

Redaktion

Hanne Mainz, Kliniks sygeplejespecialist, PhD stud. Ortopædkirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital.

Mette Trads, Udviklingssygeplejerske, PhD stud. Kirurgisk Center, Regionshospitalet Randers.

Pia Søe Jensen, Forskningssygeplejerske, PhD stud. Ortopædkirurgisk afdeling og klinisk forskningscenter, Amager, Hvidovre Hospital.

Britta Hørdam, Seniorforsker, PhD. Københavns Universitet.

Kirsten Specht, Klinisk sygeplejespecialist, PhD. Ortopædkirurgisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge.

Antologien består af 14 kapitler. Hvert kapitel har sine egne forfattere, som både har rettigheden til og ansvaret for indholdet i egne kapitler. I hvert kapitel er en mailadresse på en kontaktperson, såfremt yderligere information ønskes.

Nationalt Videnscenter for Ortopædkirurgisk Sygepleje (VIDOKS) har redigeret og samlet kapitlerne. VIDOKS har som formål at formidle og generere viden om ortopædkirurgisk sygepleje. Centerrådet i VIDOKS har således bidraget med initiering, udbredelse og formidling af projektet. Centerrådets oversygeplejerskerne har motiveret kolleger, og centerrådets forskningssygeplejersker har redigeret kapitlerne. Fagligt Selskab for Ortopædkirurgiske Sygeplejersker (FSOS) har sat fokus på området og støttet økonomisk. Medlemmerne af VIDOKS' videnskabelige råd har enten direkte deltaget i de lokale projekter eller bakket projektet op i deres respektive afdelinger.

Februar 2017



VIDOKS.DK



FSOS.DK

**Søvn og
ortopædkirurgiske patienter**

2017

Forord

Denne antologi ”Søvn og ortopædkirurgiske patienter” er resultatet af et nationalt søvnprojekt igangsat i 2015 af Nationalt Videnscenter for Ortopædkirurgisk sygepleje (VIDOKS). Alle landets ortopædkirurgiske afdelinger blev indbudt til at deltage i et landdækkende søvnprojekt med iværksættelse af et lokalt projekt til at udfolde søvn i relation til ortopædkirurgiske patienter. Kravet til projektet var, at det skulle relateres til søvn og ortopædkirurgiske patienter, mens det lokalt kunne besluttes, hvad projektet mere detaljeret skulle omhandle, og hvilket omfang projektet skulle have.

Søvnprojektet har fra start fået stor opbakning fra landets ortopædkirurgiske oversygeplejersker, som har sikret rammer og muligheder for de lokale projekter. I ortopædkirurgiske afdelinger er der arbejdet struktureret med valg af problemstilling, dataindsamling, analyse, tolkning af resultater og udarbejdelse af kapitler til denne søvnantologi. I de to år projektet har forløbet, har der været drøftelser af søvnproblematikker, når ortopædkirurgiske sygeplejersker har været samlet. Store og små tiltag er iværksat for at forbedre patienternes søvn. Der er lavet struktureret undervisning og søvnfremmende tiltag, samtidig med at søvnhæmmende faktorer er mindsket. Samtlige hængsler og hjul er blevet smurt i de fleste ortopædkirurgiske afdelinger i de forløbne år.

Projekterne er således af varierende størrelse og med forskellige aspekter. Forskellighederne ses som en styrke, idet projekterne belyser mange aspekter af søvnkvalitet hos forskellige ortopædkirurgiske patientgrupper. Der er også projekter, hvor samme problemstilling belyses. Det ses ligeledes som en styrke, idet flere undersøgelser inden for et snævert felt kan øge pålideligheden af resultaterne.

Udover at de 14 forskellige projekter om ortopædkirurgiske patienter og søvn allerede har skabt fokus på søvn i de afdelinger, hvori de er udført, kan denne antologi anvendes som yderligere forståelse af patienters søvnbehov og -problemer samtidig med at antologiens forskellige kapitler kan give inspiration til fortsat forbedring af patienternes søvnkvalitet. Den anvendte metode til nationalt at udfolde og generere viden inden for et behovsområde kan forhåbentlig fremover danne baggrund for at iværksætte flere nationale projekter inden for andre vigtige behovsområder hos ortopædkirurgiske patienter, hvor der er behov for at løfte den sygeplejefaglige kvalitet til gavn for patienterne.

Dette projekt er endnu et i rækken af mange initiativer, som ortopædkirurgiske sygeplejersker har taget for at være aktive i udviklingen af sygeplejen inden for specialet. Ortopædkirurgiske sygeplejersker er kendt for at være i front med nye tiltag. Dette skyldes bl.a. et aktivt Fagligt Selskab for Ortopædkirurgiske Sygeplejersker (FSOS), et Nationalt Videnscenter for Ortopædkirurgisk Sygepleje og en solid opbakning af faglige initiativer fra ortopædkirurgiske oversygeplejersker/ledere i Danmark.

Tak for alles deltagelse og engagement.

Hanne Mainz,
Centerleder, Nationalt Videnscenter for Ortopædkirurgisk sygepleje.

"Udvikling kommer af at dele viden med andre"
Bertel Haarder, tidl. undervisningsminister/sundhedsminister

Indholdsfortegnelse

1. Søvn og ortopædkirurgiske patienter	1
Indledning	
2. Plejepersonalets viden om søvn hos indlagte ortopædkirurgiske patienter	3
Ortopædkirurgiske afsnit, Region Nord	
3. Den forhandlede nattesøvn under indlæggelse på ortopædkirurgisk afsnit. En etnografisk undersøgelse	14
Forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg	
4. Søvnkvaliteten hos akutte og elektive patienter indlagt på Ortopædkirurgisk Afsnit.....	23
Ortopædkirurgisk Afdeling, Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Viborg	
5. Ortopædkirurgiske patienters søvnkvalitet og forstyrrelser af nattesøvnen	33
Ortopædkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital	
6. Patienters oplevelser af søvnkvaliteten under indlæggelse i et ortopædkirurgisk sengeafsnit.....	43
Ortopædkirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest	
7. Søvn, delirium og dokumentation – et kvalitetsudviklingsprojekt	54
Ortopædi, Kolding Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt	
8. Hvordan sover patienter før og efter hofte- eller knæalloplastikoperation?	65
Ortopædkirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus	
9. Hvordan har du sovet? En undersøgelse af faktorer, der påvirker søvnen hos rygkirurgiske I-dese patienter	74
Rygkirurgisk sektor Middelfart Sygehus	
10. Kan man sove med sådan et apparat på benet? Kvalitativ undersøgelse af ortopædkirurgiske patienters erfaringer med at sove og mestre forløbet med eksternt fiksfationsapparat	85
Ortopædkirurgisk afdeling O, Odense Universitetshospital	
11. Patienters nattesøvn og middagshvil forstyrres under indlæggelse på Ortopædkirurgisk Afdeling	95
Ortopædkirurgisk Afdeling Sjællands Universitetshospital, Køge	
12. Søvn og antibiotika – er der en sammenhæng?	106
Ortopædkirurgisk Klinik, afsnit 2164, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet	
13. Søvn og delirium – hvad gjorde vi?	113
Ortopædkirurgisk Klinik, afsnit 3161, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet	
14. Søvn i et institutionelt perspektiv – muliggørende og begrænsende faktorer	120
Ortopædkirurgisk afdeling Amager og Hvidovre Hospital	
15. ”Hvordan har du sovet” – patienters vurdering af deres søvn under indlæggelse og implementering af en sygeplejefaglig søvnintervention	131
Ortopædkirurgisk Afdeling Amager og Hvidovre Hospital	

Søvn og ortopædkirurgiske patienter

Indledning

Søvn er et af menneskets grundlæggende behov, og søvn har betydning for helbredelse, kroppens restitution og en følelse af velvære. Manglende søvn er således kritisk for patienten. Støj, lys, ubehag, smerter, medicin, bekymring og stress er hovedårsagerne til, at patienterne enten mangler søvn eller oplever en dårlig søvnkvalitet under en indlæggelse (1-6). Derudover viser forskning, at mangel på søvn kan bidrage til akut forvirring, øget risiko for hospitalserhvervede komplikationer, som lungebetændelse, tryksår og andre komplikationer associeret med nedsat mobilitet (7-10).

Særligt patienter som gennemgår en operation er udsatte for søvnbesvær pga. øget stressrespons og hormonelle påvirkninger postoperativt (11). Narkose kan give forstyrrelser i den dybe søvn, som er en vigtig søvnfase, fordi stresshormonet kortison falder, nervevækstfaktorer stimuleres, og nerveceller og signalstoffer fornyer sig (7). Smertestillende medicin som morfin forstyrrer REM-søvnen (rapid eye movement), og flere undersøgelser har vist, at flere ortopædkirurgiske patienter mangler REM-søvn særligt de to første postoperative nætter (12-14). Andre undersøgelser viser, at akutte smerter forkorter og fragmenterer nattesøvnen (15;16). Flere forstærkende faktorer for dårlig søvnkvalitet er angst, særlig kombineret med smerter og depression (17).

I en undersøgelse af 75 ortopædkirurgiske patienters søvn og natlige smerter vurderede patienterne deres smerter på en VAS-scala til 6.59 og søvnkvaliteten til 9,24, hvor 10 er absolut dårligst. Smerte (45%) og støj (23%) var de hyppigste angivne årsager til dårlig søvnkvalitet (18).

Sygeplejerskers opgave er at være med til at sikre, at patienterne får en tilstrækkelig smertebehandling og være opmærksom på patienternes søvnproblemer og de faktorer, der kan forringe søvnkvaliteten. For at sygeplejersker kan hjælpe patienter med at sove bedre og dermed sikre hurtigere helbredelse og restitution, er det vigtigt, at sygeplejersker har den fornødne viden om søvn og kender til nonfarmakologiske tiltag, som kan hjælpe patienterne til en bedre søvn. Klinisk retningslinje omkring ”Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter” blev godkendt i 2014. I retningslinjen anbefales ”quiet time”, fysisk aktivitet, musik/ naturlyd /video, afslapning og massage som tiltag, der i klinikken kan inspirere plejepersonalet til at hjælpe patienter med forbedring af søvnkvaliteten (19).

”Det er sygeplejerskens ansvar – i samarbejde med patienten – at tilrettelægge en pleje, der prioriterer og skaber de bedste betingelser for den normale søvn (20). Hvis patienterne får den nødvendige, genopbyggende dybe søvn, vil de have mere energi til at mestre deres sygdomsproblemer (20).

Nationalt Videnscenter for Ortopædkirurgiske Sygepleje (VIDOKS) valgte derfor i 2015, at sætte fokus på ortopædkirurgiske patienters søvn med et landsdækkende projekt for at samle viden om forskellige aspekter og interventioner vedrørende ortopædkirurgiske patienters søvn. De følgende kapitler med 14 spændende projekter om søvn viser, hvordan man rundt i landets ortopædkirurgiske afdelinger har haft fokus på søvn og udfoldet behovsområdet i relation til ortopædkirurgiske patienter.

Referencer

1. Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, part 1: factors affecting sleep. *J Hosp Med* 2008 Nov;3(6):473-82.
2. Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, part 2: behavioral and pharmacological management of sleep disturbances. *J Hosp Med* 2009 Jan;4(1):50-9.
3. Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Case studies: is the sleep of hospitalized elders related to delirium? *Medsurg Nurs* 2010 Jan;19(1):39-46.
4. Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatr Nurs* 2010 Jul;31(4):263-71.
5. Gay PC. Sleep and sleep-disordered breathing in the hospitalized patient. *Respir Care* 2010 Sep;55(9):1240-54.
6. Honkus VL, Parthasarathy S, Tobin MJ. Sleep deprivation in critical care units
Sleep in the intensive care unit.(0887-9303 (Print)).
7. Jennum P. Søvn. 1 ed. Munksgaard; 2013.
8. Bowman AM. Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *Journal of Advanced Nursing* 1997 Sep;26(3):550-64.
9. Madsen MT, Rosenberg J, Gogenur I. Actigraphy for measurement of sleep and sleep-wake rhythms in relation to surgery. *J Clin Sleep Med* 2013 Apr 15;9(4):387-94.
10. Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Case studies: is the sleep of hospitalized elders related to delirium? *Medsurg Nurs* 2010 Jan;19(1):39-46.
11. Gogenur I. Postoperative circadian disturbances. *Dan Med Bull* 2010 Dec;57(12):B4205.
12. Gay PC. Sleep and sleep-disordered breathing in the hospitalized patient. *Respir Care* 2010 Sep;55(9):1240-54.
13. Honkus VL, Parthasarathy S, Tobin MJ. Sleep deprivation in critical care units
Sleep in the intensive care unit.(0887-9303 (Print)).
14. Gogenur I. Postoperative circadian disturbances. *Dan Med Bull* 2010 Dec;57(12):B4205.
15. Roehrs T, Roth T. Sleep and pain: interaction of two vital functions. *Semin Neurol* 2005 Mar;25(1):106-16.
16. Tranmer JE, Minard J, Fox LA, Rebelo L. The sleep experience of medical and surgical patients. *Clin Nurs Res* 2003 May;12(2):159-73.
17. Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, part 1: factors affecting sleep. *J Hosp Med* 2008 Nov;3(6):473-82.
18. Buyukyilmaz FE, Sendir M, Acaroglu R. Evaluation of night-time pain characteristics and quality of sleep in postoperative Turkish orthopedic patients. *Clin Nurs Res* 2011 Aug;20(3):326-42.
19. Fog L, Maheswaran M, Wester D, Bælum R. Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter. Center for kliniske retningslinjer 2014.
20. Skou, M. Patienter sover dårligt. *Sygeplejersken* 2013;(3):18-22.

Plejepersonalets viden om søvn hos indlagte ortopædkirurgiske patienter

Lis Kjær Larsen, Sygeplejerske med særlig klinisk funktion, MKS, Ortopædkirurgisk afsnit
Hjørring, likjl@rn.dk

Ingerlise Rønfeldt, Sygeplejerske med særlig klinisk funktion, SD, Ortopædkirurgisk afsnit
Farsø

Heidi Søgaard Hvistendahl, udviklingssygeplejerske, LOOP, Ortopædkirurgisk afsnit Aalborg
Birgitte Boll, Klinisk sygeplejespecialist, MVO, Klinik Hoved-Orto, Aalborg Universitets
Hospital

Ortopædkirurgiske afsnit, Region Nord.

Abstract

Baggrund. Undersøgelser viser, at patienters søvn under indlæggelse forstyrres, ofte forårsaget af ændrede søvnmønstre, støj og smerter. Andre undersøgelser viser, at dokumentationen af patienters søvn er mangelfuld. Der stilles krav til plejepersonalet om dokumentation af patienters søvnproblemer, faglig viden om søvnfysiologi samt søvnfremmende interventioner.

Formål. Formålet med denne spørgeskemaundersøgelse er at afdække plejepersonalets viden om søvn, søvnfremmende interventioner og dokumentation af søvnanamnese og søvnstatus hos voksne, indlagte ortopædkirurgiske patienter.

Metode. Med afsæt i den kliniske retningslinje ”Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvaliteten hos voksne indlagte patienter” er der udarbejdet en elektronisk semistruktureret spørgeskemaundersøgelse i systemet SurveyXact. Spørgeskemaet har fire temaer: 1. Plejepersonalets viden om søvnfysiologi; 2. Plejepersonalets dokumentation af patienternes søvnanamnese og søvnmønster; 3. Fysiske rammer og vilkår; 4. Plejepersonalets interventioner. Spørgeskema er distribueret til 184 plejepersonaler i fem ortopædkirurgiske sengeafsnit i Region Nordjylland.

Resultater. Der var en svarprocent på 60. Plejepersonalets besvarelser viste en usikkerhed på kendskab til søvnfysiologi, men at de havde en almen viden om søvn. Plejepersonalet er blevet bevidstgjort om deres begrænsede viden om søvn og efterspørger undervisning om søvnfysiologi samt mere fokus på søvn og søvnfremmende interventioner.

Konklusion. Dataindsamling og dokumentation om søvn og søvnfremmende interventioner udføres usystematisk. Skemaundersøgelsen viste endvidere, at søvnfremmende sygepleje er en særlig udbredt praksis i tidsrummet lige før, patienten skal sove.

Baggrund

På ortopædkirurgiske sengeafsnit er der multiple faktorer, der er forstyrrende for patienternes søvn. Patienterne ligger ofte på flersengsstuer, har præ- og postoperative smerter, behandles med intravenøst antibiotika på alle tidspunkter af døgnet, og de fysiske og organisatoriske rammer kan give støj og uro om natten. Undersøgelser viser, at patienter ikke får den søvn, de har brug for. Ændrede søvnmønstre, smerter og støj viser sig at være faktorer, der i høj grad er årsag til manglende søvn (1, 2).

Ifølge ”Vejledning for sygeplejefaglige optegnelser”, skal der som minimum i journalføringen fremgå, at der er taget stilling til, om patienten har potentielle eller aktuelle søvnproblemer (3). Endvidere skal plejepersonalet være opmærksom på faktorer, der kan forringe søvnkvaliteten. Plejepersonalet skal derfor have fokus på søvnfremmende interventioner og hæmmende faktorer, der har indflydelse på søvnkvaliteten, idet god søvn optimerer helbredelse og restitution (4 - 6).

Der er via systematisk litteratursøgning kun fundet få videnskabelige undersøgelser, som afdækker sygeplejerskers viden om søvn hos ældre akut indlagte patienter og om interventioner, der fremmer patientens søvn. Sygeplejerskers viden om søvn kan influere på de søvnfremmende tiltag, hvilket underbygger relevansen af at undersøge sygeplejerskers viden om søvn hos denne patientgruppe (7, 8). Fokus for denne spørgeskemaundersøgelse er derfor, at belyse plejepersonalets viden om og dokumentation af søvn hos indlagte ortopædkirurgiske patienter.

Formål

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var, at undersøge plejepersonalets faglige viden om søvn, dokumentation af søvn hos voksne indlagte ortopædkirurgiske patienter samt hvilke fysiske rammer og sygeplejeinterventioner, der fremmer eller hæmmer søvn.

Metode

Undersøgelsen tog afsæt i den kliniske retningslinje: ”Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter” (9). I denne kliniske retningslinje opereres med fire underområder: Patientens perspektiv, sygeplejefagligt perspektiv, objektiv og subjektiv registrering af søvn samt søvn og søvnfysiologi. Undersøgelsen blev afgrænset til tre af områderne, og ud fra de tre perspektiver dannes der fire temaer: Plejepersonalets viden om søvnfysiologi, plejepersonalets dokumentation af patienternes søvnanamnese og søvn under indlæggelsen, fysiske rammer og vilkår samt plejepersonalets interventioner. De fire temaer anvendes endvidere i vores analysestrategi af både kvantitative og kvalitative data.

På baggrund af de udvalgte temaer blev der foretaget en litteratursøgning i PubMed og CINAHL. Relevant forskningslitteratur, i alt 31 artikler, blev lagt i matrix i forhold til ovenstående temaer. Inklusionskriterier for litteratursøgning var artikler publiceret mellem 2004 – 2015 på engelsk og skandinavisk. Perioden blev begrundet i, at de fysiske rammer var genkendelige og sammenlignelige med eksisterende rammer på danske ortopædkirurgiske afsnit.

Spørgeskema blev valgt som metode til besvarelse af områderne i de fire temaer. Undersøgelsen blev udmøntet i en elektronisk spørgeskemaundersøgelse udarbejdet i SurveyXact, et softwareprogram til oprettelse af internetbaserede spørgeskemaundersøgelser. Der blev anvendt ordinal skalaer, bl.a. Likert skala, samt mulighed for kvalitative data gennem skriftlige kommentarer. Der blev ikke fundet relevante, validerede spørgeskemaer, hvorfor et sådan blev udarbejdet på baggrund af litteraturgennemgangen. Det semistrukturerede spørgeskema blev pilotafprøvet af fire sygeplejersker mhp. forståelse af spørgsmål og estimering af tidsforbrug for besvarelsen. Besvarelsen kunne gennemføres på 20-30 minutter på computer, tablet eller smartphone. Deltagerne kunne stoppe midt i besvarelsen og fortsætte senere. Dataindsamlings-perioden forløb ultimo april – ultimo juni 2016. En svarprocent over 50 % anses som acceptabelt (10,11). Projektet blev organiseret på fem ortopædkirurgiske sengeafsnit, Klinik Hoved – Orto, Aalborg Universitetshospital, der er belig-

gende på flere matrikler i regionen. I denne undersøgelse blev der ikke sondret mellem plejepersonalets faggrupper. I forhold til undersøgelsens reproducerbarhed vil spørgeskemaet kunne distribueres til plejepersonalet i andre specialer, da spørgsmålene omkring søvn er generelle.

Der blev taget udgangspunkt i de etiske retningslinjer for Sygeplejeforskning i Norden, der omfatter fire principper: Autonomi, at gøre det godt, ikke at gøre skade samt retfærdighed [12]. Disse punkter blev medtænkt i udarbejdelse af spørgeskemaet og i den endelige rapport til personalet. Afsnitsledelserne blev kontaktet med henblik på distribuering og ledelsesmæssig opbakning til spørgeskemaet. Undersøgelsen blev godkendt af klinikledelsen. Resultater afrapporteres til plejepersonale samt ledelse. Undersøgelsen blev gennemført af en projektgruppe, som bestod af uddannede sygeplejersker. Projektgruppen blev dermed en del af undersøgelsesfeltet. Dette har været en fordel i udarbejdelsen af spørgeskemaet, da det har gjort det muligt at formulere spørgsmål, der fandt genklang hos respondenterne, men kunne være en ulempe i analysearbejdet, hvis forforståelse blev benyttet ureflekteret.

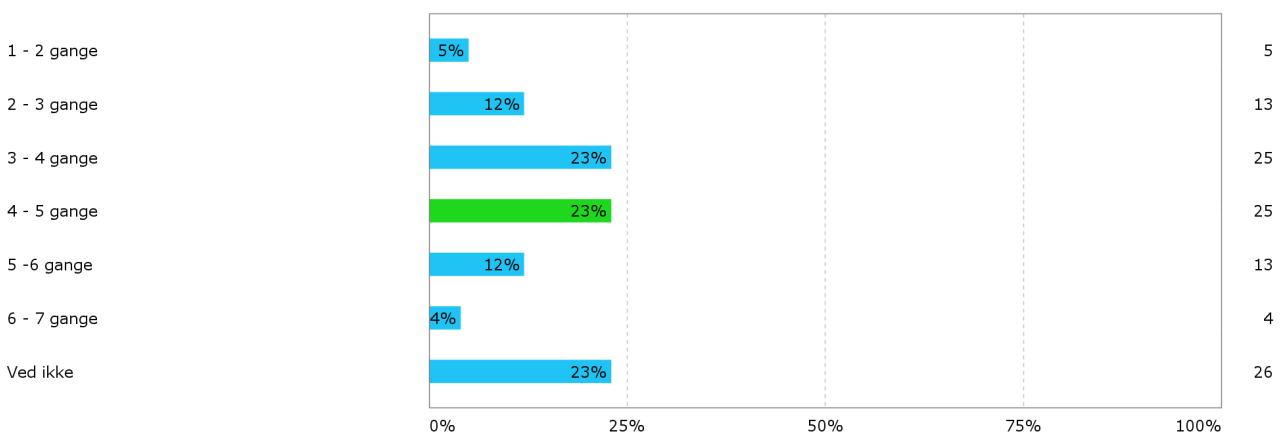
Resultat

Spørgeskemaet blev distribueret til 184 plejepersonaler med 110 besvarelser, hvilket svarer til en svarprocent på 60. Derudover gennemførte 13 respondenter (7 %) en delvis besvarelse. Spørgeskemaundersøgelsen blev distribueret til alle faggrupper i plejen. Besvarelserne var fordelt på en sygehjælper, 33 social og sundhedsassistenter samt 88 sygeplejersker. Plejepersonalets uddannelsesmæssige baggrund indebar forskellig faglig viden om emnet. Der var dog overvægt af sygeplejersker (72 %) i besvarelserne. Ud fra spørgeskemaets fire temaer fremkom følgende resultater:

Plejepersonalets viden om søvnfysiologi

Søvnen er inddelt i 4 faser, der kaldes N1 - N2 - N3 og REM -søvnen. Disse faser kaldes samlet en søvncyklus. En søvncyklus gentages flere gange i løbet af natten. Der blev spurgt ind til, hvor mange gange en søvncyklus gentages i løbet af en nat. Af det adspurgte plejepersonale havde 23 % viden om, at en søvncyklus gentages 4-5 gange pr. nat (Figur 1). Tallene lodret yderst til højre i figurene angiver antallet af respondenter.

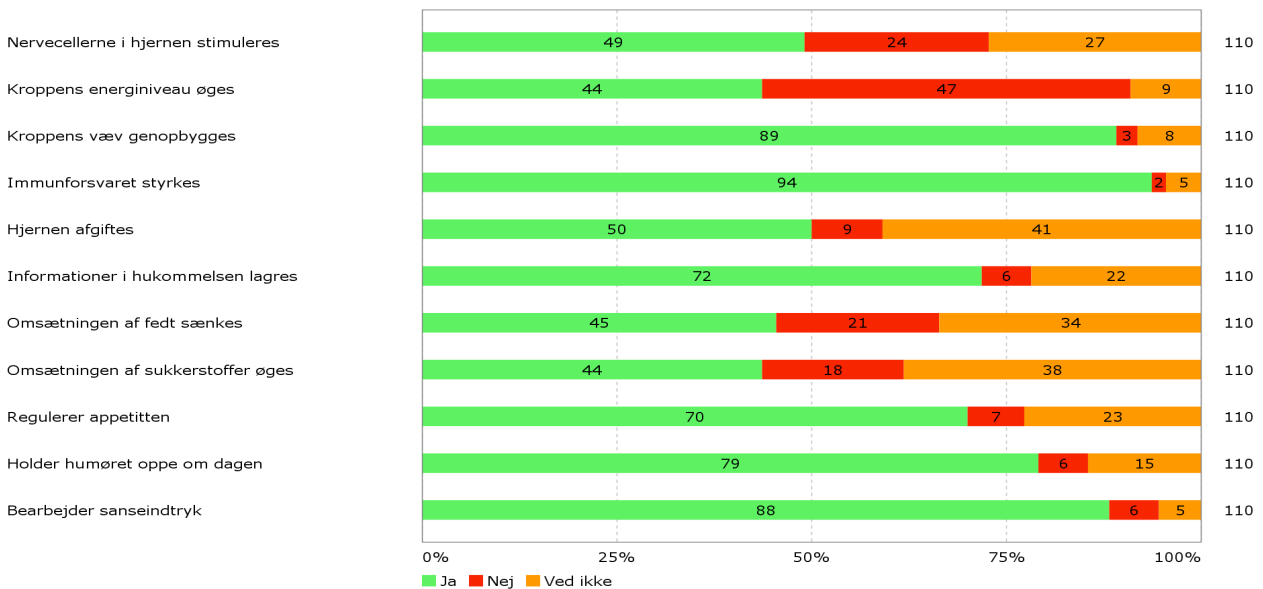
Figur 1. *Hvor mange gange gentages en søvncyklus i løbet af en nat i gennemsnit? Grøn indikerer korrekt svar.*



På spørgsmålet om længde af søvncyklus, svarede 35 % af de adspurgte korrekt, at denne har en varighed af 90 - 110 minutter. Det gennemsnitlige søvnbehov pr. nat, for en voksen person er 7 timer. Dette havde 45 % af plejepersonalet kendskab til.

I Figur 2 ses, at plejepersonalet var vidende om søvnens betydning for vævsgenopbygning, styrkelse af immunforsvar og bearbejdelse af sanseindtryk.

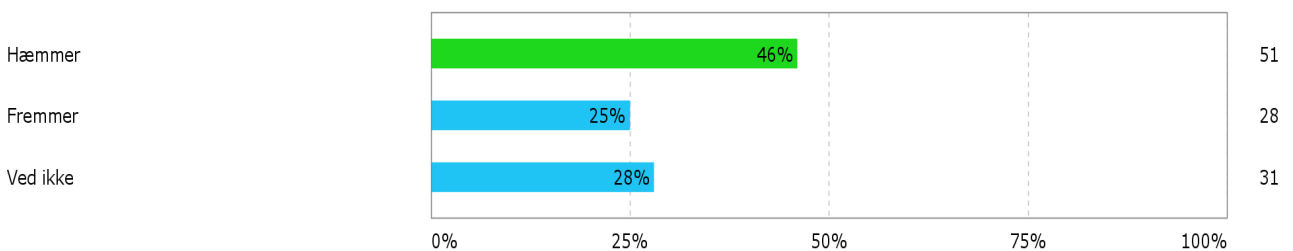
Figur 2. *Hvad sker der i kroppen under søvnen? Grøn indikerer korrekt svar.*



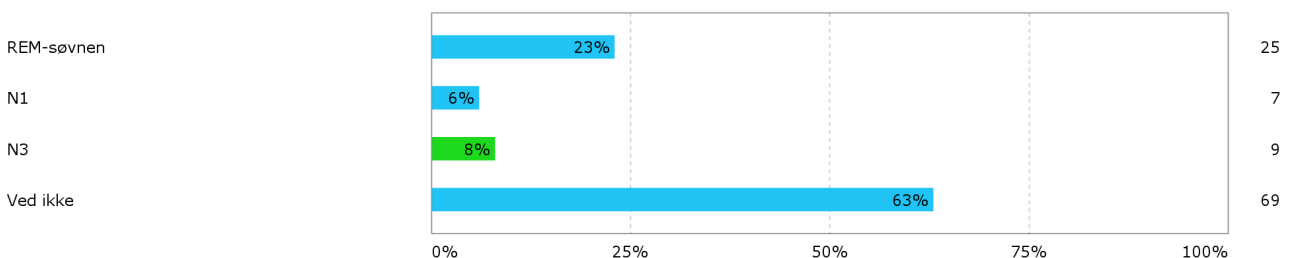
Plejepersonalets viden om medicinske påvirkninger på søvnens fysiologi

Ortopædkirurgiske patienter får ofte morfinpræparater som smertestillende. REM- søvnen hæmmes af morfin, hvilket ca. halvdelen af plejepersonalet havde kendskab til (Figur 3).

Figur 3. *Hvilken effekt har morfinpræparater på REM -søvnen? Grøn indikerer korrekt svar.*

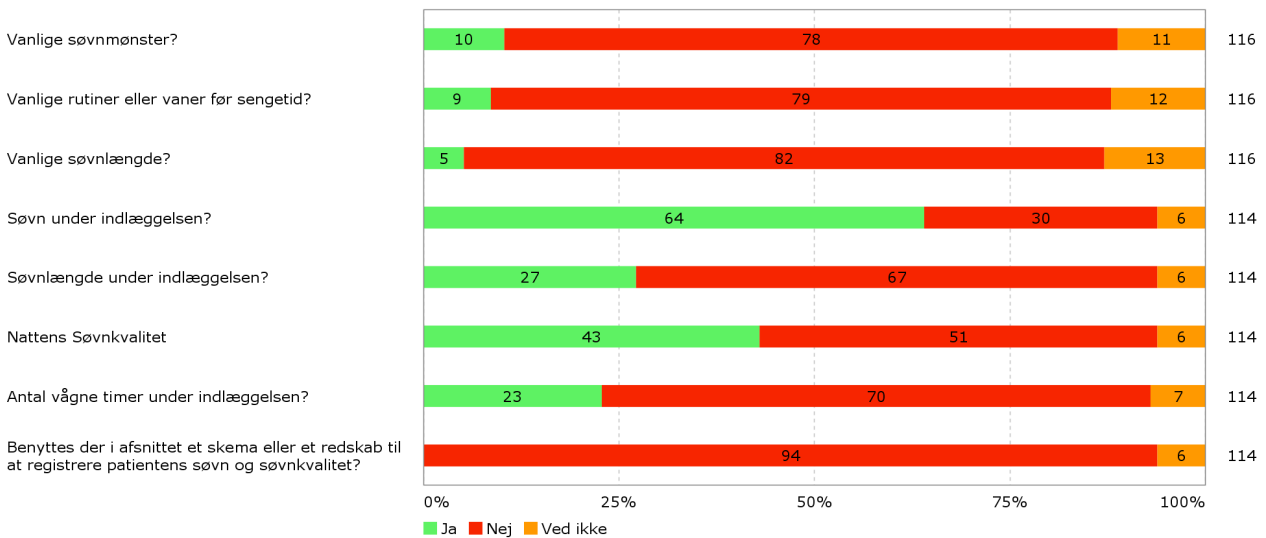


Figur 4. *Hvilken fase i søvnen påvirkes af generel anæstesi? Grøn indikerer korrekt svar.*

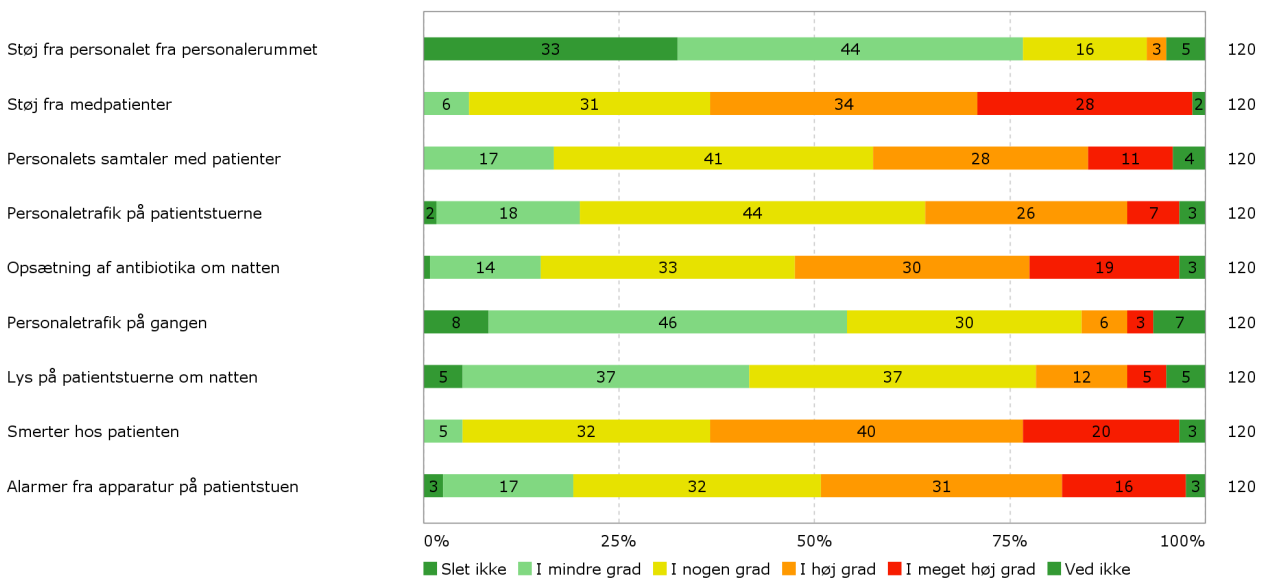


Næsten alle ortopædkirurgiske patienter bliver opereret, heraf mange i generel anæstesi. Blot 8 % af plejepersonalet havde viden om, at den dybe søvn (N3) påvirkes af anæstesi (Figur 4).

Figur 5. Hvilke oplysninger dokumenterer sygeplejersken om patientens vanlige søvnanamnese og søvn under indlæggelsen?



Figur 6. I hvilken grad vurderer plejepersonalet, at patienternes nattesøvn forstyrres af følgende?



Plejepersonalets dokumentation af patienternes søvnanamnese og søvnmønster under indlæggelsen

Ingen af de adspurgte afsnit havde en fast rutine i at dokumentere patienternes søvn og søvnmønster (Figur 5). Dette blev udtrykt i følgende kommentarer:

"Vi dokumenterer ikke regelmæssigt, men skriver ofte om patientens søvn". "Dokumenterer hvis patienten har haft en urolig nat, og hvad grunden er". "Ofte kommenteres patientens søvn, hvis den har været afbrudt, dårlig osv. men der er ingen systematik i dokumentationen heraf".

Et enkelt afsnit spurgte patienten om vanligt søvnmønster ved hjælp af et tilsendt oplysningsskema, udfyldt af patienten til indlæggelsen, hvilket er muligt blandt elektive patienter.

Personalet var vidende om, at deres vurdering ikke altid stemte overens med patientens egen oplevelse af, hvordan natten var forløbet.

"Patienten kan have en anden vurdering om søvn og søvnkvalitet". "Der dokumenteres, hvis patienten har været vågen ved tilsyn, eller hvis de har kaldt hele natten".

Desuden udtrykte plejepersonalet et ønske om ikke at skulle anvende flere screeningsredskaber:
"Ikke flere skemaer - tak"

Fysiske rammer og vilkår

Der var multiple årsager til støj om natten eksempelvis VAC- systemer, patientkald, udskiftning af luft i automatiske luftmadrasser, støj fra medpatienter, intravenøs administration af antibiotika, smertehandling, venderegime, klaprende døre, skabslåger og rulleborde. Dette blev udtrykt i følgende kommentar:

"Døre i afdelingen knirker og klapper i med en høj lyd. Døren til medicinrummet bipper højlydt, når den lukkes. Man kan ikke forhindre disse lyde, hvilket er temmelig generende"

På spørgsmålet om, hvilke årsager plejepersonalet vurderede som mest støjende, svarede personalet støj fra medpatienter, smertehandling, opsætning af antibiotika og personalets samtaler med patienter, vurderet ud fra Likert skala (Figur 6).

