

Patientperspektiv

Referenceprogram for patienter med hoftebrud, 2008.

Kirsten Rud

Projektleder, sygeplejerske SD,DLS

Enhed for Perioperativ Sygepleje

Rigshospitalet – Panum 3341

Blegdamsvej 9, 2100 Ø

krud@rh.regionh.dk

Heidi Næsted Stuhaug

Sygeplejef, MSH

Kysthospitalet, Skodsborg

Skodsborg Strandvej 125 A

2642 Skodsborg

heidi@kysthospitalet.dk

Indikatorer:

Procesindikator

Andel af patienter der i samarbejde med patient/ familie og primærsektor får udarbejdet plan for genoptræning

Resultatindikator

Andel af patienter der i forbindelse med indlæggelsen oplever anerkendelse i forhold til samtale om faldtraumet.

Patientens perspektiv i relation til et hoftebrud

I erkendelse af at både lægpersonens oplevelse af sygdom og den professionelle behandlers opfattelse af sygdom og behandling, der bygger på eksplicit viden, indgår i begrebet evidensbaseret praksis, er det nødvendigt med anerkendelse af begge perspektiver. Dette fordrer en balance mellem det faglige perspektiv og det individuelle lægmandsperspektiv, der er det levede liv og rækker ud over den tid, mennesket er patient (1).

Et vellykket – og evidensbaseret - behandlings- og rehabiliteringsforløb forudsætter inddragelse af og samarbejde ud fra patientens perspektiv. Det vil sige ud fra en forståelse for den lidelse og det brud i det hidtidige hverdagsliv, som den enkelte patient oplever i forbindelse med bruddet, operationen og funktionsnedsættelsen (2).

Det faglige perspektiv tager afsæt i rehabilitering af patienten, og udgangspunktet for en optimal rekonvalescens af patienten er baseret på patientens tidligere fysiske, psykiske og sociale niveau. Målet for den fysiske pleje og behandling af den enkelte patient er at genvinde det tidligere funktionsniveau eventuelt ved brug af midlertidige eller permanente hjælpemidler.

Inddragelse af den enkelte patientens perspektiv tager afsæt i det enkelte menneske og dets livsværdier, kultur og ressourcer. Patientens perspektiv drejer sig generelt om lidelsen ved sygdom, herunder sygdommens betydning for identitet, integritet og hverdagsliv (3,4).

Patientperspektivet kan inddrages på flere niveauer og ad flere veje (4). Et niveau er forsknings- og udviklingsbaseret viden dokumenteret i artikler mv. (ekstern evidens). Et andet niveau er patientundersøgelser på hospitals- og afdelingsniveau. Et tredje niveau er det konkrete møde og samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Der findes forskellige forslag til, hvordan samarbejdet på det tredje niveau kan gribes an; i publikationen "Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet" (5), gives anbefalinger til, hvordan man kan sikre kommunikation, medinddragelse og kontinuitet.

I de følgende anbefalinger for inddragelse af patientens perspektiv, er der taget udgangspunkt i en systematisk litteratursøgning, "Patientens møde med sundhedsvæsenet, De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet", understøttet af udsagn fra patienter fra fokusgruppeinterview udført primo 2007 på Hvidovre Hospital, Hoftefraktureenheten (6).

Bruddet i livet

Patienter som pådrager sig et knoglebrud, har været udsat for en så traumatisk oplevelse, at de ofte ikke kan rumme andet end bearbejdelsen af den faldepisode, som har ført til hospitalsindlæggelsen. Patienterne oplever, at de står alene og uforberedte overfor en psykisk reaktion, som ikke vinder opmærksomhed fra hverken læger eller plejepersonale. De efterlades alene med bekymringer og usikkerhed om arbejdssituation, mobilitet og autonomi og for nogle ender bekymringerne i en reel eksistentiel krise. For mange træder de psykiske

konsekvenser først rigtigt frem efter udskrivelsen, når de skal forsøge at genoptage deres vante liv, men i stedet konfronteres med en hverdag fyldt med forhindringer (7).

"Jeg kunne jo næsten ikke røre mig i starten – det har nok været et chok for mig... For i det tilfælde her, der er det som om, det brud har ødelagt mit liv.... Jeg har haft hjemmehjælp fra kommunen, men den har jeg sagt fra, for jeg synes ikke, at jeg vil lade dem bestemme, hvordan her skal være" (76 årig mand)(7).

"Psykisk har det gjort rigtigt meget – jeg synes, at det [knoglebruddet] har påvirket mig, altså jeg synes faktisk, at jeg er kommet ud i en stor krise ved ikke at kunne bruge min krop, som jeg plejer, og jeg føler mig afhængig og er blevet meget indelukket...." (51 årig kvinde)(7).

