

Anæstesisygeplejesymposium

Rigshospitalet, 2015



Abstract i forbindelse med mundtligt indlæg og poster den 12. november 2015

Abstrakt för posterpresentation

Symposium för anestesi sjuksköterskor 2015-11-12

Barns perspektiv på faktorer som påverkar deras möjligheter till delaktighet i perioperativ vård

The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care.

© 2015 John Wiley & Sons Ltd Journal of Clinical Nursing, doi: 10.1111/jocn.12911 Journal of Clinical Nursing

Bakgrund: Alla barn har rättighet att vara delaktiga i beslut som rör dem och har rätt att få framföra sina synpunkter efter sin förmåga (United Nations (UN) 1989). Att låta barn bli involverade i sin perioperativvård kan göra stor skillnad för deras välbefinnande (Runeson et al. 2001, Buckley & Savage 2010, Coyne & Gallagher 2011, Vatne et al. 2012). Delaktighet gör att rädsla och oro minskar och leder till en mer positiv upplevelse för barnen (ibid) När sjukvårdspersonal tar hänsyn till barns synvinkel och underlättar för dem att bli delaktiga i sin vård ökar kvaliteten på vården (Shier 2001).

Syfte:

Att beskriva erfarenheten av delaktighet i perioperativvård hos 8-11 år gamla barn.

Metodik: Tillstånd att genomföra studien inhämtades från Regionala etikprövningsnämnden vid Lunds universitet. Studien genomfördes 2013 och har en beskrivande kvalitativ design med induktiv ansats. Tio barn med erfarenhet av perioperativvård intervjuades enskilt eller parvis efter information till vårdandshavare och barn samt inhämtande av samtycke från vårdnadshavare, muntligen och skriftligen. Kvalitativ innehållsanalys valdes för att beskriva variationerna skillnader och likheter i barns erfarenheter av perioperativvård (Elo & Kyngäs 2007).

Resultat: Resultatet visar att förberedande information, information om postoperativ vård och önskan om mer detaljerad information är viktigt för barns delaktighet. Samspelet med hälso- och sjukvårdspersonalen som att bli lyssnad till, vara en del i beslut och känsla av trygghet har betydelse för barns del i beslutsfattande. Dålig anpassning av väntrum och andra lokaler utifrån barns behov i kombination med brist på distraktionsmöjligheter vid väntan är exempel på hur miljön på operationsavdelningen påverkar barns erfarenhet av delaktighet.

Konklusion: Barns delaktighet i den anestesiologiska omvårdnaden bör utvecklas utifrån barns perspektiv. Ansträngningar bör göras speciellt för att utveckla sjuksköterskans informationsstrategier för att främja barns upplevelser av delaktighet, exempelvis genom att erbjuda preoperativa besök. Att minska väntetider, anpassa vårdmiljön och erbjuda meningsfulla distraktionsmöjligheter är viktiga faktorer. Det är dessutom värdefullt att specialistsjuksköterska i anestesi har kunskap om vikten av att arbeta utifrån barns perspektiv. För framtida utveckling av barns delaktighet i anestesiologisk omvårdnad behövs ökad kunskap om föräldrars perspektiv, då de har en betydelsefull uppgift att stödja sitt barn i anestesituationen.

Relevans för Specialistsjuksköterska anestesi

Denna studie ger kunskap om hur barns möjligheter till delaktighet kan förbättras och utvecklas i pediatrik perioperativ vård. Specialistsjuksköterska anestesi behöver förvärva kunskap och utveckla strategier för preoperativa besök och information till barn preoperativt. Likaväl behöver väntetider minskas och miljöer skapas med meningsfulla skräddarsydda distraktionsmöjligheter för barn i perioperativvård.

Referenser

- Buckley A & Savage E (2010) Preoperative information needs of children undergoing tonsillectomy. *Journal of Clinical Nursing* 19, 2879–2887.
- Coyne I & Gallagher P (2011) Participation in communication and decision making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing* 20, 2334 – 2342.
- Elo S & Kyngäs H (2007) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 107–115
- Runeson I, Enskäar K, Elander G & Hermeren G (2001) Professionals' perceptions of children's participation in decision making in healthcare. *Journal of Clinical Nursing* 10, 70–78.
- Shier H (2001) Pathways to participation: openings, opportunities and obligations. A new model for enhancing children's participation in decision making in line with article 12.1 of the United Nations convention on the rights of the child. *Children & Society* 15, 107–117.
- United Nations (UN) (1989) Child convention, Artikel: 12 (Convention on the Rights of the Child, Article: 12). Available at: <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx> (accessed 5 June 2015).
- Vatne TM, Ruland CM, Örnäs K & Finset A (2012) Children's expressions of negative emotions and adult's responses during routine cardiac consultations. *Journal of Pediatric Psychology* 37, 232–240.
- Carina Sjöberg Specialistsjuksköterska anestesi. Hallands sjukhus Halmstad Sverige Doktorand Högskolan Halmstad sektionen för hälsa och välfärd.
- Forskargrupp "Hälsoinnovation för barns psykiska hälsa" Högskolan Halmstad Sverige
- Carina.sjoberg@regionhalland.se



Abstract for posterpræsentation

Anæsthesisygeplejerske Mette Eskesen, Rigshospitalet

På Thoraxanæstesiologisk afdeling bedøves ca 300 børn årligt. Børnene bliver intravenøst eller maske-Sevoflurane induceret. Maskevalget kan være aftalt ved præmedicineringen, men kan også være et valg, hvis perifer venekateteranlæggelse ikke lykkes. Internationale studier har fundet, at omkring 60-65% børn udviste angst i forbindelse med anæstesi og operation. Maskeangst var et af angstelementerne. Vi har i afdelingen set grædende, skrigende og angste børn ved anæstesi-maskeinduktion. Anæstesipersonalet har alle oplevet og tolket maskeinduktionsproblemet forskelligt, men omfanget er ukendt.

Overordnet formål: At teste en metode til reduktion af maskeangst hos børn i forbindelse med anæstesi i Thoraxanæstesiologisk afdeling.

Delmål:

A: At belyse omfanget af maskeangst hos børn i forbindelse med anæstesi i Thoraxanæstesiologisk afdeling

B: At afprøve metoden til reduktion af maskeangst hos børn i forbindelse med anæstesi i Thoraxanæstesiologisk afdeling.

Metode: Kontrolleret undersøgelse med præ- og posttest. I prætesten blev inkluderet 9 børn i alderen 2-12 år. Den dansk validerede modified Yale Preoperative Anxiety Scale (m-YPAS) blev anvendt til angstscoring af børnene. Projektansvarlig var certificeret som rater. Børnene blev ratet tre gange: 1) Modtagelsen 2) Ankomst på operationsstue 3) Maskepræsentationen. Data er opgjort kvantitativt.

Resultater: 3 børn (33%) scorede højest og næsthøjest på m-YPAS ved maskepræsentationen. Deres angstniveau var gradvist stigende fra modtagelsen -> ankomst på stuen -> maskepræsentationen. De øvrige børns scorer lå i laveste eller næstlaveste kategori.

Konklusion: I dette lille studie fandt vi at 33% af børnene havde en høj angstscore. Metoden indarbejdes i praksis på nuværende tidspunkt og testes i løbet af foråret.

Abstract for posterpræsentation

Kvalitets undersøgelse af smertebehandling af postoperative smerter efter katarakt operation i generel anæstesi på Glostrup Hospital.- en spørgeskemaundersøgelse.

Baggrund: I Danmark bliver der årligt udført ca. 50.000 katarakt operationer.

På Glostrup Hospital var der i 2013 ca. 3.600 katarakt operationer (kat.op.), hvoraf ca. 240 operationer var i generel anæstesi (GA).

Januar 2012 overgik de elektive katarakt patienter opereret i GA til dagkirurgiske forløb. I den forbindelse, blev vi opmærksomme på at nogle af patienterne havde postoperative smerter. Derfor indførte vi at alle patienter fik Paracetamol som præmedicin og Ketorolac peroperativt.

Formål: At undersøge om smertebehandling af postoperative smerter efter kat. op. i GA var sufficient.

Materiale og metoder: Studiet var en mindre spørgeskemaundersøgelse omhandlende smertescore på numerisk range scale (NRS) og beskrivende smertesymptomer. Spørgeskemaet blev besvaret af patienten og udfyldt af sundhedspersonale præ-, peri- og post operativt. Dertil kom at deltagerne blev ringet op af anæstesisygeplejersken den efterfølgende mandag og besvarede spørgsmål fra spørgeskemaet.

Inklusionsperioden var: 11. aug. – 31. okt. 2014,

Inklusionskriterier: Voksne over 18, der forstår og taler dansk og indstillet til elektive cat. op. i GA.

Resultater: I inklusionsperioden havde vi 84 kat. op. i GA. Vi inkluderede 26 patienter, hvoraf 6 blev ekskluderede undervejs i forløbet.

Deltagerne var i gennemsnit 63 år (43-86), der var 16 kvinder og 4 mænd.

Patienternes postoperative smertescore ved ankomst til dagkirurgisk regi, viste at 13/20 patienter ikke oplevede smerter af betydning. (NRS 0-2). 7/20 scorede mellem 3-6.

De uddybende smertesymptomer som patienterne især fremhævede, var fornemmelse af grus 10/20 og svie i øjnene 11/20. 5/20 angav trykken i selve øjet, og 6/20 oplevede stikkende smerter. 3/20 patienter angav smerte omkring øjet og en angav hovedpine som årsag til smerter. Patienternes højeste smertescore postoperativt i dagkirurgisk regi viste at 13/20 patienter ikke oplevede postoperative smerter af betydning. (NRS 0-2), 6/20 scorede mellem 3-6 og en scorede 8. ved den op følgende telefonsamtale angav mindst 17 af de 20 patienter ingen smerter af betydning, på 1.-3. dag efter operationen(NRS på 0-2).

På 1. postoperative dag scorede 1/20 NRS 6, som det højeste. På 2. og 3. posteoperative dag var der 1/20 som scorede NRS 5, som det højeste.

På 3. postoperative dag vurderede 3/20 svie i øjet, 2/20 grus, 3/20 lysfølsom og 2/20 trykken, 2/20 stikkende smerte, 1/20 smerte i selve øjet, 2/20 smerte omkring øjet, 2/20 hovedpine.

Ingen af patienterne havde på noget tidspunkt oplevet søvn problemer postoperativt.

Konklusion og perspektivering: Det er en kompleks patientgruppe, som bliver katarakt opereret i GA, selvom det foregår i dagkirurgisk regi. Det sætter nogle krav om ressourcer i form af mere tid, mere personale og generelt mere opmærksomhed.

De fleste af de inkluderede patienter oplevede i mindre grad postoperative smerter i øjet. Nogle patienter havde trods den analgetiske behandling generende smerter og andre symptomer.