Quiet time er en intervention, hvor der er ro i en afgrænset periode på afsnittet i løbet af dagen. Plejepersonalet blev spurgt, om dette var et tilbud i afsnittet. Her svarede 65 % ja og 33 % nej. På spørgsmålet om, hvordan dette blev administreret på afsnittene, svarede 60 %, at der ikke var besøg i perioden, 46 % at der ikke blev foretaget sygeplejeinterventioner på stuerne og 43 % at TV skulle være slukket. I kommentarerne fremgik det, at plejepersonalet oplevede, at indførelse af fri besøgstid har medført flere forstyrrelser og udfordringer, specielt i perioden mellem kl. 12 og 14, hvor patienterne forventes at hvile sig.

Der var ingen positive tilbagemeldinger fra plejepersonalet med hensyn til indførelse af fri besøgstid:

"På Aalborg UH er der indført fri besøgstid. Vi kan kun henstille til, at patienterne får middags ro mellem kl.13-14 og efter kl.21, så de kan få hvilet og/eller få nattero. Dette tilstræber vi også at efterkomme. Dog er det svært at udføre i praksis, da vi er et akut sengeafsnit, med flere 4-sengs-stuer, hvor det er udfordrende at tage hensyn til den enkelte patients ønsker og behov for søvn/hvile"

Kun et enkelt afsnit af de fem sengeafsnit i spørgeskemaundersøgelsen håndhævede eftermiddagshvilet, men det tværfaglige samarbejde omkring patienten syntes at kunne obstruere aftaler om Quiet time:

"Vi har middagshvil fra lige efter frokost, altså ca. kl. 12.15 og indtil 13.45 hvor der serveres eftermiddagskaffe. Vi er ret strikse med dette hvil i forhold til besøgende og opgaver der kan lægges på andre tidspunkter omprioriteres. Dog oplever vi at fysioterapeuterne der kommer i afd. ikke har samme fokus på middagshvilet som plejegruppen har".

Alle afsnit forsøger at henvise besøg i middagshvilet til andre opholdsrum, så medpatienter ikke bliver forstyrret.

"Der henstilles til at besøgende og pt. går i opholdsstuen, hvis der er besøg i Quiet time stunden. Ellers er der fri besøgstid"

Sygeplejehandlinger bliver med varierende resultat reduceret i tidsrummet:
"Der er sygeplejeinterventioner/stuegang, der kan forhindre ro i perioden"
"i travle perioder er der handlinger efter frokost"

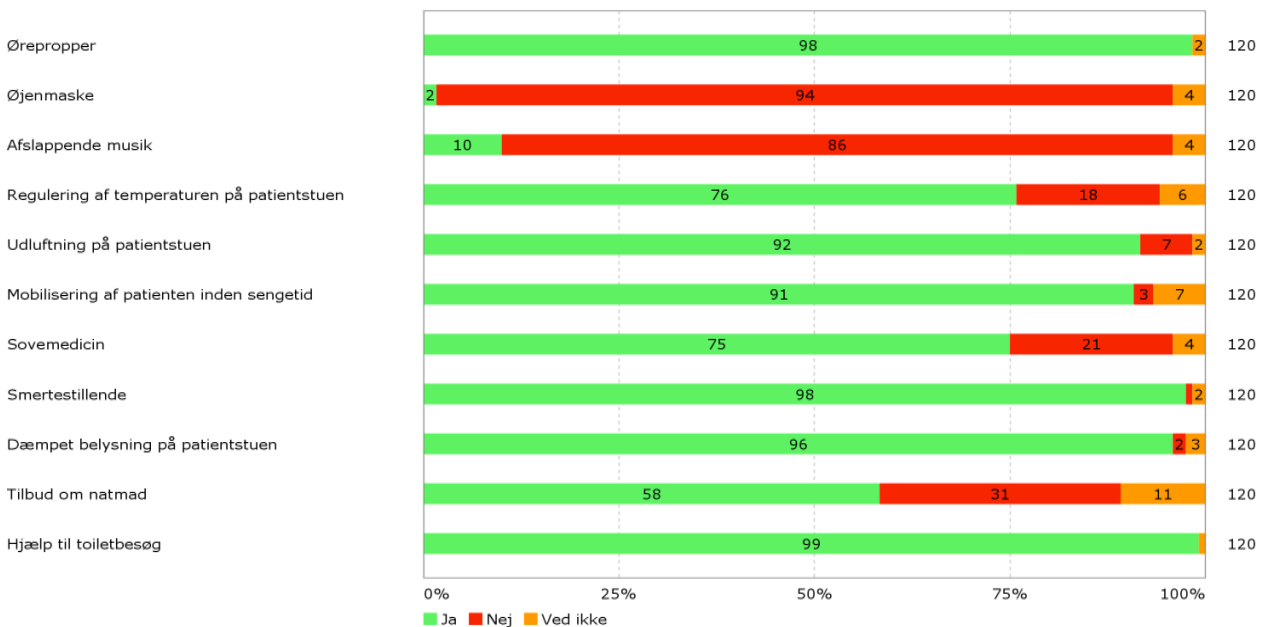
Flere gav udtryk for ønske om Quiet time:

"Har ikke Quiet time... men vil ønske det for patienterne, da der er mange ældre, som har behov for ro til at komme sig efter en stor operation og fysioterapi. Ligeledes efter der er indført fri besøgstid er der ikke overladt mange timer til ro, så kroppen kan komme sig efter operation og træning"

Plejepersonalets interventioner

På spørgsmålene om hvilke søvnfremmende handlinger der blev anvendt (Figur 7), fremgik det, at interventioner som øjenmasker og afslappende musik ikke var implementeret i afsnittene.

Figur 7. Hvilke søvnfremmende handlinger tilbydes patienterne i afsnittet?



Personalet var observant på god og komfortabel lejrning af patienten, eksempelvis med lejringspuder af forskellig type. Desuden tændte personalet bevidst så lidt lys som muligt ved tilsyn eller interventioner, og en enkelt respondent benyttede sig af lommelygte. Patienterne blev tilbudt senge-skærm eller gardiner mellem sengene på flersengsstuer. Var der en meget urolig eller snorkende patient på stuen, kunne vedkommende om muligt flyttes til disponibelt rum i nattetimerne for at skærme denne og medpatienter. Patienter med demens blev skærmet, om muligt på enestue. Hvis patienten ikke kunne sove, var kamillete eller varm mælk med honning udbredt praksis.

"Almindelige før sengetids ritualer foretages, evt. med hjælp. dvs. tandbørstning, god lejrning, sengen redt så der er glatte lagner og rystet hovedpude, noget at drikke, nat medicin inkl. smertestillende i ordentlig tid, information om dagen i morgen, hvis tanken om dette kan give anledning til uro".

På flere afsnit var der om natten en rutinemæssig runde på sengestuer hver time for at observere patienterne. Ordineret medicin blev administreret på alle tidspunkter af døgnnet, især smertestillende og antibiotika. Akutte patienter modtages i alle døgnets timer.

"Hvis patienten kommer fra skadestuen og der er en pårørende med, er det ofte at man henstiller de pårørende til, at sige farvel på gangen, da de andre patienter sover".

Diskussion

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at undersøge plejepersonalets faglige viden om søvn, dokumentation af søvn hos voksne indlagte ortopædkirurgiske patienter samt hvilke fysiske rammer og interventioner, der fremmer eller hæmmer søvn. I det følgende diskuteres de fremkomne resultater med afsæt i den kliniske retningslinje "Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvn hos voksne indlagte patienter" og de anbefalinger, der fremkommer ud fra den bedst tilgængelige evidens (I det følgende benævnt som: Den Kliniske retningslinje) (9).

Plejepersonalets viden om søvnfysiologi

Søvnens kvalitet afhænger af svingninger mellem de forskellige søvnfaser. Især den dybe søvn er nødvendig for restitution af kroppen (9). I personalegruppen var der 23-35 %, der havde viden om søvncyklus (Figur 1). På almene, men ikke dybdegående faglige spørgsmål om, hvad der sker i kroppen under søvnen, havde plejepersonalet stor almen viden om dette (Figur 2). Svarene viste, at plejepersonalet havde en grundlæggende høj viden om søvnens betydning. Den dybe søvn indtræder efter 30-40 minutters overfladisk søvn og forringes efter generel anæstesi. Dette var 8 % af plejepersonalet vidende om (Figur 3). Stresshormonet kortisol forhøjes i kroppen ved generel anæstesi og kan forårsage forlænget sårheling, øget infektionsrisiko samt påvirke hjerterytmen og give forhøjet blodtryk (9). Enkelte af plejepersonalet oplyste, at patienterne blev tilset cirka hver time i løbet af natten. Samtidig er en stor del af patienterne opereret i generel anæstesi. Disse to faktorer kan ses som værende forstyrrende for patienternes dybe restituerende søvn og kan derved påvirke patienternes risiko for infektion, forlænget heling og dermed forlænget indlæggelsestid (9). Det kan synes vanskeligt for plejepersonalet, at forene viden om søvn, patientens søvnbehov og det faglige behov for tilsyn og interventioner i nattetimerne.

Morfin hæmmer REM -søvnen og dette fører til nedsat blodgennemstrømning, hvorved vævsopbygning hæmmes (9). Plejepersonalets faglige viden kom til udtryk i spørgeskemaet ved at 46 % af plejepersonalet var vidende om, at morfin hæmmer REM- søvnen (Figur 2). I klinisk praksis blev patientens smertelindring prioriteret frem for søvn, da søvnen endvidere kan besværliggøres af smerter. Dette kan ses som en svær problematik, da patienterne ofte har brug for morfin, men samtidig har behov for restituerende søvn.

Plejepersonalets dokumentation af patienternes søvnanamnese og søvnmønster under indlæggelsen

Den kliniske retningslinje anbefaler, at der hos alle patienter er dokumenteret dataindsamling om habituel og aktuel søvnmønster (9). Vejledning for sygeplejefaglige optegnelser kræver, at søvn dokumenteres (3). Skemaundersøgelsen viste, at data om patientens habituelle søvnmønster omtrent var fraværende i klinisk praksis. Plejepersonalets dokumentation af patienternes vanlige søvnmønster, -rutiner og -længde blev dokumenteret i under 10 % af indlæggelserne (Figur 5). For plejepersonalet kan søvnanamnesen indeholde oplysninger, der understøtter planlægningen af individuelle søvnfremmende interventioner under indlæggelsen. Ingen af afsnittene benyttede redskaber

eller systematik til dokumentation af patienternes søvn og søvnkvalitet under indlæggelse, hvilket den kliniske retningslinje anbefaler (9). På trods af dette, udtrykte plejepersonalet at de ikke ønskede flere vurderingsredskaber, hvilket understreges af, at 64 % oplyste, at de dokumenterede patientens søvn under indlæggelsen (Figur 5). Samtidig bestod plejepersonalets dokumentation primært af udsagn som ”Sovet ved tilsyn”, ”sovet dårligt” hvilket vurderes som en almen og overordnet dokumentation uden fremadrettet planlægning. Patientens subjektive søvnoplevelse af søvnlængde og søvnkvalitet blev i nogen grad dokumenteret. Hvis patienten havde søvnforstyrrelser under indlæggelsen, blev de målrettede interventioner til at fastholde og forbedre søvnkvaliteten i en vis grad dokumenteret. Den kliniske retningslinje anbefaler, at der hos alle indlagte voksne patienter med søvnforstyrrelser er dokumenteret målrettede handlinger til at fastholde og forbedre søvnkvaliteten. Validerede vurderingsredskaber eller fokus på systematisk dokumentation af søvn og søvnfremmende interventioner, kunne med fordel indføres i klinisk praksis, for at understøtte en fremadrettet sygepleje (9). Dokumentation og evaluering af søvnfremmende interventioner kunne ligeledes være afsæt for udvikling og forskning på området.

Fysiske rammer og vilkår

Plejepersonalet vurderede, at støj fra medpatienter, smertebehandling, opsætning af antibiotika og plejepersonalets samtaler med patienter var de mest forstyrrende elementer (Figur 6). Dette underbygges af andre studier (2, 4). Da smerter af plejepersonalet blev opfattet som det mest forstyrrende for søvnen, er en planlagt, fremadrettet smertelindring af stor vigtighed for at fremme den enkelte patients søvnkvalitet og undgå forstyrrelse af medpatienter ved medicinadministration. Plejepersonalet angav, at de gør en stor indsats for at mindske støj på afsnittene om natten eksempelvis ved at skærme støjende patienter fra øvrige patienter, når de fysiske rammer tillader dette. Man må forvente, at de kommende supersygehuse, som lancerer enestuer til patienter, vil være medvirkende til færre forstyrrelser fra medpatienter. Plejepersonalet gav udtryk for, at støj fra skabslåger, døre, rulleborde og lys er faktorer, der generer patienternes nattesøvn.

Det kan undre at simple, omkostningslave tiltag som soft close på døre og skabslåger ikke er krav på sygehusafdelinger for at minimere støj sammen med lysdæmpning for etablering af et søvnfremmende miljø. Spørgeskemaundersøgelsen pegede på, at det er problematisk at håndtere fri besøgstid, og at det har forringet patienternes mulighed for hvile og restitution under indlæggelsen. Region Nordjylland indførte fri besøgstid juli 2015 på alle regionens sygehuse. Pårørende kan dermed frit besøge indlagte i døgnets 24 timer. Ønsker afsnittet restriktioner i en bestemt periode af døgnet skal dette aftales med sygehusledelsen. Pårørende bliver som altid bedt om at forlade sengestuen på baggrund af en faglig vurdering, og når der foregår interventioner hos patient eller medpatienter. Den overordnede beslutning om fri besøgstid kan ses som en medvirkende årsag til, at patienternes hvileperioder forstyrres. Implementering af fri besøgstid kunne med fordel have været udsat til muligheden for enestuer på de kommende supersygehuse. De nuværende fysiske rammer byder oftest på flersengsstuer, og da patientgruppen er ældre kirurgiske patienter med behov for restitution og søvn, kan fri besøgstid være uforeneligt med plejepersonalets faglige vurdering af patientens behov for søvn og hvile.

Plejepersonalets interventioner

Den kliniske retningslinje anbefaler søvnhygiejne ved Quiet time til at facilitere patienternes søvn. Søvnhygiejne defineres som tiltag eller interventioner designet til at stimulere en bedre søvn (9). Hvileperioder eller Quiet time blev administreret på forskellige vilkår i de fem afsnit. På spørgsmålet om Quiet time reflekterede flere over, at dette burde indføres systematisk. Samtidigt blev der

givet udtryk for, at Quiet time ikke altid blev respekteret af andre faggrupper. Den kliniske retningslinje anbefaler ligeledes, at sygeplejefaglige rutiner og handlinger planlægges og udføres, så patienterne sikres optimale forhold for søvn (9). Plejepersonalet tilbød rutinemæssigt patienterne ørepropper og grundlæggende søvnplejerutine med regulering af temperatur, udluftning på stuer, tandbørstning, dæmpet belysning, toiletbesøg og smertestillende medicin. Dette kan øge patienternes velvære og mulighed for søvn. Plejepersonalets aftenrutiner fremmer dermed grundlæggende behov for søvn og hvile, som den kliniske retningslinje henviser til (9). Desuden anbefales fysisk aktivitet, musik, afslapning og massage. Øjenmaske og afslappende musik kunne med fordel implementeres på afsnittene (5, Figur 7). Et randomiseret studie har vist, at den patientgruppe, der sov med øjenmaske og ørepropper, sov i længere tid end kontrolgruppen (13).

Konklusion og betydning for klinisk praksis

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at afdække plejepersonalets faglige viden om søvnfysiologi, dokumentation af patienternes søvnanamnese og søvnmønstre, de fysiske rammer og vilkår og plejepersonalets søvnfremmende interventioner. Nogle af de vigtigste fund i spørgeskemaundersøgelsen var:

- 1) Plejepersonalet havde en usikkerhed på kendskab til søvnfysiologi, og de ønskede mere undervisning.
- 2) Dokumentation af søvn og interventioner var mangelfuld.
- 3) De fysiske rammer på sygehuset var ikke et fremmede miljø for patientens søvn og restitution.
- 4) Søvnfremmende sygepleje skete overvejende umiddelbart ”før sengetid”.

Konklusionen var, at plejepersonalet havde viden om søvnfysiologi på et alment niveau. Samlet konkluderes, at patientens søvn under indlæggelsen ikke blev dokumenteret på et konkret fagligt grundlag, og hvor patientperspektivet ofte syntes at blive udeladt, og kun dokumenteret med overordnede generelle udsagn.

Der kan med fordel igangsættes undervisning om søvnfysiologi, generel anæstesi og morfins betydning for patienternes søvn. Generel anæstesi og smertebehandling med morfin er (dog) givne faktorer på de ortopædkirurgiske afsnit, men bør kobles med faglig viden om søvnfysiologi og søvnfremmende interventioner. Desuden bør plejepersonalet i samarbejde med ledelsen arbejde for en reduktion af natlig støj og planlægge interventioner udenfor hvileperioder. Spørgeskemaundersøgelsen har vist manglende indsamling af data og systematik i dokumentation af søvn. Vejledning for sygeplejefaglige retningslinjer kræver dokumentation af søvn (3). Systematisk dokumentation af søvn er anbefalet i den kliniske retningslinje (9). Dette blev ikke anvendt i afsnittene. Der ses en udfordring i dette, da en del af plejepersonalet ikke ønskede at anvende redskaber til systematisk registrering af søvn.

De fysiske rammer viste, at man med fordel kunne forsøge at minimere støj på afsnittene. Skabe, døre m.m. kunne påsættes støjdæmpende lukkemekanismer, klokker kunne sættes på lydløs og lignende. Enestuer på de kommende sygehuse kan være befordrende for søvnkvaliteten hos patienten, idet støj for medpatienter var en væsentlig gene. Fri besøgstid har tilsyneladende gjort det vanskeligt for plejepersonalet at sikre patienten Quiet time i løbet af dagen. Klare aftaler om administration af Quiet time i plejegruppen og tværfaglige samarbejdspartnere kan øge den tidsramme, hvor patienten har mulighed for søvn og restitution.

Søvnhygiejne ved sengetid udførtes generelt i afsnittene. Man kan med fordel yderligere implementere øjenmaske og afslappende musik, som anbefalet i den kliniske retningslinje (9). Spørgeskemaet syntes at have bevidstgjort plejepersonalet om deres viden om søvn. Der fremkom ønske om undervisning samt fokus på søvn og søvnfremmede interventioner i kommentarerne. Samtidigt med spørgeskemaundersøgelsen udkom et temanummer om søvn i Fag og forskning – Sygeplejersken (14). Plejepersonalet havde dermed mulighed for at opdatere sin viden om søvn.

Taksigelser

Stor tak til alt plejepersonalet, som har taget sig tid til at besvare spørgeskemaet. Tak til pilotrespondenter for gode kommentarer og forslag til rettelser. Tak for tid til spørgeskemaundersøgelsen fra klinikledelsen. Tak til afsnitsledende sygeplejersker i de respektive afsnit for den ledelsesmæssige opbakning og opfordring til plejepersonalet om at besvare spørgeskemaundersøgelsen og holde fokus over tid for at opnå en tilfredsstillende svarprocent.

Referencer

1. Redeker S N. Sleep in Acute Care Settings. An integrative review. *Journal of nursing scholarship*. 2000; 32(1):31-38.
2. Gellerstedt L, Medin J, Rydell Karlsson M. Patient's experiences of sleep in hospital: a qualitative interview study. *Journal of Research in Nursing*. 2014; 19(3):176-188.
3. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, Sundhedsstyrelsen 15. januar 2013. [Cited 02.03.2015]; Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144979>
4. Reid E. Factors affecting how patients sleep in the hospital environment. *British Journal of Nursing*. 2001; 10 (14): 912-15.
5. Gilsean I. Nursing interventions to alleviate insomnia. *Nursing older people*. 2012; 24(4):14-18.
6. Ye L, Kathleen K, Johnson H S, Dykes C P. How do clinicians assess, communicate about, and manage patient sleep in the hospital. *JONA*. 2013; 43 (69): 342 - 347.
7. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patients` and nurses` perceptions of nursing problems in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 51 (2):140-49.
8. Radtke K, Obermann K, Teymer L. Nursing Knowledge of Physiological and Psychological Outcomes Related to Patient Sleep Deprivation in the Acute Care Setting. *MEDSURG Nursing*. 2014;3 (3): 178-84.
9. Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos indlagte patienter. [Cited 02.03.2015]; Available from: <http://kliniskeretningslinjer.dk/retningslinjer/godkendteretningslinjer/soevn-og-hvile/kr-soevn.aspx>
10. Thisted J. *Forskningsmetode i praksis: projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard Danmark; 2010, 54 – 57.
11. Edwards P, Roberts I, Clarke M et al. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ*. 2002; 324:1183.
12. Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden 2003. [Cited 14.8.2015]; https://dsr.dk/sites/default/files/479/ssns_etiske_retningslinjer_0.pdf
13. Jones C., Dawson D. Eye masks and earplugs improve patient`s perception of sleep. *Nursing in critical care*, 2000; 17, (5):247-254.
14. Fag & Forskning. *Sygeplejersken*. 2016; 2: 28-29.

Den forhandlede nattesøvn under indlæggelse på ortopædkirurgisk afsnit. En etnografisk undersøgelse

Malene Frosch Langvad, antropolog, cand.scient.anth.

Lene Bastrup Jørgensen, sygeplejerske, cand.cur., ph.d.

Karen Schmøkel, sygeplejerske, cand.cur.

Mette Terp Høybye, antropolog, cand.scient.anth., ph.d. methoy@rm.dk

Forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg

Abstract

Baggrund. Ved at anskue søvn under indlæggelse fra en kvalitativ, antropologisk vinkel åbnes der for en forståelse af menneskers erfaring med nætter og søvn på et hospital, hvor både fysiske og sociale rammer spiller ind på vilkårene for søvn.

Formål. Projektet havde til formål at producere viden om og beskrive miljøet omkring nattesøvn og søvnkulturen hos patienter indlagt til fast-track knæ- og hoftealloplastik på et ortopædkirurgisk sengeafsnit.

Metode. Med afsæt i ønsket om at forstå patienternes oplevelse af søvn under indlæggelse blev etnografiske metoder anvendt med særligt fokus på observationer, samtaler og interviews gennem hele døgnet, hvorefter empirien blev bearbejdet i en antropologisk analyse.

Fund og diskussion. Patienternes oplevelser af søvn under indlæggelse må forstås i forhold til deres forventninger til søvn. Søvn kan ses som en begivenhed, der udspiller i en forhandlet, social kontekst med andre aktører under indlæggelsen.

Konklusion. Undersøgelsen illustrerer, at søvn ikke blot er et naturligt, fysiologisk fænomen, der indtræder, når behovet opstår, men er afhængig af, at omgivelserne og andre aktører indgår i et samarbejde om at opnå og opretholde søvnen. Dette kan være en central erkendelse i personalets arbejde med at tilpasse den patientrettede kommunikation om søvn i afdelingen. Dermed kan personalet aktivt understøtte patientens beslutninger omkring for eksempel sovemedicin for at sikre optimal pleje og rekonvalescens.

Baggrund

Det er nat på Sengeafsnit K. Lyset på gangen er dæmpet, og det er ikke mange stråler, der sniger sig ind til patienterne på firmandsstuen, da sygeplejersken lister ind og deaktiverer den alarm, som en patient har aktiveret ved at rykke i den røde snor ved siden af sengen. Patienten ligger vågen på grund af smerter, og sygeplejersken løber så lydløst, som hun kan efter en pille, som kan hjælpe. I de andre tre senge på stuen rykker de søvnige kroppe under dynerne nu på sig, og et par øjne bliver vækket og åbner sig til små observerende sprækker (Feltnoter, d. 15. januar, nat).

Søvn udgøres af mere end et par lukkede øjne. Søvn er også betinget af rammerne omkring søvn. Det accelererede ortopædkirurgiske forløb er en særlig ramme, der kontekstualiserer søvnen i lyset af den samlede række af valg og forventninger, som stilles til patienten (1, 2). Vi tager i kapitlet afsæt her. Med et antropologisk perspektiv lader vi støj, plejerutiner og andre natlige forstyrrelser ligge for en tid, og vender os mod en udforskning af søvn som samarbejde og forhandling mellem

sociale aktører. Ved at gribe problematikken om søvn under indlæggelse an fra en antropologisk, socialvidenskabelig vinkel åbnes der op for en forståelse af menneskers erfaringer med nætter på et hospital. I forbindelse med et ønske om at forstå, og i bedste fald forbedre patienternes oplevelse af søvn under indlæggelse, er patienternes egne oplevelser særligt vigtige at indfange.

Den sociale (in)aktivitet som søvnen er, omgives af kontekster, der både påvirker og bliver påvirket af søvnen. Søvn er ofte et forhandlet og socialt ritual, der udføres i samarbejde med andre, som understøtter (eller modarbejder) ens ret til at sove og er således ikke blot et menneskelig biologisk universal, men også et tidspunkt, hvor social interaktion finder sted (3). Søvn kan studeres af socialvidenskaben i det omfang, at den måde mennesker sover på påvirkes af sociale, kulturelle og historiske variabler og vice versa. Hvordan, hvornår og hvor vi sover, lige såvel som hvem vi sover med og hvilke værdier, vi tillægger søvnen, er alle aspekter, der har antropologisk interesse. Det varierer ikke alene på tværs af kulturer, men influeres også af samfundsmæssige segmenter og livsstadier (4: 3).

Det er velkendt, at der under indlæggelse kan opstå problemer med at opnå en tilstrækkelig søvn (5- 8). Det gør sig gældende for hospitalsindlagte patienter generelt og også specifikt for de ortopædkirurgiske patienter med knæ- og hoftealloplastik, som denne undersøgelse omhandler. Derfor er det relevant at undersøge nærmere, hvad der er på spil, når vi taler om søvn under indlæggelse – hvordan forholder personalet sig til patienternes søvn og hvordan oplever patienterne, at deres søvn påvirkes under indlæggelse?

Formål

Projektets formål var at undersøge og beskrive rammerne omkring nattesøvn og søvnkulturen hos hospitalsindlagte patienter, der skulle have foretaget en fast-track knæ- eller hoftealloplastik.

Metode

Gennem patienternes øjne trækkes hverdagens rutiner ud af den selvfølgelighed, som de udføres med af det sundhedsfaglige personale (8: 1108). For at blive klogere på hvad der er på spil i forhold til søvn, gennemførtes etnografisk feltarbejde på et ortopædkirurgisk sengeafsnit, med udgangspunkt i deltagerobservationer, uformelle samtaler og semi-strukturerede interviews (9). Det etnografiske feltarbejde blev udført henover en uge i januar 2016 på forskellige tidspunkter af døgnet for at skabe et indtryk af, hvordan et døgn forløb på afdelingen. Uformelle samtaler med patienter fandt sted i løbet af dagtimerne, mens aften- og nattetimer primært blev brugt på at lave observationer og tale med personalet.

Det etnografiske feltarbejde søger at opnå en indsigt i informanternes måde at se, opleve og forstå verden på som en del af et socialt fællesskab (10: 9). Det etnografiske fokus på dataindsamling bevæger sig mellem det, som mennesker siger, de gør eller vil gøre og observationer af det, der bliver gjort i praksis. Analysen af disse to former for data belyser ofte en forskellighed mellem de to og afdækker dermed de udtalte behov og praksisser. Ved hjælp af feltarbejdet, hvor målet så vidt muligt er at tage del i det sociale liv og observere og lytte til, hvad folk fortæller, blev det muligt at identificere det intersubjektive, sociale grundlag for oplevelser og perspektiver hos patienter såvel som det kliniske personale. Den etnografiske *go-along* metode blev anvendt i dette

studie. Denne kendetegnes ved, at antropologen følger en informant, i dette tilfælde primært det sundhedsfaglige personale, i dennes gøremål, alt imens der observeres, lyttes og stilles spørgsmål (11). På baggrund af de observationer, der blev gjort under disse *go-alongs* blev der taget kontakt til patienter via uformelle samtaler. Undervejs i feltarbejdet blev der nedskrevet feltnoter på baggrund af samtaler og observationer. Efter feltarbejdet blev der telefonisk udført opfølgende semi-strukturerede interviews (12) med patienter. Disse interviews havde til formål at belyse patienternes erfaring og oplevelser med søvn under indlæggelse med særligt fokus på, hvad de oplevede som forstyrrende for deres søvn. De udførte interviews blev optaget på diktafon efter mundtligt samtykke fra patienterne og efterfølgende gennemlyttet og delvist transskriberet ud fra en betragtning om relevans for projektets analyse (13).

Felten

Patienterne, der har været informanter i denne undersøgelse, har alle været en del af et såkaldt accelereret patientforløb også kendt som fast-track. Fast-track patientforløb er kendetegnede ved, at de fokuserer på at optimere patienternes postoperative bedring, forkorte indlæggelsesvarigheden på hospitalet og mindske postoperative komplikationer (1). Forventningen er, at patienterne udskrives dagen efter operationen, og forløbet forudsætter en særlig skoling af patienterne, der skal være indstillede på at tage aktiv del i forløbet, for at det kan lykkes (2). Det er afgørende, at patienterne er informerede om og indforståede med, at de har et særligt ansvar for et succesfuldt forløb og at de, såvel som det sundhedsfaglige personale, har en række ansvarsopgaver. Patienterne skal tage ansvar for opgaverne både før, under og efter operationen og under indlæggelse gør det sundhedsfaglige personale løbende opmærksom på opdelingen af opgaverne (2).

Informanter og etik

Alle patienter i afdelingen blev under deres indlæggelse informeret om antropologens tilstedeværelse og observationer i afdelingen. De erfaringsnære oplevelser af søvn under indlæggelse er alle indhentet fra patienter, der har givet skriftligt samtykke til deltagelse i projektet. Projektets deltagere modtog skriftlig og mundtlig information om projektet inden de underskrev en samtykkeerklæring. Alle på nær én informant blev rekrutteret undervejs i feltarbejdet på afdelingen. Kontakten til den sidste informant blev formidlet af personalet på sengeafsnittet. I alt blev 10 patienter fulgt tæt, hvoraf der efterfølgende er udført otte interviews med seks forskellige patienter. Patienterne er fuldt anonymiseret, hvorfor de anvendte navne er pseudonymer. Patienterne har fået foretaget knæ- eller hoftealloplastik, bortset fra en enkelt patient, der har fået foretaget en rygoperation. Der er tale om otte kvinder og to mænd i alderen fra 60-85 år. Personalets samtykke til deltagelse i projektet var af mundtlig karakter og er ligeledes anonymiseret.

Fund og diskussion

I de følgende afsnit præsenteres den indsamlede empiri, der bringes i spil med tidligere undersøgelser og teoretiske perspektiver. Først diskuteres betydningen af forskellige forventninger til søvn i forhold til vurderingen af søvnens kvalitet. Søvn praktiseres i sociale omgivelser og er derfor afhængig af, at andre aktører samarbejder om, at søvnen kan opnås og derefter opretholdes. Derfor diskuteres der efterfølgende, hvordan søvn, omsorg og patientens egne valg har relation til hinanden, og det beskrives slutteligt, hvordan søvn kan ses som et samarbejde mellem aktører.

Forventninger til søvn

Erik er 83 år gammel og har fået foretaget sin anden operation med knæalloplastik dagen forinden. Han er meget tilfreds med resultatet af den første operation, så det er ikke underligt, at han har store forventninger til denne. Når han bliver spurgt, hvordan han har sovet i nat, så siger han meget umiddelbart, at han da har sovet fint. Efter en kort tænkepause tilføjer han: *"Altså, en time ad gangen, for så vågnede jeg, fordi der skulle vandladning til."* Vera på 78 år svarer straks *"Ja!"* på spørgsmålet om, om hun har sovet godt, men tænker så lidt og siger: *"Nej, ved du hvad? Det har jeg egentlig ikke."* Og hun fortæller, at hun så på uret klokken 22.30, men at hun ikke så klokken blive 23. Til gengæld lå hun vågen to gange i mere end en time ad gangen i løbet natten, hvor hun også bad om smertestillende. Det gør sig gældende for flere af informanterne, at de indleder med at svare, at de har sovet godt, for så derefter at berette om, hvordan deres søvn har været brudt i løbet af natten. Hvorfor patienterne svarer sådan, kan der være flere forklaringer på. En forklaring kan være, at patienten forventede, at antropologen, som repræsentant for hospitalet, gerne ville have positive svar. En anden forklaring kan findes i patienternes forudgående erfaring med søvn, såvel som deres måske manglende positive forventninger til at sove på hospitalet.

For at forstå, hvordan patienterne opfatter deres søvnoplevelse på hospitalet, er det væsentligt at se på hvilken kontekst, de som udgangspunkt forstår deres egen søvn ud fra. For det første er der en tendens til, at patienterne inden indlæggelse ikke havde gjort sig de store forventninger til natten på hospitalet. Nogle få havde ikke tænkt videre over det, fordi det kun som udgangspunkt drejede sig om en enkelt nat, så *"det skulle jo bare overstås"* (Børge, 65 år, knæalloplastik), men de fleste fortæller, at de ikke havde regnet med at sove særligt meget, fordi de havde erfaringer med, at den første nat et nyt sted aldrig forløb særligt godt. Hanna på 67, der har fået reoperation med knæalloplastik fortalte: *"Nu har jeg jo været på et hospital mange gange i mit liv, så jeg havde ikke regnet med, at jeg skulle sove ret meget [...] Det dér, når man sover med tre andre fremmede mennesker og der er uro hele tiden, og jeg sover utroligt let, så jeg havde sådan set ikke forventet, at jeg skulle sove hele natten."*

Med undtagelse af få patienter, som oplever, at de sover fint, så beretter størstedelen af patienterne, at de er vant til forstyrret søvn:

"Der har jo været mange smerter i mine ben, det er jo det, der har holdt mig vågen. Og det har været i flere år. [...] Men det der med at sove – det har jeg jo ikke kunnet i mange år, der har jeg jo ikke fået en ordentlig nats søvn." (Vera, 78 år, knæalloplastik).

"Så sover jeg en tre-fire timer ad gangen [under normale omstændigheder, red.]. Og så er jeg vågen i en halv time eller sådan noget og det har jeg været i mange år. Jeg sover gerne en tre-fire timer i streg, og så er det fint." (Hanna, 67 år, knæalloplastik)

"Jeg vågner op hver anden time, for så skal jeg ned på toilettet. Men det er jo sådan, så går jeg ned og tisser og op igen og så sover jeg videre. Det er ikke noget hvor jeg ligger vågen i lang tid, det kan jo også ske en enkelt gang, hvis jeg kommer til at spekulere på et eller andet. Så vågner man op ikke, og det værste er, det er i min alder, så går jeg i seng ved 22-tiden, og når der så er gået de to timer, så er jeg egentlig færdig med at sove, for så kan jeg godt klare mig resten af dagen." (Børge, 65 år, knæalloplastik)

At patienters forventninger til søvnen under indlæggelse i mange tilfælde i forvejen er skruet ned til noget, der minder om et minimum, gør det rimeligt at antage, at blot en smule søvn kvalificerer

til en tilfredsstillende oplevelse. Samtidigt er det vigtigt at overveje, at individuelle kontekster har indflydelse på patienternes forventninger og opfattelser af søvnoplevelsen. I dette tilfælde har de fleste informanter i forvejen længe døjet med utilfredsstillende søvnmønstre.

Sociologen Robert Meadows beskriver søvn som en forhandlet begivenhed og introducerer et begrebsskema, der beskriver fire forskellige udgangspunkter for at forstå søvn på (3). Den første kategori af menneskers søvnforståelse er *normativ forståelse*, som dækker over generelle forståelser af sund søvnopførsel. Den næste er *pragmatisk forståelse*, som forholder sig til ”normal søvn” set i forhold til det enkeltes menneskes omstændigheder, og hvad der skal gøres i praksis. *Erfaringsbaseret forståelse* relaterer sig til umiddelbare følelser i forhold til søvn, for eksempel om man føler sig træt eller udhvilet. Den fjerde er *indvendig forståelse*, som forholder sig til den kropslige, biologiske opfattelse af søvn, og hvad man føler, at kroppen har brug for. De sociale kontekster har betydning for hvilke forståelser individet primært trækker frem som væsentlige (3: 247).

Under indlæggelse forventes, eller i mildeste fald håbes, det af personalet, at patienterne opnår en god nats søvn, fordi det spiller en vigtig rolle for patienternes rekonvalescens og velvære. Hvad der kendetegner en god nats søvn vil dog altid være defineret ud fra det udgangspunkt, som natten vurderes fra. Fra et normativt perspektiv, hvor den sunde søvnopførsel vurderes, ville syv eller otte sammenhængende timer være at foretrække, men eftersom flere af patienterne i undersøgelsen beretter om, at de i forvejen er vant til brudte søvnmønstre og sparsomme timer hengivet til søvnen, så er det for patienterne sandsynligvis mere nærliggende at forholde sig til søvnen ud fra et pragmatisk og erfaringsbaseret perspektiv – hvad fungerer i praksis, og hvordan får det mig til at føle? Ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, er det sandsynligvis mere nærliggende at kigge på søvnen ud fra en betragtning om, hvad der er sundt for patienten for at blive udhvilet og i forhold til kroppens mulighed for at regenerere. Således kan der eksistere forskellige forventninger til den samme patients nattesøvn, alt efter hvilken søvnforståelse, der trækkes på, når forventningerne skal defineres.

