

Introduktion til kliniske vejledninger for sygepleje ved accelererede operationsforløb

af Kirsten Rud, Dorthe Hjort Jakobsen og Ingrid Egerod

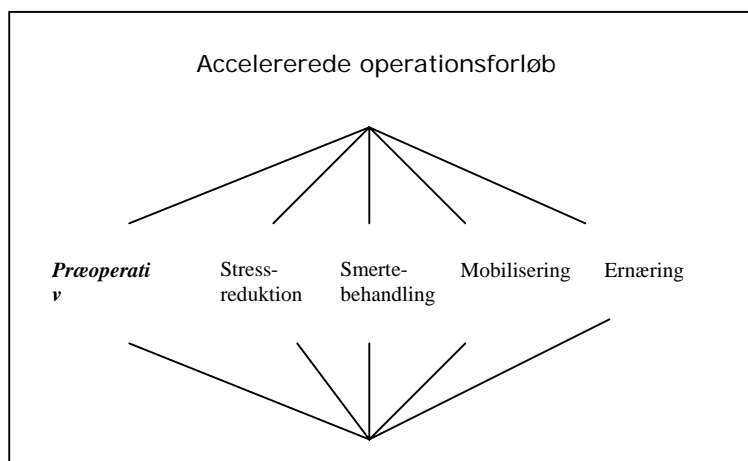


Dato 01.01.2009

Enhed for Perioperativ Sygepleje har i samarbejde med sygeplejersker fra hele landet udviklet kliniske vejledninger for sygeplejen til forskellige typer accelererede operationsforløb. Vejledningerne er udarbejdet i henhold til AGREE-instrumentet, som er en ramme for bedømmelse af kvaliteten af kliniske vejledninger og referenceprogrammer (www.agreecollaboration.org). Kliniske vejledninger giver specifikke anbefalinger for den enkelte operationstype i den perioperative periode ud fra formulerede kliniske spørgsmål. I det følgende præsenteres referencerammen for de kliniske vejledninger, som bygger på principperne for accelererede operationsforløb og evidensbaseret praksis.

Accelererede operationsforløb

Accelererede operationsforløb er betegnelsen for en multifaktordel intervention med henblik at reducere patientens komplikationsrisiko og rekonvalescens. Interventionen gennemføres af et tværfagligt team bestående af patienten, anæstesiologen, kirurgen og den kirurgiske sygeplejerske. Der lægges op til at patienten deltager aktivt i processen. Kirurgiske indgreb og sengeleje øger risikoen for komplikationer, herunder tab af muskelmasse og sårinfektioner. Immobilitet har en negativ virkning på kredsløbet, hjertet og lungefunktionen. Et nedsat immunforsvar øger yderligere risikoen for lunge- og urinvejsinfektioner. Accelererede operationsforløb, illustreret i figur 1, består af en behandlingspakke, hvor de primære fokusområder for sygeplejen er: information og dialogbaseret undervisning, effektiv smertebehandling, ernæringstilskud og tidlig mobilisering (1,2)



Figur 1. Hovedområderne i accelererede operationsforløb

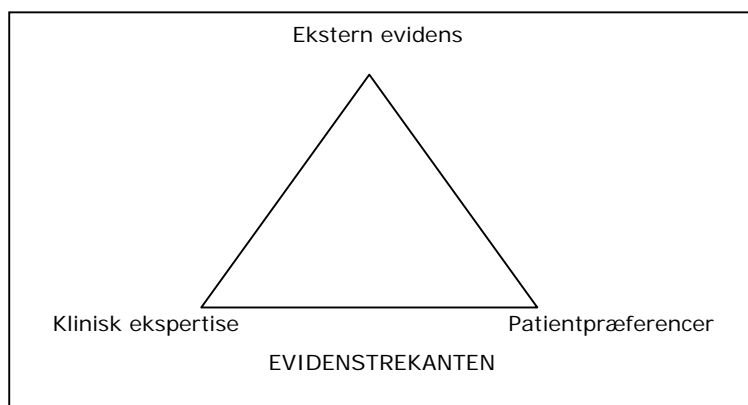
Sygeplejen understøttes af den kliniske vejledning for den perioperative periode. Det kræver professionalisme at kunne tilgodese det enkelte menneske uden at gå på kompromis med behandlingsregimet. Det kræver dialog, forståelse og fleksibilitet at samarbejde med forskellige typer af patienter – men dette er i virkeligheden sygeplejens kerne. Det accelererede operationsforløb kræver professionel grundlæggende sygepleje.