Referencer:

1. (<http://www.netdoktor.dk/sygdomme/fakta/graastaer.htm>.)
2. Søren Solborg Bjerrum, PH.d stud(SSB) m. fl.: Epidemiology of 411,140 cataract operations performed in public hospitals and private hospitals/clinics in Denmark between 2004 and 2012.
3. Nicholas C.B. Pritchard: Consultant anaesthetist at Moorfields Hospital London. General anaesthesia for ophthalmic surgery. *Anaesthesia and intensive care medicine* 8:9, 2007
4. Christine K Chen et al. A survey on the use of general anesthesia for cataract surgery. *Graefes Arch Clin. Exp. Ophthalmol* (2010) 248:1051-1052
5. Sundhedsstyrelsen 2013. National klinisk retningslinje for behandling af aldersbetinget grå stær.
6. Troels Staehelin Jensen m. fl. Smerter - Baggrund, evidens og behandling. FADL 's Forlag 2009
7. P Koay et al: ophthalmic pain following cataract surgery: A comparison between local and general anaesthesia. *British Journal of Ophthalmology*, 1992, 76,

Forfattere: Lenette Boesen (lenette.boesen01@regionh.dk), Helle Bülow(helle.irene.buelow@regionh.dk), Bettina Bisgaard (bettina.bisgaard@regionh.dk).

Anæsthesisygeplejersker. Neuroanæstesiologisk klinik Rigshospitalet, Glostrup.

Carrinna Hansen (carinna.hansen01@regionh.dk) forskningspsygeplejerske, MPH, ph.d., Neuroanæstesiologisk klinik Rigshospitalet, Glostrup.

Postoperative smerter efter cataract operation i generel anæstesi på Glostrup Hospital en spørgeskemaundersøgelse

Louette Boosen, Helle Below, Bettina Bisgaard, Carinna Hansen. Anæstesiologisk afd. Y, Rigshospitalet, Glostrup

Formål: At undersøge om patienter opereret for cataract i generel anæstesi har postoperative smerter

Materiale og metode: Studiet blev udført som en spørgeskemaundersøgelse. Der anvendtes smertescore på numerisk rang skala (NRS), samt registrering af øvrige symptomer. Spørgeskemaet blev udfyldt præ- og postoperativt. Patienterne blev ringet op på 3.-5. dagen efter operationen. Inklusionskriterier var cataractoperation i generelanæstesi, alder >18 år og dansk talende. Inklusionsperioden var 11. aug. – 31. okt. 2014.

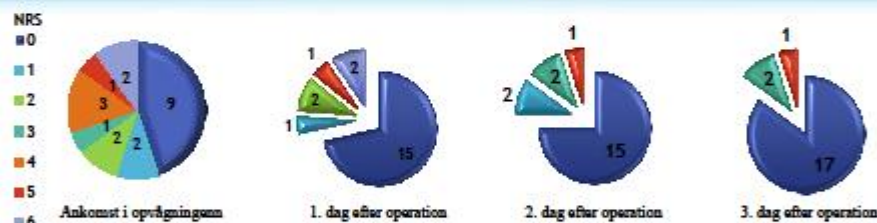


Konklusion: De fleste af de inkluderede patienter oplevede i mindre grad postoperative smerter i øjet. Nogle patienter havde trods den analgetiske behandling generende smerter og andre symptomer.

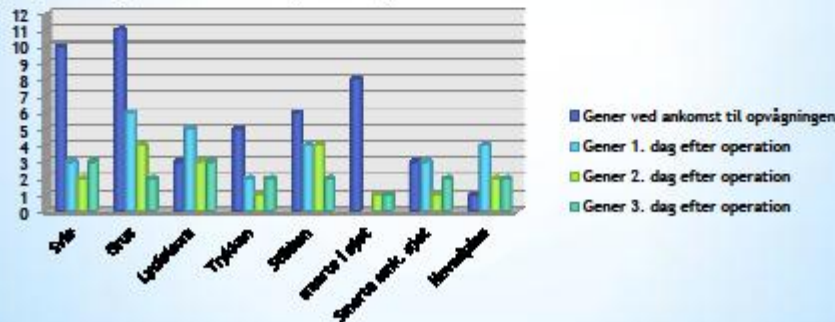
Resultater

Tyve patienter indgik i studiet, gennemsnitsalderen var 63 år (43-86), 16 var kvinder og fire mænd

Postoperative smerte (numerisk rang skala)



Symptomer i øjet efter cataract operation i generel anæstesi N=20



Referencer

- P. Koenig et al. Ophthalmic pain following cataract surgery: A comparison between local and general anaesthesia. *British Journal of Ophthalmology*, 1992, 76, 225-227
 Nicholas C.H. Pritchard: Consultant anaesthetist at Moorfields Hospital London. *General anaesthesia for ophthalmic surgery. Anaesthesia and intensive care medicine* 8:9, 2007
 Christine K. Chen et al. A survey on the use of general anaesthesia for cataract surgery. *Græske Arch Clin. Exp. Ophthalmol* (2010) 248:1051-1052
 Sundhedsstyrelsen 2013. National klinisk retningslinje for behandling af alderbetaget grå stær.

Titel:

"Hvilken evidens er der for brugen af Physostigmin til behandling af patienter, der efter generel anæstesi med Propofol® har symptomer på Centralt Anticholinergt Syndrom?" - et litteraturstudie.

Formål:

At afdække eventuel sammenhæng mellem Propofol® og udviklingen af Centralt Anticholinergt Syndrom samt afdække om der er evidens for brugen af Physostigmin til symptomer opstået efter anæstesi med Propofol®.

Baggrund for litteraturstudiet:

Det forekommer at patienter, efter generel anæstesi med tidens hyppigst anvendte anæstetikum, Propofol®, er uventede konfuse, udadreagerende eller ualmindeligt sløve.

Tilstanden *kan* skyldes Centralt Anticholinergt Syndrom, en reversibel følge efter medicinsk bevidsthedspåvirkning ved generel anæstesi. Centralt Anticholinergt Syndrom reverteres med stoffet Physostigmin, som opkoncentrerer neurotransmitteren Acetylcholin i CNS.

Centralt Anticholinergt Syndrom kan opstå efter indgift af centralt anticholinergt virkende medikamenter. Medikamenters blokering af receptorer og dermed blokering af Acetylcholins effekt i synapsespalten giver en bred variation af symptomer, som spænder fra coma til svært agiteret tilstand (1).

Den hyppigst anvendte form for generel anæstesi gennem de senere år er intravenøs anæstesi med Propofol® som sovekomponenten i bedøvelsen. Propofol® bruges desuden som sedationsmiddel på mange endoskopiafsnit i Danmark i dag.

Modsat tidligere, er nutidige anæstesimidler, deriblandt Propofol®, målrettede, har kort virkning og hurtig elimination, hvilket som oftest giver anledning til ukompliceret og hurtig opvågning efter generel anæstesi (2).

Dette kan være årsag til, at klinisk praksis viser yderst sparsomt kendskab til Centralt Anticholinergt Syndrom i forbindelse med anæstesi og opvågning. Desuden ligner symptomerne ved Centralt Anticholinergt Syndrom mange andre, mere nærliggende årsager til patientens postoperative tilstand. Derfor er de udiagnosticerede patienter i risiko for at blive fejl diagnosticerede og fejlmedicinerede (3). Propofol®s virkningsmekanisme er endnu ikke fuldstændig kortlagt. Det er kendt, at Propofol® hæmmer GABA_A receptorer. Desuden tyder nyere undersøgelser på, at Propofol®s - bevidsthedsslørende effekt kommer via en ændring af Acetylcholin-transmissionen i CNS (4-6).

Neurotransmitteren Acetylcholin er medvirkende til opretholdelsen af den menneskelige bevidsthed og flere af de øvrige stoffer, der gives i forbindelse med generel anæstesi, har hæmmende effekt netop i det cholinerge transmissionssystem(4-6).

Metode:

Litteratursøgning med henblik på at afdække eventuel evidens for brugen af Physostigmin til behandling af patienter, der efter generel anæstesi med Propofol® har symptomer på Centralt Anticholinergt Syndrom. Litteratursøgning efter artikler og studier i PubMed vedrørende generel anæstesi og opvågning efter samme, - uventede effekter af generel anæstesi samt opvågning efter samme, - Physostigmin og - centralt anticholinergt syndrom.

Med incitament om at søge en høj evidensgrad bag diskussionen og konklusionen vedrørende sammenhængen mellem Propofol®, Centralt Anticholinergt Syndrom og Physostigmin er det kun muligt at finde yderst sparsom litteratur.

Udover 13 reviews/kasuistikker, 3 systematiske reviews, 1 retroperspektiv journalgennemgang, 1 "medical intelligence article", 1 historisk eksperiment vedr. CNS, muscarin transmission og Acetylcholin samt medicininducerede ændringer i samme, dannede 3 RCT-studier således baggrund for belysning af spørgsmålet vedrørende sammenhængen mellem sammenhængen mellem Propofol®, Centralt Anticholinergt Syndrom og Physostigmin.

Resultat:

Litteraturstudiet i denne opgave viser ud fra tre RCT-studier, at

- Physostigmin øger behovet for Propofol® for at opnå bevidstløshed (5).
- Physostigmin reverterer Propofol® induceret bevidstløshed (6).
- Physostigmin beforder ældres opvågning efter generel anæstesi (7).

Litteraturstudiet i denne opgave *antyder* således evidens for en sammenhæng mellem Propofol® og Physostigmin.

Fremadrettede perspektiver:

Det er væsentligt, primært for patienternes sikkerhed og velvære, men også for organisationen omkring operationspatienternes forløb i forbindelse med anæstesi og opvågning, at Centralt Anticholinergt Syndrom diagnosticeres og at behandlingen iværksættes så hurtigt som muligt og med rette medikament:

Physostigmin.

Udvalgte referencer:

1. Moos DD. Central Anticholinergic Syndrome: A Case Report. J of PeriAnesthesia Nursing 2007 Oct.; Vol 22, No 5:309-321
2. Rasmussen og Steinmetz, Anæstesi, 2014, s. 87-88
3. Katsanoulas et al, Undiagnosed central anticholinergic syndrome may lead to dangerous complications. European J Anesth 1999;16:803-809
4. Herring BE, McMillan K, Pike CM, Marks J, Fox AP and Xie Z. Etomidate and Propofol® inhibit the neurotransmitter release machinery at different sites. J Physiol 2011; 589.5: 1103–1115
5. Meuret P, Backman SB, Bonhomme V, Plourde G and Fiset P. Physostigmine Reverses Propofol®-induced Unconsciousness and Attenuation of the Auditory Steady State Response and Bispectral Index in Human Volunteers. Anesthesiology 2000; 93:708–17
6. Fassoulaki A, Sarantopoulos C and Derveniotis C. Physostigmine increase the dose of Propofol® required to induce anaesthesia. Can. J. Anaesthesia 1997; 44, 11:1148-1151
7. Panagopoulou V, Thimaz P, Arampatzis P, Aroni F, Papadopoulos G. The effects of physostigmine on recovery from general anaesthesia in elderly patients. Minerva Anestesiologica 2011; (77:4):401-407

Forfatter: Christina Sølvsteen Lunde, Klinisk uddannelsesansvarlig for specialuddannelsen i anæstesiologisk sygepleje, Specialuddannet anæstesi- og intensivsygeplejerske, [+45 38 67 41 00](tel:+4538674100), christina.soelvsteen.lunde@regionh.dk



Titel

E-læring som repetitionsværktøj i brugen af anæstesiapparatet

Baggrund

Anæstesiapparatet er et vigtigt arbejdsredskab i det daglige arbejde. Nyt personale modtager struktureret undervisning fra superbrugere i anvendelsen af anæstesiapparatet.