Når patienterne svarer på, hvordan de har sovet under deres indlæggelse, så skabes deres vurdering af søvnen også ud fra deres forudgående erfaringer med søvn. Størstedelen af patienterne beretter om, at deres nattesøvn er brudt på grund af smerter eller andre gener i hverdagen, hvilket bevirker, at natten på hospitalet ikke kommer til at fremstå som ekstraordinær dårlig, idet den alligevel ikke adskiller sig væsentligt fra det, som patienterne er vant til. Robert Meadows beskriver, at dårlig søvn er blandt de hyppigste klager hos ældre. Ældre beretter generelt om, at de sover mindre, at de tager længere tid om at falde i søvn, at de har svært ved at opretholde søvnen og vågner tidligt. Som resultat af dette kan de normative forståelser af søvnen ændre sig, lige såvel som at de indvendige og erfaringsbaserede forståelser har tendens til at blive tillagt højere værdi (3: 248). At nogle patienter fortæller, at de sover fint, mens de samtidig beretter om få timers sammenhængende søvn kan altså hænge sammen med dels de søvnmønstre, som de er vant til fra deres hverdag og de forudgående forventninger, de havde til en nat på hospitalet, der hver for sig eller tilsammen bidrager til, at natten på hospitalet ikke fremstår slem. Andre patienter beretter, at de har sovet fint og sammenhængende, blot med få opvågninger på grund af de aktiviteter, der finder sted på hospitalet. Det bliver opfattet med en naturlighed ”for sådan er det, når man ikke sover på eneværelse” (Janne, 70 år, hoftealloplastik) og ”vi ligger jo på hospitalet, så man kan jo ikke forvente, at der er ro” (Børge, 65, knæalloplastik).

Den forhandlede nat

Dagen går på hæld på sengeafsnit K og natterutinerne udføres. Patienterne kommer på toilet på skift og dørene på afdelingen lukker én efter én. Der rumsteres rundt om på afdelingen. Plastikposer fyldt med vasketøj knitrer, mens de bæres ud, opvaskemaskinen tømmes højlydt, døre bliver smækket. Der lyder højlygte stemmer fra både pårørende og personale, men de fleste dør ud lidt efter lidt. Til sidst høres kun sagte skridt og stemmer fra de sygeplejersker, der tilbringer natten badet i afdelingens lyserøde natbelysning og en alarm fra en rød snor i ny og næ. (Feltarbejde, d. 14. januar, aften kl. ca. 22)

Afdelingens sygeplejersker er meget bevidste om, at patienternes nattesøvn bliver forstyrret så lidt som muligt, og de benytter sig af forskellige strategier til at hjælpe patienterne på vej til søvnen og til at opretholde søvnen. Den mest fremtrædende strategi er, at sygeplejerskerne sørger for at patienterne så vidt muligt er smertedækkede, at de forsøger at undgå larm og at komme for meget på afdelingens stuer om natten. Patienterne kan også tilbydes en såkaldt indslumringspille, om end ikke-farmaceutiske interventioner foretrækkes. Det er patientens eget valg, om de vil tage imod en indslumringspille, hvilket afspejler en tendens i forholdet mellem læge og patient, som blandt andet bliver beskrevet af Susan Venn og Sara Arber, hvor patienten stadig får mere selvbestemmelse og konsultationer får mere forhandlende karakteristika (14: 1216).

I det accelererede forløb placeres en stor del af ansvaret for et succesfuldt forløb hos den enkelte patient, der skal sørge for at leve op til de krav, der stilles i forhold til for eksempel træning og andre faktorer, der spiller ind i ønsket om en hurtigere rekonvalescens (1). For at klæde patienten på til det ansvar er det en forudsætning, at patienten modtager klare informationer om, hvilken indsats der forventes af dem i forhold til det gode patientforløb. Et større patientansvar kræver samtidig en større viden hos den enkelte patient, så patienten kan foretage handlinger ud fra et velorienteret grundlag, der ideelt set stemmer overens med de ønsker og krav, der stilles til en patient i et accelereret forløb (2). Når patienten står med et større ansvar i forløbet, så betyder det samtidigt, at patienten også har et større rum for selvvalgt handlen og for selv at træffe beslutninger undervejs i forløbet. Dette ses for eksempel i forhandlingen omkring søvn under indlæggelse.

Hanna på 67 år får en pille den ene nat, hun er indlagt, selvom hun ikke normalt tager sovemedicin. *"Det er i hvert fald ikke afdelingens skyld, at man ikke... De gør hvad de kan for patienterne. Jeg ville jo ikke have haft den indslumringspille, men sygeplejersken sagde: "Det har du godt af, så får du sovet". [...] Hun syntes det ville være en rigtig god ting, for at få fred og for at få sovet. Hun sagde, at det bare var en indslumringspille og at hun nok skulle vække mig, så jeg var egentlig ikke så bange for det."* (Hanna 67 år, knæalloplastik). Hanna er ikke den eneste, der får tilbudt en indslumringspille og tager imod med det resultat, at de faktisk får en rimelig nats søvn. Der er dog også flere, der giver udtryk for, at de ikke havde lyst til at tage imod pillen, når den blev tilbudt. De patienter, der sagde nej, forklarer primært deres valg med en overbevisning om, at den ikke er nødvendig, fordi kroppen nok selv skal sørge for at falde i søvn, når den bliver træt nok, hvilket er i overensstemmelse med empiri fra Venn og Arbers undersøgelse, der netop handler om ældres forhold til sovemedicin (14: 1221). At kroppen i forvejen har medicin nok at skulle skille sig af med er en anden forklaring, og Vera, som er en af de patienter, der ellers døjer meget med søvnen fortæller, at hun hellere vil ligge vågen end at tage sovemedicin. *"Jeg har det sådan, at jeg er dorsk hele dagen efter, hvis jeg har fået sovemedicin. De tilbød mig det rigtigt nok. Jeg forklarede dem bare, at så ville jeg altså hellere ligge vågen om natten, så jeg ikke gik ved siden af mig selv om dagen, for det har jeg jo fået førhen og de sidste par gange, jeg har været indlagt, der har jeg sagt, at jeg gerne ville undgå sovemedicin."* (Vera 78 år, knæopereret). Det er Veras eget valg, og hun

kan ikke tvinges til at tage indslumringspillen. At forholdet mellem læge og patient i højere grad tager udgangspunkt i forhandlinger og patientens autonomi, som Arber & Venn (14) peger på, er også en grundlæggende tanke i Annemarie Mols teoretiske perspektiv om ”omsorgens logik” (15). Mols teoretiske perspektiv er nyttigt i forhold til en diskussion om problematikken om patienters mange valg. Individets mulighed for, måske endda sågar ret til, valg er et ideal i samfundet, der værnes om, men Mol er skeptisk overfor berettigelsen af denne valgfrihed, fordi individets mulighed for valg kan være på bekostning af for eksempel idealet om god omsorg.

Når patienten kan træffe egne valg under mødet med sundhedsvæsenet, så opnår patienten en følelse af autonomi, men det sikrer ikke nødvendigvis forbedring i forhold til eksempelvis helbredelsen, omsorgen og sygdomsforløbet. Omsorgens logik og valgets logik kan altså være modstridende og idealet om at drage god omsorg kan lide under patientens mulighed for valg (15). I Veras tilfælde, og andre patienter som takker nej til personalets gode intentioner om en indslumringspille, er Mols perspektiv om valgets konsekvenser også væsentligt. At takke nej til sovemedicin er patientens eget valg, men valget medfører også, at det måske går ud over patientens eget bedste. I Veras tilfælde kunne det være årsagen til, at hun i de fire nætter, hun er på hospitalet, ikke opnår en særligt god nattesøvn, som ville have været godt for hendes velbefindende og for hendes krop i forhold til at komme sig efter operationen. Hendes beslutning om, at hun hellere vil ligge vågen er baseret på hendes forventninger til søvn og til sovemedicin. Udover at få betydning for Veras eget forløb, betyder Veras valg også noget for andre patienter på stuen, der kan været påvirket af, at Vera ikke sover, og det belyser endnu engang, at der er mange aktører i spil, når ét individ skal sove.

På et hospital fremstår betydningen af udefrakommende faktorer måske særligt skarpt, fordi overnatninger på et hospital indebærer at sove et nyt og fremmed sted, hvor andre, fremmede mennesker pludselig træder ind i en aktivitet, der ellers anses for privat. Alt socialt liv har et forhandlet element, fordi aktiviteter, der indebærer flere deltagere kræver, at der udvikles delte forståelser og forventninger til den sociale situation (3). Meadows argumenterer for, at sådan skal søvn også ses (3). Søvn er en social aktivitet, der er konstrueret af dynamiske, dialektiske forhold og forhandlinger både med andre og med sig selv. At søvn ikke længere er styret af tuskemørke og daggry, men nærmere elektrisk lys, ure og tidsskemaer sætter det endvidere i perspektiv, at der omkring søvnen træffes en række valg på baggrund af forhandlinger mellem forventninger, ønsker og sociale roller fra sig selv og andre (3: 242). Meadows perspektiv på den ”forhandlede nat” understreger, at hvor end et søvnmiljø deles, så forhandles søvn automatisk med andre ud fra individernes søvnønsker og sociale roller, som i sig selv er forhandlet mellem de fire tidligere nævnte søvnforståelser; *normativ, pragmatisk, erfaringsbaseret og indvendig forståelse* (3: 248).

På sengeafsnit K er søvnen også en aktivitet, der er under forhandling. Her mødes forskellige individer og forskellige ønsker i forhold til søvn, dels patienterne imellem, men også mellem personale og patient. Søvn kan således ses som et samarbejde mellem personale og patienter, hvor begge parter først arbejder hen mod patienternes søvn og herefter arbejder for at opretholde søvnen. Samarbejdet består i, at patienterne indbyrdes tager hensyn til hinanden og hinandens behov for søvn. Patienterne fra sengeafsnit K fortæller, at det generelt er oplevelsen, at dette hensyn tages i det omfang, det er muligt. Personalet arbejder for at opnå og opretholde patienternes søvn ved at sørge for smertelindring, eventuelt sovemedicin og så vidt muligt rolige omgivelser for patienterne. Det resulterer også i, at patienterne, når de bliver spurgt om omgivelserne og personalets indflydelse på søvnen, svarer, at der næppe var noget i selve forholdene under

indlæggelsen, der kunne ændres. De siger også, at personalet, bruger de redskaber, de har til rådighed for at hjælpe søvnen på vej og gør, hvad de kan for at opretholde søvnen i løbet af natten.

Patienternes perspektiv på søvn under indlæggelse er væsentligt, fordi patienternes oplevelser af, hvad der forstyrrer ikke nødvendigvis kan udpeges af det tilstedeværende sundhedspersonale, jævnfør Southwell & Wistow, der rapporterer, at patienter i højere grad oplever at andre ting forstyrrer end personalet forventer (8). De påpeger, at patienternes perspektiv skal anvendes med det formål at nuancere opfattelsen af forstyrrende elementer, fordi den patientcentrerede viden bringer afdelingens hverdagsprocedurer frem i stedet for at lade dem indgå i en rutine, hvor de bliver taget for givet og dermed ikke set som en betydningsfuld faktor (8: 1008). Den patientgenererede viden er dermed betydningsfuld i forhold til at skabe forandringer, der relaterer sig direkte til patienternes oplevelse og ikke udspringer af personalets hverdagserfaringer, hvor aspekter kan skjule sig som følge af rutiner og vaner.

Konklusion

Ved at anskue søvn som et socialt fænomen med forhandling som en central interaktion, blev det tydeligt i denne undersøgelse, at patienterne i høj grad påvirkes af omgivelserne, og at søvn under indlæggelse kan ses som et samarbejde mellem flere forskellige aktører. Søvn er ikke blot et naturligt, fysiologisk fænomen, der indtræder, når behovet opstår, for søvnen er afhængig af at omgivelserne, og andre aktører indgår i et samarbejde om at opnå og opretholde søvnen. Den oplevede søvn under indlæggelse blev i høj grad defineret ud fra patienternes egne erfaringer med søvn i konteksten af deres liv i øvrigt.

Størstedelen af patienterne havde i forvejen lave forventninger til søvn på hospitalet, dels fordi de var vant til at sove dårligt, når de skulle sove et nyt sted, og dels fordi de i forvejen var vant til brudt og dårlig nattesøvn i hverdagen på grund af for eksempel smerter. Dette er væsentlige erkendelser at gøre i det kliniske arbejde med søvn og pleje, da fremtidige interventioner omkring søvn må tage udgangspunkt i disse individuelle patientforventninger og erfaringer om søvn, for at møde patientens behov. Et øget fokus på og anerkendelse hos personale af den sociale og forhandlede dimension af søvn efter indlæggelse kunne fremad øge den kliniske opmærksomhed på individuelle behov og forventning om søvn hos den enkelte patient i samspil med afdelingens rammer i øvrigt. Dette kan være centralt for personalets mulighed for at tilpasse den patientrettede kommunikation om søvn i afdelingen og aktivt understøtte patientens beslutninger omkring for eksempel sovemedicin for at sikre optimal pleje og rekonvalescens.

Godkendelser

Studiet er godkendt af Datatilsynet (journal nr.: 1-16-02-6-16).

Referencer

- (1) Jørgensen, LB., Mikkelsen, LR., Noe, BB., Vesterby, M, Uhd, M, Fridlund, B. 2016. The psychosocial effect of web-based information in fast-track surgery. *Health informatics journal*, pii: 1460458216648477. [Epub ahead of print]
- (2) Jørgensen, LB. & Fridlund, B. 2016. Restoring integrity – A grounded theory of coping with a fast track surgery programme. *International journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8;11:29864. doi: 10.3402/qhw.v11.29864.
- (3) Meadows, R. 2005. The ‘negotiated’ night’: an embodied conceptual framework for the sociological study of sleep. *The Sociological Review*; 53(2): 240-254.
- (4) Arber, S & Meadows, R. 2013. Sociology of Sleep: Caregiving, Gender and Sleep Problems. *Finnish journal of Social Medicine*.
- (5) Krenk L, Jennum P, Kehlet H. 2012. Sleep disturbances after fast-track hip and knee arthroplasty. *Br J Anaesth*; 109(5):769-775.
- (6) Pellatt GC. 2007. Clinical skills. The nurse's role in promoting a good night's sleep for patients. *Br J Nurs*;16(10):602-605
- (7) Pilkington S. 2013. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nurs Stand*; 27(49):35-42.
- (8) Southwell MT, Wistow G. 1995. Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met?. *J Adv Nurs*;21(6):1101-1109
- (9) Spradley J. 1979. *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- (10) Hastrup, Kirsten. 2010. *Ind i Verden*. København: Gyldendal Akademisk.
- (11) Kusenbach, M. 2003. Street Phenomenology: The Go-Along as Ethnographic Research Tool. *Ethnography*; 4(3): 455-485
- (12) Christensen U, Nielsen A, Schmidt L. 2007. Det kvalitative forskningsinterview. I: Vallgård S, Koch L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard.
- (13) Spradley J. 1979. *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- (14) Venn, S & Arber, S. 2012. Understanding older peoples’ decisions about the use of sleeping medication: issues of control and autonomy. *Social Health Illn*; 34(8):1215-29
- (15) Mol, A. 2008. *The logic of care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.

Søvnkvaliteten hos akutte og elektive patienter indlagt på Ortopædkirurgisk Afsnit

Britt Ebert Løvendahl, Klinisk sygeplejespecialist, cand.scient.san, brloev@rm.dk

Anne Mette Bitsch, Specialeansvarlig sygeplejerske, stud. MKS

Susanne Nygaard Nielsen, Specialeansvarlig sygeplejerske, SD, stud. MKS

Benthe Reinholdt, Specialeansvarlig sygeplejerske

Anne Storgaard, Projektsygeplejerske, stud. MNPrac

Heidi Dahl Sørensen, Specialeansvarlig sygeplejerske, SD

Ortopædkirurgisk Afdeling, Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Viborg

Abstract

Baggrund. Patienter indlagt på sygehus har behov for en restituerende søvn, men søvnkvaliteten påvirkes ofte af støj, ubehag, smerter og stress (1,2). Personalet i Ortopædkirurgisk Afsnit gør en stor indsats for, at patienterne får et middagshvil og en god nattesøvn. Patienterne sover ofte på stue med flere patienter, afsnittet har et stort patientflow og varetager pleje og behandling hele døgnet, hvilket kan påvirke patienternes søvnkvalitet. Problemstillingen har ikke hidtil været undersøgt.

Formål. At undersøge hvilke faktorer der kan have betydning for patienternes søvnkvalitet og sammenligne søvnkvaliteten under indlæggelse med vanlig søvn. Og iværksatte interventioner der kan bedre patienternes søvn under indlæggelse.

Metode. Observationsstudie foretaget to nætter i oktober 2015 for at klarlægge mulige faktorer, der kan påvirke patienternes søvn. Udarbejdelse af spørgeskema på baggrund af observationsstudie. Inklusion af 60 patienter i spørgeskemaundersøgelsen, foretaget i to perioder i januar 2016 og maj 2016. Mellem første og anden spørgeundersøgelse blev der iværksat flere interventioner for at bedre patienternes søvnkvalitet. Studiet undersøgte patienters vanlige søvnkvalitet sammenholdt med søvn under indlæggelse, derudover søvnkvaliteten før og efter iværksættelse af interventioner, ved brug af kontingenstabeller og præsenteret med p-værdi.

Resultater. Ud af 60 patienter havde 26 problemer med at sove under indlæggelse (43 %), heraf angav 17 (65 %) smerter og 8 (30 %) støj, som årsag til ikke at kunne sove. Patienterne sov statistisk signifikant bedre hjemme, sov i flere timer og var vågen færre gange end under indlæggelse. Der var ingen effekt af de iværksatte interventioner på patienternes søvnkvalitet.

Konklusion. Patienternes søvnkvalitet var bedre inden end under indlæggelse. Patienterne angiver smerter og støj som de hyppigste årsager til problemer med at sove under indlæggelse. Iværksættelse af flere interventioner for at bedre patienternes søvn havde ingen effekt.

Baggrund

Søvn er et af menneskets grundlæggende behov og er nødvendig for kroppens helbredelse, restitution og kognitive funktioner (1,2). Patienter (ptt) indlagt på sygehus har behov for den restituerende søvn. Men patienternes (ptt's) søvn eller søvnkvalitet bliver ofte påvirket under indlæggelse af bl.a. lys, støj, ubehag, smerter, stress og bekymringer (1,2). Efter en god nattesøvn er man almindeligvis udhvilet, hvorimod en nat med ringe søvn medfører træthed, følelsen af at være uoplagt og øget søvntrang (3).

I Ortopædkirurgisk Afsnit - Regionshospitalet Viborg - tilstræbes, at ptt får et hvil, sovet lidt, over middag. Der er som udgangspunkt besøgstider fra kl. 9.00-21.00 under hensyntagen til medpatienter, dog undtaget af middagshvil kl. 12.00-14.00. Personalet tager i udførelsen af plejen mest mulig hensyn til, at ptt får den nødvendige ro over middag.

Personalet gør en stor indsats for, at patienterne (ptt'ne) får en god nattesøvn. Aftenvagterne sørger for, at ptt'ne bliver klar til natten, ved at færdiggøre en stue ad gangen, og sikre, at der så vidt mulig er ro på stuerne senest kl. 23.00 ved vagtskifte. Om natten tilses personalet ptt'ne på fire runder eller efter behov. Nattevagterne anvender så vidt mulig små lygter ved tilsyn af ptt'ne. De fleste af sengestuerne i afsnittet er enten 2- eller 4-sengsstuer. At ptt'ne oftest sover på stue med én eller flere medpatienter, sammenholdt med andre faktorer, blandt andet, at afsnittet har et stort patientflow og modtager akutte ptt hele døgnet, kan have indflydelse på kvaliteten af patienternes søvn. Kvalitet af patienternes søvn under indlæggelse er aldrig tidligere undersøgt i Ortopædkirurgisk Afsnit.

Formål

- At undersøge hvilke faktorer der kan have betydning for ptt'nes søvnkvalitet
- At undersøge ptt'nes søvnkvalitet under indlæggelsen sammenlignet med vanlig søvn
- At undersøge effekten af iværksatte interventioner, der kan bedre ptt'nes søvn under indlæggelse

Metode

Studiedesign

Observationsstudie: Foretaget to nætter i Ortopædkirurgisk Sengeafsnit af fire sygeplejestuderende fra De Studerendes Dataindsamlerteam fra Center for Forskning i Klinisk Sygepleje i Viborg.

Formålet var at undersøge hvilke faktorer der kan indvirke på ptt'nes søvnkvalitet. To studerende mødte i afsnittet kl. 23.00 – 07.15 natten mellem søndag d. 11. og mandag d. 12. oktober 2015 og to andre mødte natten mellem fredag d. 16. og lørdag d. 17. oktober 2015. De studerende bar uniform og deltog ikke i plejen. Ingen af afsnittets personale, med undtagelse af de specialeansvarlige sygeplejersker og ledelsen, var informeret om projektet. De sygeplejersker der var på arbejde, de nætter de sygeplejestuderende lavede observationer i afsnittet, blev ikke informeret om årsagen til de studerendes tilstedeværelse. I stedet blev de informeret om, at de studerende i forbindelse med deres uddannelse skulle observere, hvilke arbejdsopgaver en sygeplejerske har i nattevagt. Dette for at undgå, at personalet ændrede deres vanlige adfærd. Observationerne blev nedskrevet i et skema og efterfølgende tematiseret.

Spørgeskema: Ud fra observationerne fra nattevagterne blev der udviklet et spørgeskema i SurveyXact. Dette blev distribueret på iPad. Spørgeskemaet indeholdte i alt 27 spørgsmål. De første spørgsmål omhandlede alder og køn. Svarkategorierne til spørgsmål om vanlig søvn og søvn under indlæggelse, var konstrueret med 4 svarmuligheder. Hvis patienten (pt) svarede ”ja” til at have problemer med at sove under indlæggelsen, var de efterfølgende spørgsmål en uddybelse af årsager hertil. Svarede pt ”nej”, blev disse spørgsmål ikke stillet. I spørgsmål om søvn under indlæggelse blev der spurgt til den netop overståede nats søvn. To spørgsmål var udfærdiget med skrivefelt. Skemaet var konstrueret uden mulighed for, at springe spørgsmål over.

Spørgeskemaundersøgelse: Der blev gennemført pilottest af spørgeskemaet på 6 ptt i januar 2016, hvorefter det blev tilrettet. Medarbejderne på afdelingens projektkontor, to projektsygeplejersker og en klinisk sygeplejespecialist, gennemførte to runder spørgeskemaundersøgelser i afsnittet med tre måneders mellemrum. Første runde 20. og 28. januar samt 3. februar 2016. Efter første spørgeskemarunde blev der iværksat flere interventioner for at bedre ptt'ernes søvn. Anden spørgeskemarunde blev foretaget d. 11., 12. og 18. maj 2016. Ptt der ikke selv kunne håndtere en iPad, blev tilbudt hjælp til at udfylde spørgeskemaet. Sygeplejerskerne i afsnittet havde på forhånd intet kendskab til hvilke dage spørgeskemaundersøgelserne fandt sted. Ptt'erne blev inviteret til deltagelse, såfremt de opfyldte inklusionskriterierne og de gav mundtligt informeret samtykke til deltagelse. Tre ptt afslog deltagelse. Besvarelsen var anonym.

Interventioner: Interventionerne, der skulle bedre ptt'nes søvnkvalitet, kunne ikke planlægges på forhånd da de afhang af observationsstudiet og svarene fra første spørgeskemaundersøgelse.

Inklusion

- Alle ptt over 18 år indlagt på Ortopædkirurgisk Afsnit
- Ptt der var i stand til at forstå og læse dansk
- Ptt der var indlagt mindst én nat i afsnittet

Eksklusion

- Ptt med demens diagnose

Etiske overvejelser

Det var frivilligt for ptt at deltage. Anonymitet sikredes ved ikke at registrere navn og cpr-nummer. Der var ikke behov for skriftlig tilladelse fra ptt eller godkendelse af Datatilsynet. Projektet skulle ikke anmeldes til Den Nationale Videnskabsetiske Komité, da projektet var et pilotprojekt/udviklingsprojekt, som ikke havde betydning for den behandling ptt'ne modtog i afdelingen.

Statistisk metode

Der blev anvendt SurveyXact og Stata 13 til de statistiske beregninger. Signifikantniveauet blev sat til $< 5\%$. Der blev anvendt deskriptiv statistik til at karakterisere studiepopulationen ved baseline. Studiepopulationen blev beskrevet med selvrapporterede demografiske data i form af køn, alder, indlæggelsestype og vanligt søvnmønster. Alder blev præsenteret med median, da alder var en ikke-normalfordelt kontinuert variabel. I hovedanalyserne blev forskel mellem søvn inden og under indlæggelsen, samt før og efter iværksættelse af interventioner, undersøgt ved hjælp af kontingenstabeller da data var kategoriske. Der blev udregnet en p-værdi for ingen forskel mellem grupper ved hjælp af Fisher's exact test. Fisher's exact test blev valgt grundet lille sample size og risiko for et lille antal observationer (under 5) i hvert "felt" i kontingenstabellerne.

Resultater

Studiet inkluderede i alt 60 ptt indlagt på Ortopædkirurgisk Afsnit i to perioder. Andelen af akutindlagte ptt var 73 % og 26 % var elektive ptt i begge spørgeskemaundersøgelser. Fordelingen af ptt indlagt på Ortopædkirurgisk Afsnit fremgår af Tabel 1. I alt var 10 % af ptt'ne aldrig vågen om natten, 27 % var vågen én gang, 38 % 2-3 gange, 13 % 4-5 gange, 7 % 6-7 gange og 5 % mere

end 7 gange om natten. Størstedelen af ptt'ne sov mellem 7-8 timer om natten og i første spørgeskemaundersøgelse sov størstedelen af ptt'ne "rigtig godt", i anden undersøgelse angav størstedelen at sove "godt".

Table 1. Baseline characteristics. Patients admitted to the Orthopedic Surgical Department. N=60

	1. spørgeskemaundersøgelse n=30 (%)	2. spørgeskemaundersøgelse n=30 (%)
Køn:		
Kvinde	20 (66,7)	17 (56,6)
Mand	10 (33,3)	13 (43,3)
Alder (år):	median 74,5	median 57
Søvet^a:		
Rigtig godt	11 (36,7)	7 (16,7)
Godt	9 (30,0)	3 (43,3)
Mindre godt	1 (3,3)	6 (20,0)
Rigtig årligt	9 (30,0)	4 (13,3)
Timers søvn pr. nat^a:		
< 2	0	0
3-4	3 (10,0)	4 (13,3)
5-6	6 (20,0)	10 (33,4)
7-8	12 (40,0)	13 (43,4)
9-10	8 (26,7)	2 (6,6)
> 10	1 (3,3)	1 (3,3)
Vågen pr. nat, antal gange^a:		
Aldrig	2 (6,7)	4 (13,3)
1	11 (36,7)	5 (16,7)
2-3	10 (33,3)	13 (43,3)
4-5	5 (16,7)	3 (10,0)
6-7	1 (3,3)	3 (10,0)
> 7	1 (3,3)	2 (6,7)
Går i seng om aftenen klokken^a:		
< 19:00	0	1 (3,3)
20:00-21:00	1 (3,3)	1 (3,3)
21:00-22:00	5 (36,6)	7 (23,4)
22:00-23:00	14 (46,7)	9 (30,0)
23:00-24:00	8 (26,7)	11 (36,7)
> midnat	2 (6,7)	1 (3,3)
Bruger sovemedicin^a:		
Ja, hver nat	1 (3,3)	2 (6,7)
Nej, aldrig	28 (93,3)	24 (80,0)
Ind imellem	1 (3,3)	4 (13,3)
Sover normalt i fremmede omgivelser^a:		
Rigtig godt	5 (16,6)	4 (13,3)

Godt	11 (36,7)	9 (30,0)
Mindre godt	11 (36,7)	15 (50,0)
Rigtig dårligt	3 (10,0)	4 (13,3)
Vant til at sove til middag^a:		
Ja	12 (40,0)	10 (33,3)
nej	18 (60,0)	20 (66,7)
Udhvilet efter nattesøvn^a:		
Ja	19 (63,3)	23 (76,7)
Nej	11 (36,7)	7 (23,3)
Indlæggelsestype:		
Akut	22 (73,3)	22 (73,3)
Elektiv	8 (26,7)	8 (26,7)
Nætter indlagt (antal)	4,13 (mean)	2,37 (mean)

^a I gennemsnit over de sidste 4 uger inden indlæggelse

Tematiseringen af observationerne i nattevagt fremgår af Tabel 2, med alle fem temaer omhandlede støj, larm og lys som mulige faktorer, der formodes at påvirke patienternes søvnkvalitet.

Tabel 2. Tematisering af observationer fra nattevagter i afsnittet

Temaer	Eksempler
Personalets indbyrdes snak og støj	Personalets telefonsamtaler på gangen Modtagelse af nye patienter på gangen Nøgler der klirrer i uniformsommerne Tunge skridt på gangen
Larm	Døre der knirker/smækker Opfyldning af skabe/køleskabe Skabe der åbnes/lukkes, larmende rulleborde Affaldstømning kl. 5.45, larmende metal affaldsvogne Elevatorstøj Larm fra skyllerum
Lys	Fuldt lys på gangen om natten Lys ved sengene Lys fra computere/telefoner/TV
Plejerelateret støj	Kald/alarm kan høres på gangen Høj snak mellem patient og personale
Patientrelateret støj	Taler i søvne Hoster kalder/jamrer

Tabel 3. Andel og årsager til søvnproblemer. N=60

	1. spørgeskemaundersøgelse n =30 (%)	2. spørgeskemaundersøgelse n =30 (%)
Ptt der angiver at have problemer med at sove:	13 (43)	13 (43)
Årsager^a:		
Jeg var ikke træt	1 (3)	0
Jeg havde ondt	6 (20)	11(37)
Jeg var bekymret	3 (10)	2 (6)
Jeg var sulten	0	1 (3)
Jeg var tørstig	1 (3)	1 (3)
Jeg blev generet af lys	2 (6)	2 (6)
Der var for mørkt	0	0
Der var for varmt	3 (10)	2 (6)
Der var for koldt	2 (6)	0
Sengen var dårlig	2 (6)	0
Jeg lå dårligt	1 (3)	1 (3)
Der lugtede grimt	0	1 (3)
Toiletbesøg	3 (10)	1 (3)
Der var støj	5 (17)	3 (10)
Andet, angiv	3 (10)	2 (6)
	- Meget utæt vindue - Lå på 4 sengsstue - Fremmede omgivelser	- Meget urolig medpatient - Åben dør → lyde fra gangen

^a Mulighed for at angive flere årsager

I begge undersøgelser var andelen af ptt der havde problemer med at sove 43 %, som det ses i Tabel 3, 57 % havde ikke problemer med nattesøvnen. Ud af 13 ptt i 1. undersøgelse angav 6, svarende til 46 %, smerter som værende årsag til ikke at kunne sove. I 2. undersøgelse var det 11 ptt ud af 13, svarende til 85 %. Ud af de i alt 60 ptt angav 28 % smerter og 13 % støj, som årsag til ikke at kunne sove.

Tabel 4. Interventioner på baggrund af observationer og 1. spørgeskemaundersøgelse

Personale/afdeling	Interventioner
Apotek	<ul style="list-style-type: none"> • Personalet ville være opmærksomt på ikke at smække med skabe/døre ved opfyldning
Serviceafdelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Personalet ville være opmærksomt på at være mere stille ved afhentning af affald og urent linned • Hjul på rulleborde blev smurt
Sygeplejersker i afsnittet	<ul style="list-style-type: none"> • God dialog til onsdagsundervisning x 2 i afsnittet, hvor sygeplejerskerne blev informeret om de studerendes fund og resultaterne af 1. spørgeskema undersøgelse • Indførelse af tilbud om ørepropper til patienter • Opmærksomhed på at patienter er smertedækket til/om natten • Ændre adfærd om natten – lave så lidt støj som muligt
Serviceassistenter	<ul style="list-style-type: none"> • Opfyldning og rengøring af køleskabe på gangen flyttet fra kl. 6.00 til efter kl. 8.00
Læger	<ul style="list-style-type: none"> • Informeret til et møde om projektet efter 1. spørgeskemaundersøgelse med fokus på sufficient smertebehandling selvom interventionerne var nonfarmakologiske

Tabel 5. *Hvordan har du sovet - inden og under indlæggelse. N=60*

Hvordan sov du inden indlæggelse ^a :	Hvordan sov du i nat?				Total
	Rigtig dårligt	Mindre godt	Godt	Rigtig godt	
Rigtig dårligt	2	0	1	2	5
Mindre godt	2	5	6	2	15
Godt	2	12	9	1	24
Rigtig godt	0	3	6	7	16
Total	6	20	22	12	60

p= 0,013

^a I gennemsnit over de sidste 4 uger

Af Tabel 5 fremgår, at der var statistisk signifikant forskel på ptt'nes oplevelse af hvordan de sov før og under indlæggelsen. Ptt'ne sover generelt bedst hjemme.

Tabel 6. *Antal timers søvn inden og under indlæggelse. N=60*

Antal timers søvn pr. nat inden indlæggelse ^a	Antal timers søvn i nat				Total
	3-4	5-6	7-8	9-10	
3-4	3	2	1	1	7
5-6	7	5	3	1	16
7-8	6	8	9	2	25
9-10	0	1	3	6	10
>10	0	1	1	0	2
Total	16	17	17	10	60

p= 0,035

^a I gennemsnit over de sidste 4 uger

Der var statistisk signifikant forskel på antallet af timers søvn før og under indlæggelse, svarende til p= 0,035. Som det ses i Tabel 6, sov størstedelen mellem 5-6 og 7-8 timer pr. nat inden indlæggelse, men under indlæggelsen var fordelingen næsten ligeligt fordelt mellem 3-4, 5-6 og 7-8 timers søvn. Der var ingen ptt, der fik mere end 10 timers søvn pr. nat under indlæggelse.

Tabel 7. *Antal gange vågen om natten inden og under indlæggelse. N=60*

Antal gange vågen pr. natten inden indlæggelse ^a :	Antal gange vågen pr. nat under indlæggelse						Total
	0	1	2-3	4-5	6-7	>7	
Aldrig	3	1	0	1	1	0	6
1	2	4	3	5	1	1	16
2-3	1	5	10	5	2	0	23
4-5	1	1	1	4	0	1	8
6-7	1	0	0	0	2	1	4
>7	1	0	1	0	0	1	3
Total	9	11	15	15	6	4	60

p= 0,01

^a I gennemsnit over de sidste 4 uger

Som det fremgår af Tabel 7, var der statistisk signifikant forskel på antallet af gange ptt'ne var vågne pr. nat før og under indlæggelsen, svarende til p=0,001. Flere ptt var vågne et større antal

gange under indlæggelse end hjemme, dog var 15 % ikke vågen om natten under indlæggelsen, inden indlæggelsen var det 10 %.

Tabel 8. Udhvilet efter nattesøvn inden og under indlæggelse. N=60

Udhvilet efter søvn - inden indlæggelse ^a :	Udhvilet til morgen		Total
	Ja	Nej	
Ja	27	15	42
Nej	8	10	18
Total	35	25	60

p= 0,168

^a I gennemsnit over de sidste 4 uger

Der var ikke statistisk signifikant forskel på om ptt følte sig udhvilet efter en nattesøvn inden og under indlæggelsen, som det ses i Tabel 8.

Tabel 9. Forskel i patienternes søvnkvalitet før og efter interventioner.

Parametre	Forskel før og efter interventioner
Hvordan har du sovet?	p=0,065
Antal timers søvn	p=0,197
Antal gange vågen pr. nat	p=0,001
Udhvilet efter nattesøvn	p=0,142

Af Tabel 9 fremgår det, at der ikke var statistisk signifikant forskel på ptt'nes søvnkvalitet før og efter de forskellige interventioner blev iværksat (se Tabel 4), med undtagelse af antal gange vågen pr. nat. Der er statistisk signifikant forskel på hvor mange gange ptt'ne var vågen pr. nat, svarende til en p=0,001. Ptt'ne var vågen flere gange efter end før interventionerne blev iværksat.

Tabel 10. Hvad skal der til for at du havde fået en god nattesøvn i nat? N=26

1. spørgeskemaundersøgelse n=13	2. spørgeskemaundersøgelse n=13
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre seng • Ro • God film, ro • Støj fra gangen • Mere smertestillende medicin- fik kl. 3.45 men uden god effekt • Koldt på stuen • Kende til behandlingsplan • Fri for smerter, kan slappe bedre af • Smertefri. • Ro • Ikke noget • Smertestillende • God smertedækning 	<ul style="list-style-type: none"> • Smertestillende • At jeg ikke har ondt • Ro • Minus smerter • Tage sin sædvanlige sovemedicin • Smertestillende • Smertestillende • Varme, lys, smerter • Mindre smerter og mindre støj. • Lidt køligere • Smertestillende • Ro • Mindre lys ind

Ptt'nes egne beskrivelse af hvad der skulle til for at bedre søvnen fremgår af Tabel 10. Udsagnene før og efter iværksættelse af interventioner synes ens

Diskussion

I alt havde 26 ptt, svarende til 43 %, problemer med at sove under indlæggelse. De hyppigste årsager var smerter og støj. De øvrige 34 ptt (57 %) havde ikke problemer med nattesøvnen. Ptt'ne sov bedre og i flere timer samt var vågen færre gange inden end under indlæggelse. Der var ikke forskel på, om ptt'ne følte sig udhvilet efter en nattesøvn før eller under indlæggelse. Diverse interventioner for at bedre ptt'nes søvnkvalitet havde igen effekt.