Ofte er der tale om et "brud i livet", når en faldulykke og det efterfølgende knoglebrud bringer kaos og uorden med sig og det liv som patienten havde troet, at de skulle leve, bliver afbrudt og erstattet af usikkerhed og angst for det fortsatte liv. Den pågældende undersøgelse peger på, at patienter ikke vil være i stand til at forholde sig til information givet tæt på faldeepisoden. Ved i stedet at give patienten mulighed for at fortælle sin historie, sættes der ord på begivenheder, som hidtil har været uforståelige, hvilket medvirker til en erkendelsesrejse, hvor patienten bliver i stand til at rette opmærksomheden mod genoptræning og rehabilitering⁷. Et engelsk studie identificerer ligeledes i en fænomenologisk undersøgelse fire overordnede temaer i patienternes fortællinger: Ulykken/faldeepisoden, smerteoplevelsen, recovery-oplevelsen, og erkendelsen af at have et liv med begrænsninger. Undersøgelsen konkluderer, at bevidsthed om, hvor i processen patienten er, vil gøre det nemmere og mere relevant at planlægge en pleje med realistiske mål rettet mod den enkelte patient (8).

Patientens fysiske formåen efter hoftebrud

En undersøgelse viser, at kun 25% angiver at komme tilbage til samme funktionsniveau som før bruddet. De funktionsfremmende faktorer der beskrives i studiet er, at patienterne har en positiv attitude overfor andre og er parat til at modtage hjælp (9). Fra operationstidspunktet og op til 4 måneder efter operationen har patienter angivet mobilitet, personlig pleje aktivitet, reduceret mobile aktiviteter og gang i forbindelse med transport, som de største problemer. Hvorimod det er mindre betydningsfuldt for patienten, om de skal have hjælp til husholdning og tilberedning af måltider (10).

I et fokusgruppeinterview udført blandt udskrevne patienter opereret for hoftefraktur¹¹ var patienterne tydeligt mest optagede af tiden efter udskrivelsen, af tanker om hvorvidt de kommer til at gå godt igen, og om hvordan de får deres hverdag til at fungere igen

"Jeg vil sige, for mit vedkommende der tænker jeg mest på, hvordan jeg kommer rigtigt i gang, så jeg kan komme af sted, jeg savner min bridge, og jeg kan ikke komme derhen, og sådan noget det irriterer mig simpelt hen (...)fordi jeg er så gammel, som jeg er, så kan det jo ikke nytte noget for pokker, jeg skal i gang nu, ja, jeg ved jo ikke, hvor lang tid jeg har tilbage." (6 p.19)

Selve indlæggelsen fylder kun lidt og omtales mest i overordnede vendinger, som:

"Jeg har heller ikke noget imod den indlæggelse, og jeg synes sådan set, den gik meget hurtigt" (6 p.20)

Afhængighed efter hoftebrud

Mange ældre bliver afhængige af andre personer efter et hoftefraktur, hvilket har en negativ indvirkning på livskvaliteten. Uafhængigheden er en vigtig faktor for patienterne. Mindre end halvdelen af patienter i en undersøgelse er tilfredse med livskvaliteten efter udskrivelse, specielt begrænsningerne for patientens formåen har en negativ indflydelse (12).

Patienterne giver stærkt udtryk for, at de var meget afhængige af deres pårørende i tiden efter udskrivelsen for at kunne klare sig i hverdagen.

" (...) fordi jeg er så heldig, at jeg har mine børn og børnebørn, for ellers ved jeg da ikke, hvordan – det har jo meget at sige." (6 p.20)

"Og så er det jo, så bliver man jo ligesom tvangsindlagt til at sidde derhjemme, hvis ikke børnene kommer og henter en i deres bil" (6 p.20)

Plejen i relation til patientens behov

Den pleje som der tilbydes er ikke i alle tilfælde det som patienten har behov for, *mismatch care* svarer til 24 %. Patienterne ønsker bedre kommunikation og større inddragelse af familien i beslutningerne (13).

Dette behov understreges også i førnævnte fokusgruppeinterview, hvor patienterne beskrev informationen under indlæggelsen som god, men mangelfuld ved udskrivelsen:

"(..) man får jo ikke ret meget at vide, når man bliver udskrevet sådan et sted som her. Altså når man bliver udskrevet fra et hospital, så får man jo egentlig ikke rigtig noget at vide, man får egentlig heller ikke rigtig at vide, hvad man må, eller hvad man ikke må, det synes jeg har været lidt dårligt" (6 p.18)

Flere af patienterne giver udtryk for, at de oplevede udskrivelsen som meget forjaget:

"Hvis jeg skal sige noget, så var det den måde, jeg hovedkulds kom ud af hospitalet, den var lidt hovedkuls. Fordi der kom pludselig en, jeg havde godt nok fået besked på, at jeg skulle hjem den dag, og jeg havde pakket mine ting, men vi sad og spiste, og så pludselig så kommer der en fra sådan en handicapvogn og siger: "Nu skal du hjem, det er der ikke tid til, se nu at komme af sted", og jeg fik hverken sagt farvel til den ene eller den anden, det var bare ud af klappen, og det gik stærkt. Det vil jeg indrømme, det virkede lidt frustrerende" (6 p. 46)

Skismaet opstår i det spændingsfelt, når patienten ønsker deltagelse / indflydelse og behandleren har svært ved at afgive kontrol, magt og dele viden. Behandler - patient samarbejdet etableres i en relation og en aktiv proces, der involverer patienten i kliniske og dagligdags aktiviteter og beslutningsprocesser, der vedrører deres sundhed og velvære. Målet for samarbejdet er, at patienten klarer at leve med sygdom i dagligdagen. Hospitalsindlagte, der selv bidrager i forskellige beslutninger, oplever større tilfredshed med pleje og behandling, større følelse af kontrol, mindre sårbarhed og hurtigere rekonvalescens (14).