Et e-læringskursus er et pædagogisk redskab, som kan supplere den praktiske undervisning og medvirke til at sikre viden om og forståelse for anvendelsen af anæstesiapparatet.

Formål

- At udvikle et e-læringskursus som et supplement til den praktiske undervisning i brugen af anæstesiapparatet
- At tilgodese forskellige læringsstile blandt brugerne

Metode

Kurset er udviklet i samarbejde mellem Anæstesiologisk Afdeling på Vejle Sygehus og Enhed for E-læring ved Region Syddanmark.

Kurset består af tre dele:

- en quiz
- spørgsmål og svar
- en værktøjskasse

Quiz: Gennem en række spørgsmål kan man teste sin viden om brugen af anæstesiapparatet.

Quizen er tænkt som et læringsredskab, idet der efter hvert spørgsmål gives feedback på, om svaret er rigtigt eller forkert. Det tager ca. 30 minutter at gennemføre quizen. Quizen er en selvtest, hvor resultatet kun er tilgængeligt for den enkelte.

Spørgsmål og svar: Dette afsnit indeholder svar på en række typiske spørgsmål i forbindelse med brugen af anæstesiapparatet.

Værktøjskassen: I værktøjskassen findes brugermanualen til anæstesiapparatet, en tjekliste i brugen af anæstesiapparatet og tilslut et ark med praktiske øvelser.

I kurset indgår materiale, som er udarbejdet af Dameca/Philips, det drejer sig om *spørgsmål og svar* og indholdet i *værktøjskassen*. Materialet er anvendt efter aftale med firmaet, som i øvrigt ikke holdes ansvarlig for indholdet af dette kursus.

Målgruppen for kurset er primært personale under oplæring, anæstesikursister og yngre læger. Kurset kan også anvendes som en selvtest for erfarent personale.

Kurset ligger på Plan2Learn og er tilgængeligt for alle i Region Syddanmark.

Der gøres opmærksom på, at kurset er udviklet i forhold til brugen af anæstesiapparatet *SIESTA i TS* fra Dameca/Philips på Vejle Sygehus, og at indholdet er tilpasset dette.

Resultat og konklusion:

Kurset er blevet positivt modtaget af personalet i afdelingen

Vi har bedt personalet i afdelingen om at teste kurset. Der er herefter lavet små rettelser.

Vi har efterfølgende lavet en spørgeskemaundersøgelse blandt anæstesisygeplejersker og læger en tilfældig dag. I alt 32 personer fik et spørgeskema, og alle afleverede igen.

Undersøgelsen viste, at 38 % af det adspurgte personale har gennemgået e-læringsprogrammet, af disse finder 69 % e-læringsprogrammet brugbart i høj eller meget høj grad.

Motivation for at åbne e-læringsprogrammet var primært repetition (43 %), nysgerrighed (36 %) og ny læring (21 %).

På spørgsmålet om, hvorvidt e-læring generelt er en god metode til læring og repetition, svarede brugerne: 82 % "I høj grad eller meget høj grad", 18 % "I nogen eller mindre grad".

I kommentarfeltet blev der tilføjet, at kurset er godt, anvendeligt og let tilgængeligt. Der blev dog angivet en gennemgående problematik i forhold til tiltag som e-læringskurser, nemlig at det er svært at finde tid i en travl hverdag.

Kurset er senere blevet brugt i forbindelse med oplæring af nyt personale som en repetition efter sædvanlig undervisning.

Fremadrettede perspektiver:

På længere sigt kan kurset blive obligatorisk for personalet i afdelingen, og det kan benyttes som dokumentation af personalets kompetencer i anvendelsen af anæstesiapparatet.

E-læring som metode tænkes desuden anvendt i forbindelse med oplæring i anvendelsen af andet apparatur i afdelingen, f.eks. transportrespirator.

Referencer

Dameca/Philips, Brugermanual mv. til anæstesiapparatet SIESTA i TS

Enhed for E-Læring, Uddannelse og udvikling, Region Syddanmark

Forfattere

1. Anæstesisygeplejerske Ann Dorthe Petersen Tlf: 79406231 ann.dorthe.petersen@rsyd.dk

Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt

2. Anæstesisygeplejerske Inge-Lise Pedersen Tlf: 79406252 inge-lise.pedersen@rsyd.dk

Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt

Abstract til symposium for anæstesisygeplejersker - Rigshospitalet

Titel:

En undersøgelse af hvilke faktorer og egenskaber, der i relationen mellem kursist og klinisk vejleder, har særlig betydning for kursisters læring i praksis.

Baggrund for projektet:

Gennem vores arbejde som henholdsvis uddannelsesansvarlig anæstesisygeplejerske og klinisk vejleder har vi i mange år arbejdet med uddannelse og vejledning af anæstesikursister. Fund fra vores 2. semester projekt på Master i Læreprocesser, viste at relationen mellem kursist og vejleder kan være problemfyldt og at kursisterne i nogle vejledningssituationer spillede skuespil og indordnede sig efter vejlederen.

Formål:

Vores ønske med specialet var at opnå en større viden om hvilke faktorer og egenskaber kliniske vejledere og kursister finder vigtigst hos en vejleder. Vi havde fokus på de kliniske vejledere, fordi det er vejlederen der har initiativ pligten og det faglige forspring.

Vi ville undersøge om der er forhold der indikerer at have indflydelse på de kliniske vejlederes og kursisters holdning til hvad relationen betyder for læring i praksis.

Metode:

Vores undersøgelse er inspireret af et amerikansk studie fra 2011, da vi ikke har kunnet finde lignende undersøgelser foretaget i Danmark.

Vi undersøger vores problemstilling dels ud fra teori og dels ud fra et kvantitativt studie.

Et spørgeskema blev sendt til samtlige kursister og kliniske vejledere i Region Midt. I alt 82, heraf 39 kursister og 43 kliniske vejledere. Efter indledende demografiske spørgsmål skulle respondenterne score hvor vigtig 22 specifikke faktorer og egenskaber er hos en vejleder.

Respondenterne scorede disse i en fem-punkt-skala gående fra *slet ikke vigtig* til *helt afgørende*.

Ligeledes havde studiet kvalitative elementer, da der slutteligt i spørgeskemaet gives mulighed for en valgfri subjektiv besvarelse af spørgsmålet: *"Hvad opfatter du selv som den største udfordring i en vejledningssituation?"* Vi havde en svarprocent på 82, ligeligt fordelt på de to grupper.

Resultater/konklusion:

Vores problemformulering lød: ***"Hvilke faktorer og egenskaber, i forholdet mellem klinisk vejleder og kursist, har særlig betydning for kursistens læring i en praksiskontekst?"***

Ud fra de præsenterede og identificerede 22 faktorer og egenskaber, som både kursister og kliniske vejledere har vurderet/scoret, har vi konkluderet at de alle 22 er vigtige, samt at respondenterne har vurderet dem meget ens. Dermed er der ikke noget der indikerer en forskel i

deres holdninger, som kan have betydning for deres relation og kursisters læring i praksis.

Undersøgelsen viser dog at der er faktorer og egenskaber der er vigtigere end andre, og her ses en tydelig høj scoring af faktorer og egenskaber som, *at vejlederen kan lide at vejlede, at vejlederen udfører en individuel vejledning, samt vejlederen støtter kursistens udvikling af selvstændighed.*

Derimod er områder indenfor vejleders forudsætninger for at vejlede, altså om vejleder er *pædagogisk uddannet og teoretisk velfunderet, samt anvender mål for uddannelsen og andre læringsredskaber*, scoret lavere end vi forventede. Vi kan ikke ud fra denne undersøgelse konkludere at disse faktorer og egenskaber ikke synes relevante, men det kan give os en forståelse for at menneskelige faktorer og egenskaber vægtes højere hos begge grupper end læringsredskaber og pædagogisk uddannelse.

Vi kan konkludere, at ud fra udsagnene i det kvalitative spørgsmål, oplever både kursister og kliniske vejledere udfordringer i vejledningsrelationen. Vigtige værdier som det at vise hinanden tillid og være anerkendende, samt balancegangen mellem det at have fokus på egne og hinandens behov i læringssituationen, opleves som udfordringer.

Fremadrettede perspektiver og relevans for anæstesispecialet:

Formålet med vores speciale var at få en større forståelse for sammenhænge der har betydning for kursist/vejleder relationen, for derigennem at skabe grundlaget for en debat omkring relationens betydning for kursisters læring.

Samtidig lægger vores undersøgelse op til videre undersøgelser inden for flere områder, idet vi har identificeret områder, det kunne være interessant at afklare yderligere. Her tænker vi fx at lave en landsdækkende undersøgelse, hvor man vil få et noget større datamateriale at arbejde med.

Referencer:

Smith, Courtney, Swain, Annmarie & Penprase, Barbara (2011): "*Congruence of perceived Effective Clinical Teaching Characteristics Between Students and Preceptors og Nurse Anesthesia Programs*". AANA Journal. August 2011. Vol. 79, No. 4.

Vibjerg, Jette & Allermann, Charlotte (2013) "*Mesterlære og identitetsdannelse i anæstesiuddannelsen*". 2. semesterprojekt. MLP. Aalborg Universitet

Vibjerg, Jette & Allermann, Charlotte (2014): "*En undersøgelse af hvilke faktorer og egenskaber, der i relationen mellem kursist og klinisk vejleder, har særlig betydning for kursisters læring i praksis*". Master i Læreprocesser. Aalborg Universitet

http://projekter.aau.dk/projekter/files/207075244/Speciale_uden_bilag.docx

Jette Vibjerg (kontaktperson)

Anæstesygeplejerske, uddannelses konsulent

Center for Competenceudvikling - Region Midt

Mobil: 20 67 09 67

Mail: jette.vibjerg@stab.rm.dk

Charlotte Allermann

Anæstesisygeplejerske, klinisk vejleder

Aarhus Universitetshospital

Mobil: 25 88 32 70

Mail: chaall@rm.dk

Hejdi Gamst-Jensen*, Pernille Nygaard Vedel, Viktoria Oline Lindberg-Larsen, and Ingrid Egerod

*Nurse Anesthetist, Department of Anesthesiology, Bispebjerg University Hospital

Hejdi.gamst-jensen.01@regionh.dk

Full text article in: *Burns*, 2014;40 (8):1463-1469

Objective

Burn patients suffer excruciating pain due to their injuries and procedures related to surgery, wound care, and mobilization (1–3). Acute Stress Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder, chronic pain and depression are highly prevalent among survivors of severe burns (1,4–6). Evidence-based pain management addresses and alleviates these complications(7,8). The aim of our study was to compare clinical guidelines for pain management in burn patients in selected European and non-European countries. We included pediatric guidelines due to the high rate of children in burn units.