Dette studie fandt, som Fog et al. (1) beskriver det, at smerter og støj ofte påvirker ptt'nes søvnkvalitet under indlæggelse. Den store andel af ptt der havde smerter om natten, var dog overraskende. Om det var reelle smerter grundet insufficient smertedækning, eller et udtryk for krise, psykisk belastning over at være indlagt, muligvis akut, vides ikke. Omfanget af smerteproblematikken i dette studie har, til trods for, at studiet skulle have fokus på nonfarmakologiske interventioner, været drøftet med afdelingens læger efter 1. spørgeskemaundersøgelse, andet synes uetisk. Specielt med fokus på, at opererende læge sørger for at ordinere en sufficient smertebehandling i forbindelse med operationen. Det var ikke muligt at måle nogen effekt heraf. Det kan undre, at der ikke var forskel på, om ptt'ne følte sig udhvilet efter en nattesøvn før eller under indlæggelse, specielt når 26 ud af 60 havde problemer med at sove.

Resultaterne i studiet bygger på et forholdsvis lille antal ptt. De inkluderede ptt, som var inkluderet på seks dage, de første tre i januar/februar og sidste tre i maj, vurderes til at være et repræsentativt udsnit af ptt indlagt mindst én nat i afsnittet. Der blev påviste en forskel i søvnkvalitet før og under indlæggelse. Resultaterne af ptt'nes vanlige søvnkvalitet sammenlignet med søvnkvaliteten under indlæggelse vurderes til at være repræsentative for akutte og elektive ortopædkirurgiske ptt indlagt på en afdeling med akutmodtagefunktion. For at kunne påvise en effekt af de iværksatte interventioner, for at mindske støj og smerteproblematikken, krævede det formentlig væsentligt flere inkluderede ptt og muligvis en mere intensiv debat i afsnittet med sygeplejersker og læger, eller et andet studiedesign. En anden årsag til, at der ikke kunne påvises en forskel kunne være, at ptt'erne i anden spørgeskemaundersøgelse i gennemsnit have været indlagt færre nætter end i første undersøgelse. Man kan formode, at de ptt, der havde været indlagt én eller to nætter, havde flere postoperative smerter, end de patienter der havde været indlagt længere tid. Det er muligt, at den støj og uro, der findes på en afdeling med akutfunktion, ikke er mulig at ændre på. Havde alle stuerne i afsnittet være enestuer, havde ptt'erne angiveligt oplevet væsentligt færre støjgener. En nattesøvn, hvor ptt'ne ikke vågner pga. støj, ville muligvis også bevirke, at færre patienter oplevede smerter om natten, idet de ikke vågnede så let og således ikke ville registrere en eventuel smerte.

Observationerne i nattevagterne menes at være repræsentative for tilstedeværelsen af diverse faktorer der kan påvirke ptt'nes søvn, på trods af sygeplejerskers forskellige arbejdsrytmer og individuelle måde at pleje ptt'ne på om aftenen inden nattesøvnen og i nattevagten. Data stammer fra to nattevagter i to forskellige uger. De observerede forstyrrende faktorer stemmer godt overens med de nævnte årsager til forstyrrelser af patienters søvn under indlæggelse beskrevet i den kliniske retningslinje af Fog et al (1), og det som patienterne giver udtryk for i spørgeskemaundersøgelserne.

Alle ptt indlagt på afsnittet, blev på dagene for spørgeskemaundersøgelserne vurderet med henblik på opfyldelse af inklusions- og eksklusionskriterier og efterfølgende inviteret til at deltage. Kun ganske få afslog deltagelse. Der var intet bortfald, alle ptt fuldførte spørgeskemaet, og der var ingen missing grundet konstruktionsmetoden af spørgeskemaet. Samtykke til deltagelse kunne have

medført differentieret selektionsproblemer, men risikoen synes lille, da data var anonymiseret og udfyldelse af spørgeskemaet kun tog 5-7 minutter. Data var selvrapporterede. Ptt'ne blev spurgt til vanlig søvn 4 uger inden indlæggelse og til søvn under indlæggelse, hvilket vurderes til ingen eller ringe grad af reall-bias.

Studiet og dets resultater har skabt fokus og debat blandt afsnittets sygeplejersker. Det planlægges at debattere de fundne problemstillinger løbende til gavn for afsnittets fremtidige ptt.

Konklusion

Patienternes søvnkvalitet var bedre inden end under indlæggelse. Patienterne angav smerter og støj som de hyppigste årsager til problemer med at sove under indlæggelse. Iværksættelse af diverse interventioner for at bedre patienternes søvn havde ingen effekt. Studiets resultater har skabt fokus på ptt'nes søvn under indlæggelse blandt afsnittets sygeplejersker.

Tak

Tak til sygelestuderende Camilla Greve, Caroline Bonde Brøsen, Kathrine Bøgelund og Tanja Nedergaard Boll fra De studerendes Dataindsamlerteam, Center for Forskning i Klinisk Sygepleje Viborg, for observationer i nattevagter. Tak til projektsygeplejerske Andrea Søe-Larsen for udførelsen af størstedelen af spørgeskemaundersøgelserne.

Referencer

1. Fog L, Maheswaran M, Wester D, Bælum R, Nonfarmakologiske Sygeplejeinterventioner til fastholdelse af forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagt patienter. Center for kliniske retningslinjer – Clearinghouse; 2014.
2. Nationalt projekt om søvn hos ortopædkirurgiske patienter, VIDOKS – Videnscenter for Ortopædkirurgisk Sygepleje; 2014.
3. Jennum P, Søvn, 1. udgave, 1. oplag, København; 2013. s. 15-16, 257-261.

Ortopædkirurgiske patienters søvnkvalitet og forstyrrelser af nattesøvnen

Sofie Bech Vestergaard, sygeplejestuderende Ortopædkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Per 1/2-2016 sygeplejerske, Afdeling for Hud- og Kønssygdomme, AUH

Maya Sørensen Bang, sygeplejestuderende, Ortopædkirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital. Per 1/2-2016 sygeplejerske, Ortopædkirurgisk afdeling, AUH

Pernille Ravn-Eriksson, sygeplejestuderende, Ortopædkirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital. 1/2-2016 sygeplejerske, Ortopædkirurgisk afdeling, AUH

Helle Svenningsen, adjunkt, master i klinisk sygepleje, ph.d. VIA University College, Aarhus N

Hanne Mainz, klinisk sygeplejespecialist, cand.scient.san. Ortopædkirurgisk Afdeling, AUH

Ortopædkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

Abstract

Baggrund. En vurdering af patienternes søvnkvalitet og en identificering af forstyrrelser kan hjælpe plejepersonalet i planlægning og udformning af interventioner for et bedre sove miljø, der kan fremme patienternes nattesøvn.

Formål. At vurdere ortopædkirurgiske patienters søvnkvalitet under indlæggelse samt undersøge sammenhænge mellem den patientvurderede søvnkvalitet og miljømæssige objektive målinger af rumtemperatur, lyd- og lys samt andre forstyrrende faktorer for søvnkvaliteten

Metode. Søvnkvaliteten blev vurderet med Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ), samt et uddybende tillægsspørgeskema om forstyrrelser hos 24 ortopædkirurgiske patienter. Natlige forstyrrelser og objektive målinger blev observeret og registreret på 9 sengestuer. Data blev herefter sammenholdt med patienternes vurdering af søvnkvaliteten.

Resultat. Knap halvdelene af patienterne angav en god søvnkvalitet, mens en fjerdedel havde oplevet en dårlig søvnkvalitet. Der blev ikke fundet en tydelig sammenhæng mellem patienternes søvnkvalitet og anbefalet temperatur, lyd- og lysniveau for godt sove miljø, men mængden af forstyrrelser havde derimod betydning for patienternes søvnkvalitet. Patienterne angav smerte, som den hyppigste årsag til dårlig søvnkvalitet.

Konklusion Mængden af forstyrrelser havde betydning for kvaliteten af ortopædkirurgiske patienters nattesøvn

Baggrund

Sygdom, smerte og indlæggelse har ofte en negativ indvirkning på søvnen og kan hermed forårsage en ændret søvnkvalitet. Ved manglende søvn nedsættes kroppens evne til at restituere og regenerere, hvilket er yderst u hensigtsmæssigt i et postoperativt patientforløb (1). Sufficent søvn spiller en essentiel rolle for opretholdelse af et optimalt fungerende immunforsvar (1). For rehabiliteringen af de ortopædkirurgiske patienter er det derfor vigtigt, at det habituelle søvnmønster forsøges opretholdt.

Enhver ændring i søvnmiljøet med akut opståede belastninger af psykisk-, miljømæssig- eller somatisk karakter kan være forstyrrende for søvnkvaliteten og forårsage søvnbesvær. Flere studier viser således, at søvnens længde, dybde og kontinuitet forringes under indlæggelse (2). God søvnhygge er en vigtig forudsætning for at opnå en god nattesøvn. Hertil findes en række anbefalinger, blandt andet at soverummet har en passende temperatur og er mørkt (3). Forskelle mellem lys

og mørke er en af de vigtigste faktorer for søvncyklussen (4). Om aftenen, når det naturlige dagslys svinder, øges det naturlige hormon melatonin, der har en regulerende effekt på døgnrytmen (5). Kraftig lyspåvirkning om natten kan afbryde søvnen og påvirke produktionen af melatonin (4). Studier viser, at den hyppigste forstyrrelse af søvnen er forårsaget af støj (6). At kunne reagere på lyde under søvn er imidlertid en del af menneskets forsvarsmekanisme. Det er dog individuelt hvilke lyde, der vil vække den sovende. Tilvænning til bestemte lyde vil øge tolerancen over for disse. Under en hospitalsindlæggelse vil patienten udsættes for nye og ukendte lyde, og patienten vil relativt let kunne vækkes (7).

Søvnkvalitet er en subjektiv oplevelse. Det er derfor relevant at belyse søvnproblematikken ud fra et patientperspektiv. Et redskab til at vurdere patienternes søvnkvalitet vil give sygeplejerskerne et bedre udgangspunkt for udformning af interventioner, der kan fremme patienternes nattesøvn. Det er derudover væsentligt at identificere, hvilke faktorer patienterne oplever som forstyrrende med henblik på at undersøge, om disse kan elimineres.

Formål

- At undersøge om der er en sammenhæng mellem den patientvurderede søvnkvalitet og miljømæssige objektive målinger af rumtemperatur, lyd- og lys.
- At identificere hvilke faktorer patienterne oplever som forstyrrende for deres søvnkvalitet.

Metode

I dette studie blev det undersøgt, hvorvidt patienternes vurderede søvnkvalitet havde en sammenhæng med de objektivt målte miljømæssige faktorer som temperatur-, lyd- og lyspåvirkninger. Tre sygeplejestuderende var observatører på forskellige patientstuer i sammenlagt ni nætter. Den efterfølgende morgen vurderede patienter på stuen deres søvnkvalitet og angav oplevede forstyrrelser.

Patientvurderet søvnkvalitet

Til vurdering af patienternes søvnkvalitet blev Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) anvendt. RCSQ blev efter en litteraturgennemgang fundet bedst egnet i forhold til kriterierne:

- egnet til at vurdere indlagte patienters søvnkvalitet
- enkel at besvare med begrænset tidsforbrug
- valideret i tidligere studier

RCSQ scorer indlagte patientens søvn på fem punkter: dybde af søvnen, søvnlatenstid, vågentid i løbet af natten, evne til at falde i søvn efter opvågning og den oplevede søvnkvalitet. RCSQ er opbygget af fem visuelle analoge skalaer (VAS), hvor patienten angiver sin besvarelse ved at sætte et kryds på en 100 mm linje, der spænder fra 0 og 100 (8) (*Se Figur 1*). Her angiver 0 ”værest mulige” og 100 ”bedst mulige” (9). Den totale score udregnes ved at addere resultaterne fra hvert punkt og dividere med fem.

RCSQ kan besvares på kort tid, uden det store ressourceforbrug for hverken patient eller afdelingens plejepersonale. Derudover har RCSQ udvist høj validitet og reliabilitet i flere undersøgelser (10). Den danske oversættelse af RCSQ blev anvendt (11).

Figur 1. Eksempel på spørgsmål fra RCSQ

Sæt kryds det sted på svarlinjen, du mener **bedst** beskriver din søvn i nat.

1. Min søvn i nat var:

Dyb søvn X Overfladisk søvn

Objektive målinger

I ni nætter var en observatør placeret så diskret på patientstuerne som muligt for at reducere risikoen for, at observatørens tilstedeværelse virkede visuelt forstyrrende for patienterne. Observationerne var af *ikke-skjult* karakter (12), hvilket betyder, at patienterne blev informeret om, og gav tilladelse til observatørens tilstedeværelse på stuen. Forstyrrende faktorer, der kunne have betydning for patientens søvn blev iagttaget og registreret i en hertil konstrueret kodebog. De noterede observationer blev i den efterfølgende analyse anvendt til forklare udsving i rumtemperatur, lys- og lydniveau. Forstyrrelserne var ikke defineret på forhånd da ønsket var at undersøge, hvad patienten oplevede som forstyrrende. Registrering af disse er dermed udelukkende patienternes tilkendegivelse om deres oplevelser af forstyrrelser.

Al anvendt apparatur blev kalibreret efter ens standarder umiddelbart forud for undersøgelsen for at sikre udstyrets reliabilitet. Udstyret blev placeret på et rullebord midt i rummet, og til mindst mulig gene for personale og patienter. Temperaturmåleren var placeret i niveau med patientsengene for at sikre den mest realistiske måling. Årsager til eventuelle pludselige temperaturændringer i løbet af natten blev forklaret ud fra noterne i kodebogen (f.eks. åbning af vindue). Lydmåleren var placeret på rullebordet med mikrofonen ud over kanten pegende ud i rummet. Bordpladen dækkes med stof for at minimere risikoen for fejlmålinger fra eventuelle lyde qua friktion og vibration mellem udstyr og bord. Under observationerne blev lyspåvirkninger registreret i kodebogen (f.eks. tænde natlampe). Der blev udelukket foretaget registrering af antal lyspåvirkninger, længden af lyspåvirkning blev ikke behandlet. Målingerne af lysstyrke blev efterfølgende foretaget på tilsvarende tomme patientstuer, hvor lyssensoren blev anbragt på hovedpuden for at simulere patientens synsvinkel.

Patientoplevede forstyrrelser

For yderligere at undersøge hvorvidt patienterne oplevede forstyrrelser i deres nattesøvn og i givet fald hvilke forstyrrende faktorer de oplevede, blev RCSQ suppleret med et tillægsspørgeskema konstrueret af forfatterne specifikt til projektet (11). Det supplerende skema indeholdt spørgsmål om patienternes oplevelse af forstyrrelser, som kunne besvares ved at sætte et kryds på en 100 mm linje, der spændte fra 0 og 100, hvor 0 ”værest mulige” og 100 ”bedst mulige”. Hvis patienten havde oplevet forstyrrelser, kunne disse angives i fritekst. Desuden blev deltagerne spurgt om alder, køn, indlæggelsesdato og årsag, samt hvorvidt de modtog indslumrings/sovemedicin den pågældende nat. Sluttelig blev de på 100 mm linjer bedt om at angive deres oplevelse af forstyrret nattesøvn pga. rumtemperatur, lydniveau og lys niveau i løbet af natten.

Studiepopulation

Med ønske om en heterogen undersøgelsesgruppe, blev alle patienter uanset indlæggelsesdøgn og diagnose inkluderet. Deltagelse forudsatte dog, at patienten var fyldt 18 år og kunne læse og forstå dansk. Patienter, der af plejepersonalet blev vurderet til kognitivt ikke at være i stand til at besvare

et spørgeskema, blev ekskluderet fra undersøgelsen. Hvis patienter havde immobiliserede overekstremiteter og ikke kunne udfylde de udleverede spørgeskemaer, blev de assisteret af observatøren eller instrueret af plejepersonale. Ved spørgsmål med VAS som svarkategori, blev en blyant placeret på linjen, hvorefter patienten instruerede den assisterende i, hvor krydset skulle sættes.

Implementering

Inden observationernes opstart blev patienterne informeret om undersøgelsens formål og fik oplyst, at de den efterfølgende morgen ville få udleveret et spørgeskema omhandlende deres søvnkvalitet. For at mindske risikoen for adfærdsændring i forbindelse med søvnen og at opmærksomheden herpå var begrænset, blev patienterne ikke informeret om, hvilke spørgsmål spørgeskemaet ville indeholde. RCSQ og tillægsspørgeskemaet blev udleveret i papirform til patienten umiddelbart efter opvågning.

Databearbejdning og analyse

Ved databearbejdning blev RCSQ-score inddelt i tre intervaller:

- [0-33,3] = dårlig søvnkvalitet
- [33,4-66,6] = moderat søvnkvalitet
- [66,7-100] = god søvnkvalitet

Samme intervaldeling blev benyttet ved patienternes oplevelser af forstyrrelser

- [0-33,3] = meget forstyrret søvn
- [33,4-66,6] = lidt forstyrret søvn
- [66,7-100] = ikke forstyrret søvn

I studiet benyttes følgende anbefalinger til optimal sovemiljø:

- Rumtemperatur: 15-22°C
- Lydtryksniveau: <30 dB(A)
- Lyspåvirkning: <150 lux

Anbefalingen for den optimale rumtemperatur på 15-22°C var baseret på søvnforskning ved Dansk Center for Søvnmedicin. Lyd måles som lydtryk i decibel (dB) og udtrykkes sædvanligvis som dB(A), hvor (A) angiver en frekvensvægtning, som får den målte lyd til at ligne det, som vores ører opfatter. Anbefalingen om et natligt dB-niveau under 30 dB(A) er nedskrevet af WHO i Guidelines for *community noise* (13). Anbefalinger for lyspåvirkning er fra et australsk studie, som har vist at kroppens melatoninniveau dæmpes allerede ved en lyspåvirkning på 200 lux og anbefaler derfor et lysniveau på under 150 lux i rummet, for at det natlige melatoninniveau bevares (14).

Analyserne blev udført ved simpel deskriptiv statistik. Patienterne blev opdelt ud fra deres vurdering af søvnkvaliteten som dårlig, moderat eller god, og i hver kategori blev registreret antal og andel af patienter.

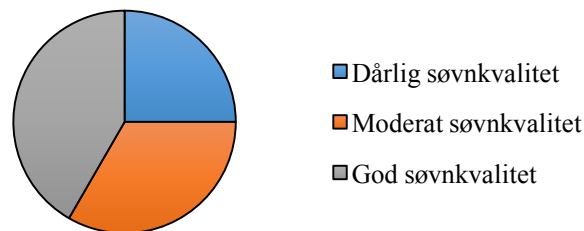
Resultater

I alt 24 indlagte patienter indgik i undersøgelsen, der forløb med 9 nattelige observationer i november 2015 på Ortopædkirurgisk afdeling på Aarhus Universitetshospital. Studiepopulationen bestod af 9 mænd og 15 kvinder i alderen 23-87 år med en gennemsnitsalder på 58,5 år. Patienterne var indlagt i forbindelse med både elektive og akutte operationer. I undersøgelsen indgik én præoperativ patient, mens de resterende respondenter var indlagt fra 1. - 13. postoperative døgn. Det var første postoperative indlæggelsesdøgn for 16 af patienterne. Observationerne foregik på to ortopædkirurgiske afsnit med 2-3 patienter på hver stue.

Patientvurderet søvnkvalitet

Besvarelserne af RCSQ spændte bredt. Laveste RCSQ-score var på 14 mens den højeste var på 97. Som det fremgår af Figur 2 oplevede 42% af patienterne at have en god søvnkvalitet (RCSQ score fra 66,7 til 100), mens 25 % havde en dårlig søvnkvalitet (RCSQ score fra 0 til 33,3)

Figur 2 Fordeling af den patientvurderede søvnkvalitet ud fra besvarelser af RCSQ



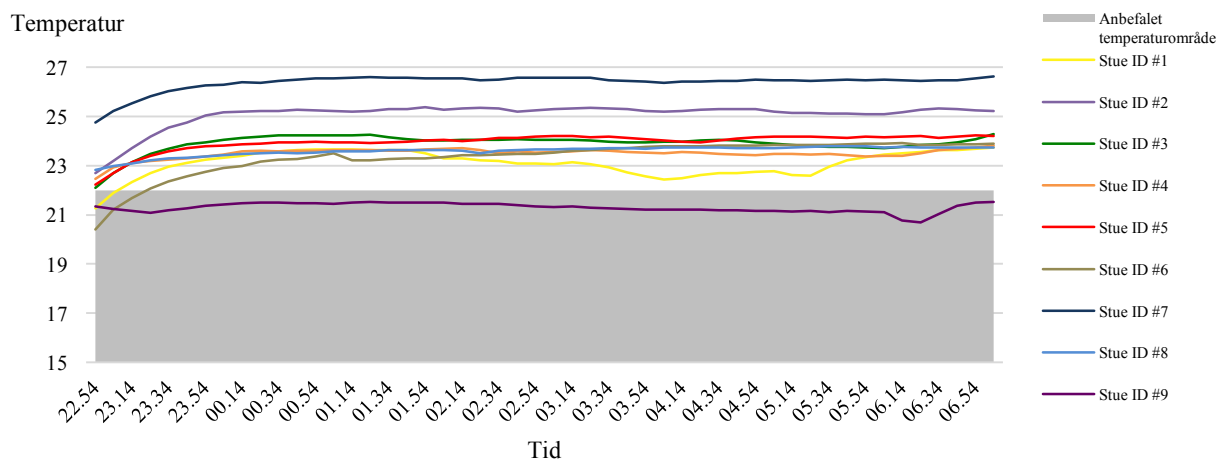
Objektive målinger

For hver af de ni stuer blev der kontinuerligt målt temperatur, lydtryk og lys gennem én nat.

Temperatur

Den gennemsnitlige temperatur for de 9 sengestuer varierede i intervallet 21,8-26,4°C. Figur 3 illustrerer de målte temperaturkurver for hver af de 9 sengestuer. Det anbefalede temperaturinterval på 15-22°C er angivet ved grå skravering.

Figur 3 Målte temperaturkurver for hver af de 9 sengestuer.



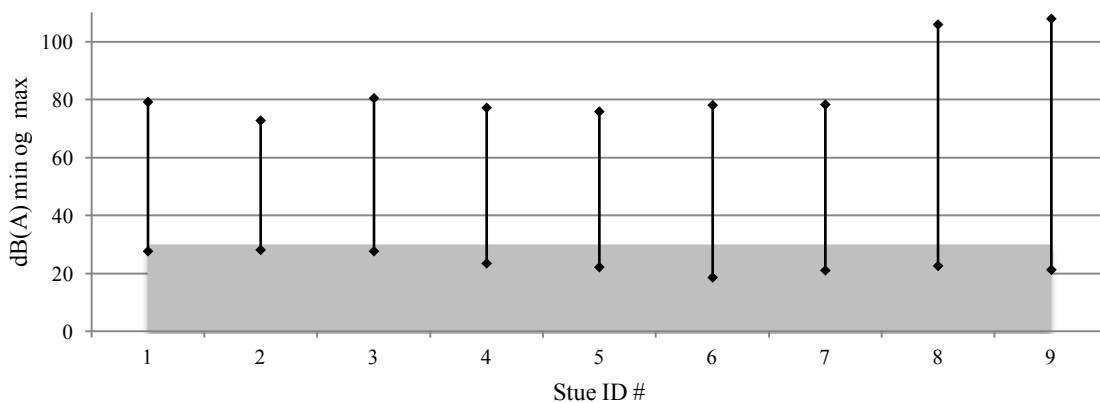
På 8 sengestuer oplevede i alt 22 patienter en højere temperatur end anbefalet. På en stue med to patienter holdt temperaturen sig under 22 grader. Det fremgår, at temperaturen generel var lavest ved de første målinger, hvorefter den steg frem mod midnat.

Lydtryksniveau

Det gennemsnitlige lydtryk for hver sengestue varierede i intervallet 25,8-39,9 dB(A). Lyde over 30 dB(A) skyldes blandt andet oprydning i skyllerum, køkkenarbejde og smækkende døre. Et gennemsnitlig lydtryk på 30dB(A) eller derunder blev registreret på 3 stuer med i alt 7 patienter.

I Figur 4 ses de målte minimums- og maksimumsværdier af lydtryksniveauet på stuerne, med det anbefalede lydtryksniveau under 30 dB(A) angivet med gråt. På alle stuer var der et lydtryk over det anbefalede niveau på 30 dB(A).

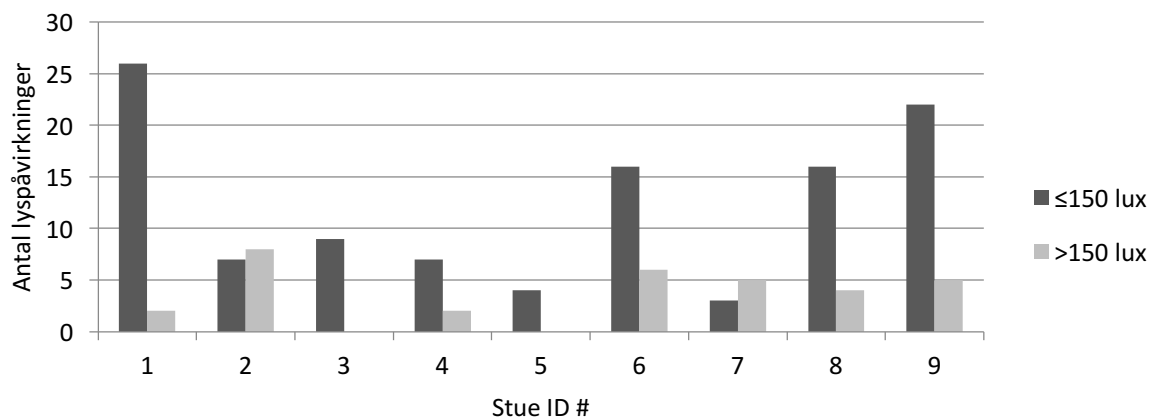
Figur 4 Lydmålinger fra de 9 sengestuer



Lysniveau

Lys på stuen blev i løbet af natten registreret. Lys over det anbefalede niveau på >150 lux var eksempelvis en tændt natlampe, mens lys ≤ 150 lux kunne være en dør klem, lys fra kaldeanlæg, et tændt TV m.m. I alt blev der registreret 142 lyspåvirkninger på de 9 stuer svarende til i gennemsnit 16 lyspåvirkninger per stue per nat. Heraf var 23% (32 i alt) over det anbefalede niveau på 150 lux. Som det fremgår af Tabel 1, var der lyspåvirkninger over det anbefalede niveau på 7 af sengestuerne (med 19 patienter i alt), mens der på to stuer (med i alt 5 patienter) var lyspåvirkninger under 150 lux.

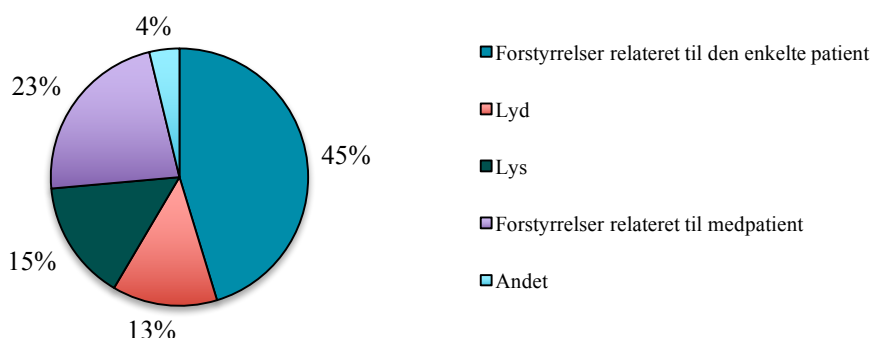
Figur 5. Fordelingen af lyspåvirkning henholdsvis ≤ 150 og > 150 lux på de 9 stuer.



Patientoplevede forstyrrelser

Patienterne havde næste morgen mulighed for at angive, i hvor grad de havde haft en forstyrret nattesøvn og hvilke forstyrrelser, de havde oplevet i løbet af natten. Af de 24 patienter oplevede 7 patienter at have en uforstyrret nattesøvn (29%), 9 patienter havde en let forstyrret natte søvn (38%), mens 8 patienter (33%) havde en meget forstyrret nattesøvn. De angivne forstyrrelser kunne efterfølgende inddeles i følgende fem kategorier: *forstyrrelser relateret til den enkelte patient, lyd, lys, forstyrrelser fra medpatient(er) og andet*. Kategorien *forstyrrelser relateret til den enkelte patient* udgjorde 45% af de samlede forstyrrelser (Figur 6). I denne kategori indgik: smerter, dårlig lejring, sygeplejerskerelaterede opgaver, toilet besøg, kvalme, kløe og mareridt. Smerteproblemer repræsenterede 50% af denne kategori. Kategorien *lyd* dækkede over snorken og sygehusmiljøets lyde og udgjorde 13% af de patientangivne forstyrrelser. I alt 15% af de forstyrrende faktorer omhandlede lys, og blev beskrevet af patienterne som *åben dør* samt *tændt natlampe hos medpatienter*. *Andet* dækkede over rumtemperatur og forskudt døgnrytme og udgjorde 4%.

Figur 6 Fordeling af forstyrrende faktorer for patienternes søvn



Objektive målingers indflydelse på den patientvurderede søvnkvalitet

For respondenter udsat for temperatur-, lyd- og lysniveau over det anbefalede ses en jævn fordeling af patienterne ift. vurdering af deres søvnkvalitet (Tabel 2). Der ses således ingen tendens mellem de objektive miljømæssige målinger og søvnkvaliteten. For patienternes angivelse af forstyrrelser ses derimod en tendens til at jo mere forstyrret de oplevede søvnen desto dårligere søvnkvalitet angav patienten, og ingen eller få forstyrrelse betød en bedre nattesøvn.

Tabel 2 Søvnkvalitet vurderet med total RCSQ-score sammenholdt med målinger af rumtemperatur, lydniveau, lyspåvirkning og patientangivet søvnforstyrrelser

N = 24*		Dårlig søvnkvalitet n = 6	Moderat søvnkvalitet n = 8	God søvnkvalitet n = 10
Temperatur	≤ 22 °C	-	1 (4%)	1 (4%)
	> 22 °C	6 (25%)	7 (29%)	9 (38%)
Lyd	≤ 30 dB(A)	1 (4%)	2 (8%)	4 (17%)
	> 30 dB(A)	5 (21%)	6 (25%)	6 (25%)
Lys	≤ 150 lux	2 (8%)	-	3 (13%)
	> 150 lux	4 (17%)	8 (33%)	7 (29%)
Meget forstyrret søvn		4 (67%)	2 (25%)	2 (22%)
Lidt forstyrret søvn		2 (33%)	2 (25%)	4 (44%)
Ikke forstyrret søvn			4 (50%)	3 (33%)

*N=23 for forstyrrelser pga. en manglende besvarelse.

Diskussion

Knap halvdelen af patienterne angav en god søvnkvalitet (42%), mens en fjerdedel havde oplevet en dårlig søvnkvalitet (25%). Der blev ikke fundet en tydelig sammenhæng mellem patienternes søvnkvalitet og anbefalet temperatur, lyd- og lysniveau for godt sovemiljø. Til gengæld var der en tendens til at mængden af forstyrrelser havde betydning for patienternes søvnkvalitet. Patienterne angav smerte, som den hyppigste årsag til dårlig søvnkvalitet.

Vurdering af søvnkvalitet og forstyrrelser

Patienternes RCSQ-score spredte sig ud over hele skalaen, hvilket vidner om, at søvnkvaliteten af de indlagte ortopædkirurgiske patienters nattesøvn var varierende.

Rumtemperaturen var over anbefalingerne på alle stuer på nær én. Til trods for dette angav 42 % af patienterne, at de havde haft en god søvn, og under 4% af patienterne oplevede at temperaturen gav anledning til forstyrrelse. Højt lydtryksniveau betegnes ofte som værende den væsentligste forstyrrelse for indlagte patienter (13-14). For alle 9 sengestuer blev der målt lydtryksniveauer over det anbefalede niveau. I dette studie blev dog ikke fundet en tydelig sammenhæng mellem patienternes vurdering af søvnkvaliteten og lydniveauet, og kun 13% af patienterne angav lydniveauet som en forstyrrende faktor. På trods af at de fleste patienter flere gange i løbet af natten var udsat for en lyspåvirkning over det anbefalede niveau, angav hovedparten en moderat/god søvnkvalitet. Kun 5 ud af de 24 patienter oplevede en lyspåvirkning inden for det anbefalede. Heraf angav tre patienter en god søvnkvalitet, mens 2 patienter oplevede en dårlig søvnkvalitet, antageligvis af andre årsager.

Til trods for målte værdier over anbefalingerne oplevede størstedelen af patienterne rumtemperatur, lydtryksniveau og lyspåvirkning som værende tilpas og ikke væsentlig forstyrrende for søvnen. Der syntes således ikke at være en klar sammenhæng mellem patienternes vurderede søvnkvalitet og anbefalingerne for et optimalt sovemiljø i dette studie. Sammenholdes søvnkvaliteten derimod med patientens vurdering af forstyrrelser, kunne der findes en sammenhæng. De fleste patienter, der vurderede deres søvn som ”meget forstyrret” angav at have haft enten en dårlig eller moderat søvnkvalitet, mens patienter som havde haft en nattesøvn uden forstyrrelser alle vurderede de havde haft en moderat/god nattesøvn.

Resultaterne af denne undersøgelse indikerede, at det ofte ikke bare var én men flere faktorer, som havde indflydelse på patienternes søvnkvalitet. Det var derfor vanskeligt at vurdere, hvorvidt det var temperatur, lys, lyd eller andre forstyrrelser, der influerede på patienternes angivelse af deres søvnkvalitet.

Implikationer for praksis

Undersøgelsens fund viser, at størstedelen af respondenterne vurderede, at deres nattesøvn blev forstyrret under indlæggelse. I denne undersøgelse kunne ses en tendens mellem patienternes søvnkvalitet og mængden af de vurderede forstyrrelser. Generelt vurderede patienter, der sov på stuer med et højt antal forstyrrelser, søvnkvaliteten dårligere end patienter på stuer med færre forstyrrelser. Sygeplejersken bør være opmærksom på dette i det natlige arbejde og minimere forstyrrelser på stuen til et absolut minimum. Endvidere bør de natlige rutiner organiseres efter, hvad der er hensigtsmæssigt for patienterne både inde på og uden for stuerne, idet lyde fra gang og køkken var over det anbefalede værdier på stuerne.

Det ses endvidere, at forstyrrelser ikke udelukkende var af miljømæssig karakter, da 45% af respondenterne angav smerte som den hyppigst optrædende forstyrrelseskilde. Den primære forudsætning for en god nattesøvn er således, at sygeplejerskerne må sikre, at patienterne er tilstrækkelig smertedækket. Dette er i overensstemmelse med en tidligere undersøgelse af patienters søvn (4).

Begrænsninger

I denne undersøgelse var det alene patientens oplevelse af søvnkvaliteten, der blev blevet sammenholdt med objektive målinger af rumtemperatur, lys og lyd. Den fysiologiske påvirkning blev ikke undersøgt, så det er derfor uvist, hvorvidt patienterne kunne være blevet fysiologisk påvirkede. På baggrund af lysstimuli kunne niveauet af melatonin være mindsket. Endvidere kunne søvnens struktur have været påvirket af den høje temperatur i rummet, bevirkende en negativ påvirkning af søvnkvaliteten. Hvis det ønskes at identificere, i hvilken grad de overskredne anbefalinger kunne have haft fysiologisk indflydelse på patienternes søvnkvalitet, skal en sådan undersøgelse suppleres med PSG- målinger og/eller blodprøver.

Med det begrænsede antal patienter, som indgik i dette studie, var det vanskeligt at identificere sammenhænge mellem søvnkvalitet og specifikke objektive forstyrrende faktorer som rumtemperatur kunne medføre, at betydningen af øvrige forstyrrelser blev mindsket, så længe patienten havde ondt.

Konklusion

Undersøgelsen viste, at en del indlagte ortopædkirurgiske patienter følte sig forstyrret under søvnen, og mængden af forstyrrelser og smerter havde betydning for vurderingen af søvnkvaliteten. På trods af at objektive målinger af rumtemperatur, lyd og lys oversteg det anbefalede niveau på de fleste sengestuer, kunne der ikke påvises en tydelig sammenhæng med patienternes søvnkvalitet.

Taksigelse

Tak til udviklingsansvarlig Berit Pedersen Haa og uddannelsesansvarlig Gitte Schmidt, Ortopædkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital for hjælp til ideudvikling og kontakt til afsnittene på Nørrebrogade og Tage Hansens Gade, der ligeledes skal have tak for støtte under dataindsamlingen. Tak til Aarhus Universitet og Aarhus Maskinmesterskole for udlån af måleudstyr.