Evidensbaseret praksis

Evidensbaseret praksis forudsætter, at der udarbejdes et klinisk spørgsmål med en velafgrænset klinisk problemstilling, der kan besvares ved hjælp af videnskabelig litteratur, og som inddrager (I) en patientkategori/problem, (II) en intervention og evt. en konkurrerende intervention og (III) et forventet resultat (3). Det overordnede kliniske spørgsmål for de accelererede forløb er:

Kan en standardiseret sygeplejeintervention i forbindelse med accelererede operationsforløb reducere patientens komplikationer i den perioperative periode?

Evidensbaseret praksis defineres i denne sammenhæng på samme måde som evidensbaseret medicin: »Evidensbaseret medicin er samvittighedsfuld, eksplicit, velovervejet anvendelse af den bedste foreliggende evidens i beslutningstagning om behandlingen af individuelle patienter. At praktisere evidensbaseret medicin er at integrere individuel klinisk ekspertise med den bedste tilgængelige eksterne evidens fra systematisk forskning« (4). Denne definition lægger op til at sygeplejersken skal integrere den bedst tilgængelige viden, som fremgår af den kliniske vejledning, med den individuelle patients præferencer. Grundkomponenterne i evidensbaseret praksis er illustreret i figur 2.



Figur 2. Grundkomponenterne i evidensbaseret praksis

Ekstern evidens er forskningsbaseret viden, og patientpræferencer repræsenterer patientens valg, værdier og vilkår. Klinisk ekspertise henviser til fagpersoners videns- og erfaringsbaserede vurdering og handlemuligheder.

Udarbejdelse af kliniske vejledninger

De kliniske vejledninger er udarbejdet på baggrund af litteraturstudier og konsensusbeslutninger blandt sygeplejersker. Formålet med at anvende kliniske vejledninger er at kvalitetsforbedre de accelererede operationsforløb, der ofte resulterer i kortere indlæggelser og samfundsøkonomiske besparelser.

Forud for udarbejdelse af de kliniske vejledninger afholdes en workshop med repræsentation af sygeplejersker fra det respektive speciale fra hele landet. Workshopen indledes med korte indlæg fra bl.a. kirurger, anæstesiologer, sygeplejersker, og fysioterapeuter; alle eksperter inden for deres område, dernæst er der diskussion med udgangspunkt i oplæggene og sygeplejerskernes viden og erfaring. Patientperspektivet medinddrages via litteratur, rapporter og fokusgruppeinterview i forbindelse med implementering af operationsforløbene.

Sygeplejersker og bibliotekar i enheden søger litteratur inden for området. Kriterierne for de studier der er anvendt har relevans for den kirurgiske sygepleje, hvor hovedområderne information, ernæring, smertebehandling, mobilisering og rekonvalescens indgår, samt studier med patienter der har gennemgået accelererede operationsforløb.

Anbefalingerne i de kliniske vejledninger er overvejende konsensusbeslutninger (*). Der hvor videnskabelig evidens understøtter anbefalingerne er referencerne angivet. De kliniske vejledninger skal opfattes som et vejledende beslutningsredskab for praksis i den perioperative periode.

Den perioperative periode defineres fra det tidspunkt hvor patienten har givet tilsagn til operation til patienten har afsluttet indlæggelse og rekonvalescens. Tiden fra tilsagn om operation til indlæggelse betegnes som forberedelsesperioden. Indlæggelsesperioden deles op i præoperativ, peroperativ og postoperativ, hvor dagen inden operationen er -1, operationsdagen er 0 og de postoperative dage er 1, 2 og 3, etc. Perioden efter udskrivelsen og 30 dage frem betegnes som rekonvalescensperioden.

De kliniske vejledninger er sammenskrevet af *Enhed for Perioperativ Sygepleje* i samarbejde med kliniske eksperter og har været sendt til høring to gange, således at alle afdelinger på landsplan har haft mulighed for, at medvirke med kommentarer og rettelser.

Patientperspektivet

Medinddragelse af patienten i accelererede operationsforløb tager sigte på at forberede patienten på behandlingsforløbet i gensidig dialog, sikre at patienten opnår viden om forløbet, samt at patienten deltager aktivt i egen rehabilitering (i det omfang det er muligt). Følgende spørgsmål søges besvaret i det videre arbejde med kliniske vejledninger.

Opnår patienten viden om operationsforløbet ved dialogbaseret undervisning?

Det tilstræbes at patienten får viden om behandlingskonceptet, herunder formålet med postoperativ smertebehandling, ernæring og mobilisering. Endvidere informeres om tipsperspektivet i forhold til rekonvalescensperioden. Patienter informeres både skriftligt og mundtligt inden operationen med opfølgning under hele processen.

Deltager patienten aktivt i egen rehabilitering?