Method

The study had a comparative retrospective design using combined methodology of instrument appraisal and thematic analysis. Three investigators appraised guidelines from burn units in Denmark (DK), Sweden (SE), New Zealand (NZ), and USA using the AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), version II (9), and identified core themes in the guidelines.

Results

The overall scores expressing quality in six domains of the AGREE instrument were variable at 22% (DK), 44% (SE), 100% (NZ), and 78% (USA). The guidelines from NZ and USA were highly recommended, the Swedish was recommended, whereas the Danish was not recommended. The identified core themes were: continuous pain, procedural pain, postoperative pain, pain assessment, anxiety, and non-pharmacological interventions.

Conclusion

The study demonstrated variability in quality, transparency, and core content in clinical guidelines on pain management in burn patients. The most highly recommended guidelines provided clear and accurate recommendations for the nursing and medical staff on pain management in burn patients. We recommend the use of a validated appraisal tool such as the AGREE instrument to provide more consistent and evidence-based care to burn patients in the clinic, to unify guideline construction, and to enable interdepartmental comparison of treatment and outcomes.

1. Richardson P, Mustard L. The management of pain in the burns unit. *Burns* [Internet]. 2009;35(7):921–36.
2. Meyer III WJ, Patterson DR, Jaco M, Woodson L, Thomas C. Management of pain and other discomforts in burned patients. In: Herndorn DN, editor. *Total burn care*. 2nd ed. Saunders; 2007. p. 797–814.
3. Patterson DR, Hofland HWC, Hoflund H, Espey K, Sharar S. Pain management. *Burns*. 2004;30(8):A10–5.
4. Stoddard FJ, Saxe G, Ronfeldt H, Drake JE, Burns J, Edgren C, et al. Acute stress symptoms in young children with burns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(1):87–93. A
5. Browne AL, Hons B, Clin M, Andrews R, Schug SA, Wood F, et al. Persistent Pain Outcomes and Patient Satisfaction With Pain Management After Burn Injury. 2011;(February):136–45.
6. Norman SB, Stein MB, Dimsdale JE, Hoyt DB. Pain in the aftermath of trauma is a risk factor for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* [Internet]. 2008;38(4):533–42.
7. Ratcliff SL, Brown A, Rosenberg L, Rosenberg M, Robert RS, Cuervo LJ, et al. The effectiveness of a pain and anxiety protocol to treat the acute pediatric burn patient. 2006;32(2006):554–62.
8. European Association of Burns. Guidelines Committee [Internet]. Available from: <http://www.euroburn.org/142/guidelines.html>
9. Cluzeau F, Burgers J, Brouwers M, Grol R, Mäkelä M, Littlejohns P, et al. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Heal Care*. 2003;12:18–23.

Titel: Peroperativ Clonidin som forebyggende behandling mod postoperativ agitation hos børn bedøvet med Sevofluran – The PREVENT AGITATION trial

Baggrund for projektet: Agitation er en klinisk relevant problemstilling hos børn, som bedøves i forbindelse med en operation eller en procedure. Ved postoperativ agitation ses barnet grædende, utrøsteligt, kaster sig rundt i sengen og er slet ikke "sig selv". Sevofluran anvendes til anæstesi hos børn, fordi det dels kan bruges som induktion, hvis det ikke har været muligt at lægge en iv-adgang, dels fordi det giver en styrbar anæstesi, hvor barnet selv er med til at "regulere" anæstesidybden. En ulempe ved Sevofluran-anæstesi er risikoen for postoperativ agitation og en metaanalyse fra 2008 har estimeret forekomsten til 26 % (1). Clonidin anvendes off-label til børn på flere forskellige indikationer f.eks. postoperativ agitation og kliniske studier har indikeret, at Clonidin kan nedsætte forekomsten af postoperativ agitation (2). Kendetegnen for de kliniske undersøgelser, hvor Clonidin er anvendt til at forebygge postoperativ agitation, er at de alle er mindre undersøgelser med metodologisk høj risiko for bias, hvilket gør det svært at konkludere om og i hvilken grad Clonidin kan reducere postoperativ agitation hos børn. I disse tidligere undersøgelser er Clonidin anvendt i doser på 0,75-3 mikrog/kg intravenøst/epiduralt/ peroralt/rektalt og har reduceret forekomsten af postoperativ agitation med 0-50 % (2). En sidegevinst ved Clonidin er også, at det virker smertestillende og reducerer shivering postoperativt. De førnævnte studier har ikke rapporteret nogle alvorlige bivirkninger til behandling med Clonidin, ej heller behandlingskrævende fald i blodtryk eller puls og Clonidin synes at have en god sikkerhedsprofil. Ingen af de publicerede undersøgelser har undersøgt sammenhængen mellem plasmakoncentrationer af Clonidin og effekt/bivirkninger. Der mangler generelt viden om farmakokinetik f.eks. hvor hurtigt Clonidin udskilles af kroppen hos børn.

Formål: At undersøge om peroperativ Clonidin 3 mikrogram/kg indgivet intravenøst 20 minutter inden afslutning af operation kan reducere forekomsten af postoperativ agitation hos børn bedøvet primært med Sevofluran. Sikkerhed af Clonidin belyses ved 24-timers follow-up og 30 dages follow-up. I en repræsentativ gruppe af børn indhentes farmakokinetiske data med det formål at belyse, hvordan en bolus intravenøs clonidin udskilles hos børn i alderen 1-5 år.

Metode: Et multicenter randomiseret dobbeltblindet klinisk forsøg med 380 børn, hvoraf 190 allokeres til interventionsgruppen (Clonidin intravenøst 3 mikrog/kg) og 190 til placebo. Det kliniske forsøg udføres på 3 anæstesiaafdelinger i Danmark, som har stor erfaring med at bedøve børn; JMC-anæstesi, Rigshospitalet, Vejle anæstesiaafdeling og Køge anæstesiaafdeling. Primære effektmål er postoperativ agitation målt på Watcha-scoren (fra 1= roligt eller sovende barn til 4= agiteret barn som kaster sig rundt) (3). Sekundære effektmål inkluderer postoperativ smertereduktion og follow-up af mulige bivirkninger til Clonidin. Inklusionskriterier er børn i alderen 1-5 år, planlagt til generel anæstesi vedligeholdt med sevofluran og

fentanyl. Der må indledes med bolus propofol. Der må anvendes regional anæstesi i henhold til afdelingernes standard procedure og gives per- og postoperativ Paracetamol og Ibuprofen.

Forsøgsmedicin/placebo indgives 20 min før afslutning af kirurgi. Børn ekskluderes fra at deltage i undersøgelse, hvis de har: ASA > 2, maligne lidelse, kardielle lidelser, kritisk sygdom, neurologisk sygdom, kendt malign hypertermi, mental retardering, har fået præmedicin med cConidin eller at forældrene ikke kan tale/forstå dansk nok til forstå deltagerinformationen. For de 40 børn som indgår i farmakokinetik-undersøgelsen tages blodprøver fra barnets PVK til baseline og tiden 5, 10, 15, 30, 60, 120, 180, 270 min efter administration af forsøgsmedicin. Der tages maksimalt 9 blodprøver af 2 ml, hvoraf 4-5 af prøverne tages under anæstesi. Under anæstesi måles puls, BT og SAT, end-tidal Sevofluran og agitationsscore hvert 5. minut. Dette fortsætter i opvågningen hvert 15. min, indtil barnet udskrives. Der laves telefonisk follow-up med forældrene dagen efter operation og et 30-dages follow-up fra landspatientregisteret med henblik på at undersøge om børnene er blevet genindlagt på hospital inden for 30 dage.

Resultater: Vi er fortsat i gang med at inkludere patienter til undersøgelse, men er positivt overraskede over det store opbakning til projektet vi har mødt blandt forældre og sundhedspersonale, hvilket også gør det muligt at gennemføre undersøgelsen på langt kortere tid end forventet.

Det kliniske forsøg er initieret af JMC-anæstesi på Rigshospitalet, hvor både sponsor og primær investigator er ansat. Forskningsprojektet er forsøgt integreret i det daglige kliniske arbejde og involverer anæstesilæger, anæstesisygeplejersker og opvåkningssygeplejersker og et tæt samarbejde med børnekirurger og Børnekirurgisk ambulatorium. Det kliniske forsøg blev opstartet i januar 2015 og forventes afsluttet november 2015 med inklusion af i alt 380 børn i alderen 1-5 år. Studiet bliver således til dags dato det største børneanæstesisstudie med Clonidin, som er gennemført. Farmakokinetik-undersøgelsen, hvor børn får taget supplerende blodprøver er afsluttet, er kun udført på JMC-anæstesi og færdiggjort over en periode på 3 måneder. Vi afventer nu laboratoriets analyse af indhold af clonidin i blodet til de forskellige tidspunkter, hvorefter selve de farmakokinetiske analyser vil blive lavet i samarbejde med børnefarmakokinetik-eksperter fra New Zealand.

Fremadrettede perspektiver: Hvis projektet viser, at peroperativ clonidin reducerer postoperativ agitation væsentligt, ville det være oplagt at anvende det som standardbehandling til børn bedøvet med Sevofluran.

Referencer:

1. Kuratani N, Oi Y. Greater incidence of emergence agitation in children after sevoflurane anesthesia as compared with halothane: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology* 2008;109:225-32.
2. Pickard A, Davies P, Birnie K, Beringer R. Systematic review and meta-analysis of the effect of intraoperative alpha2-adrenergic agonists on postoperative behavior in children. *Br J Anaesth* 2014.
3. Bajwa SA, Costi D, Cyna AM. A Comparison of emergence delirium scales following general anesthesia in children. *Paediatr Anaesth* 2010;20:704-11.

Fortattere:

Bende Burgdorf, anæstesisygeplejerske JMC-anæstesi, Rigshospitalet i samarbejde med styregruppen (Mogens Ydemann, 1. reservelæge, Bettina Nygaard Nielsen, cand.pharm, ph.d. JMC-anæstesi, Rigshospitalet, Steen Henneberg, overlæge, dr.med. JMC-anæstesi, Rigshospitalet, Jørn Wetterslev, overlæge, ph.d. Copenhagen Trial Unit, Torsten Lauritsen, overlæge, klinikchef, JMC-anæstesi, Rigshospitalet, Arash Afshari, overlæge, ph.d. JMC-anæstesi, Rigshospitalet).



Epidural smertebehandling til optimering af forløb for patienter indlagt med hoftenær fraktur

Karsten Lassen, Anæsthesisygeplejerske afd. Z; Carsten M. Pedersen, Klinisk oversygeplejerske, cand. cur. afd. Z; Peter Westh, Fysioterapeut afd. M2, M3; Louise Roving, Overlæge afd. Z.

Baggrund.