Referencer

1. Krenk L. Kapitel 25: Søvnforstyrrelser efter kirurgiske indgreb. I: Jennum P, redaktør. Søvn. Kbh.: Munksgaard; 2013. s. 257–63.
2. Pilkington S. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. Nurs Stand R Coll Nurs G B. 2013;27(49):35–42.
3. Martiny K, Zachariae B. Kapitel 5: Insomni. I: Jennum P, redaktør. Søvn. København: Munksgaard; 2013. s. 59–77.
4. Pulak LM, Jensen L. Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. J Intensive Care Med. 10. Juni 2014;1–10.
5. Hannibal J, Martiny K. Kapitel 4: Døgnrytmer og det circadiane system. I: Jennum P, redaktør. Søvn. København: Munksgaard; 2013. s. 51–8.
6. Center for kliniske retningslinjer - Clearinghouse. Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter [Internet]. DASYS. Aalborg; 2014 Feb [citeret 1. Oktober 2015] s. 1–57. Tilgængelig hos: http://www.kliniskeretningslinjer.dk/media/345325/final_s_vn_130214.pdf
7. Bachmann M, Lindhart J. Kapitel 11: Patientens behov i forbindelse med søvn og hvile. I: Pedersen S, redaktør. Sygeplejebogen 1 - Grundlæggende behov. 3. udg., 2. del. Kbh.: Gads Forlag; 2009. s. 261–306.
8. Richards KC, S. O'Sullivan P, L. Phillips R. Measurement of Sleep in Critically Ill Patients. Journal of Nursing Measurements. 2000;8(2):131–44.
9. Shahid A. Richards-Campbell Sleep Questionnaire. I: STOP, THAT and one hundred other sleep scales. New York: Springer; 2012. s. 299–302.
10. Hoey LM, Fulbrook P, A. Douglas J. Sleep assessment of hospitalised patients: A literature review - International. International Journal of Nursing Studies. 2014(51):1281–8.
11. UC Viden - Søvnkvalitet hos ortopædkirurgiske patienter [Internet]. [citeret 1. December 2016]. Tilgængelig hos: [https://www.ucviden.dk/student-portal/da/studentprojects/soevnkvalitet-hos-ortopaedkirurgiske-patienter\(b253743e-9231-4642-bc4f-e2a836e8a720\).html](https://www.ucviden.dk/student-portal/da/studentprojects/soevnkvalitet-hos-ortopaedkirurgiske-patienter(b253743e-9231-4642-bc4f-e2a836e8a720).html)
12. Harboe T. Kapitel 9: Observation. I: Metode og projektskrivning - en introduktion. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2010. s. 102–8.
13. WHO, World Health Organization. Kapitel 4: Guideline Values, Guidelines for community noise [Internet]. Geneva; [citeret 20. December 2015] s. s. 55–65. Tilgængelig hos: <http://www.noiseoff.org/document/comnoise.4.pdf>
14. Lack LC, Wright HR. Chronobiology of sleep in humans. Cell Mol Life Sci. Maj 2007;64(10):1205–1
15. Pulling C, Seaman S. Sleep: a reality or dream for the hospitalized adult? Canadian Journal of Cardiovascular Nursing. 1993;3(4):7–12.
16. Webster RA. Sleep in hospital. Journal of Advanced Nursing. 1986;11:447–57.

Patienters oplevelser af søvnkvaliteten under indlæggelse i et ortopædkirurgisk sengeafsnit

Karen Hvass, udviklingskonsulent, karen.hvass@vest.rm.dk

Ortopædkirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest

Abstract

Baggrund. Patienter indlagt på sygehus oplever at få deres søvn forstyrret, hvilket kan have stor betydning for restitutionen efter en operation. I et sengeafsnit kan både patienter og personale medvirke til at skabe så gode betingelser som muligt for en god søvn, men er det nok og hvordan oplever patienterne søvnkvaliteten?

Formål. At klarlægge patienters søvnkvalitet under indlæggelse i forhold til vanlig søvn hjemme og at få forslag til interventioner, der kan forbedre vilkårene for en god nattesøvn hos indlagte patienter.

Metode. Individuelle, strukturerede interview af patienter med akut hoftebrud og elektiv, primær hofte- eller knæalloplastik dagen efter operationen. Der er foretaget en beskrivende databehandling, hvor data præsenteres som frekvens og procent.

Resultater. 40 patienter blev interviewet. Postoperativt havde 29 patienter haft en overvejende dårlig søvn, mens det kun var 11 patienter, der præoperativt havde haft en overvejende dårlig søvn. Det var hovedsageligt medpatienter og smerter, der var årsagen til, at søvnen blev påvirket. Patienterne havde forslag til, hvad der kunne medvirke til en bedre søvn: enestue, medicin, ørepropper, hjælp til lejring, god stemning til nat, frisk luft på stuen, at lyset slukkes og gardinerne trækkes for, bestemte tidspunkter med ro på stuerne, at patienttelefoner er på lydløs, alle viser og tager hensyn til hinanden samt nedskrevne retningslinjer.

Konklusion. Flere patienter havde en dårligere søvn postoperativt i forhold til vanlig søvn. Medpatienter og smerter var årsagen i de fleste tilfælde. Patienterne havde forslag til, hvad personalet kunne gøre anderledes, for at give bedre vilkår for en god søvn: enestue, medicin, ørepropper, hjælp til lejring, god stemning til nat, frisk luft på stuen, at lyset slukkes og gardinerne trækkes for, bestemte tidspunkter med ro på stuerne, at patienttelefoner er på lydløs, alle viser og tager hensyn til hinanden samt nedskrevne retningslinjer.

Baggrund

Patienter indlagt på sygehus har brug for en restituerende søvn, men oplever at blive forstyrret af støj fra andre patienter og personale, lys, ubehag, smerter, dårlig liggestilling, medicin, bekymring og stress. Derudover ændrer patientens normale søvnmønster sig, idet omgivelserne er anderledes, ritualer ved sengetid kan ikke altid følges og der er ikke samme mulighed for at regulere temperaturen på sengestuen. Selv om patienten sover, er søvnen ikke nødvendigvis restituerende og opfriskende. De rutiner, plejepersonalet har om natten, forstyrrer patienternes søvn. Det kan, af hensyn til både patientens og personalets sikkerhed, være nødvendigt at tænde lys, når en patient skal vendes, have skiftet tøj eller hjælpes på toilet (1;2).

Hverdagen og de daglige opgaver i det ortopædkirurgiske sengeafsnit er tilrettelagt, så der tages mest mulig hensyn til, at patienterne kan få et hvil/middagsøvn i tidsrummet 12.30 – 13.30, hvor

der ingen træning foregår, køkkenpersonalet har ryddet ud efter middagsmaden og der så vidt muligt ikke er besøgende på stuerne. Oplysninger om dette er skrevet ind i afsnittets pjece med patientinformation, og det fremgår af opslag på dørene til alle sengestuer. Ligeledes gør plejepersonalet en stor indsats for at sikre en god nattesøvn. Aftenvagterne gør en stue færdig af gangen og der er ro på stuerne senest kl. 23, hvor der er vagtskifte. Nattevagterne har tre runder til patienterne, herudover ses der til patienterne efter behov. Andre tiltag, der gøres for at sikre nattero i afsnittet, er, at telefoner og patientkald sættes på lydløs og skabslåger lukkes ikke helt i, så man derved undgår den kliklyd, det ellers vil give, når magneten lukker lågen. Plejepersonalet er udstyret med små lygter, så de ikke altid behøver at tænde lys på stuen for at se til patienterne.

Mange af patienterne ligger på 4-sengsstuer. Hvis der er en patient, der er urolig og forstyrrer medpatienterne, flyttes vedkommende til en enestue eller ud på gangen. Hvis en patient snorker, kan der udleveres ørepropper til de øvrige på stuen. Patienterne kan også selv gøre en indsats for at forstyrre hinanden så lidt som muligt, som ved at sætte mobiltelefoner på lydløs og i det hele taget vise almindelig hensyn til medpatienter ved ikke at tænde lys eller lave unødigt støj.

Med de tiltag, der i dag bliver taget i afdelingen, kan plejepersonale og patienter være medvirkende til, at patienterne får mulighed for at få den nødvendige søvn, og dermed energi til at kunne mestre de opgaver og ikke mindst den træning, der skal til for at komme hurtigt i gang igen efter operationen. For kommer de ikke hurtigt i gang, kan det forlænge indlæggelsen og på sigt forringe deres livskvalitet, fordi det tager længere tid at opnå det funktionsniveau, de havde før operationen. Undersøgelser har vist, at accelererede forløb eller fast-track forløb, hvor de bl.a. skal op hurtigst muligt efter operationen, er godt for patienter, der gennemgår en hofte- eller knæalloplastikoperation (3). I sengeafsnittet har plejepersonalet en oplevelse af, hvordan de enkelte patienter har sovet, men de går ikke nødvendigvis i dybden med at spørge ind til søvnen, og hvad der kunne gøres anderledes for at sikre en bedre søvn. Det blev undersøgt nærmere i dette projekt.

Formål

Formålet med dette udviklingsprojekt var:

- At klarlægge patienternes søvnkvalitet under indlæggelse i forhold til vanlig søvn hjemme
- At få forslag til interventioner, der kan forbedre vilkårene for en god nattesøvn hos indlagte patienter

Metode

Udviklingsprojektet var tilrettelagt som individuelle, strukturerede interview af patienter indlagt i et ortopædkirurgisk sengeafsnit. Patienterne blev inkluderet eller ekskluderet efter følgende kriterier: **Inklusionskriterier:**

- Akutte hoftebrudpatienter
- Elektive, primære hofte- eller knæalloplastikpatienter
- Gennemgået operation i enten fuld eller lokal bedøvelse
- Over 18 år
- I stand til at forstå og tale dansk

Eksklusionskriterier:

- Patienter, der er diagnosticeret med demens

Interviewene fandt sted i perioden oktober 2015 til marts 2016 og i alt 40 patienter blev interviewet. I undersøgelsen indgik 19 mænd og 21 kvinder. Patienterne i undersøgelsen var opdelt efter, hvilken operationstype de havde fået foretaget. Der indgik 4 hoftebrudspatienter, hvoraf den ene fik foretaget en total hoftealloplastik i stedet for en osteosyntese – operation med indsættelse af skruer eller skinne. Der var flere patienter, der udgik af andre grunde end nævnt i eksklusionskriterierne, eks. patienter, der fik blod og var sengeliggende.

Det var ikke muligt at finde et valideret spørgeskema, vi kunne anvende. Derfor valgte vi selv at udarbejde en spørgeguide, som tog udgangspunkt i formålet med projektet (bilag 1). Vi foretog en pilottest på 3 patienter, hvorefter spørgeguiden blev rettet til inden de egentlige interviews gik i gang. Derudover udarbejdede vi en skriftlig information til patienterne, som blev udleveret samtidig med, at de blev spurgt, om de ville deltage.

Interviewene foregik dagen efter operationen og blev foretaget af en sygeplejerske fra sengeafsnittet samt forfatteren til dette kapitel. Det var den samme sygeplejerske, der foretog alle interviewene. Hun var blevet introduceret til at foretage interview og havde fået gennemgået interviewguiden. Patienterne blev indlagt på operationsdagen og havde således kun haft én nat på hospitalet inden interviewet. De blev udvalgt til interview ved hjælp af lodtrækning blandt alle mulige patienter på dage, hvor begge interviewere var til stede. Sygeplejersken spurgte de udvalgte patienter om at deltage og udleverede den skriftlige information. De, der sagde ja til at deltage, blev interviewet enten på stuen, hvis de lå alene eller i et møderum i afsnittet. Sagde en patient nej eller af anden grund ikke var i stand til at deltage, blev der igen trukket lod blandt de resterende. Interviewet foregik ved, at sygeplejersken stillede spørgsmålene ud fra spørgeguiden og forfatteren skrev svarene ned på spørgeskemaet med det samme. Spørgeskemaerne blev nummereret og udfyldt efterfølgende med oplysninger om køn, alder, diagnose, operation, bedøvelse og komorbiditet.

Spørgsmålene og svarmulighederne blev nummereret. Der blev udarbejdet en forklaringsmanual og svarene blev tastet ind i et excelark (regneark), hvorfra de efterfølgende blev analyseret i Stata Statistical Software; 12.0, StataCorp LP.

Etiske overvejelser

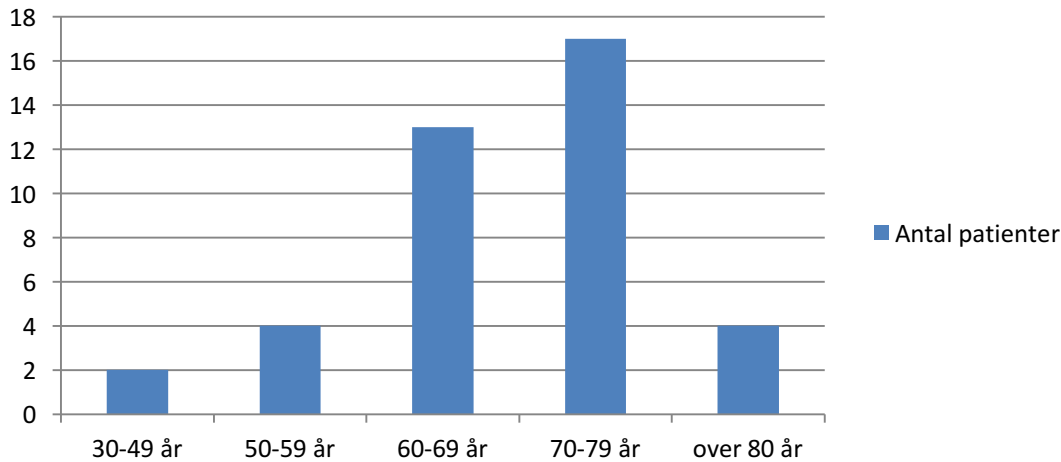
Det var frivilligt for patienterne at deltage i interviewene. Der blev sikret anonymitet i undersøgelsen. Projektet er anmeldt til Datatilsynet og er ikke anmeldelsespligtig til Videnskabsetisk Komite.

Resultater

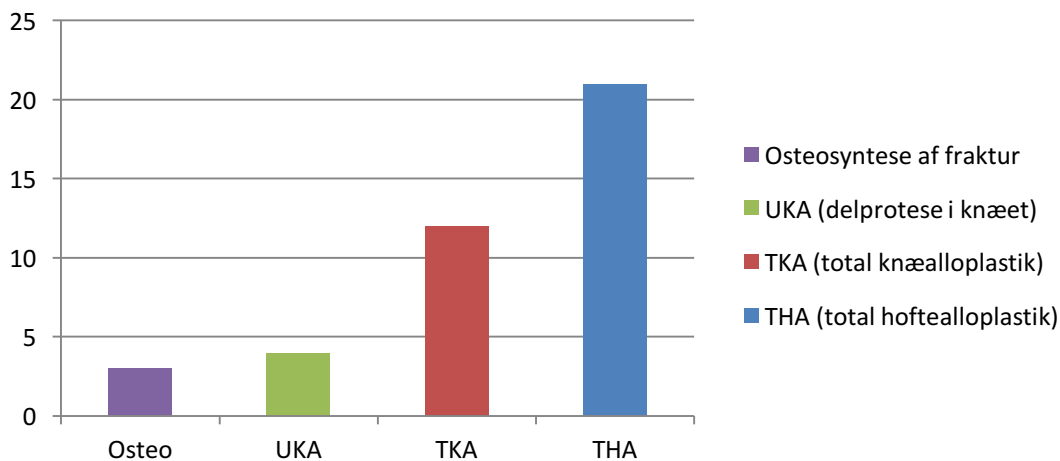
Patientkarakteristika

Patientkarakteristika kan ses i Figur 1 og 2. Her ses, at 17 ud af de 40 patienter, der blev interviewet, var mellem 70 og 79 år. Der er forskel i antallet af patienter indenfor de 4 operationstyper: 21 patienter havde fået en total hoftealloplastik (THA), mens 3 havde fået en osteosyntese. Der var 4 frakturpatienter, men 1 af dem fik en THA.

Figur 1. Diagrammet viser antal patienter fordelt på 5 aldersgrupper



Figur 2. Diagrammet viser antal operationer inden for hver af de 4 typer.



2/3 af patienterne havde været i spinalbedøvelse og resten i fuld bedøvelse.

2/3 af patienterne havde komorbiditet - en eller flere uafhængige sygdomme eller tilstande.

16 patienter svarende til 40 % sov alene derhjemme, hvor tallet under indlæggelsen var 10 patienter svarende til 25 %, der sov alene på stuen.

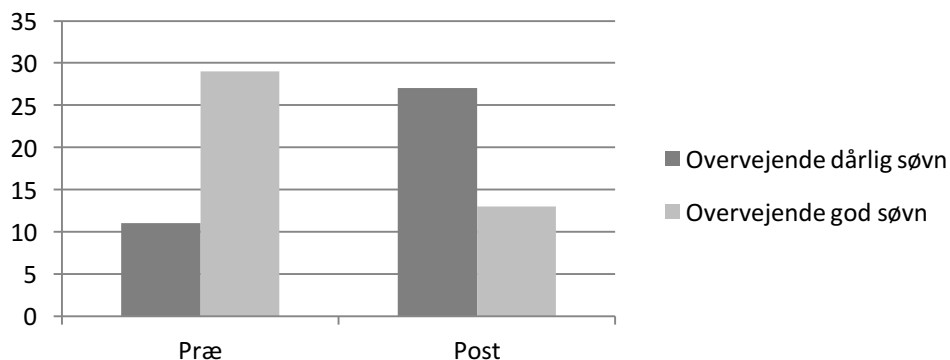
Søvnkvalitet

Patienterne blev bedt om at vurdere deres søvn på en skala fra 0-10, hvor 0 var den dårligste søvn og 10 den bedste søvn. På grund af det begrænsede antal deltagere i interviewene, har vi valgt at samle svarene i to grupper:

1. overvejende dårlig søvn (svarene fra 0-5)
2. overvejende god søvn (svarende fra 6-10).

Hvordan patienterne har vurderet deres søvnkvalitet derhjemme (her benævnt som præ = præoperativt) sammenlignet med søvnkvaliteten den første nat efter operationen (her benævnt som post = postoperativt) kan ses i nedenstående figur:

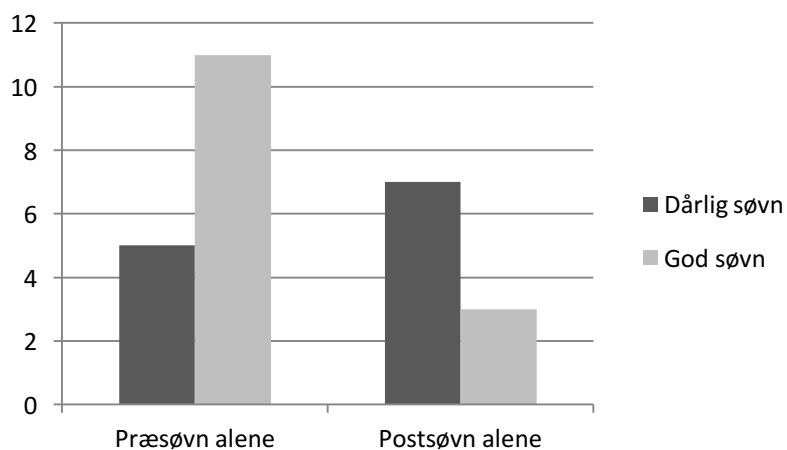
Figur 3. Diagrammet viser antal patienter, der præ- og postoperativt har vurderet deres søvn som værende enten overvejende dårlig eller overvejende god.



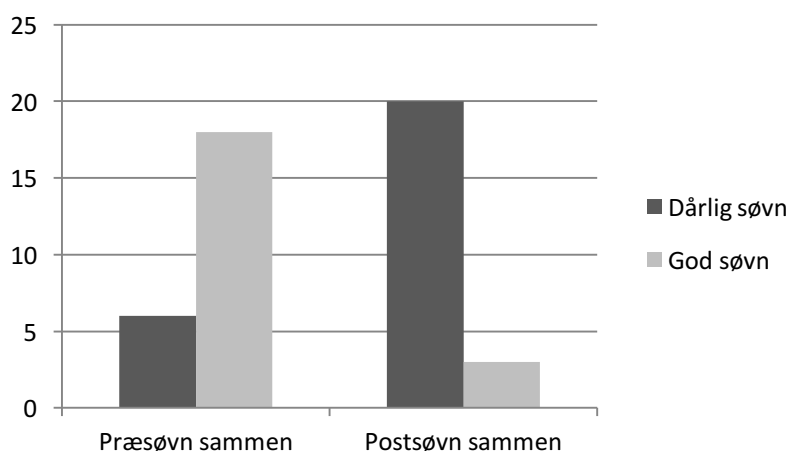
Af de 11 patienter, der præoperativt havde en overvejende dårlig søvn, havde de 7 det også postoperativt. Af de 29 patienter, der præoperativt havde en overvejende god søvn, havde de 20 en overvejende dårlig søvn postoperativt.

Vi har desuden sammenlignet søvnkvaliteten præoperativt (præsøvn) og postoperativt (postsøvn) afhængig af, om de sov alene eller sammen med andre. Resultaterne fremgår af figur 4, 5 og 6:

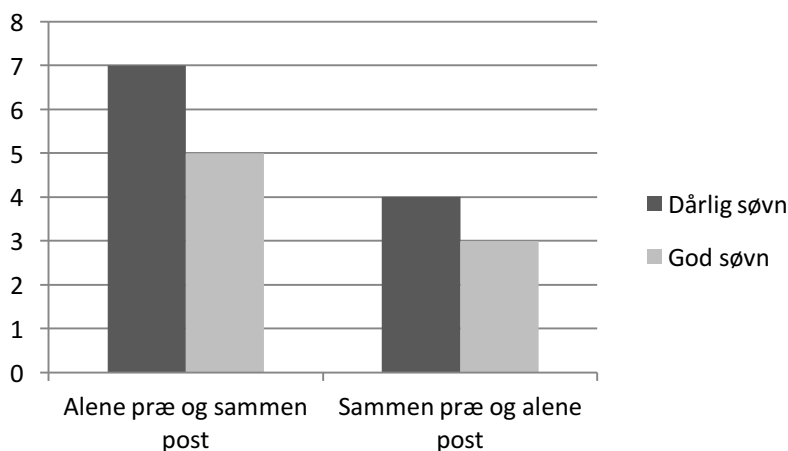
Figur 4. Diagrammet viser den præ- og postoperative søvnkvalitet for patienter, der sov alene præoperativt og for patienter, der sov alene postoperativt



Figur 5. Diagrammet viser den præ- og postoperative søvnkvalitet for patienter, der både præ- og postoperativt sov sammen med anden



Figur 6. Diagrammet viser den postoperative søvn for patienter, der præoperativt sov alene og postoperativt sammen med andre sammenlignet med patienter, der præoperativt sov sammen med en anden og postoperativt sov alene

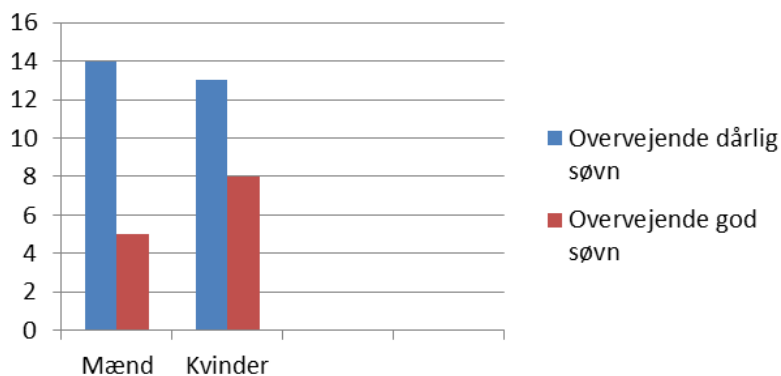


Søvnkvaliteten postoperativt i forhold til operationstype:

- THA (total hoftalloplastik): 62 % havde en overvejende dårlig søvn og 38 % en overvejende god søvn
- TKA (total knæalloplastik): 75 % havde en overvejende dårlig søvn og 25 % en overvejende god søvn
- UKA (unikompartmental knæalloplastik = delprotese i knæet): 100 % (4 patienter) havde en overvejende dårlig søvn
- Osteosyntese: 33 % (1 patient) havde en overvejende dårlig søvn og 66 % (2 patienter) havde en overvejende god søvn

Søvnkvaliteten postoperativt i forhold til køn:

Figur 7. Diagrammet viser søvnkvaliteten i forhold til køn

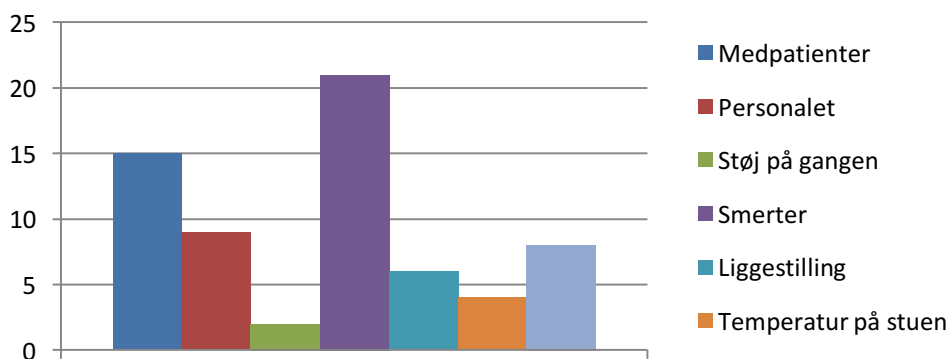


Patienterne blev også spurgt om, hvor mange gange de havde været vågne i løbet af natten:

- 4 (10 %) havde slet ikke været vågne
- 19 (48 %) havde været vågne fra 1-4 gange
- 17 (42 %) havde været vågne mere end 4 gange

Med hensyn til, hvad der havde påvirket deres søvn under indlæggelsen svarede de, som det kan ses i nedenstående figur:

Figur 8. Diagrammet viser, hvad der har påvirket søvnen og hvor mange patienter, det drejede sig om



Af de 15 patienter, hvis søvn var påvirket af medpatienter, var de 7 knæpatienter og 8 hoftepatienter. Af de 21 patienter, hvor søvnen var blevet påvirket af smerter, var de 8 knæpatienter og 13 hoftepatienter. 17 af de 21 pt. havde haft en overvejende dårlig søvn og 4 en overvejende god søvn. 5 ud af de 21 pt. havde foruden smerter også været påvirket af medpatienter. Én patient syntes, at

det havde været kedeligt at være alene, ville gerne have haft medpatienter. Flere nævnte, at de syntes, sengen havde været god at ligge i.

Hvordan havde patienterne det, når de vågnede? 21 (52,5 %) havde det godt eller fint og 14 (35 %) havde smerter, da de vågnede.

Forslag til interventioner

Patienterne skulle komme med forslag til, hvad plejepersonalet kunne gøre, for at de kunne få en bedre nattesøvn under indlæggelsen:

- 18 (45 %) ingen forslag
- 7 (17,5 %) enestue
- 6 (15 %) sovemedicin
- 5 (12,5 %) andet
- 4 (10 %) mere smertestillende

Under "Andet" var det forslag som: ørepropper, hjælp til at komme om på siden at ligge, god stemning til nat, at lyset blev slukket og gardinerne trukket for, bestemte tidspunkter, hvor der skal være ro på stuerne både middag og aften, at patienternes telefon er på lydløs, at alle viser og tager hensyn til hinanden, at lave retningslinjer for det som både siges og står i pjecer, mere frisk luft på stuen. Selv om smerter havde påvirket deres søvn postoperativt, gav flere patienter udtryk for, at personalet gjorde alt, hvad de kunne. En sagde: "Jeg fik det smertestillende, jeg ville have".

Diskussion

I undersøgelsen fandt vi, at søvnkvaliteten ikke var så god postoperativt, sammenlignet med søvnen derhjemme. Vi fik forslag til forbedringer som enestue, medicin, ørepropper, hjælp til lejring, god stemning til nat, frisk luft på stuen, at lyset slukkes og gardinerne trækkes for, bestemte tidspunkter med ro på stuerne, at patienttelefoner er på lydløs, alle viser og tager hensyn til hinanden og nedskrevne retningslinjer.

Vi vil nu diskutere resultaterne ud fra de enkelte punkter i resultatafsnittet og derefter i forhold til metoden.

Diskussion af patientkarakteristika

Der er langt færre frakturpatienter i undersøgelsen, hvilket er en tilfældighed, da der er trukket lod blandt alle mulige patienter på dage, hvor interview kunne finde sted. Vi kunne have valgt helt at udelade dem af undersøgelsen og kun inkluderede hofte- og knæalloplastikpatienter.

Diskussion af søvnkvalitet

At flere af patienterne havde en overvejende dårlig søvn den første nat efter operationen i forhold til vanlig søvn derhjemme, kan der være mange forskellige årsager til. Nogle af patienterne havde svært ved at sige, hvad det skyldtes. Dette blev undersøgt ved at spørge patienterne, hvad der påvirkede deres søvn. Det var især smerter, der havde påvirket deres søvn. En undersøgelse foretaget i Tyrkiet af 75 ortopædkirurgiske patienters nattesøvn viste ligeledes, at smerter hos 45 % havde påvirket nattesøvnen 2. postoperative nat. Denne og andre undersøgelser viser lignende resultater med smerter og støj, som de væsentligste faktorer til at påvirke nattesøvnen (4). Der var kun 4 patienter, der foreslog mere smertestillende end det, de fik i forvejen. Der var færre patienter, der

vågnede med smerter om morgenen, end der havde fået søvnen påvirket af smerter. Det kunne tyde på, at nogle af dem havde fået smertestillende i løbet af natten. Vi spurgte ikke nærmere ind til de smerter, de havde, da de vågnede. Her kunne vi have brugt en smertescore til at vurdere, hvor kraftige smerter, de havde. Kommentarerne kunne tyde på, at nogle patienter ønskede bevidst at holde igen med smertestillende medicin. Dette til trods for, at de flere gange blev informeret om, hvor vigtigt det var at være godt smertedækket for at kunne bevæge sig, træne og komme hurtigt i gang igen efter operationen.

Noget andet, der havde påvirket søvnen var medpatienter og personale. Det, at både medpatienter og personale virkede forstyrrende for nattesøvnen, er et vilkår, der er svært at ændre på, når patienterne ligger på 4-sengsstuer. Ud fra patienternes kommentarer, kunne personalet i nogle tilfælde have forudset problemerne med en urolig eller støjende medpatient og flyttet denne på forhånd, før det var for sent på natten. Ligeledes var der en, der nævnte, at man kunne bruge ørepropper som rutine. Det handler om at være forudseende og italesætte, hvad der skal til, for at alle på en 4-sengsstue kan få en god søvn. Det var ikke overraskende, at knæpatienterne havde haft en dårligere søvnkvalitet, da de er en gruppe, der har stærkere smerter end de øvrige patienter. Denne undersøgelse viste dog ikke, at det var smerterne, der hos denne gruppe havde påvirket søvnen mest, i ligeså mange tilfælde var det medpatienter.

I seks tilfælde var liggestillingen med til at påvirke søvnen, dette var et lille antal, taget i betragtning, at især hoftepatienterne lå på ryggen den første nat, hvilket kunne være uvant for flere og i øvrigt være svært at ligge i den samme stilling en hel nat.

Vi så på betydningen af at sove alene eller sammen med andre, afhængigt af, hvad man var vant til derhjemme, om det havde betydning for søvnkvaliteten. Tendensen var den samme, flere havde en dårligere søvn postoperativt end hjemme. Her havde det ingen indflydelse, om de sov alene både præ- og postoperativt eller sammen med en anden. Resultaterne viste også, at ud af de patienter, der postoperativt havde fået søvnen påvirket af medpatienter, var der kun halvdelen af dem, der foreslog enestue som en løsning på problemet. Her kan det tænkes, at patienterne så det som et vilkår og accepterede at skulle ligge sammen med andre, det gør man på et sygehus. Det kunne hænge sammen med, at det overvejende var en aldersgruppe, som ikke altid stiller krav, men blot accepterer tingene, som de er.

Diskussion af metode

Vi har anvendt individuelle, strukturerede interview som metode. Hos enkelte af patienterne var det nødvendigt at hjælpe dem med at omsætte deres vurdering af søvnen til et tal. Det kan være problematisk i forhold til resultatet. Vi har forsøgt at skabe og opnå transparens i undersøgelsen ved dels at beskrive metoden grundigt og ved at anvende et struktureret spørgeskema. Et valideret spørgeskema eller et valideret redskab til vurdering af søvnkvaliteten kunne have givet et mere validt resultat.

Vi kan ikke generalisere ud fra undersøgelsen, det er materialet for lille til. Resultaterne giver et billede af disse 40 patienters oplevelser af søvnkvaliteten under indlæggelsen, de faktorer, der har haft indflydelse på søvnen, og der er forslag til interventioner, som personalet i afdelingen kan arbejde videre med.

Konklusion

Det kan konkluderes, at flere patienter havde en dårligere søvn den første nat efter operationen i forhold til søvnen derhjemme og at smerter og medpatienter var det, der påvirkede søvnen mest i de fleste tilfælde.

Patienterne havde forslag til, hvad der kunne medvirke til en bedre søvn: enestue, medicin, ørepropper, hjælp til lejring, god stemning til nat, frisk luft på stuen, at lyset slukkes og gardinerne trækkes for, bestemte tidspunkter med ro på stuerne, at patienttelefoner er på lydløs, alle viser og tager hensyn til hinanden samt nedskrevne retningslinjer.

Taksigelser

Følgende skal have tak for deres medvirken i denne undersøgelse:

Afdelingssygeplejerske Helle Østergaard, som var med til at planlægge undersøgelsen og skrive protokol.

Uddannelseskonsulent og ph.d. Flemming Jakobsen for vejledning under planlægning, skrivning af protokol og udarbejdelse af spørgeguide.

Sygeplejerske Lis Østergaard Mailund for medvirken i interview.

Kvalitetskonsulent og ph.d.studerende Eva Glassou for analyse i Stata samt korrekturlæsning.

Referencer

1. Nationalt projekt om søvn hos ortopædkirurgiske patienter. Projektbeskrivelse. VIDOKS dec. 2014.
2. Fog L, Maheswaran M, Wester D, Bælum D. Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter. Center for Kliniske Retningslinjer – Clearinghouse 2014.
3. Larsen K, Sørensen OG, Hansen TB, Thomsen PB, Søballe K. Accelerated perioperative care and rehabilitation intervention for hip and knee replacement is effective: a randomized clinical trial involving 87 patients with 3 months follow-up. *Acta Orthop.* 2008 Apr;79(2): 149-59.
4. Büyükyılmaz FE, Sendir M, Acaroglu R. Evaluation of night-time pain characteristics and quality of sleep in postoperative Turkish orthopedic patients. *Clinical Nursing Research* 2011 aug; 20(3):326-42.

Spørgeguide til struktureret interview.

Køn: M__ K__

Alder: __ år

Diagnose: _____

Operation: _____

Bedøvelse: spinal__ fuld__

Co-morbiditet: _____

Spørgsmål 1 – 4 handler om din søvn derhjemme:

1. Sover du alene eller sammen med en anden? Alene__ Sammen med anden person__
2. Hvordan er din søvn generelt, vurderet på en skala fra 0 – 10, hvor 0 er det dårligste og 10 er det bedste?
3. Har du nogen vaner eller ritualer før sengetid?
4. Hvad gør du, hvis du ikke kan sove?

De næste spørgsmål (5 – 12) handler om din søvn under indlæggelsen her:

5. Hvordan har du sovet i nat, vurderet på en skala fra 0 – 10, hvor 0 er det dårligste og 10 er det bedste?
6. Hvor længe var du om at falde i søvn?
7. Hvor mange gange har du været vågen i løbet af natten?
8. Hvad har påvirket din søvn i nat? (Søvet alene: Ja Nej)
 - a. Medpatienter
 - b. Personalet
 - c. Støj på gangen
 - d. Lys
 - e. Smerter
 - f. Liggestillingen
 - g. Temperaturen på stuen
 - h. Luften på stuen
 - i. Andet
 - j. Ikke påvirket
9. Hvornår vågnede du i morges? Kl. __
10. Hvordan havde du det?
11. Hvilke forslag har du til, hvad vi kan gøre for at du kunne få en bedre søvn under indlæggelsen?
12. Andet du gerne vil fortælle os om din nattesøvn her?

Søvn, delirium og dokumentation – et kvalitetsudviklingsprojekt

Dorte Dall-Hansen, Udviklings- og kvalitetskoordinator, Dorte.Dall-Hansen@rsyd.dk
Heidi Grejsen, Afdelingssygeplejerske
Bente Trier Kaarup, Oversygeplejerske

Ortopædi, Kolding Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt

Abstract

Baggrund. Delirium er en af de hyppigste komplikationer blandt ældre ortopædkirurgiske patienter. Udvikling af delirium fører til øget indlæggelsestid, dårligere genoptræningsresultat og der er mulig sammenhæng med øget dødelighed. Ortopædkirurgiske patienter, der oplever postoperative søvnforstyrrelser, udvikler i højere grad delirium.

Formål. Afdelingen ønskede derfor at afdække, hvordan eksisterende praksis lever op til eksisterende viden om optimering af patienternes søvnkvalitet samt systematisere den sygeplejefaglige dokumentation af Hindsø- og CAM-score og søvnlængde med henblik på tidlig identifikation og behandling af patienter, der udvikler delir.

Metode. I første del af projektet afdækker eksisterende praksis gennem observationer, fokusgruppeinterview og journalgennemgang. I anden del af projektet følges udviklingen i dokumentation af Hindsøs og CAM-score og søvnlængde med Statistisk Proces Kontrol.

