

”Enten er man en klinisk skønner, eller også er man en PEWS'er,” fortæller en sygeplejerske i et af mine studier, når hun beskriver forholdet mellem at anvende sit kliniske skøn og at arbejde systematisk med basale sygeplejeobservationer. Netop denne opsplitning er måske nøglen til, at der ikke bliver arbejdet systematisk med observationerne.

Når personalet bliver låst i arbejdet med deres observationer, finder de andre (uhensigtsmæssige) måder at anvende deres kliniske skøn på. Flere studier viser, at der ser ud til at være en udpræget cifferpræference, når det drejer sig om respirationsfrekvens og puls. Der er således unormalt mange patienter, som har respirationsfrekvens eller en puls, som ligger lige før, der sker et pointskifte i early warning scores til både børn og voksne patienter. Plejepersonalet forsøger på denne måde at få mulighed for at bruge deres kliniske skøn, men at registrere en anden værdi end den, man har observeret inde ved patienten, er ikke optimalt.

Hvad vil der ske, hvis en fremtidig PEWS tillod større grad af klinisk vurdering? Det ville formentlig kunne imødekomme nogle af de udfordringer, vi fandt ved det eksisterende PEWS i min forskning. Hvis de målte vitalværdier suppleres med sygeplejerskernes kliniske vurdering og mulighed for at inddrage patienten eller de pårørende, kan man måske optimere patientsikkerheden.

En sådan videreudvikling af PEWS er netop, hvad min forskning bringer i fremtiden. ●

# DRILLER MAVEN?



Bestil vareprøver på [www.biodanepharma.com](http://www.biodanepharma.com)

SylliFlor® er et sprødt fiberdrys af loppefrøskaller (Psyllium husks), der er nemt at spise på daglig basis for at opnå en regelmæssig fordøjelse.