For at optimere behandlingsforløbet samt reducere indlæggelsestiden for det stigende antal patienter med en hoftenær fraktur på Bispebjerg Hospital, blev i 2013 nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe, med repræsentanter fra de involverede afdelinger. Publicerede studier samt erfaringer fra sammenlignelige afdelinger underbygger, at indlæggelsesperioden kan reduceres uden at genanlæggelsesraten og/eller mortaliteten øges (1). Effekten af forbedrede anæstesiologiske- og kirurgiske teknikker har i mindre grad bidraget til reduktion i mortaliteten for denne patientgruppe (2). Den postoperative genoptræning udgør en vigtig del af det optimerede behandlingsforløb. Der er identificeret forskellige områder, som kan kompromittere denne fase. Malnutrition, volumen/transfusionsterapi, medicinske komplikationer og smerter bidrager til forsinket rehabiliteringen af patienterne. Effekten af epidural smertebehandling til denne patientgruppe, er sparsomt belyst, men i en dansk undersøgelse, dokumenteres en signifikant bedre smertelindring ved brug af epiduralsmertebehandling. I studiet ses ingen effekt i forhold til tiden til rehabilitering. Som en del af kvalitetsprojektet søges undersøgt, hvorvidt anvendelse af epiduralsmertebehandling per- og postoperativt resulterer i en reduktion af smertescor i forbindelse med postoperativ mobilisering, da det antages, at det fremmer genoptræningen for patienterne med en hoftenær fraktur, når smerterbehandlingen er sufficient. Dette understøttes blandt andet af en undersøgelse fra Hvidovre Hospital som påviste, at smerter har stor betydning for genoptræningen (3).

Formål:

At identificere en forskel i smertescoren på 1. og 2. Postoperative dag, hos patienter med hoftenær fraktur som har fået epidural smertebehandling (EPI) versus generel anæstesi (GA) samt sammenligne forbruget af opioid for de to grupper.

Materiale/metode:

Voksne patienter (> 18 år) indlagt med hoftenær fraktur inkluderes. Der vil blive indsamlet data fra 1. Maj 2015 til 15. juli 2015. Data indsamles prospektivt ved hjælp af et udarbejdet skema til registrering af smertescore, og fordeles efter behandlingsstrategi epidural smertebehandling (EPI) eller general anæstesi (GA). Fælles for begge behandlingsgrupper er, at de bliver smertescoret 1. og 2. postoperative dag ved hjælp af verbal rating score (VRS). Primære outcome er VRS på 1. og 2. postoperative dag. Der vil blive målt smerter i hvile samt i aktivitet. Sekundært vil der blive sammenlignet akkumuleret mængden af opioid for de 2 grupper. Primær dataindsamling foretages af afdelingens fysioterapeuter. Patienter der kognitiv vurderes til ikke at kunne redegøre for smerter ud fra VRS ekskluderes. Patienternes fysiske formåen inden frakturen vurderes ved hjælp af New Mobility Score (NMS) for at kunne tage højde for en eventuel forskel i præoperativ fysisk formåen. Patienterne vurderes ved første træningsforsøg samt ved udskrivelse ved hjælp af Cumulatet Ambulation Score (CAS). CAS anvendes til at vurdere patienternes basis mobilitet.

Resultater:

Ud af 80 mulige patienter inkluderes 51 patienter. 29 ekskluderes pga. kognitiv dysfunktion, af disse var 60 % planlagt til GA og 39 % til EPI. Der blev ikke opnået fuldt datasæt på alle patienter, men de eksisterende data anvendes. 2 patienter døde inden udskrivelse. Gennemsnitsalderen for ptt. i GA er 72,7 år og for ptt. i EPI 77,8 år. Den gennemsnitlige indlæggelses tid er for ptt. i GA 8,58 dage og for ptt. i EPI 8,07 dage. Gennemsnittet af smertescoren på 1. postopr. dag i hvile, er for ptt. i GA 0,68 og for ptt. i EPI 0,38. På 2. postoperative dag i aktivitet er gennemsnittet af smertescoren for ptt. i GA 2,00 og for ptt. i EPI 1,72. Opioid forbruget på 1. postoperative dag er for ptt. i GA i gennemsnit 26,8 mg og for ptt. i EPI 8,3 mg. Svarende til en forskel på 18,5 mg/pt. Opioid forbruget på 2. postoperative dag er for ptt. i GA i gennemsnit 23,9 mg og for ptt. i EPI 10,7 mg. Svarende til en forskel på 13,7 mg/pt. Det bemærkes, at flere af ptt. til EPI gruppen fik ordineret opioid svarende til ptt. i GA gruppen.

Konklusion og eventuelle anbefalinger:

Resultaterne viser, at ptt. i GA versus ptt. i EPI havde højere smertescore i hvile på 1. post opr. dag. Der ses således en tendens til, at ptt. i EPI har færre smerter i hvile på 1. post. opr. dag. Denne tendens udlignes i forbindelse med aktivitet, hvor smertescoren er ens for ptt. i GA og EPI på 1. og 2. post. opr. dag. Resultaterne af NMS måling præ opr. viste ingen forskel mellem ptt. i GA og EPI, hvorfor udgangspunktet for deres fysiske formåen er ens. Måling af basis mobilitet (CAS) på 1. post opr. dag viser overraskende at ptt. i GA scorer højere i mobilitet 1. post. opr. dag sammenlignet med ptt. i EPI, hvilket kan skyldes det relative høje opioid forbrug for ptt. i GA versus ptt. i EPI.

Kilder:

- (1) Dall-Hansen D og Jensen R. Optimeret forløb til patienter med en hoft nær fractur. Sygeplejersken(1) 2014.
- (2) Foss N. Perioperative care of hip fracture patients.
- (3) Kristensen M. Hipfracture- Related pain strongly influences functional performance of patients with an intertrochanteric fracture upon discharge from the hospital. The american academy of physical medicine and rehabilitation Vol. 5 135-141 feb. 2013

Miguel Varming

Anæstesisygeplejerske Roskilde Hospital.

Abstract

Etniske smerter

Et litteraturstudie om hvordan etniske minoritetspatienter udtrykker deres smerter og hvordan de bliver mødt og forstået af anæstesisygeplejersken ved postoperativ smertebehandling.



Kilde: Sproguseet, Sygdomstolkning (Morten Sodemann)

Baggrund

Opgaven omhandler anæstesisygeplejerskens postoperative smertebehandling til etniske minoritetspatienter, som har en særlig måde at give udtryk for smerten.

Til postoperativ observation gav mange etniske minoritetspatienter højtlydt udtryk for smerten med jamren og vånden, trods højdosis smertestillende. Personalegruppen blev ofte frustreret over situationen og konklusionen blev, at det skyldtes "etniske smerter".

Etniske minoritetspatienter udgør en særlig sårbar gruppe på grund af sproglige og kulturelle forståelsesproblemer. Selvom de talmæssigt kun fylder lidt i sygehusvæsenet, viser undersøgelser, at de fylder meget i hverdagens sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen 2010).

I en artikel publiceret i Sygeplejersken i 2009 "Sygdomskoreografi som diagnostisk redskab" af mag. art. i etnografi, ph.d. Karen Spannow, beskrives, hvordan og hvorfor etniske minoritetspatienter anvender en anden sygdomskoreografi end etniske danskere (Spannow 2009).

Sprog og kulturforskelle betyder meget for kvaliteten af behandling. Sprogbarriere, oplevelsen af kønsdiskriminering og forskellige sygdomsopfattelser kan give anæstesisygeplejersker særlige udfordringer når de skal smertedække etniske minoritetspatienter (Troelsen 2006). 9 ud af 10 sygeplejersker synes, at sygeplejen til etniske minoritetspatienter er en belastning (Ibid.). Patienterne beskrives ofte som *"tidsrøvere, ressourcekrævende, aggressive og larmende. De forstår ikke dansk, de reagerer anderledes på smerte..."* (Ibid.s.1).

Formål

Formålet er at skabe fokus på et emne, som kan have betydning for anæstesisygeplejersken i mødet med en etnisk minoritetspatient. Der skabes opmærksomhed omkring den betydning, der tillægges begrebet "etniske smerter", når det bliver benyttet, og dermed indvirkning på sygeplejen. Hermed skabes nysgerrighed for at undersøge mere teoretisk viden om de sociale, kulturelle og antropologiske aspekter, der kan påvirke smerteoplevelsesudtrykket hos etniske minoritetspatienter, og som anæstesisygeplejersker vil have gavn af i mødet med dem.

Metode og teoretisk perspektiv

Opgaven har et humanvidenskabeligt perspektiv med undersøgelse af kulturbegreber og sociale aspekter, som kan påvirke menneskers relationer. Desuden undersøges hvordan tværkulturel sygepleje kan hjælpe anæstesisygeplejerskens tilgang og behandling til den etniske minoritetspatient. Metoden har en hermeneutisk fænomenologisk videnskabstilgang, idet begrebet "etnisk smerter" belyses ud fra en kulturel, sociologisk og antropologisk referenceramme. I den fænomenologiske opfattelse i tilværelsen undersøges forskellige muligheder i mødet mellem patienten og anæstesisygeplejersken, og patienten vil mærke, at han bliver set og hørt af en person med åbne sanser (Birkler 2005).

Det grundlæggende fortolkningsprincip i hermeneutikken er den "hermeneutiske cirkel", der bygger på det cirkulære forhold mellem helhedsforståelse og delforståelse, hvor delen kun forstås, hvis helheden inddrages, omvendt kan helheden kun forstås i kraft af delene (Ibid.).

De antropologiske perspektiver på kultur, bliver inddraget for at uddybe de centrale begreber, der knytter sig til forståelsen af etniske minoritetspatienter og hermed, anæstesisygeplejerskens tilgang til dem ved smerteoplevelsen (Eriksen og Sørheims). Katrine Johansens ph.d. afhandling "antropologisk studie om transkulturel psykiatri på danske hospitaler" benyttes også til at uddybe de centrale begreber, der knytter sig til forståelsen af etniske minoritetspatienter.

Den amerikanske sygeplejeforsker Madeleine Leiningers sygeplejeteori "Transcultural Nursing", bringer et budskab om, at anæstesisygeplejersken ikke skal stemple patienten og sætte ham i bås, men at han har krav på at blive forstået ud fra egne præmisser (Egerod 1998).

Den franske sociolog og socialkonstruktivist Pierre Bourdieus begreber, *felt*, *habitus*, *kapital* og *symbolsk vold* bliver analyseret og teorien, der beskriver individets handlemuligheder, bliver koblet til etniske minoritetspatienter smerteoplevelsen. Begrebet *Habitus*, som beskriver et mønster mennesket følger i de sociale relationer op igennem livet, og som kan forudse eller give en formodning om adfærd i fremtiden, bliver især gennemgået (Larsen 2010).

Konklusion

Anæstesisygeplejersken må have en åben og ikke stereotyp tilgang. Ved at møde den etniske minoritetspatient med et åbent og nysgerrigt sind er anæstesisygeplejersken mere tilbøjelig til at se på den enkelte og ikke tillægge patienten en kulturel begrænsning. Ved at have en kulturel forståelse for den andens handlemåder og udtryksformer for smerteoplevelsen vil anæstesisygeplejersken tage udgangspunkt i det sagte og give sufficient smertestillende. Derved vil den etniske minoritetspatient opleve sig hørt, forstået og set som et individ.

Anæstesisygeplejersken må ikke stemple den etniske patient og sætte ham i bås, men må fokusere på relationen og ikke patientens etnicitet og kultur. Anæstesisygeplejersken må ikke fortolke enhver afvigelse hos patienten som kulturelt betinget. Hun må se på individet som værende unikt og som værende under konstant forandring.