Resultat. Undersøgelsen viser, at patienternes søvn afbrydes af støj og forstyrrelser om natten og i hviletiden, samt at patienternes søvn ikke dokumenteres. Afsnittet har fået systemiseret dokumentation af delirium og søvnlængde.

Konklusion. Det konkluderes, at der er behov for fortsat indsats i forhold til søvnhygiejne, sovemiljø, hviletid og dokumentation.

Baggrund

Dette kapitel beskriver, hvordan et ortogeriatrisk afsnit har arbejdet med at forbedre patienternes søvn, forebygge delirium og forbedre dokumentation af dette i løbet af efteråret 2015 og første del af 2016. Første del af projektet afdækker eksisterende praksis i forhold til at forbedre patienternes søvn og dokumentere patienternes søvn. Anden del af projektet viser, hvordan afsnittet med en konkret indsats får systemiseret dokumentation af delirium og søvnlængde.

Det ortogeriatrisk afsnit har plads til 21 patienter. Patienterne er +65 år og indlagt med lavenergi-frakturer eller skrøbelighedsbrud. Afsnittet arbejder ud fra en interprofessionel tankegang og i et team bestående af ortopædkirurger, geriatere, plejepersonale, fysio- og ergoterapeuter og en diætist.

Delirium blandt ortogeriatriske patienter

Delirium er en tilstand karakteriseret ved akut indsættelse af fluktuation i den mentale tilstand. Kendetegn på delirium er nedsat evne til at fastholde opmærksomheden, forstyrret tankegang og ændret bevidsthedsniveau. Tilstanden har altid en medicinsk, fysisk og/eller psykosocial årsag. Delirium kan være første symptom på akut sygdom (1)

Delirium er en af de hyppigste komplikationer blandt ældre ortopædkirurgiske patienter (2,3). Det vurderes, at 10-40 % ældre hospitaliserede patienter indlægges med eller udvikler delirium under indlæggelsen (1). Blandt ortopædkirurgiske patienter har undersøgelser vist, at mellem 23 og 30 % og helt op til 62 % af patienterne havde eller fik delirium i forbindelse med indlæggelsen (2-5) Især akut indlagte patienter udvikler delirium (4,6).

Udvikling af delirium fører til øget indlæggelsestid, dårligere genoptræningsresultat (3,5,7) og der er en mulig sammenhæng med øget dødelighed (3,7). Sandsynligheden for at patienten udskrives til plejehjem er større, hvis patienten udvikler delirium under indlæggelsen (7)

Patienter med nedsatte kognitive evner, høj alder, nedsat funktionsniveau, øget komorbiditet, nedsat syn og hørelse er i risiko for udvikling af delirium (1).

De udløsende årsager til delirium kan inddeles i tre grupper: somatiske, medicinske og psykosociale (1). Se Figur 1.

Figur 1. *Oversigt over udløsende årsager til delirium. Anvendes til interprofessionel systematisk gennemgang af alle patienter mhp. at forebygge udvikling af delirium (1)*

Somatiske	Medicinske
Infektion (UVI og pneumoni)	Medikamenter (opioider, benzodiazepiner)
Smerter	Præparater med anticholinerg effekt
Søvnmangel	Polyfarmaci
Dehydrering	
Urinretention	
Ernæringsdeficit	
Obstipation	Psykosociale
Hypoxi	Nye omgivelser,
Elektrolytbalance	Nedsat syn og hørelse
Hurtig indsættende sygdom	

Forebyggelse af delirium er en interprofessionel indsats, hvor både ortopædkirurg, geriatricer, terapeut, diætist og sygeplejerske har en rolle. Forebyggelse af infektioner, obstipation og dehydrering og smerter samt optimering af søvn og ernæring er sygeplejeopgaver (8,9), så forebyggelse af delirium er et sygeplejefagligt indsatsområde.

Ortopædkirurgiske patienter, der oplever postoperative søvnforstyrrelser, udvikler i højere grad delirium (10) og de patienter, der udvikler delirium, oplever dårligere søvnkvalitet end de, der ikke udvikler delirium (6).

Ortogeriatrisk afsnit

Den landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP) 2015 viser, at 74 % af patienterne i ortopædkirurgisk afdeling er meget tilfredse eller tilfredse med ro til hvile og søvn, mens kun 57 % af patienterne i Ortogeriatrisk afsnit er tilfredse eller meget tilfredse (11).

Siden indførelsen af referenceprogrammet for hoftebrud i 1999 har afdelingen anvendt Hindsøscore til at vurdere patienternes kognitive funktion. Patienten stilles ni spørgsmål om dagligdags emner og for hvert korrekt svar, gives et point. En samlet score ≤ 6 tyder på nedsat kognitiv funktion (12).

Patienter med Hindsø ≤ 6 eller patienter, der er vurderet kognitivt svage, scores med Confusion Assessment Method (CAM) (1). Med udgangspunkt i fire diagnostiske kriterier stilles diagnosen delirium (13).

Formål

Ortogeriatriske patienter er i risiko for at udvikle delirium og der er fundet en sammenhæng mellem patienternes søvn og udviklingen af delirium. Afdelingens LUP-resultater viser, at vores patienter ikke oplever, at der er tilstrækkelig ro til at få søvn og hvile (11). Center for Kliniske Retningslinjer har udarbejdet to retningslinjer: ”Klinisk retningslinje om delirium” og ”Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter” (1,14), der opsummerer den eksisterende viden indenfor området.

Afdelingen startede derfor et udviklingsprojekt. Projektet blev planlagt i to tempi. Formålet med første del var at afdække, hvordan eksisterende praksis lever op til eksisterende viden om optimering af patienternes søvnkvalitet. Formålet med anden del var at systematisere den sygeplejefaglige dokumentation af Hindsø- og CAM-score og søvnlængde med henblik på tidlig identifikation og behandling af de patienter, der udvikler delir.

Metode

Afsnittets eksisterende praksis i forhold til optimering af patienternes søvnkvalitet

Afdelingen aftalte med tre studerende fra University College Lillebælt, at afdækning af eksisterende praksis indgik i deres bachelorprojekt (15,16). De valgte at beskrive praksis gennem observationer, fokusgruppeinterview og en journalgennemgang. Data blev indsamlet i september og oktober 2015.

Skyggemetoden blev anvendt som observationsmetode (17). Tre sygeplejersker i henholdsvis dag-, aften- og nattevagt blev ”skygget” af de studerende. Der var udarbejdet et skema til noter omkring selve hændelsen, personalets reaktion og deres egne overvejelser. Observationerne blev analyseret og systematiseret i fire temaer: sovemiljø, søvnhygiejne, hviletid og dokumentation.

Derefter gennemførtes et fokusgruppeinterview med de tre sygeplejersker med udgangspunkt i de fire temaer.

På en tilfældig valgt dag blev journaler på de patienter, der var indlagt i afsnittet, gennemgået med fokus på dokumentation af søvn (18). Kravene til sygeplejefaglig dokumentation, beskrevet i Sundhedsstyrelsen vejledning for sygeplejefaglige optegnelser (9), dannede baggrund for journalgennemgangen. Fundene blev noteret på et auditskema (18).

Dokumentation af Hindsø, CAM og søvn

For at systematisere og lette dokumentation blev der udarbejdet en tekst til den elektroniske journal, kaldet en frasetekst. Indholdet i teksten fremgår af Figur 2. Resultat af CAM og antal timers søvn udfyldes i hver vagt, mens fokusjagt, forebyggende tiltag, grad af delirium og iværksat behandling udfyldes, når det er relevant.

Figur 2. Fortrykt tekst til journalen, hvor CAM og søvn dokumenteres systematisk

Udfyldes hver vagt	
Resultat CAM:	
Antal timers søvn:	
Udfyldes når relevant	
Fokusjagt:	
Forebyggende tiltag:	
Grad af delirium:	
Iværksat behandling:	

Hindsøsore og Fraseteksten indsættes under det sygeplejefaglige problemområde ”psykosocialt”.

Dokumentationen af Hindsø, CAM og søvn blev fulgt ved brug af Statisk Proces Kontrol (SPC) (19). Processen blev delt op i to perioder i løbet forår og sommer 2016: en implementeringsfase fra uge 8 til uge 19 (inkl.) og en efter implementering fra uge 20 til uge 34 (inkl.).

Data blev indsamlet 1 gang om ugen med en stikprøve på 10 patienter. Data blev præsenteret med SPC-diagrammer. Opdelingen mellem de to perioder blev markeret med et break. (Et break deler processen og der udregnes en ny median). Medianen i de to processer i implementeringsfasen og efter implementering blev sammenlignet for at afgøre, om der var forskel på de to processer(20). Der blev udarbejdet fire SPC-diagrammer Et SPC-diagram (runchart) over andelen af patienter, hvor Hindsø var scoret og tre diagrammer for henholdsvis dag, aften og nattevagt, hvor CAM var scoret og hvor søvnlængden var registreret.

Data blev præsenteret for personalet på et ugentligt tavlemøde. På hvert tavlemøde blev besluttet hvilke tiltag, der skulle iværksættes for at optimere dokumentationen (21).

Etiske overvejelser

Der er indhentet tilladelse fra afdelingssygeplejersken til at gennemføre projektet og skriftligt informeret samtykke fra implicerede sygeplejersker. Der er gennemgået journaler på patienter, hvor de studerende havde behandlingsansvar den pågældende dag. Alle data er anonymiseret.

Resultater

Eksisterende praksis

Søvnhygiejne

Søvnhygiejne er en række gode råd om søvn. Det kan defineres som: ”Tiltag eller interventioner designet til at stimulere en bedre søvn” (14) og omfatter sovemiljø, adfærd før sovetid, tydelige natritualer, basale behov klares inden sengetid og opretholde vanlig aktivitet og døgnrytme (22)

Observationerne viste, at flere ritualer udføres samtidigt uden inddragelse af patienten. En effektiv arbejdsgang var styrende for sygeplejerskernes omsorg i forbindelse med klargøring til natten. Af interviewene fremgår, at inddragelsen af patienterne afhænger af, hvor autoritetstro patienten er. Sygeplejersken søger at inddrage patienten ved at spørge ind til lejring og andre behov.

Sovemiljø

Nightingale beskrev betydningen af et godt sovmiljø, som afhænger af frisk luft før sengetid og unødigt støj (23). Henderson uddybede senere dette med at lugte, lyde og synsindtryk bør fjernes (8).

Observationerne viste mange eksempler på støj og forstyrrelser i løbet af natten. Det drejer sig om:

- Modtagelse af patient på flersengsstue kl 2.00: lys, skift af tøj, værdimåling og lægesamtale
- Forstyrrelser på gangen og på stuerne fra kaldesystemet i afdelingen, alarm på anden afdeling, rulleborde og kørende udstyr.
- Der er støj fra eget personale og fra personale fra andre afdelinger, der går talende gennem afdelingen
- Lys fra gangen kommer på stuen, da døren står på klem.

Interviewene viste, at sygeplejerskerne var opmærksomme på sovmiljøet, men ikke altid prioriterer dette:

- Der tilbydes at lufte ud og finde rette belysning for natten
- Vilkaerene er ikke gode, blandt andet få enestuer.
- Sygeplejerskerne lader til at acceptere forstyrrelser, som del af sovmiljøet. En sygeplejerske udtaler: *"Det er ikke vigtigt, at patienten ikke kan sove, det er mere vigtigt, at der er en stue klar til den patient, der ikke kan være på en flersengs stue"*

Hviletid

En tilstand, hvor den vågne persons aktivitet, fysisk, psykisk er nedsat og hvor personen efterfølgende føler sig frisk og med fornyet fysisk og psykisk energi (24). Hviletiden i afsnittet er mellem 12.30 og 14.30.

Observationerne viste, at støj og forstyrrelser i hviletiden var accepteret i dette tidsrum

- En sygeplejerske seponerer venflon i hviletiden med begrundelsen: *"Mens jeg husker det"*
- Flere faggrupper havde ærinder på stuerne i hviletiden
- Besøg fra pårørende i hviletiden accepteres

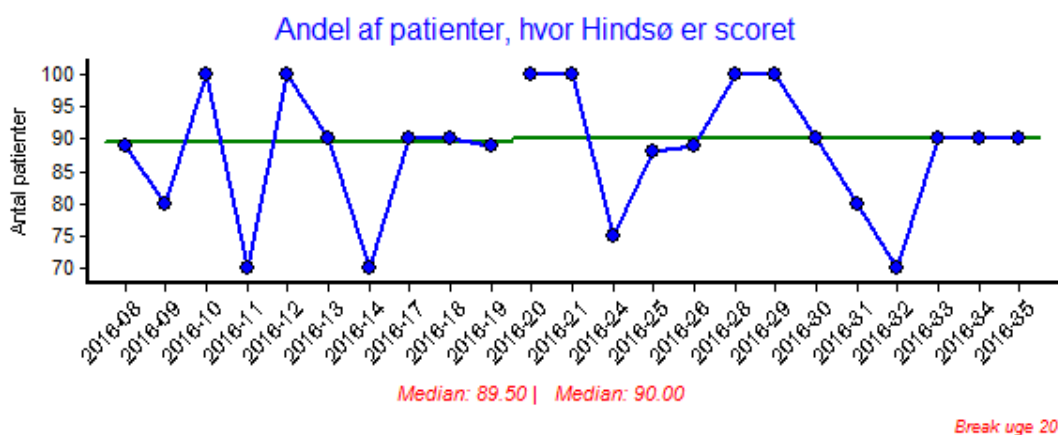
Interviewene viste, at begrebet hvile ikke er klart defineret i afsnittet.

Dokumentation Hindsø, CAM og søvnlængde

De studerende fandt, at dokumentationen af søvn var ustruktureret og i en fortællende retrospektiv form. Det var ikke muligt at danne sig et overblik over patienternes søvn og hvile eller kvaliteten heraf. Der kunne ikke identificeres sygeplejehandlinger rettet mod forbedring af patientens situation (18).

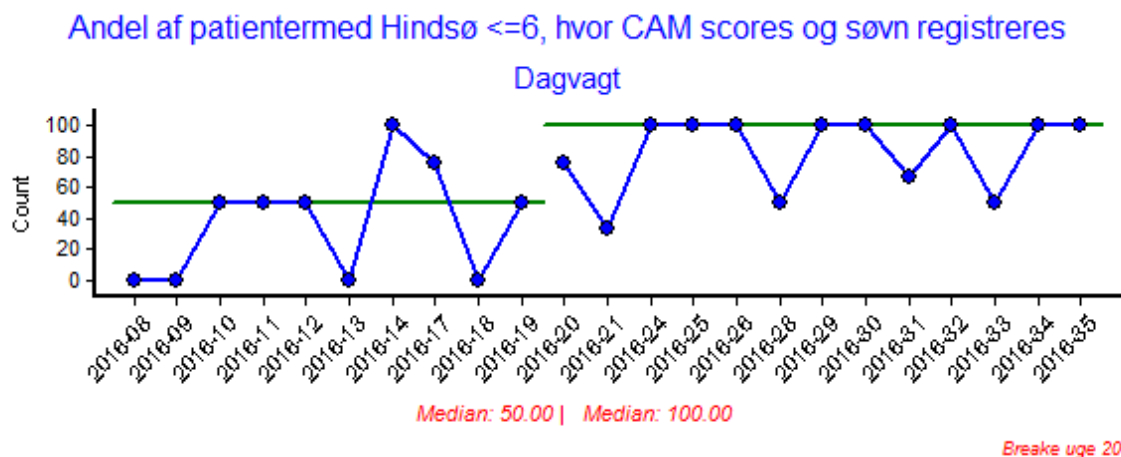
Figur 3 viser, hvordan Hindsø blev dokumenteret fra implementering af den nye "frasetekst" i uge 8. 70 til 100 % af patienternes screenes og der ses ingen markant ændring efter indkøringsperioden, hvilket hænger samme med, at det er en kendt praksis.

Figur 3. Andel af patienter, hvor Hindsø er scoret. Stikprøve på 10 patienter i perioden 22. januar 2016 til 2.9.2016. Breake efter 17. maj målepunkt 10



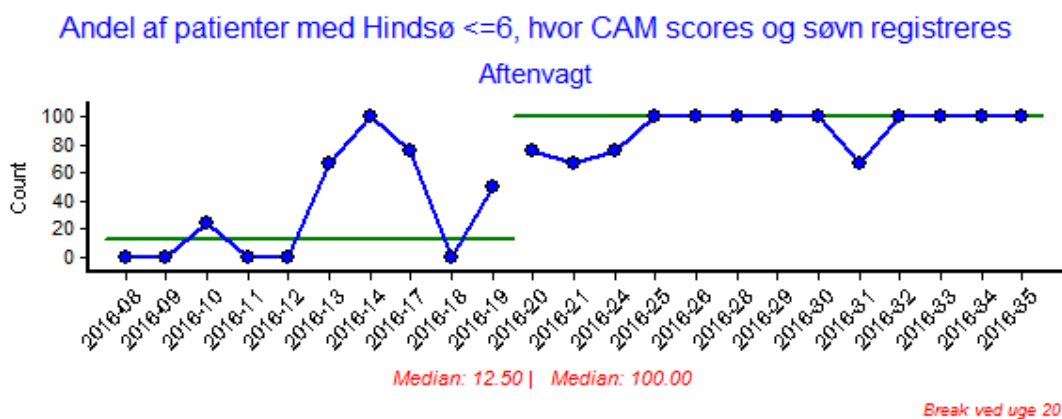
Figurerne 4, 5 og 6 viser dokumentationen af CAM og søvnlængde på de patienter, der har en Hindsø ≤ 6 . Kognitivt svækkede patienter inkluderes også. Det drejer sig om patienter, hvor personalet klinisk vurderer, at de har risiko for at udvikle delirium.

Figur 4. Andel af patienter med Hindsø ≤ 6 og CAM og søvn er registreret i dagvagten. Stikprøve på 10 patienter i perioden 22. januar 2016 til 2.9.2016. Breake efter 17. maj målepunkt 10

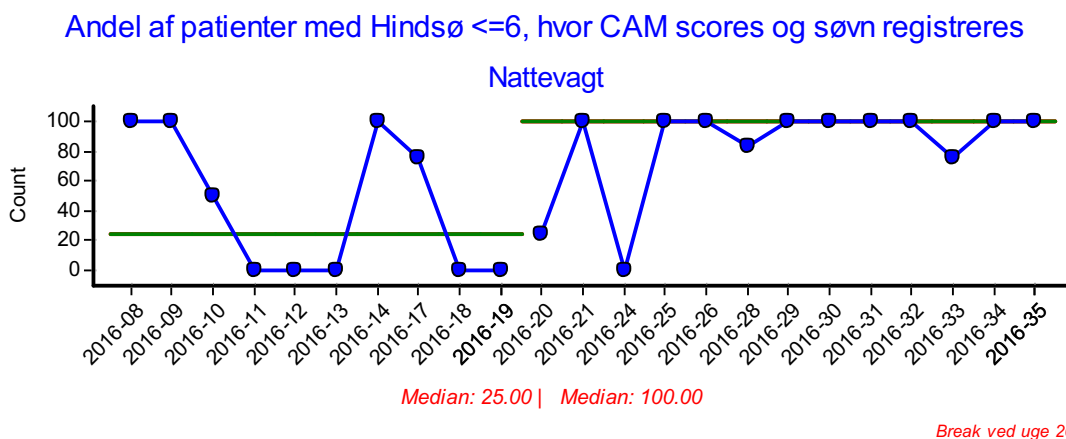


En gennemgang af dokumentationen viste, at fraseteksten betød, at enten både CAM-score og søvnlængde var dokumenteret i vagten eller ingen af delene var dokumenteret. Figurerne 4, 5, og 6 viser udviklingen i andelen af patienter, hvor CAM scores og søvn registreres. Der er en signifikant ændring fra implementeringsperioden til perioden efter implementering. Især i aften- og nattevagten er der sket en markant udvikling.

Figur 5. Andel af patienter, hvor Hindsø ≤ 6 og CAM og søvn er registreret i aftenvagten. Stikprøve på 10 patienter i perioden 22. januar 2016 til 2.9.2016. Breake efter 17. maj målepunkt 10



Figur 6. Andel af patienter, hvor Hindsø ≤ 6 og CAM og søvn er registreret i nattevagten. Stikprøve på 10 patienter i perioden 22. januar 2016 til 2.9.2016. Breake efter 17. maj målepunkt 10



Diskussion

Som fortalt har afdelingen fået hjælp at tre studerende, som har skrevet deres bachelorprojekt i afdelingen. De studerende fortalte om deres projekt og fund på et personalemøde. De er kommet som udenforstående og har kunnet observere den praksis, som personalet kunne være blevet blind for. Deres beskrivelse af de forhold, afdelingen tilbyder patienterne, den adfærd personalet udviser og hvordan personalet prioriterer patienternes mulighed for søvn gav anledning til drøftelser af mulighederne for at ændre på egen adfærd. Det lykkedes ved hjælp af metoderne fra forbedringsmodellen at implementere en bedre dokumentation. De mange forstyrrelser i nattesøvn og hviletid forventes reduceret, når afdelingen i nærmeste fremtid skal flytte i nye lokaliteter med udelukkende enestuer.

Validiteten af undersøgelsen

De studerendes undersøgelse af dagligdagen på ortogeriatrisk afsnit bygger på få observationer og informanter; men deres fund understøttes af forskning blandt andre patientgrupper (25) ligesom den manglende dokumentation af patienternes søvn og søvnkvalitet er fundet på hele sygehuset (26).

I forhold til dataindsamling på dokumentationen af Hindsø, er stikprøver på 10 patienter om ugen valide (18). For dokumentationen af CAM og søvnlængde reduceres stikprøven til andelen af patienter med Hindsø \leq 6. Det betyder, at stikprøvestørrelsen reduceres til 2 til 6 patienter, hvilket er i underkanten. Samtidig er en baselinemåling med 10 målepunkter i underkanten, idet det anbefales at udføre 12 til 20 målinger (18). Trods de statistiske svagheder viser data en så væsentlig ændring af processen, at det sandsynliggør, at der er sket en ændring af praksis.

Den tidstro tilbagemelding til personalet ved tavlemøder om udvikling af dokumentationen viste sig at være en effektiv metode til implementering af den nye frasetekst. Tavlemøderne betød konstant fokus og ikke mindst mulighed for drøftelse af udfordringer og tvivlsspørgsmål. Det er helt i overensstemmelse med erfaringerne fra projekt Patientsikkert Sygehus (27) og lignende projekter i udlandet (28).

Effektivitet, støj og forstyrrelser om natten og hviletiden om dagen

De studerendes fund omkring søvnhygiejne og sovemiljø overraskede plejepersonalet i afsnittet. Betydningen af ro, dæmpet lys og gode soverutiner er kendt viden i sygeplejefaget (22,23). Deres rapportering om, hvor mange forstyrrelser og hvor meget støj der er, gav anledning til eftertanke og kortvarig ændring i adfærden.

At effektivitet præger natterutinerne betyder, at sygeplejersken kan unddrage sig at involvere patienterne. Patienterne kan tolke effektiviteten, som sygeplejersken udviser ”som-om travlhed”. En adfærd, hvor sygeplejersken påtager sig gangart og kropsholdning, der signalerer travlhed og dermed distance til patienten, idet patienten ikke ønsker at være til ulejlighed (29).

På de kommende enestuer bliver patienten kun forstyrret af de forstyrrelser og besøg, der vedrører ham – ikke forstyrrelser på grund af medpatientens adfærd eller sygeplejeopgaver hos medpatienten. Flere studier viser, at både støjniveau og søvnforstyrrelser reduceres og der er større mulighed for stressreduktion med musik og afslapningsøvelser på enestuer fremfor flersengsstuer (30).

Ud over reduktion af støj og forstyrrelser om natten giver enestuerne også mulighed for at tilrette et individuelt sovemiljø og imødekomme søvnhygiejnen. Det individuelle hensyn til søvnhygiejne og sovemiljø har vist sig at have betydning for reduktion i forekomsten og varigheden af delirium. Nonfarmakologiske tiltag til forbedret søvn som varme drikke til natten, afslappende musik og reduktion af støjniveau var en del af en multikomponent intervention. Interventionen omfattede desuden støtte af patientens kognitive funktion i form af en tavle med navne på personalet og synlig plan for dagen, stimulering tre gange dagligt, mobilisering, forbedret syn og hørelse og forebygge dehydrering. Interventionen betød en reduktion i forekomsten af delirium på 9.9% i forhold til kontrolgruppens 15 pct. (31). På samme måde forventes enestuerne at skabe ro i hviletiden. Der kræves måske mere klar respekt om hviletiden. På en australsk ortopædkirurgisk afdeling indførte man begrebet ”Quiet time” i hviletiden. ”Quiet time” dækkede over en ændret adfærd under hviletiden: ingen besøgende, begrænsning af personalets bevægelser og behandlingsaktiviteter, lejring og smertebehandling før hviletid, nedsat belysning på gangarealer og reduceret lyd (lav

ringetone, ingen tale på gangen og ingen TV og radio). Der blev vist en sammenhæng mellem decibelniveau og patienternes søvnkvalitet (32).

Udover ændret adfærd blev "Quiet time" tilrettelagt mellem 14.00 og 15.30 i overensstemmelse med det naturlige fald i døgnrytmen mellem 14 og 16 (32). At planlægge hviletiden ud fra faldet i patienternes døgnrytme, vil betyde en ændring af døgnrytmen. Inden hviletiden start skal madbakkerne sendes retur til køkkenet samtidig med at patienterne skal på toilet og lejres og stuerne sove miljø gøres klar til hviletiden. I løbet af hviletiden udføres en lang række opgaver: ordinationer fra stuegang, træning og forberedelse af udskrivelse. Opgaver, som de studerendes observationer viste udfordrer overholdelse af hviletiden. Ud over at følge patienternes døgnrytme kunne det måske lette personalets arbejdsgange at flytte hviletiden til 14.00. Den australske undersøgelse viste, at plejepersonalet var tilfreds med "Quiet time", mens samarbejdende faggrupper var knap så tilfredse (31), så en ændring i hviletiden kræver et tæt samarbejde med de faggrupper, der har kontakt med patienterne om eftermiddagen.

Dokumentation af sygepleje omkring delirium og søvn

De studerende fandt, at dokumentationen af søvn var ustruktureret. Det er lykkedes at gennemføre en systematisk dokumentation af Hindsø, CAM-score og længden af søvn. Vores data viser ikke, om vi har forbedret dokumentationen i forhold at beskrive sygeplejehandlinger, der retter sig mod forbedring af patientens situation. Sundhedsstyrelsen beskriver kravene til sygeplejefaglig dokumentation og her fremgår, at sygeplejersken skal gøre rede for patientens tilstand, sine overvejelser, den planlagte og udførte pleje og behandling samt resultatet heraf (17). Forskning i søvn viser, at patienternes vaner og ritualer ikke identificeres, Det anbefales at gennemføre en omhyggelig søvnanamnese som grundlag for at tilrettelægge en individuel pleje (25).

Indflytning i nye omgivelser

Efter indflytning i nye omgivelser, hvor patienterne får enestue, kunne der arbejdes med indførelse af "Quiet time" i samarbejde med hele det interprofessionelle team. Samtidig kunne en ændring af tidspunkt for hviletiden afprøves og effekten på patienternes søvn, forekomsten af delirium og personalets tilfredshed evalueres. Samtidig vil en mere systematisk brug af søvnanamnese og non farmakologiske tiltag kunne afprøves.

Som led i patienternes kognitive overblik indføres tavler på stuerne, hvor navn på personale skrives, plan for patienternes behandling og udskrivelse skrives. Samtidig betyder enestuerne, at en større del af stuegangen og dermed planlægningen foregår hos patienten. Alt sammen tiltag der har vist sig at reducere forekomsten af delir (1).

Konklusion

Sygeplejerskerne spiller en stor rolle i forebyggelse af delirium. Der er påvist, at der sammenhæng mellem søvnkvalitet og -længde og delirium. Denne undersøgelse peger på, at der er behov for indsats i forhold til søvnhygiejne, sove miljø, hviletid og dokumentation.

Nogle af problemerne omkring støj og forstyrrelser og sove miljø løses, når afdelingen flytter i nye omgivelser med overvejende enestuer. Afdelingen kan med fordel arbejde på at etablere quiet time i forbindelse med hviletiden. Der er opnået resultater i forhold til at dokumentere Hindsø, CAM og søvnlængde. Afdelingen kan arbejde med forbedre patienternes søvnkvalitet. En systematisk søvnanamnese ved indlæggelsen og dokumenteret planlægning af plejen vil støtte denne indsats.

Referencer

- (1) Klinisk retningslinje om delirium. Center for Kliniske Retningslinjer– Clearinghouse. www.kliniskeretningslinjer.dk. Lokaliseret 5.9.2016, 2016.
- (2) Olofsson B, Lundström M, Borssén B, Nyberg L, Gustafson Y. Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci* 2005; 19:119-27.
- (3) Furlaneto M.E, Garcerz-Leme I.e. Delirium in elderly individuals with hip fracture:causes, incidence, prevalence and risk factor. *Clinics* 2006;61(1):35-40.
- (4) Galanakis P, Bickel H, Gradinger R, Von Gumpfenberg S, Förstl H. Acute confusional state in elderly following hip surgery: incidence, risk factors and complications. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:349-55.
- (5) Marcantonio E.R., Flacker J.M.; Michaels M, Resnick N.M.: Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *J Am Geriatric Soc* 2000; 48: 618-624.
- (6) Bowman A. Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *J Adv Nurs [Internet]*. 1997 [cited 2015 Sep 27]; 26(3):550–64. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-16-00999.x/abstract;jsessionid=959C579B7192CF742ABA3AE7CF43C6CE.f03t04> Lokaliseret 1.9.2016, 2016.
- (7) Dolan MM, Hawkes WG, Zimmermann SI,et al: Delirium on hospital admission in aged hip fracture patients: Prediction of mortality and 2-year functional outcome. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCE* 2000;(8)9:527-534.
- (8) Henderson V. Sygeplejens grundlæggende principper. Kbh.: Dansk Sygeplejeråd: Nyt Nordisk Forlag; 2012.
- (9) Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Sundhedsstyrelsen. VEJ nr. 9019 af 15/01/2013.
- (10) Wang J, Li Z, Yu Y, Li B, Shao G, Wang Q. Risk factors contributing to postoperative delirium in geriatric patients postorthopedic surgery. *Asia-Pac Psychiatry Off J Pac Rim Coll Psychiatr*. 2015; 7(4):375–82.
- (11) Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2015. Akut indlagte patienters oplevelser Ortopædkirurgisk afdeling, Kolding – Sygehus Lillebælt; 2016.09.11.
- (12) Klaringsrapport. Referenceprogram om hoftebrud. Dansk ortopædisk selskab Nr. 11 1999, Dansk Sygeplejeråd, Den Faglige Sammenslutning for ortopædkirurgiske sygeplejersker, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Sundhedsstyrelsen. ISSN: 1398-1560.
- (13)Delirium - screening, identifikation og behandling for Medicinsk og Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus. Infonet Region Syddanmark. <http://inonet.regionsyddanmark.dk/?BookID=70#DokID=511016> Lokaliseret 1.9.2016). 2016.
- (14) Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter. Center for Kliniske Retningslinjer– Clearinghouse. www.kliniskeretningslinjer.dk. Lokaliseret 5.9.2016, 2016.
- (15) University College Lillebælt, Learning by Developing, <http://stud.ucl.dk/sygeplejerskevejle/learning-by-developing/>, Lokaliseret 31-08-2016, 2016.
- (16) Laurea, Making a Difference, <https://www.laurea.fi/dokumentit/Documents/B26.pdf> Lokaliseret 08-06-2016, 2016.
- (17) Skyggemetoden – En guide til at følge og observere patienter og få indblik i forløbet set fra patientens perspektiv. Enheden for Brugerundersøgelser: København, 2012.
- (18) Evers C D, Andersen K.M, Larsen M.G.Søvn og hvile hos ortogeriatriske patienter. Bacheloropgave – LbD-projekt. Vejle: University College Lillebælt. Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle. 2016.
- (19) Anhøj J. Kompendium i Kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber. København: Munksgaard, 2015.
- (20) Lauritsen JM., Packness, A: SPC-Statistisk Proces Styling. Instruktion og håndbog. SPCdiagrammer og analyser med brug af EpiData. RegionSyddanmark: Odense universitetshospital og Center for Kvalitet, 2009.

- (21) Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet. Dansk Selskab for patientsikkerhed: Hvidovre Hospital, 2013.
- (22) Sommer C. Patienter kan lære at sove mere og bedre Fag & Forskning 2016:(2): 34-36.
- (23) Nightingale F. Om sygepasningen, hvad den er og hvad den ikke er. København: Den Gyldendalske boghandling; 1861.
- (24) Aarslew-Jensen B, Suhr L. "Søvn og hvile". I: Suhr LK, Winther B, redaktører. Basisbog i sygepleje - krop og velvære. 2nd ed. Kbh.: Munksgaard Danmark, 2011.
- (25) Sommer C. Patientens søvn er grundlæggende sygepleje Fag & Forskning 2016:(2): 24-27.
- (26) Audit på dokumentation af sygeplejen på Sygehus Lillebælt 2015, <http://intranet.sygehuslillebaelt.dk/wm429763> . Lokaliseret 1.9.2016, 2016.
- (27) Evaluering af Patientsikkert Sygehus. COWI 2014 http://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/11/pss_evaluering_cowi_april2014.pdf Lokaliseret 5.9.2016, 2016.
- (28) Dixon-Woods M., McNicol S., Martin G. Evidence: Overcoming challenges to improving quality. London: Health Foundation. 2012.
- (29) Delmar C. "Sygeplejekulturens indflydelse på omstillingsprocesser". I: Bydam J, Elvi W, Hertz J, Schaerff-Smith B, Zäll E, redaktører. Organisering og ledelse af sygeplejen. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck - Dansk sygeplejeråd; 2003.
- (30) Habib C., Mahmood A., Valente M. The Use of Single Patient Rooms versus Multiple Occupancy Rooms in Acute Care Environments. Vancouver, Canada: Simon Fraser University, 2004.
- (31) Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med. 1999; 340(9):669-76.
- (32) Gardner G, Collins C, Osborne S, Henderson A, Eastwood M. Creating a therapeutic environment: a non-randomised controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care. Int J Nurs Stud. 2009; 46(6):778-86.

Hvordan sover patienter før og efter hofte- eller knæalloplastikoperation?

Susanne Jung Høvsgaard, sygeplejerske, Sundhedsfaglig Diplomuddannelse
Susanne.jung.hoevsgaard@rsyd.dk

Jane Schwartz Leonhardt, sygeplejerske, Master i Klinisk Sygepleje

Lise Holmberg Madsen, sygeplejerske

Ditte Marie Mehl, Sygeplejerske

Ortopædkirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus

Abstract

Baggrund. Forløbet for hofte- og knæalloplastik foregår i Vejle efter fast-trackprincipperne. Indlæggelsestiden er 1-2 dage. Behovsområdet søvn har generelt ikke så stor prioritet i de meget accelererede patientforløb.

Formål. At undersøge hvordan patienter sover før og efter hofte- eller knæalloplastikoperation.

Metode. Præoperativt, under indlæggelsen og 1-7 dage efter operationen udfyldte patienterne spørgeskemaer angående søvn, søvnvaner, søvnproblemer samt årsager til disse.

Resultat. 71 patienter indgik i undersøgelsen. Præoperativt angav 78 %, at deres søvnkvalitet var meget god/rimelig god. Kun 3 % af patienterne fik forstyrret deres søvn under indlæggelsen på grund af uro fra medpatienter og personale. Patienternes søvnkvalitet var NRS 5-8 den første uge efter operation. Patienterne angav smerter, toiletbesøg, søvn i løbet af dagen samt lejringsproblemer som årsag til søvnforstyrrelser. Undersøgelsen viste, at der er behov for sygeplejefaglige interventioner i form af øget opmærksomhed på information og vejledning omkring smertebehandling, hyppige natlige toiletbesøg og lejrning af det opererede ben.

Konklusion. Undersøgelsen giver en baseline beskrivelse af hofte- og knæpatienters søvn før og efter operationen og peger på områder, hvor der er behov for yderligere undersøgelser.

Baggrund

Søvn er et af menneskets basale behov og har stor betydning for helbredelse, kroppens restitution samt følelse af velvære (1-6). Mange faktorer har indvirkning på søvnen og patienter, der gennemgår operation er særligt udsat for søvnbesvær (7-10). En tyrkisk undersøgelse omhandlende patienters søvnkvalitet og faktorer, der influerer på denne, konkluderer, at patienter ikke kan få den nødvendige ro på hospitalet og at sygeplejersken må have fokus på gode betingelser for søvn (11).

Forløbet for patienter indlagt til hofte- og knæalloplastik foregår på Vejle Sygehus efter fast-trackprincipperne. Indlæggelsestiden er meget kort oftest 1-2 dage. En af sygeplejerskens opgaver er at være opmærksom på patienters søvnproblemer og tilrettelægge en pleje, der prioriterer og skaber de bedste betingelser for den normale søvn og hvile. Sygeplejersker, i sengeafdelingen, oplever, at søvnbehovsområdet generelt ikke har så stor prioritet i de meget accelererede patientforløb. Og hvis patientens søvnkvalitet dokumenteres i journalen, er det oftest sygeplejerskens oplevelse af, hvordan patienten har sovet.