Aktiv deltagelse i egen rehabilitering kan komme til udtryk på flere måder, bl.a. via dialog med behandlingsteamet, hvor patienten medvirker ved beslutningsprocesserne, samt at patienten viser initiativ eller vilje til deltagelse i egen rehabilitering i det postoperative forløb.

Sygeplejerskens rolle er at støtte sundhedsfremme og reducere risikoadfærd (5,6). Sygeplejerskens viden, holdning, sikkerhed, personlig attitude og evne til nærvær overfor patienten og i opgavevaretagelsen har angstdæmpende betydning for patienten, samtidig med at patienten opnår en følelse af at være unik (7,8,9).

Sygeplejerskens møde med patienten

Sygeplejeinterventionen tager udgangspunkt i en velovervejet og bevidst strategi for information og dialogbaseret undervisning, hvor målet med interaktionen er at hjælpe patienten til at vælge de helbredsrelaterede værdier der kan realiseres i den kliniske situation. Ved den præoperative samtale skal patienten og sygeplejersken udveksle indbyrdes forventninger til hinanden, så fælles aftaler kan finde sted. Patienten skal være opmærksom på anbefalinger vedrørende motion og ernæring og bør på dette tidspunkt kunne sige til, hvis programmet af en eller anden grund skal justeres. Fx hvis patienten ikke plejer at spise morgenmad, kan man indgå en aftale om at dette måltid springes over, mens det overordnede

mål for proteinindtagelse alligevel overholdes. Allerede ved den præoperative information bør planlægning af udskrivelse indledes sammen med patienten (10).

Grundlinjen i evidensstrekanten (figur 2) viser modsætningen mellem det professionelle perspektiv (klinisk ekspertise) og det patientens perspektiv (patientpræferencer). De to perspektiver kan forenes ved dialog (figur 3). Dette kan illustreres ved fire modeller for kommunikation (11): (I) Den **paternalistiske model**, hvor sygeplejersken træffer beslutningerne for patienten, (II) den **fortolkende model**, hvor sygeplejersken tyder patientens ønsker og inddrage disse i beslutningen, (III) den **reflekterende model**, hvor sygeplejersken kritisk diskuterer patientens ønsker med patienten, men hvor patienten selv træffer beslutningerne, og (IV) den **informative model** (forbrugermodellen), hvor sygeplejersken informerer patienten, som så selv træffer beslutningerne.

Klinisk ekspertise		Patientpræferencer	
←		→	
Paternalisme		Autonomi	
Paternalistisk model	Fortolkende model	Reflekterende model	Informative model
Sygeplejersken som autoritet, handler med eller uden informeret samtykke, risiko for overgreb	Sygeplejersken som konsulent, beslutter for patienten	Sygeplejersken som mentor, støtte patienten i beslutningsprocessen	Sygeplejersken som sælger, patienten som forbruger, risiko for omsorgssvigt

Figur 3. Beslutningskontinuum mellem klinisk ekspertise og patientpræferencer

Sundhedsvæsnets bevægelse sig i retning mod større autonomi for patienterne, samtidig med at anvendelsen af kliniske vejledninger lægger op til øget paternalisme. Et paradoks der ikke let lader sig løse, men det er vigtigt at være opmærksom på fænomenet. En alt for nidkær efterlevelse af kliniske vejledninger kan føre til frustration hos patienter, der ikke føler sig anerkendt, mens en ligegyldig anvendelse af anbefalingerne kan anses som omsorgssvigt.

Referencer – Sygepleje ved accelererede operationsforløb

1. Kehlet H. Accelererede operationsforløb. En faglig og administrativ udfordring. Ugeskrift for læger 2001;163:420-4.
2. Hjort D, Hallin M, Kehlet H. Nye plejepprincipper efter kolonkirurgi ? Sygeplejersken 1999;46:36-39.
3. Andersen IB, Matzen P (red.). Evidensbaseret medicin. København: Gads Forlag; 2005:23-30.
4. 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.
5. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment. three decades of research. A comprehensive review. J Pharm Ther, 2001;26:331-342.
6. Jensen TK, Johansen TJ(2000). sundhedsfremme i teori og praksis. En lære, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser, 1. udgave.
7. Mitchell M. Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. J Clin Nurs 2003;12:806-815.
8. Rudolfsson G, Ringsberg K. Post I. A source of strength – nurses' perspectives of the perioperative dialogue. J Nurs Management, 2003;11:250-257.

9. Rudolfsson G, Hallberg L, Ringsberg K, Post I. The nurses has time for me: The perioperative dialogue from the perspective of patients. *J Adv Periop Care*,2003; 3: 77-73.
10. Hjort Jakobsen D, Sonne E, Kehlet H. Velinformerede patienter i accelererede forløb. *Sygeplejersken* 2004;19: 36-38.
11. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 1992;267: 2221-6.