Jo længere, der er mellem anæstesisygeplejerskens og den etniske patient positioner, des færre fælles egenskaber vil der forventes. Anæstesisygeplejersken må have den etniske patients kulturelle baggrund for øje, hun må lytte til den etniske patient, være nysgerrig og prøve at forstå dennes udtryk for smerte.

Referencer

Birkler, J (2005): *Videnskabsteori*, 1.udgave, 1.oplag. Munksgaard Danmark, København 2005.

Eriksen, T Hylland & Sørheim, T Arntsen (2001): *Kulturforskelle – kulturmøder i praksis*. 1. udgave 1. oplag.

Dansk udgave Gyldendals Boghandel, Nordisk Forlag A/S, København 2001

Egerod I (1998): *Tværkulturel sygepleje*, sygeplejersken 1998. nr. 1.

Johansen, Scheperlern K (2005): *Kultur og Psykiatri. En antropologi om kulturel psykiatri på danske hospitaler*. Ph.d. afhandling. Det samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet. August 2005

Larsen, K (2010): *Pierre Bourdieu*. Kap 3. I: Tangaard, Pernille Andersen og Timm, Helle (Red.); Sundheds Sociologi en grundbog. Forfatterne og Hans Reitzels forlag. 1. oplæg, 1. udgave. København

Spannow, K E (2009): Sygdomskoreografi som diagnostisk redskab. Sygeplejersken 2009. nr. 9

Troelsen, M (2006): Undersøgelse: *indvandre er en belastning*. Sygeplejersken nr.2/2006

Wilken, L (2014): *Bourdieu for begyndere*. Samfundslitteratur 2014. 2. udgave. 3. oplag

Gå til OP – fra passiv til aktiv

Baggrund for projektet

På mange hospitaler bliver patienterne transporteret fra sengeafsnittet til operationsafdelingen liggende passive i en seng. Flere danske og udenlandske studier viser øget patienttilfredshed, når patienterne går til operation [1-4].

På Aarhus Universitetshospital, abdominalkirurgisk anæstesiafsnit L, har vi gennem flere år praktiseret, at patienter, som skal have lavet en Gastric Bypass operation, kommer gående til operation. For at få flere patientgrupper til at gå, valgte vi at have fokus på den gruppe af patienter, som kommer med få ugers mellemrum til gastroskopi og dilatation af esofagus. Det var en patientgruppe, som selv var kørt til hospitalet og som blev udskrevet senere på dagen. Efter et par uger, hvor denne patientgruppe kom gående til operation, blev alle enige om, at det fungerede så positivt, at man ønskede at udvide konceptet til at omfatte alle elektive patienter.

Formål

Dette studie undersøger, hvordan elektive abdominalkirurgiske patienter oplever deres ændrede status - fra liggende til gående patient. Desuden undersøges det, hvordan den ændrede arbejdsgang påvirker det implicerede personale.

Metode

Relevant litteratur er gennemgået og et studiebesøg til Glostrup Sygehus blev foretaget.

Studiet er et kvalitativt studie med en fænomenologisk hermeneutisk tilgang. Data er fremkommet via semistrukturerede interviews af fem patienter og fem personaler: to operationssygeplejersker, en anæstesisygeplejerske, to sygeplejersker fra sengeafdeling og en serviceassistent.

Data er bearbejdet ved hjælp af "Den naive læsning", hvor fokus er *hvad der siges*. Derefter er der lavet en strukturanalyse, hvor fokus er, *hvad der tales om*. På baggrund af strukturanalysen er der lavet følgende temaer [5].

Resultater

Følgende temaer fremkom fra patienterne.

- Større selvhjulpenhed.
- Ligeværdighed.
- Usikkerhed og utryghed.

- Sengen som patientens "helle".
- Behov for individuelt informationsniveau.

Følgende temaer fremkom fra personalet

- Bedre individuel vurdering af den aktive patient medvirker til øget kvalitet i den planlagte anæstesi.
- Målrettet samarbejde om den enkelte patient på operationsstuen.
- Flexibilitet og effektivitet i arbejdsgangene.
- Organiseret selvhjulpethed giver ligeværdighed.

Perspektiver for anæstesispecialet

Patienterne oplever øget tilfredshed og mindre sygeliggørelse, når de går til operation frem for at blive transporteret i en seng. Trods stor indsats i forhold til skiltning til venteplads og pile i gulvet er der fortsat nogle patienter, der er bange for, at ingen har opdaget, at de er kommet. Det giver en følelse af usikkerhed. Det samme er gældende, når patienterne opholder sig ved venteplads på sengeafdelingen frem for at ligge i en seng. Det kan tyde på et behov for en fast base for den enkelte patient.

Personalet oplever, at ved målrettet organisering øges patienternes selvhjulpethed. Unødig afhængighed af personalet mindskes, hvilket af begge parter opleves som øget ligeværdighed.

Implementeringsprocessen har medført, at projektet efter kort tid blev en integreret del i arbejdsgangene. Gennem hele projektperioden har vi haft fokus på implementering, hvilket har medført smidig og effektiv implementering. Projektet har givet inspiration til, at udvide konceptet således, at nogle af patienterne i dag bliver udskrevet direkte fra opvågningsafdelingen. Gå til OP konceptet er nu udvidet til også, at omfatte andre kirurgiske specialer.

Referencer

1. Keegan-Doody M. *Walk or be driven? A study on walking patients to the operating theatre.* Canadian Operating Room Nursing Journal 2007; 15:30-8
2. Nagraj S, Clark CI, Talbot J, Walker S. Which patients would prefer to walk to theatre? Annals of the Royal College of Surgeons of England 2006; 88: 172-3
3. Qvarfordh P, Roving L, Esbensen BA. *Gå selv til operation – et pilotprojekt.* Sygeplejersken 2010; 17: 55-8
4. Riiskjær, E., Ammentorp, J., Kofoed, P-E. *Er otte ud af ti patienter tilfredse?* Nordisk Sygeplejeforskning 2011; 2: 93-110
5. Dreyer, P. Fortællingen. I: Patientologi – at være patient. Red. Graubæk AM. Gads Forlag, 2. udgave 2013

Forfattere

Jansen, Anne Mette (kontaktperson), specialeansvarlig anæstesisygeplejerske, Tlf: 78468995. Mail: annejans@rm.dk L anæstesi. Operation og Intensiv Syd, Abdominal Centret. Aarhus Universitetshospital.

Hvalsøe, Lene, specialeansvarlig anæstesisygeplejerske. Tlf: 7846 8994. Mail: lenehval@rm.dk.
L anæstesi. Operation og Intensiv Syd, Abdominal Centret. Aarhus Universitetshospital.



Er rutinemæssig postoperativ iltbehandling nødvendig?

Baggrund

Ilt behandling anvendes ofte rutinemæssigt i den postoperative fase uden at denne behandling er direkte styret af ilt saturationsmålinger. Hypoxi postoperativt er uønsket, men nyere forskning har vist at overadministration af ilt også kan være forbundet med væsentlige bivirkninger. Mange steder gives ilt tilført nasalt 3 l/min rutinemæssigt i den postoperative fase og i opvågningsafsnittet.

Formål

1. Gennem litteratur studier at undersøge mulige uønskede virkninger af hyperoxi
2. At undersøge retningslinjer for postoperativ iltbehandling ved 7 opvågningsenheder i Region Midt (e-DOC dokumenter)
3. At undersøge anæstesisygeplejerskers praksis for anvendelse af ilt i den postoperative fase (n=23)
4. At undersøge om rutinemæssig administration af ilt postoperativt er nødvendig hos den elektive og raske operationspatient, og om der er uønskede virkninger ved denne praksis. Specifikt undersøges om 30-40% af elektive patienter med operationstid under 2 timer og uden konkurrerende sygdomme (Neuroanæstesiologisk afsnit og Dagkirurgisk Center; Aarhus Universitetshospital), kan opretholde en ilt saturation på mindst 95% uden ilttilskud i den første time efter operationen (n=101).

Metoder

1. Litteratursøgning i PubMed (søgeord:).
2. Gennemgang af e-DOC dokumenter for postoperativ iltbehandling ved 7 opvågningsafsnit i Region Midt.
3. Udarbejdelse af spørgeskema vedrørende kollegers praksis for iltbehandling i den postoperative fase.
4. Registrering af ilt saturation for 101 patienter (uden komorbiditet) i den første time efter operation ved Neurokirurgisk afsnit (ryg indgreb) og Dagkirurgisk Center (ryg, fod, øjen, plastik og mindre abdominalkirurgiske indgreb), Aarhus Universitetshospital. Skema til registrering af ilt saturation, ryger/ikke-ryger og lejrning. Hvis ilt saturationen registreres under 95% gives ilttilskud til patienten og der registreres ikke yderligere. Ilt saturationen måles ved pulsoximetri. Data indtastes i Epidata. Deskriptive statistik er behandlet i Stata 13.

Resultater

1. Ved litteraturgennemgang fandtes evidens for at hyperoxi fremkaldt af iltbehandling kan give anledning til dannelse af skadelige frie ilt radikaler (oxidativt stress). Frie iltradikaler kan beskadige DNA, svække

mitochondriernes funktion og forårsage skader på lungevæv, hjernevæv og blodkar. Børn og ældre er specielt sensitive for disse skader.

2. Ved gennemgang af kliniske retningslinjer for postoperativ iltbehandling fandtes at 4 ud af 7 afsnit rutinemæssigt gav ilt postoperativt.

3. Spørgeskemaundersøgelsen af 23 anæstesisygeplejersker viste at 95,6% altid giver ilt postoperativt. 56,5% giver altid 3 l/min og 43,5% giver altid 2-3 l/min. 47,8% giver af vane og tradition, 21,7% giver efter instruks og 30,4% giver efter klinisk overvejelse.

4. Der blev inkluderet 101 patienter (n=84 Dagkirurgisk Center og n=17 Neurokirurgisk afsnit) til registrering af postoperativ ilt saturation. 58 patienter (57,4%) kunne opretholde en saturation på mindst 95% uden ilt tilførsel. Gennemsnitlig ilt saturation for disse patienter efter en time var 97,5%. 43 patienter (42,6%) fik tilført ilt, da saturationen var 94% eller derunder. Rygning og høj alder kunne ikke prædikere behov for ilt tilførsel. Blandt patienterne i rygleje faldt 36% til under 95% i ilt saturation indenfor de første 15 min sammenlignet med kun 9% blandt patienterne i bugleje.

Konklusion

Fremkaldelse af hyperoxi ved ilt behandling kan fremkalde oxidativt stress og vævskader. Fire ud af syv opvågningsafsnit i Region Midt (57%) anbefaler rutinemæssig ilt tilførsel postoperativt. 22 ud af 23 anæstesisygeplejersker (96%) ved Aarhus Universitetshospital anvender rutinemæssig ilt tilførsel postoperativt. 58 ud af 101 elektive operationspatienter (57%) havde sufficient ilt saturation uden ilt tilførsel i den postoperative fase.