Det er vigtigt at skabe gode rammer for søvn under indlæggelsen, men grundet den korte indlæggelsestid er det mindst lige så vigtigt at kunne vejlede og støtte patienterne til at kunne få en god søvn efter udskrivelsen. Vi har derfor valgt at udføre en undersøgelse af, hvordan patienterne sover før, under og efter indlæggelsen med henblik på at få et afsæt for eventuelle fremtidige sygeplejefaglige interventioner i forhold til søvn.

Formål

At undersøge hvordan patienter sover før og efter hofte- eller knæalloplastikoperation.

Metode

Undersøgelsen var en spørgeskemaundersøgelse. Patienter indlagt til hofte- og knæalloplastik blev konsekutivt inkluderet i perioden 01.02.2016 - 11.05.2016 på Ortopædkirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus.

Inklusionskriterier

Patienter, der blev opereret med indsættelse af primær unilateral hoftealloplastik (THA) eller primær unilateral knæalloplastik (TKA)

Eksklusionskriterier

Patienter under 18 år.

Patienter, der ikke deltog i informationsmødet før operation

Patienter, der ikke kunne tale og forstå dansk

Patienter, der ikke udfyldte begge spørgeskemaer

Dataindsamling

Et præoperativt spørgeskema blev anvendt for at afdække patientens vanlige søvnmønster og søvnkvalitet den sidste måned før operationen. Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om sengetid, søvnlængde, søvnkvalitet og årsager til problemer med at sove. Svarene blev angivet enten numerisk eller på en likertskala. Desuden var der mulighed for at skrive kommentarer. Under indlæggelsen angav patienterne, om de havde ligget på en- eller flersengsstue, om de havde oplevet ro i afdelingen under middagshvilet og om natten samt eventuelle årsager til forstyrret søvn.

Søvnlog blev anvendt de første 7 dage efter operationen omhandlende: søvnkvalitet målt ved NRS (0-10), årsag til søvnforstyrrelse, smerter målt ved NRS (0-10), anvendelse af sovemedicin, registrering af smertestillende medicin, energiniveau målt ved NRS (0-10) samt registrering af søvn i løbet af dagen. Endvidere blev der indsamlet data fra journaler: alder, køn, BMI, ASA samt steroidindgift under operation.

Patienter med planlagt operation med total hoftealloplastik (THA) eller total knæalloplastik (TKA) blev inkluderet i forbindelse med informationsmøde ugen før operationen. De etiske retningslinjer fra Videnskabs Etisk Komité blev fulgt. Forskningssygeplejersken gav mundtlig og skriftlig information om undersøgelsens formål og forløb. Patienterne udfyldte informeret samtykke, hvis de ønskede at deltage i projektet.

Patienterne fik det præoperative spørgeskema med hjem til udfyldelse og returnerede det ved indlæggelsen. Patienterne fik udleveret søvndagbogen under indlæggelsen og returnerede den efter 7 dage.

Databearbejdning: Data blev indtastet i Statistical Package for Social Sciences 17.0 (SPSS) og der blev anvendt beskrivende statistik. Resultaterne for søvn, smerter, energi og indlæggelsestid er præsenteret som median og IQR (Interquartile range), da data ikke var normalfordelte.

Resultater

Der blev udleveret 109 skemaer (63 THA patienter og 46 TKA patienter). I alt 71 (65 %) patienter (43 THA patienter og 28 TKA patienter) udfyldte begge spørgeskemaer og indgik i projektet.

Resultater for demografiske data

I Tabel 1 ses karakteristika for patienterne i projektet.

Tabel 1. Karakteristika for patienterne i projektet

Alder, mean år (range)	67 (40-81)
Køn	
Mænd, n (%)	26 (37)
Kvinder, n (%)	45 (63)
Operationstype	
THA, n (%)	43 (61)
TKA, n (%)	28 (39)
Indlæggelsestid	
THA, median (IQR)*	1 (1-1)
TKA, median (IQR)*	2 (1-2)
BMI, mean (range)	27 (18-39)
ASA	
1, n (%)	9 (13)
2, n (%)	42 (62)
3, n (%)	16 (24)
4, n (%)	1 (1)
Søvnapnoe, n (%)	4 (6)
Steoridindgift peroperativt, n (%)	66 (93)

* IQR= Interquartile range

Som det ses af Tabel 1 indgik der flere kvinder end mænd i undersøgelsen og flere THA patienter end TKA patienter. Knæpatienternes indlæggelsestid (median) var længere end hoftepatienternes.

Resultater for søvn før operationen

De fleste patienter (74 %) gik i seng kl. 22 til 23.30. Det tog i gennemsnit 22 minutter (2 -90) at falde i søvn. De fleste (87 %) stod op kl. 6 -8 om morgenen. Patienterne sov i gennemsnit 6 timer og 53 minutter (2 timer 30 minutter - 9 timer 25 minutter). 70 % af patienterne sov i samme rum som andre. 78 % af patienterne vurderede, at deres søvnkvalitet var meget god/rimelig god, medens 22 % vurderede, at den var rimelig dårlig/meget dårlig. 21 % tog sovemedicin mindst en eller to gange om ugen, heraf 10 % dagligt. Patienterne blev spurgt om, hvor ofte de havde haft problemer med at sove af forskellige årsager. Svarene kan ses i Tabel 2.

Tabel 2. Årsager til søvnproblemer og hyppighed af disse

Årsager til søvnproblemer/ hyppighed	Sjældent *	Ofte**	Dagligt***
Har svært ved at falde i søvn	61 %	39 %	14 %
Vågner om natten eller tidlig morgen	24 %	76 %	55 %
Sover i løbet af dagen	52 %	48 %	20 %
Toiletbesøg	34 %	66 %	44 %
Hosten eller snorken	73 %	27 %	11 %
Kulde	94 %	6 %	0 %
Varme	83 %	17 %	6 %
Smerter	25 %	75 %	51 %
Bekymring for fremtiden	86 %	14 %	4 %

*Ikke den sidste måned/mindre end en gang om ugen

**En til flere gange om ugen/dagligt

*** dagligt er en delmængde af ofte

Ca. 1/5 af patienterne vurderede, at deres søvnkvalitet var rimelig dårlig eller meget dårlig. Dette skyldtes hovedsageligt, at de vågnede om natten eller tidligt om morgenen, smerter og toiletbesøg. Af øvrige årsager til ikke at kunne sove, angav patienterne: Smerter andre steder i kroppen end hofte/knæ, der skulle opereres, psykiske spekulationer mv.

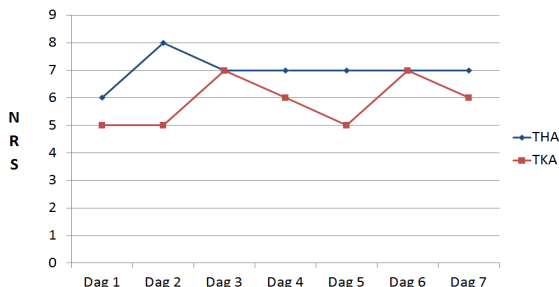
Resultater fra indlæggelsen

3 % lå på enestue, 30 % lå på tosengsstue og 67 % lå på tresengsstue. Langt de fleste patienter oplevede, at der var ro i afdelingen kl. 12-14 (89 %) og kl. 23-06 (88 %). De patienter, der blev forstyrret, angav følgende årsager: uro fra medpatienter i form af snorken og toiletbesøg, kørsel til røntgen, høje kliklyde fra dør til medicinrummet, tale fra personalet, varme og lejringsproblemer.

Resultater dag 1-7

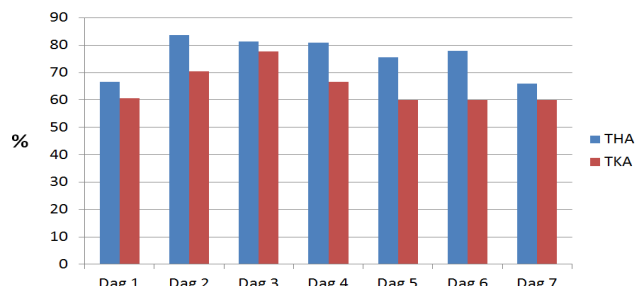
Figur 1

Søvn THA og TKA (median)



Figur 2

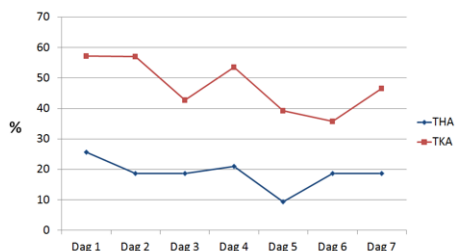
Har sovet i løbet af dagen THA og TKA



Undersøgelsen viste, at THA- og TKA patienterne scorede deres søvnkvalitet til NRS 5-8 de første 7 dage efter operationen. Det kunne se ud til, at søvnkvaliteten bedredes en smule fra dag 1 til dag 7. THA patienterne sov en anelse bedre end TKA patienterne (Figur 1). 60-84 % af patienterne sov i løbet af dagen. Det ser ud til, at flere procent af THA patienter end TKA patienter sov om dagen (Figur 2).

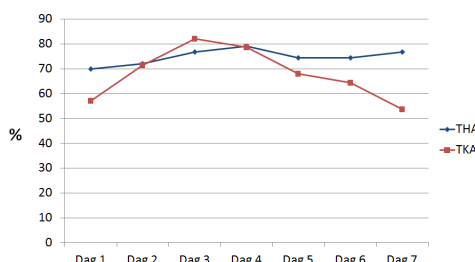
Figur 3

Årsag forstyrret søvn – Smerter THA og TKA



Figur 4

Årsag forstyrret søvn – Toiletbesøg THA og TKA



Figur 5. Årsager til forstyrret søvn. THA og TKA

THA	TKA
Uro i benene	Uro i kroppen
Sovet til middag	Sovet for meget om dagen
Haft det varmt	Ømhed og hævelse
Lyde(snorken og hoste)	Tørstig
Lejringsproblemer/sovestillinger	Lejringsproblemer/sovestillinger

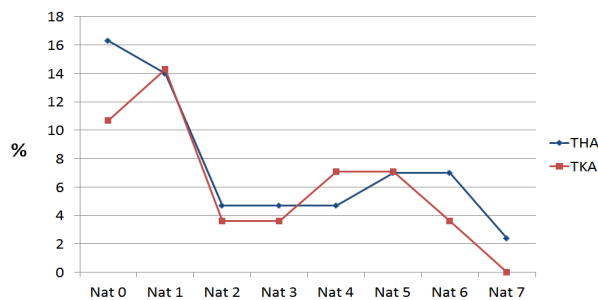
Årsag til søvnforstyrrelser

I Figur 3 ses, at 9-26 % af THA og 36 - 57 % af TKA patienterne angav smerter som årsag til forstyrret søvn. Det ser ud til, at TKA patienternes søvn blev mere forstyrret af smerter end THA patienternes.

Figur 4 viser, at 54-82 % af THA- og TKA patienterne angav toiletbesøg som årsag til forstyrret søvn. 2-18 % af THA- og TKA patienterne angav andre årsager til forstyrret søvn. Disse årsager var uro, sovet i løbet af dagen, lejringsproblemer, tørst, varme og hævelse (Figur 5).

Figur 6

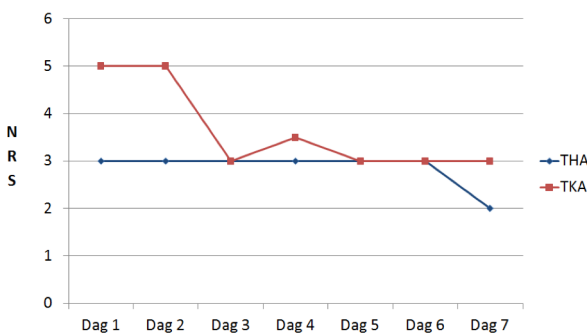
Anvendelse af sovemedicin
THA og TKA



Efter operationen tog 10-16 % sovemedicin de 2 første postoperative nætter. Efterfølgende tog 0-7 % sovemedicin nat 2-7.

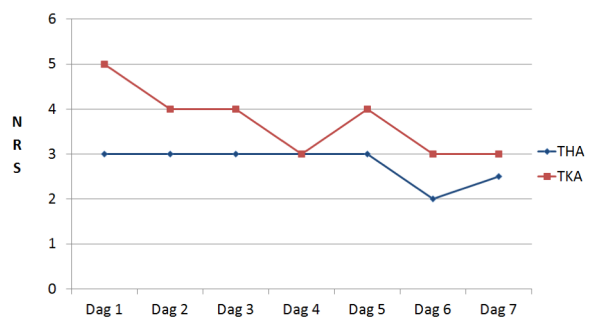
Figur 7

Smerter om morgenen THA og TKA
(Median)



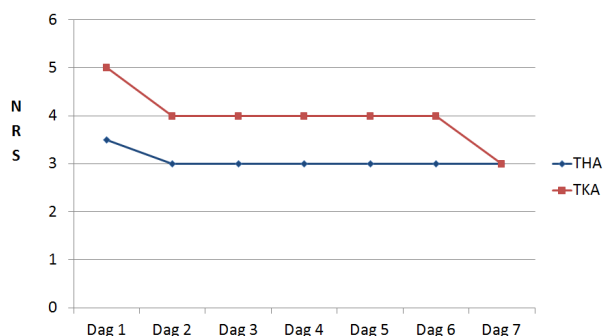
Figur 8

Smerter ved sengetid THA og TKA
(Median)



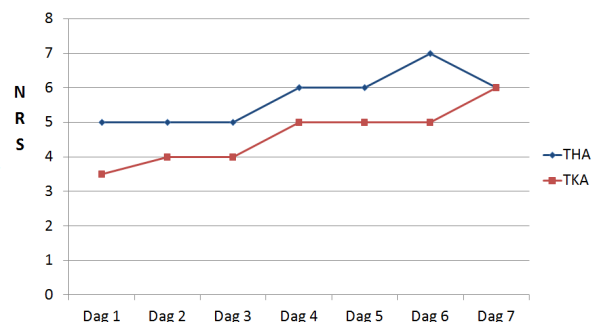
Figur 9

Smerter i gennemsnit seneste døgn
THA og TKA (Median)



Figur 10

Energi i løbet af dagen THA og TKA
(Median)



Patienterne angav deres smerter om morgenen, om aftenen og i gennemsnit i løbet af dagen (Figur 7,8 og 9). Der ses en tendens til, at TKA patienterne havde lidt flere smerter end THA patienterne i hele perioden. Energiniveauet for både THA- og TKA patienter var relativt lavt den første uge efter operationen. De laveste scorer ses de første postoperative dage, herefter ses en tendens til en let stigning hen mod 7. dagen.

Diskussion

En stor del af patienterne (76 %) vurderede, at deres søvnkvalitet var meget god/rimelig god før operationen. De hyppigste årsager til problemer med at sove var, at patienterne vågnede om natten eller tidlig morgen, smerter, toiletbesøg og søvn i løbet af dagen.

På trods af at 97 % af patienterne lå på to- eller tresengs stuer under indlæggelsen, oplevede de ingen særlig uro under middagshvilet og om natten. Måske er en del af forklaringen på dette, at 70 % af patienterne var vant til at sove i samme rum som andre hjemme. Få patienter angav lyde fra medpatienter og personale som årsager til søvnforstyrrelser. Det er svært helt at undgå uro fra medpatienter, men personalet bør have opmærksomhed på at snak og skramlen med inventar kan opleves mere generende om natten.

Efter operationen var søvnkvaliteten middel/lidt over middel. Årsagerne til forstyrret søvn var fortrinsvis toiletbesøg, smerter og andet.

Før operationen fik 44 % af patienterne dagligt forstyrret deres nattesøvn på grund af toiletbesøg. Efter operationen var det 54-82 %. Et andet studie har ligeledes fundet, at søvnen forstyrres hyppigere af toiletbesøg efter operationen (12). Det er vigtigt, at patienterne bliver informeret om dette, således at de ikke bliver overraskede eller bekymrede over det ændrede vandladningsmønster postoperativt.

Wylde et al. fandt, at THA patienterne vågnede oftere på grund af smerter 1. postoperative nat end TKA patienterne. Dag 2 og 3 vågnede TKA patienterne langt oftere på grund af smerter (13). I Vejle undersøgelsen var tendensen, at TKA patienterne vågnede hyppigere end THA patienterne på grund af smerter dag 1-7.

Undersøgelsen viste, at udover smerter og toiletbesøg fik patienterne også forstyrret deres nattesøvn på grund af lejringsproblemer og fordi de havde sovet i løbet af dagen. Et studie fandt, at THA patienter havde besvær med at sove, hovedsagligt på grund af postoperative restriktioner, der bevirkede, at de kun måtte sove på ryggen eller på den opererede side. TKA patienterne havde ingen problemer med at sove (14). I Vejle undersøgelsen havde patienterne ingen restriktioner, men alligevel var en af årsagerne til søvnproblemer for både THA og TKA patienter, problemer med lejrning af benet og besvær med at finde en god sovestilling. Dette viser, at patienterne kan have behov for vejledning i lejrning og sovestillinger.

Efter operationen sov 60-84 % af patienterne i løbet af dagen. Dette er en stigning i forhold før operationen, hvor kun 20 % dagligt sov i løbet af dagen. Det øgede behov for søvn om dagen kan muligvis ses i relation til, at patienterne havde et relativt lavt energiniveau og at deres søvnkvalitet kun var lidt over middel den første uge efter operationen.

Før operationen tog 10 % af alle patienterne sovemedicin dagligt. Efter operationen tog 10 – 16 % sovemedicin de to første nætter. Herefter faldt forbruget til 0-7 %. Faldet i forbrug af sovemedicin kan skyldes, at patienterne ikke havde behov for sovemedicin eller at de måske ikke havde sovemedicin i hjemmet.

Flere studier har fundet, at TKA patienterne har flere smerter end THA patienter efter operationen, samt at smerteintensiteten reduceres for begge grupper i løbet af den første postoperative uge (13, 14). Denne tendens sås også i denne undersøgelse, hvor TKA patienterne havde lidt flere smerter end THA patienterne. Den gennemsnitlige smertescore for begge grupper var 3-5 (median) den første postoperative uge. Det ser umiddelbart ud til, at patienterne var rimeligt godt smertedækket. Dog angav en del patienter smerter som årsag til forstyrret søvn. Det ser ud til, at der kunne være behov for en undersøgelse af, om det er muligt at optimere smertebehandling til natten.

I forbindelse med opgørelse af resultaterne blev vi udfordret af, at vi ikke kunne sammenligne alle data før og efter operationen. Vi kunne med fordel have anvendt det samme spørgeskema før og efter operationen. Det ville have givet et bedre sammenligningsgrundlag og mere præcise data. Dette bør gøres i fremtidige studier.

Undersøgelsen viste, at patienterne blev mere forstyrrede af toiletbesøg om natten efter operationen end før. Ligeledes viste undersøgelsen, at forbrug af sovemedicin faldt efter operationen, samtidig med at patienterne kun sov middel godt. Disse fund kunne være afsæt for fremtidige studier.

Undersøgelsen giver en nyttig viden om søvn og faktorer, der forstyrrer søvnen både før og efter operation. Denne viden kan bruges i praksis, både som baggrundsviden og som afsæt til at vejlede og pleje patienterne i forbindelse med operationen.

Undersøgelsen peger på nogle områder, hvor der ser ud til at være behov for øget opmærksomhed. Patienternes søvn blev forstyrret af flere årsager den første uge efter operationen og derfor bør sygeplejersken have særlig opmærksomhed på en god smertebehandling - særlig til natten, instruktion i lejrning og hvilestillinger samt information om eventuelle hyppigere toiletbesøg om natten. Desuden bør der være fokus på unødigt støj om natten i sengeafdelingen.

Konklusion

Denne undersøgelse giver en baseline beskrivelse af THA- og TKA patienters søvn før og efter operationen. Efter operationen var søvnkvaliteten middel/lidt over middel. Årsagerne til forstyrret søvn var fortrinsvis smerter og toiletbesøg. Der sås en tendens til, at TKA patienterne havde lidt flere smerter end THA patienterne. Energiniveauet var lavt/middel i begge grupper den første uge. Resultaterne af undersøgelsen peger hen på nogle sygeplejemæssige interventioner, der kan understøtte god søvn efter operationen.

Godkendelser

Projektet er anmeldt til datatilsynet via Region Syddanmarks paraplyanmeldelse. Protokollen er forelagt Videnskabsetisk Komite og vurderet til ikke at være anmeldelsespligtig. Sagsnummer S-20162000-3.

Referencer

- (1) Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, part 1: factors affecting sleep. *J Hosp Med* 2008 Nov;3(6):473-82.
- (2) Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, part 2: behavioral and pharmacological management of sleep disturbances. *J Hosp Med* 2009 Jan;4(1):50-9.
- (3) Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Case studies: is the sleep of hospitalized elders related to delirium? *Medsurg Nurs* 2010 Jan;19(1):39-46.
- (4) Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatr Nurs* 2010 Jul;31(4):263-71.
- (5) Gay PC. Sleep and sleep-disordered breathing in the hospitalized patient. *Respir Care* 2010 Sep;55(9):1240-54.
- (6) Honkus VL, Parthasarathy S, Tobin MJ. Sleep deprivation in critical care units Sleep in the intensive care unit.(0887-9303 (Print)).
- (7) Jennum P. *Søvn*. 1 ed. Munksgaard; 2013.
- (8) Bowman AM. Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *Journal of Advanced Nursing* 1997 Sep; 26(3):550-64.
- (9) Madsen MT, Rosenberg J, Gogenur I. Actigraphy for measurement of sleep and sleep-wake rhythms in relation to surgery. *J Clin Sleep Med* 2013 Apr 15; 9(4):387-94.
- (10) Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Case studies: is the sleep of hospitalized elders related to delirium? *Medsurg Nurs* 2010 Jan; 19(1):39-46.
- (11) Yilmaz M, Sayin Y, Gurler H. Sleep Quality of Hospitalized patients in surgical units. *Nursing Forum* Volumen 47, no. 3, July-september 2012
- (12) Fielden J, Gander P, Horne J, Lewer B, green R, Devane P. An Assessment of Sleep Disturbance in Patients Before and After Total Hip Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty* Vol. 18 No. 3 (2003)
- (13) Wylde V, Rooker J, Halliday L, Blom A. Acute postoperative pain at rest after hip and knee arthroplasty: Severity, sensory qualities and impact on sleep. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research* (2011) 97, 139-144.
- (14) Van Egmond J C, Verburg H, Vehmeijer S B W, Mathijssen N M C. early follow-up after primary total knee and total hip arthroplasty with rapid recovery: Focus groups. *Acta Ortopaedica Belgica* 2015 volumen 81 447-453.

Hvordan har du sovet? En undersøgelse af faktorer, der påvirker søvnen hos rykirurgiske I-dese patienter

Randi Lauridsen Jensen, Sygeplejerske, SD klinisk sygepleje.
Randi.lauridsen.jensen@rsyd.dk

Rykirurgisk sektor Middelfart Sygehus

Abstract

Baggrund. Sygeplejerskerne i Rykirurgisk Sektor på Middelfart Sygehus oplever, at mange patienter, der skal have foretaget en stabiliserende lænderygoperation (I-dese) klager over afbrudt nattesøvn og smerter både før og efter operation. Søvn er et behovsområde, der ikke er fokus på i patientens forløb. Det betyder, at man ikke ved noget konkret om, hvad der er årsagen til den manglende nattesøvn hos den enkelte patient, eller om søvnproblemerne er rygrelaterede.

Formål. Formålet med undersøgelsen var at undersøge, om der er sammenhæng mellem rygrelaterede problemer og dårlig nattesøvn før operationen, under indlæggelsen og efter operationen. Desuden at klarlægge, hvilke faktorer, der ifølge patienterne påvirker deres søvn, så personalet kan medvirke til, at patienten får en bedre søvnkvalitet før, under og efter indlæggelsen.

Metode. Spørgeskemaundersøgelse med patienter som blev tilbudt en I-dese operation. Patienterne blev fulgt med spørgeskemaer ved indlæggelsessamtalen, udskrivelsessamtalen og ved 3 måneders kontrol. Spørgeskemaerne var ens bortset fra ved udskrivelsen, hvor der også blev stillet spørgsmål med fokus på søvn under indlæggelsen. Data blev efterfølgende deskriptivt analyseret.

Resultat. I alt 11 patienter gennemførte hele forløbet og undersøgelsen viste tydeligt, at patienterne oplevede, at der var en væsentlig sammenhæng mellem smerter og nedsat søvnkvalitet. Patienterne viste sig at få en bedre søvnkvalitet efter operationen, men bekymring for fremtiden bliver et tiltagende problem for nattesøvnen.

Konklusion. Undersøgelsen viste, at smerter var det største problem i forhold til søvnforstyrrelser hos patienter, der opereres med en I-dese. Smerterne var rygrelaterede, da patienterne oplevede, at smerterne blev reduceret og søvnkvaliteten øget 3 måneder efter operationen. Igennem undersøgelsen blev der opnået viden om patienternes søvnkvalitet. Denne viden kan være med til at sikre, at patienterne får den bedst mulige information og rådgivning i forhold til at kunne finde accept af præ- og postoperative søvnproblemer.

Baggrund

Sygeplejerskerne i Rygkirurgisk Sektor på Middelfart Sygehus oplever, at mange patienter, der skal have foretaget en stabiliserende lænderygoperation – en såkaldt instrumenteret dese (I-dese), klager over afbrudt nattesøvn og smerter både før og efter operation. Søvn er et grundlæggende behov, der har betydning for restituering og følelsen af velvære (1). I den nationale rygkirurgiske database DaneSpine undersøges patienternes søvn udelukkende i sammenhæng med smerter. DaneSpine indsamler data via forskellige spørgeskemaer bl.a. patientoplyste data præoperativt indenfor 10 kategorier herunder smerter og søvnbesvær (2). I 2015 blev 99 I-dese patienters præoperative data indrapporteret til DaneSpine fra Rygkirurgisk Sektor på Middelfart Sygehus. Data viser, at ca. 40 pct. af patienterne svarede, at deres søvn af og til blev forstyrret af smerter.

Nogle sygeplejersker oplever, at søvn er et behovsområde, der ikke er fokus på i patientens forløb. Dette kan betyde, at vi ikke ved noget konkret om, hvad der er årsag til den manglende nattesøvn hos den enkelte patient før operationen, under indlæggelsen og efter operationen. Vores viden om patienternes sovevaner og om, hvordan vaner påvirker søvnen hos den enkelte under en indlæggelse er ligeledes mangelfuld. Patienterne har ofte haft et langt forløb med sygdomsmedling, inden de tilbydes en I-dese. Vi har en formodning om, at smerter har stor indflydelse på patienternes søvn, men det er sandsynligt, at andre faktorer også har indflydelse på patienternes nattesøvn.

Et fransk studie fra 2008, der inkluderede 101 patienter med kroniske lændesmerter og en kontrolgruppe beskriver, at søvnforstyrrelse kan øge smerten, hvilket igen kan forårsage søvnforstyrrelser. Undersøgelsen viser, at gruppen af patienter med lændesmerter oftere er mere sygemeldt end i kontrolgruppen. Det beskrives endvidere, at den undersøgte patientgruppe har flere selvrapporterede søvnproblemer end kontrolgruppen. Patienterne er længere tid om at falde i søvn og har mindre end 6 timers effektiv søvn pr nat (3). Et irsk studie fra 2009 med 15 patienter beskriver, at 70 pct. af patienter med kroniske lændesmerter klager over søvnforstyrrelser. Patientgruppen med lændesmerter har problemer med søvnløshed, og de har en mindre effektiv søvn end kontrolgruppen (4).

Mange patienter klager over, at de under indlæggelse på rygkirurgisk sengeafsnit ikke har sovet godt om natten. Samtidig viser litteraturen, at patienters vanlige søvnmønster ofte ændres under indlæggelse, og at søvnen forstyrres. Støj, lys, smerter, medicin og bekymring er hovedårsagerne til, at patienter mangler søvn eller oplever en dårlig søvnkvalitet under en indlæggelse (1,5). Dette underbygges af et tyrkisk studie fra 2010 om søvnkvalitet efter ortopædkirurgiske operationer, der beskriver at patienter ofte klager over manglende søvn. Ifølge denne undersøgelse er de største problemer søvnforstyrrelser relateret til støj, og at personer går ud og ind af rummet. De beskriver desuden overfyldte rum, luftfugtighed, belysning og bekymringer som værende andre forstyrrende faktorer (6).

Som tidligere nævnt ved vi dog ikke, hvilke faktorer, der forstyrrer søvnen hos patienter indlagt til I-dese og vi har ikke tilstrækkelig viden om, hvordan vi bedst kan hjælpe patienterne til en bedre søvn. Den kliniske retningslinje ”Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter” fra 2014 (5) er ikke kendt og implementeret i sengeafsnittet. Plejepersonalet har dog indarbejdet rutiner, der bevirker, at der tages hensyn til, at operationspatienter har behov for ro og hvile. Patienter opereret med I-dese har en indlæggelsestid på 3-5 døgn og de får så vidt muligt enestue- eller topersoners stue. Det samme gør sig gældende for meget snorkende, urolige og dårlige patienter. Der skal være ro på sengestuen mellem

kl. 23 og kl. 06, hvilket indebærer, at fjernsyn og lys slukkes. Der kan være støj og lys på stuerne, når medpatienten skal på toilettet, have smertestillende medicin eller hjælp til lejring. Om dagen er der et middagshvil mellem kl. 12 og kl. 14. Det tilstræbes, at der ikke er besøgende på afdelingen i dette tidsrum.

Postoperativt sover patienter, der er opereret med en I-dese, mindre end gennemsnittet af de rygopererede patienter. Dette viser en baseline-måling af de indlagte patienters oplevelser, som blev foretaget i Rygkirurgisk Sektor på Middelfart Sygehus i august-september 2015. Målingen omhandlede bl.a. søvn. Der blev indsamlet 370 datasæt fordelt på 220 patienter, hvoraf I-deserne udgør 52 datasæt. I-dese patienterne sov fra 3 til 6 timer pr. nat, hvor de øvrige patienter sov fra 4,3 til 6,7 timer pr. nat under indlæggelsen. Da der ikke spørges ind til sovevaner, søvnrytme eller søvnforstyrrelser ved indlæggelsessamtalen, er det vanskeligt at tage hensyn til patienternes rutiner. Der spørges desuden ikke ind til, om søvnen normaliseres i løbet af sygdomsperioden. Det bevirker, at vi ikke ved om søvnproblemerne er rygregulerede. Litteraturen giver os ikke en konkret viden om, hvilke faktorer der er afgørende for patienternes søvnkvalitet. Det findes derfor relevant at undersøge, hvilke faktorer patienterne oplever forstyrrende for deres søvn samt at undersøge, om der er sammenhæng mellem søvnkvalitet og rygregulerede problemer.

Formål

Formålet med denne undersøgelse er at undersøge, om der er sammenhæng mellem rygregulerede problemer og nattesøvnens kvalitet før operationen, under indlæggelsen og efter operationen. Desuden at klarlægge hvilke faktorer, der ifølge patienten påvirker søvnen, så personalet kan medvirke til, at patienten får en bedre søvnkvalitet før, under og efter indlæggelsen.

Metode

Undersøgelsen blev designet som en spørgeskemaundersøgelse, der forløb over en periode på tre måneder i efteråret 2015, hvor de patienter, som blev tilbudt en I-dese operation, blev spurgt om at deltage. Patienterne blev inkluderet i undersøgelsen i forbindelse med indlæggelsessamtalen, hvor de fik mundtlig og skriftlig information om projektet. Patienterne besvarede efterfølgende spørgeskemaer i forbindelse med henholdsvis indlæggelsessamtalen, udskrivelsessamtalen og ved deres tre måneders postoperative kontrol. Spørgeskemaerne var ens bortset fra, at der i spørgeskemaet ved udskrivelsen var få ekstra spørgsmål, som havde fokus på søvn og middagshvil i sengeafdelingen. Spørgeskemaerne blev besvaret af patienterne i et internetbaseret spørgeskema "Survey-Xact" på en iPad eller på papir. Besvarelserne på papirspørgeskemaerne blev efterfølgende tastet ind i Survey-Xact. Data fra spørgeskemaerne blev opbevaret og analyseret i Survey-Xact og efterfølgende deskriptivt analyseret.

Deltagere

Deltagerne i projektet var patienter, der havde taget imod tilbuddet om en I-dese operation, og som kunne forstå, tale og læse dansk. Patienter med søvnapnø blev ekskluderet.

Resultat

Over en periode på tre måneder blev 15 patienter, som skulle opereres med en stabiliserende instrumenteret rygoperation I-dese, tilbudt at deltage i undersøgelsen. To patienter fravalgte at deltage som følge af henholdsvis manglende tid og en oplevelse af, at der var mange spørgeskemaer. En patient blev ekskluderet som følge af søvnapnø. Der blev inkluderet 12 patienter i søvnprojektet. En patient udgik af undersøgelsen, da hun efterfølgende fravalgte operationen. I alt 11 patienter gennemførte projektet og udfyldte alle tre spørgeskemaer.

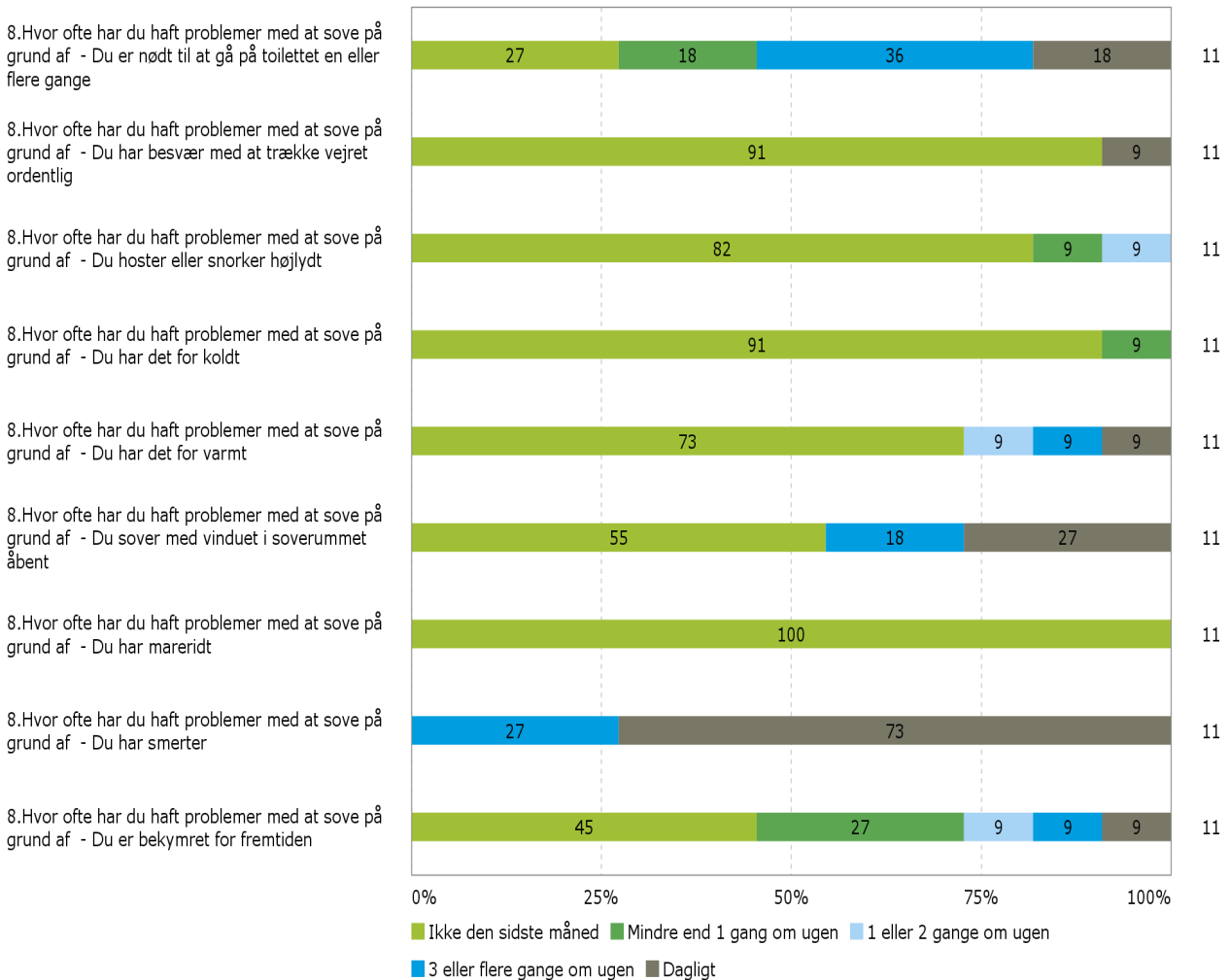
Tabel 1. Baggrundsoplysninger

	Køn	Alder	BMI	ASA gruppe	Sygemeldt præopr.	Sygemeldt postopr.	Sygemeldt 3 mdr. postop.
1	Kvinde	62	25,73	2	Nej	1 uge	12 uger
2	Mand	58	23,23	1	Nej	1 uge	14 uger
3	Kvinde	62	24,62	2	Nej FP	Nej FP	Nej FP
4	Kvinde	61	29,40	2	Nej efterløn	Nej efterløn	Nej efterløn
5	Kvinde	35	21,22	2	Nej	11 uger	16,5 uger
6	Mand	28	30,27	2	104 uger	104 uger	130 uger
7	Kvinde	27	28,06	2	75 uger	1,5 år	108 uger
8	Kvinde	34	29,22	1	22 uger	23 uger	39 uger
9	Kvinde	38	26,95	1	Nej	3 uger	16 uger
10	Mand	31	29,22	1	12 uger	14 uger	36 uger
11	Kvinde	54	28,41	2	58 uger	65 uger	72 uger

Som det ses i Tabel 1 indgik 8 kvinder og 3 mænd i projektet. Deltagerne havde en gennemsnitlig alder på 44,5 år og en gennemsnitlig BMI på 27. Heraf havde 5 patienter været sygemeldt i en længere periode, før de blev tilbudt operation. To af patienterne var ikke længere tilknyttet arbejdsmarkedet, idet den ene var på førtidspension og den anden netop var gået på efterløn. Ingen af patienterne havde genoptaget arbejdet, da de var til tre måneders postoperativ kontrol.