Anbefalinger

At hjælpe patienten til at bearbejde faldepisode og italesætte bekymringer om mobilitet, autonomi, arbejdssituation etc. (D)

Patienter vil ofte ikke være i stand til at forholde sig til information givet tæt på faldeepisoden. Ved at give patienten mulighed for at fortælle om fald, tanker og bekymringer, sættes der ord på begivenheder, som hidtil har været uforståelige, hvilket medvirker til en erkendelsesproces, hvor patienten bliver i stand til at rette opmærksomheden mod genoptræning og rehabilitering.

At inddrage patientens værdier, holdninger og tankegang (D)

Patientens værdier, holdninger, tanker i forbindelse med pleje og behandling medvirker til at patienten føler sig anerkendt. Dette kan gøres ved at motivere patienten til at tale om livet før bruddet og inddrage patientens ressourcer, reflektere sammen med patienten – lytte til

hvordan patienten i andre sammenhænge tager beslutninger og takler uforudsete begivenheder.

At samarbejde med patienten i den daglige behandling og pleje (D)

For at kunne indgå i et samarbejde med behandlerteamet bør patienten have tilstrækkelig viden om pleje og behandlingsforløbet. Ved at tage udgangspunkt i patientens liv før bruddet kan motivationen for patienten være håbet om genoptagelse af både aktiviteter, socialt samvær og egen omsorg i forbindelse med ADL. Samt ved at bibringe patienten viden om de muligheder der kan understøtte patienten i at vende tilbage og få en god hverdag.

At samarbejde med patienten ved udskrivelsen (D)

For at medvirke til udarbejdelse af planen / målet for det videre forløb skal det give mening og være håndterbart for patienten. Dette kan gøres ved at inddrage patienten i målet for genoptræning og samarbejdet med primærsektor ved patientens egen læge, hjemmesygeplejerske og evt. genoptrænings muligheder i lokale Sundhedscentre. Som eksempel på håndterbarheden for patienten kan patientens mål (delmål) for genoptræning beskrives som en proces der påbegyndes under indlæggelsen og fortsætter efter udskrivelse.

Reference

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
2. Rehabiliteringsforum Danmark: Rehabilitering I Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Marselisborgscentret 2004.
3. Lupton, D: *Medicine as Culture. Illness, disease and the body in western societies.* London: SAGE publications Ltd. 1994.
4. Timm H. Patienten i centrum? Brugerundersøgelser, lægperspektiver og kvalitetsudvikling. Institut for Sundhedsvæsen. DSI rapport 97.06.1997.
5. Patientens møde med sundhedsvæsenet De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. Århus amt, kvalitetsafdelingen 2003.
6. Hansen G, Rud K, Jensen PS. Fokusgruppeinterview med hoftefrakturpatienter, Hvidovre Hospital. Enhed for Perioperativ Sygepleje 2007.
7. Stuhauge HN., Skøre knogler Hårde konsekvenser – et speciale om patienters oplevelse af forebyggelsesprogrammet , Fracture Discharge Program. Institut for Antropologi, Københavns universitet 2006.(D)
8. Archibald G. Patients' experiences of hip fracture. *J Adv Nurs* 2003;44:385-392.(D)

9. Robinson SB. Transitions in the lives of elderly women who have sustained hip fractures. *J Adv Nurs* 1999;30:1341-1348.(D)
10. Van Balen R, Essink-Bot ML, Steyerberg EW, Cools HJM, Habbema J. Quality of life after hip fracture: a comparison of four health status measures in 208 patients. *Disability rehab* 2003;25:507-519.(D)
11. Rasmussen S, Kristensen B, Foldager S, Myhrmann L, Kehlet H. Accelereret operationsforløb efter hoftefraktur. *Ugeskr Læger* 2003;165:29-33.(B)
12. Sirkka M, Brandholm I_B. Consequences of a hip Fracture in Activity Performance and life Satisfaction in a Elderly Swedish Clientele. *Scand J Occup Ther* 2003;10:34-39.(D)
13. Slauenwhite CA, Simpson P. Patient and family perspectives on early discharge and care of the older adult undergoing fractured hip rehabilitation. *Ortopedic Nurs* 1998;17:30-36.(D)
14. Grum MN. Sygeplejerskernes samarbejde med ældre patienter i genoptræningsforløb efter hoftebrud - en litteraturbaseret udredning af begrebet samarbejde og undersøgelse af guidet egen-beslutning som samarbejdsmetode. Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 2006.(D)