Perspektiver

Vi foreslår monitorering af alle opvågningspatienter med pulsoximetri og på baggrund heraf stillingtagen til ilt behandling og/eller andre tiltag. Ilt tilførsel skal betragtes som en intervention, der også potentielt kan medføre uønskede virkninger og skal derfor kun anvendes efter overvejelse og klinisk skøn. Der er behov for mere forskning i hyperoxi og mulige uhensigtsmæssige virkninger.

Referencer

- Center for kliniske retningslinjer. Tidlig opsporing af akut opstået kritisk sygdom hos indlagte patienter (TOKS).
- DASAIM. Rekommandation for udarbejdelse af udskrivningskriterier fra anæstesiaafdeling til stamafdeling.

- DASAIM. Rekommandationer for overvågning efter anæstesi, 2012.
- Rasmussen, L og Jacob Steinmetz. Anæstesi. Fagl's forlag. 2014.
- Habre W, Petak F. Perioperativ use of oxygen: variabilities across age.
- British Journal of Anaesthesia 2014;113 Suppl 2
- Heffner J E. The story of oxygen. Respiratory Care 2013;58:18-31
- Held P. An introduction to reactive oxygenspecies – measurement of ROS in cells.
Biotek.com
- Jørgensen, L, Nannestad, Odd Ravlo og Bjørn Richelsen. Statusartikel. " Den adipøse patient." 4.dec. 2006
- Madsen PH, Lauersen C B. Pulsoximetri. Ugeskriftet.dk. Februar 2014
- Meyerhoff C S, Staehr A K. og Rasmussen LS. Rational use of oxygen in medical disease and anesthesia 2012. www.co-anesthesiology.com
- Pedersen T, Nicholson A, Hovhannisyan K, Møller AM, Smith AF, Lewis SR.
- Pulse oximetri for perioperative monitoring. Cochrane Database Syst Rev 2014; 17;3
- Rhoades R A, Tanner G A. Medical physiology, Second edition. Chapter 21 and 22
- Sear, JW. Oxygen: needed for life. Journal of Clinical Anesthesia 2013;25:609-11
- Sjøberg, F, M. Singer. The medical use of oxygen: a time for critical reappraisal. J Intern Med 2013;274:505-28

Forfattere:



Elsebeth Bidstrup Nielsen

Anæsthesisygeplejerske, Århus Universitetshospital, NBG

Neurokirurgisk anæstesiafsnit

Tlf: 27123181

E-Mail: elsebethbn@gmail.com



Pia Hammer Nielsen-Kudsk (kontakt person)

Anæsthesisygeplejerske, Århus Universitetshospital, NBG

Dagkirurgisk Center

Tlf: 40451016.

E-Mail: pia-hammer@webspeed.dk

Symposium for anæstesisygeplejersker 2015

Ufrivillig fastholdelse af det urolige barn

Abstract / Resumé

Titel: Ufrivillig fastholdelse af det urolige barn.

Formål: At undersøge hvilke overvejelser og prioriteringer der ligger til grund for anæstesisyge-plejerskens beslutning om og deltagelse i ufrivillig fastholdelse af børn.

Baggrund: Til trods for at sygeplejersker lægger afstand til ufrivillig fastholdelse af børn, viser talrige studier at metoden anvendes i udtalt grad. Det er dog sparsomt belyst hvilke faktorer de vægter i deres beslutningstagen.

Metode: Undersøgelsen tager afsæt i en hermeneutisk forståelsesramme. Data er indsamlet gennem semistrukturerede interviews med 4 anæstesisygeplejersker. I analysen er anvendt hermeneutisk meningsfortolkning.

Resultater: Ud fra analysen fremkommer 6 faktorer som influerer på anæstesisygeplejerskens beslutning: Barnets ønsker og behov, forældrenes ønsker og forventninger, samarbejdspartneres prioriteringer, organisationens krav til produktion, afdelingens kultur samt egne normer og etiske værdier. Graduering af disse faktorer samt prioritering afhænger af den konkrete situation samt personalet.

Konklusion: Trods et fagligt fokus på barnets ønsker og behov bliver anæstesisygeplejersken påvirket af ydre faktorer, der afføder pleje- og behandlingsforløb, som inkluderer anvendelse af ufrivillig fastholdelse. Således arbejder de ikke ud fra en fastlagt prioriteringsstrategi i deres beslutningstagen om ufrivillig fastholdelse men vægter de enkelte faktorer i den konkrete situation og prioriterer på baggrund af dette. I beslutningsprocessen om ufrivillig fastholdelse af det urolige barn ligger der indlejret et fagligt og etisk dilemma grundet en værdikonflikt mellem de

6 variable faktorer. Dilemmaer som kan udløse såvel personlige som interpersonelle konflikter og hvis udfald afhænger af prioriteringen i situationen. En prioritering hvori hensynet til enten forældrene, organisationen, samarbejdspartnerne eller barnet vægtes højst.

Perspektivering: Sygeplejerskers involvering i ufrivillig fastholdelse har historisk været uanfægtet og anset som acceptabelt med begrundelsen, at sygeplejerskerne handler ud fra barnets interesse. Dette kan være en af årsagerne til manglende fokus på det ømtålige område, potentielt ledende til professionel ignorering. En professionel ignorering man ikke alene finder blandt sygeplejersker, men som eksisterer indenfor hele sundhedsvæsenet, hvor man hverken indenfor det fagpolitiske eller det klinisk område har debatteret eller forholdt sig fagligt og moralsk til problemstillingen.

Dette kvalitative studie har afdækket, at anæstesisygeplejersker bliver sat i et fagligt og etisk dilemma, når der skal træffes beslutning om ufrivillig fastholdelse af det urolige barn. Dilemmaer som udspringer af den værdikonflikt, der er mellem de faktorer, som influerer på beslutningsprocessen. Studiets informanter giver tydeligt udtryk for, at problemet er enten nedprioriteret eller ignoreret, men at det bør belyses og diskuteres på såvel centralt som lokalt niveau, således at man kan få skabt en kultur og nogle rammer for plejen og behandlingen af det angste, urolige barn. En kultur som dels forholder sig kritisk og tager stilling til ufrivillig fastholdelse og således kan guide de professionelle i deres beslutningstagen, dels skal sikre det urolige barn den bedst mulige pleje og behandling. En sådan kultur vil afspejle de værdier og etiske principper, vi arbejder ud fra, værdier og principper vi ikke alene værdsætter, stræber efter, og kæmper for men ligeledes forsøger at efterleve og forpligtige os på. Denne kultur og disse rammer skal derfor ikke blot være vejledende men styrende i forhold til de ydre faktorer, som har indflydelse på beslutningsprocessen omkring ufrivillig fastholdelse. Således kan en officiel stillingtagen til problemet skabe autoritet, når professionelle, som arbejder med børn i sundhedssektoren, skal argumentere imod anvendelse af ufrivillig fastholdelse i klinisk praksis. Ligeledes vil en kultur og nogle fælles rammer være med til at sikre, at tilgangen til og plejen af det urolige barn ikke er styret af individuelle normer og etiske principper, men derimod bygger på videnskabelig dokumenterede metoder samt et fælles moralkodeks vedtaget på overordnet plan.

Hvis man fremadrettet skal reducere antallet af episoder med ufrivillig fastholdelse, kræver det, at man fagpolitisk og ledelsesmæssig træder i karakter og påtager sig sit ansvar for handling. Parallelt

med dette mål professionelle, der dagligt varetager pleje og behandling af børn, skabe fokus på problemstillingen og generere ny videnskabelig viden, som belyser og dokumenterer problemets omfang.

Referencer:

- 1) Falcon L. Børns angst for anæstesi. 2012
- 2) Falcon L. Ufrivillig fastholdelse af det urolige barn. Masterspeciale, 2014

Ovenstående abstract er udarbejdet af:

Lars Falcon

Vejleder i børneanæstesi, anæstesisygeplejerske, MKS, stud. cur.

Juliane Marie Centret

Rigshospitalet

Email: lars.falcon@regionh.dk

Tlf.: 22822903

ABSTRACT

TITEL

Varmesikring af operationspatienten

BAGGRUND

I 2012 blev konceptet "Patientsikkert Sygehus"(1) indført på Fredericia Sygehus. Et af delelementerne i Patientsikkert Sygehus er Kirurgipakken (1), som skal sikre utilsigtede hændelser i forbindelse med et kirurgisk indgreb. Et element i kirurgipakken er peroperativ temperaturmåling og varmesikring af patienten med varme tæpper, varmluftstæpper og varme væsker. Der er evidens for, at selv mild hypotermi (35-36 grader) øger hyppigheden af postoperative komplikationer som forsinket sårheling, sårinfektioner, tryksår, kardielle komplikationer og øget blødningstendens (1-5). Mellem 2 og 5 pct. af indlagte patienter, som opereres, oplever kirurgiske infektioner (1,2).

På Fredericia Sygehus blev der i 2013 på anæstesiaafdelingen udarbejdet et pilotprojekt, hvor 60 patienter deltog. Projektet skulle vise, om der med gældende praksis blev opretholdt en kropstemperatur på >36 grader under operation. Pilotprojektet viste, at 20 pct. (15 ud af 60) havde et varmetab på mellem 0,1-1,0 grad under operationen, og 43 pct. af patienterne havde en temperatur på under 36 grader lige efter anæstesiindledning. Der var ikke målt temperatur før anæstesiindledningen, men oplevelsen var, at patienterne var hypotermie ved ankomst til operationsafdelingen. På grund af forskellige temperaturmålemetoder var det dog svært at afklare, hvor i forløbet patienterne blev afkølet. Fokus i dette projekt, var derfor at anvende ens målemetode på både sengeafdeling, operationsafdeling og opvågningsafdeling for at afdække, hvor i operationsforløbet patienten bliver afkølet, og derefter at finde ud af, om aktiv præopvarmning gør en forskel.

FORMÅL

1. Afdækning af hvor i forløbet mellem sengeafdeling og opvågning patienterne bliver afkølet
2. Undersøge effekten af præopvarmning

METODE

Temperaturmåling

I begge faser blev "Spot On" anvendt til temperaturmåling. Spot On er et nyt måleredskab, der følger

patienten, og som kan måle kernetemperaturen via hudoverfladen. Det bygger på systemet Zero Heat Flux (ZHF) (6). Fordelen ved denne metode er, at bias på grund af forskellig måleteknik elimineres.

Målemetoden blev valideret inden opstarten af projektet ved dobbeltmåling af temperatur under anæstesi (oesophagus og Spot On) på 50 operationspatienter, hvor median temperaturdifferensen var 0,1 grad.

Afdækning af, hvor i forløbet patienterne blev afkølet, blev undersøgt ved at måle patienternes temperatur på sengeafdelingen, på operationsafdelingen og i opvågningen ved hjælp af Spot On.

Projektet forløb fra september til november 2013.

Fase 1

I fase 1 blev afdelingens vanlige praksis fulgt. Patienten skulle være sengeliggende en time før planlagt operationstid, iført almindeligt operationstøj og med et tæppe under dynen.

Fase 2

I fase 2 blev patienten ligeledes lagt i seng en time før planlagt operationstid. Men i stedet for vanligt operationstøj og tæppe blev der anvendt aktiv præopvarmning med konvektionsvarme (varm luftstrøm). Patienten blev ikklædt en Bairpaws skjorte (skjorte, der ved tilkobling til en bairhugger giver konvektionsvarme). Skjorten fulgte patienten, så der var mulighed for at anvende den på operationsgangen og i opvågningen.

I fase 2 blev der på temperaturevalueringskemaet anført, hvilken temperatur patienten/personalet havde indstillet præopvarmningen til.(6)

RESULTATER/KONKLUSION

Undersøgelsen viste, at varmetab i operationsforløbet primært skete peroperativt, og undersøgelsens resultater tydede på, at præopvarmning kunne have en betydning for, at varmetabet peroperativt blev mindsket. Fokus på varmesikring af operationspatienten er vigtigt for at forebygge postoperative komplikationer.(6)

REFERENCER

1. Patientsikker Sygehus, kirurgipakken Version 1.0, april 2010
2. Sessler DI. Current Concepts: mild perioperative hypothermia, New England Journal of Medicine 1997.;336(24):1730-7
3. National Institute of Clinical Excellence, Clinical Guideline 65, Inadvertent perioperative hypothermia, The management of inadvertent perioperative hypothermia in adults, April 2008

4. Moro ML, MD, Morsillo F, MS, Tangenti M, RN, Mongardi M, RN, Pirazzini MC, RN, Pietro Ragni M et al. Rates of surgical Site Infection: An International Comparison. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2005;26;(5):442-8
5. Wagner VD. Patient Safety Chiller: Unplanned Perioperative Hypothermia. *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal* 2010;92(5):567-71
6. Bak A, Petersen HS, Jensen HI. Varmesikring af operationspatienten forebygger komplikationer. *Sygeplejersken* 2015;(6):84-7

Forfattere: Anette Bak, anæstesisygeplejerske (anette.bak1@rsyd.dk/24658316). Kontaktperson
Henriette Simone Petersen, Anæstesisygeplejerske
(Henriette.simone.petersen@rsyd.dk/26256312)

Kvalitet i overleveringer- En kvalitativ undersøgelse; Fokusgrupper

Interviewundersøgelse af sygeplejerskers oplevelser af aspekter, der influerer på patientoverlevering mellem Anæstesiaafdelingen og Perioperativt Afsnit.

Lisa Bryde Harms, Klinisk udviklingssygeplejerske anæstesi, lhar0045@regionh.dk; Carsten Michel Pedersen, Klinisk sygeplejespecialist anæstesi; Birgitte Lykkeberg, Klinisk sygeplejespecialist POA; Grethe Bendixen, Klinisk udviklingssygeplejerske ITA. Anæstesiologisk Afdeling Z, Bispebjerg Hospital.

Baggrund

Internationalt, er der stigende fokus på, at patientovergange udgør en fare for patienternes sikkerhed. I Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) fremgår det, at overlevering af information og dokumentation udgør den næst hyppigste utilsigtede hændelse i hospitalsektoren. Fra politisk side har Region Hovedstaden ønsket at udvikle og forbedre patientsikkerheden i patientovergange. På den baggrund har kvalitetsrådet, i afdeling Z, på Bispebjerg og Frederiksberg hospital, valgt at optimere og kvalitetssikre overgangen mellem Anæstesiaafdelingen og Perioperativt afsnit.

En indledende litteratursøgning viser, at patientovergange er mere end korrekt og komplet overførelse af information om patienten. Internationalt er patientovergange undersøgt og beskrevet i relation til kommunikation, adfærd, hukommelse og menneskelige faktorer. Enkelte studier demonstrerer, at tjeklister kan reducere forekomsten af utilsigtede hændelser. Imidlertid fremgår det i et nyligt publiceret Cochrane review, at der mangler evidens for, at tjeklister kan forbedre patientsikkerheden i overgange. Et dansk Ph.d. studie undersøger patientovergange i hospitaler, og der identificeres otte faktorer, som har indflydelse på patientovergange. Forskeren argumenter for, at patientovergange er en kompleks opgave, og løsninger på hvordan overgange gøres sikre, ikke kan være generiske løsninger, men skal udarbejdes med de implicerede parter, således at der genereres kontekstnære, holdbare løsninger. Dette støttes af anden forskning, hvor det fremgår, at interventioner, som ikke medtænker eksisterende kultur og identitet, mødes af modstand og "workarounds".

Samlet set fremgår det af litteraturen og Dansk Patientsikkerhedsdatabase, at patientovergange er sårbare og komplekse situationer, som udgør en risiko for patienterne. Samtidig er der et politisk ønske om, at forbedre patientsikkerheden i overgange. Løsninger der skal forbedre patientsikkerheden i overgangene, bør ifølge litteraturen, skabes med afsæt i den givne kontekst. På den baggrund vælges at undersøge sygeplejerskernes oplevelser af aspekter, der influerer på patientoverlevering mellem Anæstesiaafdelingen og Perioperativt afsnit på Bispebjerg Hospital.

Formål

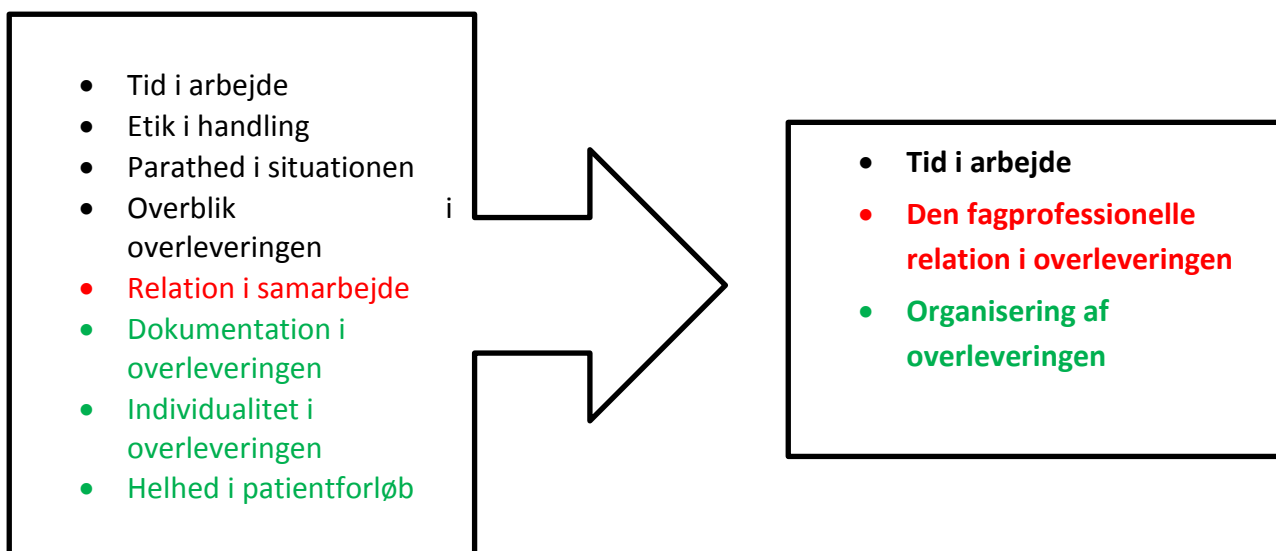
Formålet med projektet er at forbedre patientsikkerheden i patientovergange. Derfor undersøges de aspekter, sygeplejerskerne oplever, som influerer på patientovergange mellem Anæstesi afdeling og Perioperative Afsnit.

Metode

Som metode er valgt fokusgrupper med henholdsvis sygeplejersker fra Perioperativ afsnit og anæstesiaafdelingen. Ved hjælp af semistruktureret interviewguide blev to fokusgruppeinterview gennemført, og efterfølgende blev data transskriberet. Interviewene blev analyseret i henhold til induktiv indholdsanalyse.

Resultater

I analysen fremkom otte generiske kategorier, som efterfølgende blev samlet i tre hovedkategorier.



Tid til overlevering fremkom som et betydningsfuldt aspekt i overlevering mellem anæstesiaafdeling og perioperativt afsnit. Tid opleves som mangel på tid i et travlt miljø, hvor organisationens produktionstankegang sætter fokus på effektivitet. Sygeplejerskerne forklarer, at tidspres og højt arbejdstempo influerer negativt på overlevering, således at fagetikken udfordres, sammenhæng i patientforløb mangler og overblikket trues. I interviewudsagnene fremkommer imidlertid flere perspektiver på tid. Sygeplejerskerne angiver, at oplevelsen af tidsnød og tidspres har medvirket til at skabe en kultur, hvor de er orienteret mod produktion og effektivitet, hvilket tager opmærksomheden fra kvaliteten i overleveringen. Et andet tema i analysen viste, at manglende **organisering i patientoverleveringen**, fører til en individualiseret opgaveløsning. Indhold i mundtlig overlevering er baseret på den enkelte sygeplejerskes vurderinger og fortolkninger, af hvad der skønnes relevant. Anæstesisygeplejerskerne har hver "sin egen lille opskrift". Endvidere er dokumentationen i det elektroniske anæstesiskema individuel, hvilket både

kompromitterer patientsikkerheden og øger arbejdsbyrden for sygeplejerskerne i Perioperativt afsnit. Det beskrives, at "der er lidt Sherlock Holmes over det", når der skal fremfindes relevante informationer om patientforløbet. Den manglende organisering og usystematiske dokumentation truer sammenhængen, helheden og sikkerheden i patientforløbet. **Den fagprofessionelle relation i overleveringen** er det tredje tema, som udledes i analysen. Relationer har betydning for, hvor og hvordan overlevering forløber. Attitude og imødekommenhed kan være bestemmende for, hvordan overlevering forløber. Analysen peger endvidere på, at sygeplejerskerne har en indlejret en viden om patientforløbene. Det er ikke altid denne viden sættes i spil i overleveringer, og dermed kan patientsikkerheden trues.

Perspektiver for fremtiden

- Organisationens herskende tidsforståelse skal udfordres gennem dialog
- Der skal skabes en struktur og systematik i overlevering
- Helheden i patientforløb optimeres ved at skabe et velfungerende professionelt samspil

Referencer

1. Patientombuddet. DPSD aarsberetning 2014. 2015; Available at: <http://www.dpsd.dk/>. Accessed 05/20, 2015
2. Siemsen IM, Madsen MD, Pedersen LF, Michaelsen L, Pedersen AV, Andersen HB, et al. Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. Scand J Public Health 2012 JUL;40(5):439-448
3. Manser T, Foster S. Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. Best Practice & research Clinical Anaesthesiology 2011 6;25(2):181-191
4. Randmaa M, Martensson G, Swenne CL, Engstrom M. An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics; the content of verbal information and factors influencing receiver memory. J Perianesth Nurs 2015 Apr;30(2):105-115
5. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. J Interprof Care 2005 May;19 Suppl 1:188-196
6. Kitto S, Marshall SD, McMillan SE, Shearer B, Buist M, Grant R, et al. Rapid response systems and collective (in)competence: An exploratory analysis of intraprofessional and interprofessional activation factors. J Interprof Care 2015 Jul; 29(4):340-346
7. Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patient. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014(6)