Patienterne blev i spørgeskemaerne bedt om at beskrive hvilke faktorer, der påvirkede deres søvn.

Tabel 2. Faktorer der påvirker søvnen præoperativt



Smerter

Af Tabel 2 fremgår det, at smerter er det største problem for patienterne i forhold til søvnen præoperativt.

Tabel 3. Smerter som problem i forhold til at kunne sove

Smerter	Præoperativt n (%)	Postoperativt n (%)	3 måneder postop. n (%)
Dagligt	8 (73 %)	10 (91 %)	4 (36 %)
3 eller flere gange om ugen	3 (27 %)	0	2 (18 %)
1 eller 2 gange om ugen	0	1 (9 %)	2 (18 %)
Mindre end 1 gang om ugen	0	0	2 (18 %)
Ikke den sidste måned	0	0	1 (9 %)

Som det ses i Tabel 3, havde 8 af patienterne præoperativt dagligt problemer med at sove pga. smerter. De øvrige 3 patienter havde dette problem 3 eller flere gange om ugen. Tre måneder postoperativt var der kun 4 patienter, der dagligt havde problemer med at sove som følge af smerter, og der var 1 patient, der ikke havde oplevet dette problem den sidste måned.

Bekymring

Patienterne blev også bedt om at angive, hvorvidt de oplevede problemer med at sove pga. bekymring for fremtiden.

Tabel 4. Patienternes bekymring for fremtiden

Bekymring	Præoperativ n (%)	Postoperativ n (%)	3.måneder postop. n (%)
Dagligt	1 (9 %)	3 (27 %)	4 (36 %)
3 eller flere gange om ugen	1 (9 %)	2 (18 %)	1 (9 %)
1 eller 2 gange om ugen	1 (9 %)	2 (18 %)	0
Mindre end 1 gang om ugen	3 (27 %)	1 (9 %)	3 (27 %)
Ikke den sidste måned	5 (45 %)	3 (27 %)	3 (27 %)

I Tabel 4 ses det at, flere patienter igennem forløbet oplevede problemer med at sove pga. bekymringer for fremtiden. Der var kun en patient, der dagligt havde problemer med at sove pga. bekymringer for fremtiden præoperativt, mens 4 patienter oplevede daglige bekymringer tre måneder efter operationen. En patient beskrev desuden postoperativt, at en årsag til hans søvnproblemer var, at han ikke kunne vende tilbage til sit erhverv eller sine tidligere aktiviteter, hvilket bevirkede tab af identitet.

Søvnlængde

Patienterne blev bedt om at angive det faktiske antal søvntimer om natten, samt hvor længe de var om at falde i søvn.

Tabel 5. Søvnlængde angivet som et gennemsnit for de 11 patienter

Søvnlængde	Præoperativt	Postoperativt	3. måneder postop.
Antal min. om at falde i søvn	38,6 minutter	46,4 minutter	49,5 minutter
Antal timers søvn	5,6 timer	5,5 timer	6,7 timer

Undersøgelsen viste, jf. Tabel 5, at patienterne i gennemsnit sov ca. 1 time mere om natten tre måneder efter operationen end før operationen. Patienterne var i gennemsnit ca. 10 min. længere om at falde i søvn tre måneder efter operationen end før operationen. Det fremgik ligeledes af undersøgelsen, at 3 patienter oplevede det som et problem, at de dagligt brugte mere end 30 min på at falde i søvn præoperativt. Dette var stort set uændret ved tre måneders kontrollen, hvor 2 patienter angav det som et problem. Tre måneder efter operationen angav 3 patienter, at de den sidste måned ikke havde haft problemer med at falde i søvn inden for 30 min. Patienternes behov for at sove i løbet af dagen, var ligeledes stort set uændret igennem forløbet. Der var dog 2 patienter, der dagligt havde behov for at sove om dagen tre måneder postoperativt. Præoperativt havde ingen dette behov.

Søvnkvalitet

Alle patienterne angav, at de enten vågnede i løbet af natten eller tidligt om morgenen præoperativt.

Tabel 6. Antal af patienter, der vågner i løbet af natten eller tidligt om morgenen

Vågner om natten eller tidligt om morgenen	Præoperativ n (%)	Postoperativ n (%)	3.måneder postop. n (%)
Dagligt	7 (64 %)	5 (45 %)	4 (36 %)
3 eller flere gange om ugen	2 (18 %)	5 (45 %)	2 (18 %)
1 eller 2 gange om ugen	2 (18 %)	0	3 (27 %)
Mindre end 1 gang om ugen	0	1 (9 %)	1 (9 %)
Ikke den sidste måned	0	0	1 (9 %)

Undersøgelsen viste, at 7 af patienterne dagligt vågnede om natten eller tidligt om morgenen før operationen jvf. Tabel 6. Tre måneder postoperativt angav kun 4 af patienterne dette som et dagligt forekommende problem og 1 patient havde ikke været vågen om natten eller tidligt om morgenen den sidste måned. Patienterne angav deres søvnkvalitet på en skala fra meget god til meget dårlig

Tabel 7. Patienternes søvnkvalitet

Søvnkvalitet	Præoperativ n (%)	Postoperativ n (%)	3. måneder postop n (%)
Meget god	0	0	1 (9 %)
Rimelig god	5 (45 %)	6 (55 %)	8 (73 %)
Rimelig dårlig	4 (36 %)	3 (27 %)	2 (18 %)
Meget dårlig	2 (18 %)	2 (18 %)	0

Ingen af patienterne havde som det ses i Tabel 7 en meget god søvnkvalitet præoperativt eller postoperativt. Seks af patienterne havde til gengæld en dårlig søvnkvalitet præoperativt. Ved tre måneders kontrollen var der en patient, der havde en meget god søvnkvalitet, og der var ingen, der havde en meget dårlig søvnkvalitet. Præoperativt havde 3 af patienterne dagligt et behov for receptpligtigt eller håndkøbsmedicin for at kunne sove. Der var kun 1 patient, der havde dette behov efter tre måneder.

Sovevaner

Patienterne angav, at deres sovevaner i forhold til vanlig sengetid og hvornår de stod op om morgenen stort set var uændret igennem hele perioden. Det samme var gældende for, om patienten sov i samme rum som andre. Det var ikke alle patienterne, der besvarede om de sov i samme seng som en anden, så dette kan undersøgelsen ikke besvare.

Problemer med at overkomme daglige gøremål og holde sig vågen ved aktiviteter

De fleste af patienterne havde problemer med at overkomme daglige gøremål før operationen, hvilket kan hænge sammen med søvnkvalitet og smerter.

Tabel 8. Problemer med at overkomme daglige gøremål

Overkomme daglige gøremål	Præoperativ n (%)	Postoperativ n (%)	3.måneder postop. n (%)
Ofte et betydeligt problem	5 (45 %)	2 (18 %)	1 (9 %)
Til tider et betydeligt problem	4 (36 %)	6 (55 %)	2 (18 %)
Et ubetydeligt problem	0	2 (18 %)	5 (45 %)
Intet problem overhovedet	2 (18 %)	1 (9 %)	3 (27 %)

Præoperativt oplevede 5 af patienterne ifølge Tabel 8, at det ofte var et betydeligt problem, at overkomme de daglige gøremål. Der var endvidere 4 patienter, der oplevede, at de til tider havde et betydeligt problem med dette. Efter tre måneder var der kun 1 patient, der oplevede, at det ofte var et betydeligt problem at overkomme de daglige gøremål, mens 8 patienter angav, at det var et ubetydeligt eller intet problem. Der var ingen af patienterne, der dagligt havde haft problemer med at holde sig vågen ved bilkørsel, måltider og sociale aktiviteter igennem forløbet. Otte patienter angav således, at de ikke havde haft problemer med at holde sig vågen ved de nævnte aktiviteter inden for den sidste måned hverken før operationen eller 3 måneder efter operationen.

Andre faktorer der kan påvirke søvnen.

Patienterne havde mulighed for at angive andre grunde til, at de havde haft problemer med at sove. Præoperativt angav 2 patienter, at ægtefællen snorkede. Postoperativt var der en patient, der havde fået Tramadol som smertestillende medicin, der efter brug havde givet uro og rastløshed. En patient beskrev, at det muligvis var overgangsalderen. Tre måneder postoperativt var der en patient, der vågnede, når han vendte sig om på venstre siden pga. smerter i benet. Han beskrev dog, at han hurtigt faldt i søvn igen, når han vendte sig om på højre side. Antallet af patienter, der havde behov for at komme på toilettet om natten var stort set uændret igennem forløbet.

Ro i sengeafdelingen

Ved udskrivelsen fra sengeafdelingen blev patienterne bedt om at besvare, hvordan de havde oplevet at være indlagt på sengeafdelingen i forhold til forstyrrelser af deres søvn.

Tabel 9. Patienternes oplevelse af ro i afdelingen om natten og under middagshvil.

Ro i afdelingen	Mellem kl. 23 og kl. 6	Mellem kl. 12 og kl. 14
Ja	7 (64 %)	11 (100 %)
Nej	4 (36 %)	0

Jævnfør Tabel 9 angav 7 af de 11 patienter, at der var ro i sengeafdelingen mellem kl. 23 og kl. 6. Alle patienter angav, at der var ro i afdelingen mellem kl. 12 og kl. 14. Otte af patienterne havde sovet på enestue. Vi har ikke en viden om, hvorvidt de 3 patienter, der har sovet på en stue med 2 eller 3 senge har sovet sammen med andre patienter, da dette ikke blev undersøgt. I forhold til uro om natten beskrev to patienter, at rullevoгне larmede. En patient angav, at der var en eller flere der gik med træsko eller hårde sko.

Diskussion

De 11 patienter, der var med i undersøgelsen gennemførte hele forløbet, hvilket er en styrke. Undersøgelsen viste en sammenhæng mellem de rygrelaterede problemer og den dårlige nattesøvn, og at smerter var den største årsag til patienternes søvnproblemer. Patienterne oplevede generelt en bedre søvnkvalitet efter operationen. Undersøgelsen viste, at hovedparten af patienterne oplevede en sammenhæng mellem smerter og nedsat søvnkvalitet. Antallet af patienter, der dagligt oplevede, at de havde problemer med at sove pga. smerter før operationen var på 73 pct. Dette stemmer overens med det franske studie fra 2008, der viser at 75,6 pct. af patienterne oplever søvnproblemer relateret til smerter (3). Patientgruppen i vores undersøgelse og i dette studie er sammenlignelige i forhold til fordeling af kvinder og mænd, alder, BMI og tilknytning til arbejdsmarkedet. Ligeledes

rapporterer det irske studie fra 2009, at 70 pct. af patienter med kroniske lændesmerter klager over søvn forstyrrelser (4).

DaneSpine viser som tidligere nævnt, at ca. 40 pct. af I-dese patienterne opereret på Middelfart Sygehus svarede, at deres søvn af og til blev forstyrret af smerterne. Dette tal er noget lavere end i vores undersøgelse og i de øvrige studier. Det kan muligvis skyldes, at der spørges på forskellige måder. I DaneSpine angives hyppigheden af, hvor ofte smerterne er forstyrrende for søvnen i samme rubrik som angivelse af, hvor mange timers søvn patienten får.

Antallet af patienter i vores undersøgelse, der oplevede smerter som et problem for søvnen blev reduceret fra 73 pct. før operationen til 36 pct. tre måneder efter operationen. Tre måneder efter operationen oplevede 9 pct. af patienterne, at de ikke havde haft problemer med at sove for smerter den sidste måned. Dette skal ses i forhold til, at alle de patienter, der før operationen ikke havde daglige problemer med at sove pga. smerter, oplyste at de havde smertemæssige problemer om natten tre eller flere gange om ugen. Patienterne angav således smerter som et væsentligt mindre problem tre måneder efter I-dese operationen. Undersøgelsen viste også, at patienterne havde mindre behov for medicin for at kunne sove 3 måneder postoperativt end før operationen. Dette tyder på, at smerterne var ryglaterede og den væsentligste årsag til nedsat søvnkvalitet. Dette underbygges også af det franske studie, der beskriver at smerter påvirker søvnen (3).

I gennemsnit sov patienterne i vores undersøgelse 5,6 timer om natten før operationen. Tre måneder efter operationen var dette øget til 6,7 timer i gennemsnit. Patienterne var i hele perioden mere end 30 min om at falde i søvn. Det er dog overraskende, at de i gennemsnit er mere end 10 min længere om at falde i søvn 3 måneder efter operationen end før operationen. Dette kan dog skyldes tilfældigheder pga. det relative lave antal af patienter i undersøgelsen. Det franske studie beskriver tilsvarende, at patienterne med lændesmerter er længere tid om at falde i søvn og har mindre end 6 timeres effektiv søvn pr. nat (3). Den irske undersøgelse beskriver, at patienterne med lændesmerter har problemer med søvnløshed, og at de har en mindre effektiv søvn end kontrolgruppen (4). I vores undersøgelse angav patienterne at de i gennemsnit sov 5,5 timer om natten postoperativt. Dette underbygges af baseline målingen fra Rygkirurgisk Sektor på Middelfart Sygehus, som viser at I-dese patienter sover fra 3 til 6 timer pr. nat under indlæggelsen. Vores undersøgelse viste endvidere, at patienterne generelt oplevede, at der igennem forløbet var en sammenhæng mellem smerter, dårlig søvnkvalitet og det at kunne overkomme daglige gøremål. Undersøgelsen tydede ikke på, at der var ændringer i forhold til at holde sig vågen ved sociale aktiviteter.

Undersøgelsen viste desuden en tendens til, at patienternes bekymring for fremtiden som et problem, der forstyrrede nattesøvnen, blev øget igennem forløbet fra 9 pct. præoperativt til 27 pct. ved udskrivelsen og til 36 pct. tre måneder efter operationen. Det er umiddelbart overraskende, at flere patienter angav bekymring som et problem for nattesøvnen tre måneder efter operationen sammenlignet med før operationen, da de jo ellers angiver, at de ikke længere har så mange smerter, har en bedre søvnkvalitet, har et mindre behov for medicin og bedre kan overkomme de daglige gøremål. Den øgede bekymring kan måske ses i sammenhæng med, at de muligvis var begyndt at tænke mere på fremtiden i forhold til deres jobsituation. Der var ingen af de 9 patienter tilknyttet arbejdsmarkedet, der var tilbage på arbejde ved den postoperative tre måneders kontrol, hvilket heller ikke anbefales. Dette kan dog være et problem i forhold til jobsituation og fortsatte sygedagpenge og kan give anledning til bekymringer og muligvis forklare at patienterne er længere om at falde i søvn tre måneder efter operationen end før operationen.

Det var ikke overraskende, at nogle af patienterne igennem hele forløbet havde behov for at gå på toilettet en eller flere gange om natten, da hyppige vandladninger kan være et rygrelateret problem. Ca. halvdelen af patienterne var således præoperativt på toilettet om natten tre eller flere gange om ugen. Dette underbygges af det franske studie, der viser, at 46,1 pct. af deres patienter sov dårligt mindst en gang om ugen fordi, de skulle på toilettet (3). Tre måneder efter operationen var kun 36 pct. af patienterne på toilettet tre eller flere gange om ugen. Det var mere overraskende, at 27-45 pct. af patienterne i undersøgelsen angav problemer med at sove pga. et åbenstående vindue igennem forløbet. Dette tyder på, at det må være deres partner og med patienter, der i stor omfang ønsker, at vinduet er åbent om natten. De øvrige faktorer, der kunne have betydning for nattesøvnen viste sig, at være et betydeligt mindre problem end smerter og bekymring for patienterne i vores undersøgelse.

Patienterne i denne undersøgelse vurderede deres søvnkvalitet på en skala fra ”meget god” til ”meget dårlig”. Der var ingen af patienterne, der før operationen og ved udskrivelsen oplevede, at de havde en meget god søvnkvalitet. Atten pct. af patienterne havde en meget dårlig søvnkvalitet før operationen og 36 pct. af dem angav, at de havde en rimelig dårlig søvnkvalitet. Dette underbygges af det franske studie, der beskriver, at ca. 50 pct. af deres patienter med lænderyg smerter beskriver deres søvnkvalitet som dårlig eller meget dårlig (3). Ved tre måneders kontrollen angav 9 pct. af patienterne i vores undersøgelse at søvnkvaliteten var meget god og der var ikke længere nogle af patienterne, der havde en meget dårlig nattesøvn. Dette indikerer, at patienterne oplevede, at deres søvnkvalitet var bedre tre måneder efter operation end før operationen. Undersøgelsens resultater tyder derfor på, at der er sammenhæng mellem rygrelaterede smerter og søvnkvalitet.

Selvom undersøgelsen bygger på et relativt lille antal patienter, er resultaterne fra de 11 patienter, som alle udfyldte de tre spørgeskemaer sammenlignelige med resultater i tilsvarende studier internationalt, nationalt og lokalt. Dette styrker resultaterne af vores studie.

Konklusion

Undersøgelsen viste, at smerter var det største problem i forhold til søvnforstyrrelser hos patienter, der blev opereret med en I-dese. Undersøgelsen viste ligeledes, at smerterne var rygrelaterede, da patienterne oplevede, at smerterne blev reduceret og søvnkvaliteten øget tre måneder efter operationen. Patienternes bekymring for fremtiden blev øget igennem forløbet, hvilket dog ikke påvirkede deres søvnkvalitet. Vi har igennem undersøgelsen fået ny viden om patienters oplevelse af deres søvnkvalitet igennem forløbet. En viden, der kan være med til at sikre patienten den bedst mulige information og rådgivning i forhold til at kunne finde accept af præ og postoperative søvnproblemer.

Perspektivering

Resultaterne fra denne undersøgelse skal formidles i Rygkirurgisk Sektor, så personalet kan medvirke til at informere patienterne om, at præ og postoperative søvnproblemer bliver mindre i takt med, at patienterne får færre smerter, og at dette har en sammenhæng med den patientoplevede søvnkvalitet. Søvn er et behovsområde, der bør tales med patienterne om under indlæggelsessamtaler og udskrivelsessamtaler. Det vil være interessant, at undersøge og skabe viden om patienternes bekymring, da det kan have betydning for patienternes forløb på længere sigt.

Det vil være nærliggende, at den klinisk retningslinje ” Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter” diskuteres i personalegruppen på Rygkirurgisk Sengeafsnit sammen med resultaterne af denne undersøgelse med henblik på, at inspirere til nogle tiltag, der kan forbedre patienternes søvn under indlæggelsen.

Undersøgelsen viste, at patienterne fik en betydelig bedre søvn igennem forløbet frem til tre måneders kontrollen. Det kunne være interessant, at bede de 11 patienter om at udfylde et spørgeskema til deres 1 års kontrol for at se, hvordan udviklingen i forhold til søvnkvalitet og smerter er på længere sigt. Dette kan måske efterfølgende give anledning til at udvikle specifikke sygeplejeindikatorer om søvn til den nationale rygkirurgiske database DaneSpine.

Taksigelser

Tak for assistance til gennemførelse af projektet til sygeplejerske Inge Møller Anderson, kvalitetskoordinator Mette Maarup Sudergaard, forskningssygeplejerske Marianne Dyrby Lorenzen, forsknings og projektsygeplejerske Karen Højmark Hansen og personalet i Rygkirurgisk Sektor, Middelfart Sygehus.

Godkendelser

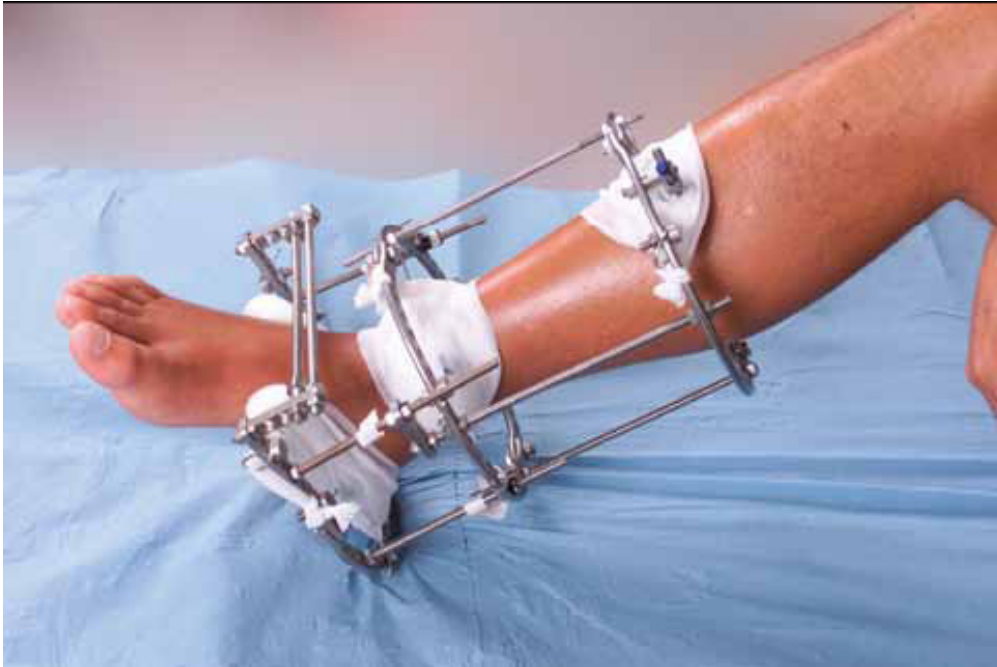
Projektet er godkendt af Datatilsynet og af afdelingssygeplejerskerne i Rygkirurgisk Sektor, Middelfart Sygehus.

Referencer

1. VIDOKS: Nationalt projekt om søvn hos ortopædkirurgiske patienter. Projektbeskrivelse december 2014, version 1
2. Den nationale Rygkirurgiske database: www.danespine.dk
3. Marty M, Thomas P, Duquesnoy B, Allaert F. (2008): *Quality of sleep in patients with chronic low back pain: a case-control study*. Eur Spine J.
4. Donoghue G, Fox N, Heneghan C, Hurley D. (2009) *Objective and subjective assessment of sleep in chronic low back pain patients compared with healthy age and gender matched controls: a pilot study*. BMC Musculoskeletal Disorders.
5. Fog L, Maheswaran M, Wester D, Bælum R (2014): *Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter*. Center for Kliniske Retningslinjer Clearinghouse.
6. Ylimaz M, Sayin Y, Gurler H (2012): *Sleep Quality of Hospitalized Patient in surgical Units*. Nursing Forum an independent voice for nursing forum nr. 3.

Kan man sove med sådan et apparat på benet?

Kvalitativ undersøgelse af ortopædkirurgiske patienters erfaringer med at sove og mestre forløbet med eksternt fikurationsapparat



Figur 1.

Anette Wulff Christiansen, udviklingssygeplejerske, SD, MKS. anette-wulff@rsyd.dk
Charlotte Myhre Jensen, udviklingssygeplejerske, ph.d.-studerende

Ortopædkirurgisk afdeling O, Odense Universitetshospital

Abstract

Baggrund. Søvnproblemer hos ortopædkirurgiske patienter, som har pådraget sig en fraktur kan generelt være et overset emne i klinikken. Studier viser, at ortopædkirurgiske patienters søvnkvalitet påvirkes negativt – både under og efter indlæggelsen. Patienter, som i behandlings øjemed er udstyret med eksternt fikurations apparatur (EFA), har en synlig udfordring i et langt postoperativt forløb og kan dermed tænkes at være særligt belastet i forhold til søvnen.

Formål. Formålet med dette projekt var derfor primært at afdække, om patienter behandlet med EFA har påvirket søvn. Dette, for at kunne forbedre hele forløbet for patienter behandlet med EFA og skabe fundament for frigørende handlekompetence – både for patienter og for plejepersonale.

Metode. Aktionsforskning blev valgt som metodisk inspiration til dels at opnå viden om, hvorledes behandlingen med EFA påvirker/udfordrer patienters hverdag og deres søvn, samt benytte denne viden til kvalificering af kommende patientforløb. Vi interviewede 11 patienter efter eller i forbindelse med en ambulant efterkontrol samt 3 hjemmesygeplejersker.

Resultat. At være behandlet med EFA giver udfordringer af mangeartet karakter. Fysisk i form af apparaturets udformning. Psykisk, fordi patienter var utrygge og bekymrede sig om risici ved

behandlingen, såsom infektion ved pin-huller. Socialt, fordi patienter følte sig isolerede pga. den nedsatte fysiske evne og de følte sig samtidig afhængige af andre. Vores projekt viste, at patienter fortalte de sov dårligere med EFA end før dette, og at de gjorde sig mange tanker og bekymringer om behandling og fremtid. Samtidig gav patienterne udtryk for, at de manglede viden til at takle dagligdagen, efter udskrivelsen med EFA.

Konklusion. Konklusionen er todelt, den ene rettet mod patientforløbet og den anden mod den metodiske tilgang. 1. Projektet bekræftede at behandling med EFA indvirker fysisk, psykisk og socialt på patientens liv og patientens søvn påvirkes negativt.

2. Refleksionen over praksis i iterative processer på tværs af afsnit og sektorer skærper opmærksomhed på denne. Det giver hermed en anden mulighed for udvikling af praksis til gavn for patientforløbet.

Baggrund

På ortopædkirurgisk afdeling har nogle patienter en synlig udfordring, idet de er blevet udstyret med et eksternt apparatur (EFA) til fiksering af underbenets knogler. Indikationen for EFA er oftest ønsket om stabilisering af en komminut fraktur i underbenet. Apparatet kan ligeledes benyttes i forbindelse med knogleforlængelse, stivgørende operation af led (dese) eller som sekundær behandling ved komplikationer efter primær behandling, eksempelvis intern fiksering.

EFA består af stålwirer (pinn's), ført gennem knoglerne i underbenet og fastgjort til et udvendigt stativ (se Figur 1). En behandling med EFA kan strække sig over flere måneder, og oftest er behandlingen samt dens konsekvenser ukendt for patienten. Til en illustration af hvor mange, der behandles med EFA, blev der på Odense Universitetshospital i perioden mellem 2011- og ultimo 2015, behandlet i alt 184 patienter med EFA efter traume - med en årlig fordeling på 30 til 58 patienter (1).

Ved et typisk behandlingsforløb med EFA, modtages patienten oftest akut efter ulykkestilfælde: Patienten har pådraget sig et kompliceret brud af underbenet. Dette fikseres efterfølgende med EFA på operationsafdelingen. Efter operationen er patienten kortvarigt indlagt i et par dage på en ortopædkirurgisk sengeafdeling og følges herefter til ambulante kontroller hver 6. uge over 3 til 6 måneder afhængig af frakturens heling eller eventuelt tilstødende komplikationer. I enkelte tilfælde kan behandlingstiden være endnu længere. Under indlæggelsen udtrykker patienten problemer med at sove på grund af uro på stuen eller afdelingen, samt smerter i benet. En af de potentielle komplikationer ved EFA er infektion ved pin-hullerne, hvorfor patienten efter udskrivelsen jævnligt får besøg af hjemmesygeplejerske til pin-pleje. En klinisk erfaring ved den ambulante kontrol er, at patienterne beskriver, at forløbet hjemme er præget af udfordringer med at mobilisere sig med EFA, der ofte beskrives som tungt og besværligt. Patienterne kan opleve social isolation, idet det er vanskeligt at komme ud af hjemmet. Desuden kan patienten opleve risikoen for infektion ved pin-hullerne, som en stor belastning, da patienten er bekymret for sin fysiske og sociale formåen i fremtiden såvel arbejdsmæssigt som i sit øvrige liv. Ovenstående indikerer, at patientens situation med EFA er kompleks både i forhold til selve bruddets kompleksitet, men også faktorer af mere eksistentiel karakter spiller ind i forhold til, hvorledes patienten mestrer sit forløb.

Til belysning af den eksisterende viden omkring kompleksiteten i forbindelse med behandlingen med EFA, foretog vi en litteratursøgning i PubMed og CINAHL. Denne søgning afdækkede studier, som fortrinsvist omhandlede de fysiske udfordringer og behandlingsresultater ved EFA.

Imidlertid indikerer praksis, som nævnt i eksemplet ovenfor, at patienter også har andre udfordringer under behandling med EFA. Dette bekræftede et review fra 2006 af 9 studier omhandlende de psykosociale og funktionelle konsekvenser af behandling med EFA hos teenagere (2). Her fremlægges, at de fremherskende fysiologiske problemer omfatter smerter og pin-site infektioner. Følelsesmæssige problemer såsom skyld, angst og vrede beskrives også i studierne, samt fald i patienternes sociale kontakter. Desuden giver teenagerne behandlet med EFA udtryk for, at deres afhængighed af andre er et betydeligt problem (2). Flere af studierne inkluderet i reviewet påpeger desuden, at det at skulle tilpasse sig livet med EFA ofte er årsag til frustration. Andre psykiske konsekvenser såsom midlertidig depression er også rapporteret i alle studier.

Overstående understøttede vores hypotese om, at patienter med EFA ikke kun udfordres i fysisk forstand men, at de også har andre udfordringer, der kan have indvirkning på søvnen. Søvnp problemer efter fraktur kan generelt være et overset emne. I et amerikansk studie fra 2015, har man undersøgt 1095 patienters længerevarende forstyrrelser af søvn efter en fraktur (3). Studiet viste, at 36 % af patienter med tibiafrakturer og 19 % med ankelfrakturer efterfølgende havde søvnproblemer 3 måneder efter frakturen. Undersøgelsen viste desuden, at ca. 20 % af alle patienter med frakturer fortsat havde søvnproblemer 12 måneder efter traumat. Fundene tydede på, at det i den første periode efter frakturen især var smerter og funktionsnedsættelse, der forstyrrede søvnen. I den sidste periode af fraktur helingen var det i højere grad emotionelle udfordringer, såsom depression, stress og angst, der forstyrrede søvnen. En kvantitativ, tyrkisk opgørelse af ortopædkirurgiske patienters vurdering af natlige smerter og søvnkvalitet påviste, at smerter og støj har den største indvirkning på patienters søvn (4). Ligeledes viste et andet tyrkisk studie omhandlende søvnkvaliteten hos indlagte patienter, at indlagte patienter sover signifikant dårligere end den raske kontrolgruppe, hvorefter de konkluderede, at sygeplejersker bør være mere sensitive overfor patienters søvnproblemer og faktorer, som kan influere på søvnen (5). Søvns betydning for patientens fysiske og mentale genopbygning er undersøgt i forhold til, hvorvidt søvnmangel kan påvirke menneskers indlæring, koncentrationsevne, hukommelse og kontrol af følelser negativt (6). Det er påvist, at den dybe søvn er vigtig for heling af hud, knogler og væv, idet længere tids mangel på dyb søvn kan resultere i forhøjet kortisol niveau, hvilket forlænger sårheling og øger infektionsrisikoen. Desuden kan manglende søvn påvirke metabolismen, og der er sammenhæng mellem længerevarende søvnmangel, depression og angstsygdomme (6).

I ortopædkirurgisk afdeling på Odense Universitetshospital har man blandt andet baseret værdigrundlaget for sygeplejen på sygeplejeteoretikeren Merry Scheel's interaktionelle sygeplejepsikologi (7). Scheel omtaler 3 handlemåder som værende essentielle for at kunne yde en optimal sygepleje og opnå et frigørende potentiale: de kognitiv-instrumentelle, æstetisk-ekspressiv og moralsk-praktisk. Scheel mener, at sygeplejerskens handlinger skal rumme elementer fra alle 3 handlemåder, og at de 3 handlemåder ikke kan adskilles. Dog er handlemåderne ikke altid lige fremtrædende i enhver sygeplejehandling. I forhold til patienten med EFA havde vi en forudantagelse om, at sygeplejerskerne ofte handlede problemløsende, og var fokuseret på den teknisk-instrumentelle del af sygeplejen (smerter og udfordringer med apparatur/ sårheling) fremfor relationen og omsorgen for patienten.

Med dette projekt ønskede vi at opnå en bredere forståelse af, hvorledes EFA påvirkede patienternes søvn samt deres øvrige udfordringer med EFA. Den viden skulle afdække om den æstetisk-ekspressive sygepleje var tilstrækkelig, og danne fundament for, at forbedre fremtidige patient-

forløb. På Ortopædkirurgisk afdeling O, Odense Universitetshospital blev vores bidrag til det nationale søvnprojekt dermed et udviklingsprojekt, hvor fokus var søvnen for patienter behandlet EFA.

Formål

Formålet med dette udviklingsprojekt var, at forbedre forløbet for patienter behandlet med EFA. Fokus var primært patientens søvn, men samtidig var det målet at etablere et samarbejde på tværs af afdelingens afsnit – sengeafsnit og behandlingsafsnit – for således at forbedre hele patientforløbet. Dette søgte vi at opnå ved:

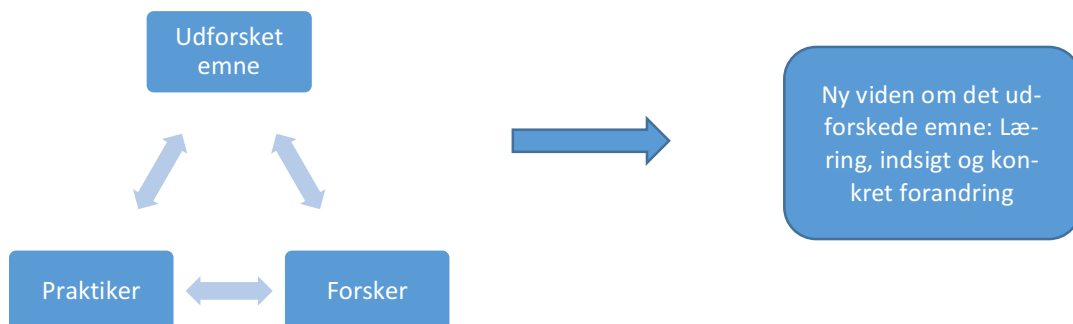
- at afdække hvorledes det at have EFA påvirkede patientens søvn efter udskrivelsen
- at benytte denne viden som fundament for at kunne øge handlekompetence for patienter med EFA
- at samarbejde på tværs af afsnit og benytte den erhvervede viden til at kvalificere hele patientforløb

Metode

Idet vi ønskede at afdække patienternes erfaringer og ved hjælp af denne viden, at kunne handle og kvalificere hele patientforløbet, blev aktionsforskning valgt som metodiske inspiration til udviklingsprojektet. Aktionsforskning indebærer informationsindsamling gennem *aktion* (8). Formålet man sigter mod har forrang, fremfor det at indsamle information. Den information, man indsamler, bringes tilbage til *aktionen* for at forbedre og raffinere den.

Aktionsforskning er udsprunget af organisations- og ledelsesforskning i England i 1950erne (8). Siden blev det taget op af den kritiske samfundsforskning i 1970erne, hvor man fandt det egnet til at udforske en kompleks virkelighed i konstant forandring gennem genforening af teori og praksis. Formålet med aktionsforskning er, at løse praktiske problemer *sammen med* de mennesker, der oplever problemet (9). Løsningen bliver således skabt i samarbejde mellem forsker og praktiker. Der er fokus på udvikling og forandring af praksis, *samtidig* med at denne studeres. På denne måde skabes læring, dybe indsigter og konkrete forandringer, som er søgt illustreret i nedenstående Figur.

Figur 2. Illustration af processen omkring samt udbytte ved aktionsforskning (inspireret af: (9)).



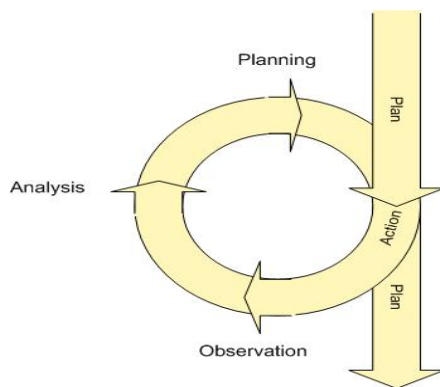
På baggrund af metodevalget og det faktum, at patientforløbet strakte sig over flere afsnit på hospitalet, blev der sammensat en projektgruppe på tværs af afdelingens afsnit. Gruppen bestod af en

sygeplejerske fra hvert af de to sengeafsnit, der havde patienter med EFA indlagt, to sygeplejersker ansat i afdelingens ambulatorium, med særligt kendskab til patienter tilknyttet afdelingens traumesektor samt afdelingens to udviklingsygeplejersker. Alle deltagere i projektgruppen havde erfaring med praksisfeltet og patientkategorien.

Processen

Empirien blev indsamlet i flere faser i fortløbende reflektive cyklusser som vist i Figur 3. Der blev løbende holdt møder med gruppens medlemmer for at reflektere over, diskutere og tilpasse den metodiske tilgang i forhold til dataindsamling samt fund.

Figur 3. Illustration af reflektive cyklusser (10).



Som beskrevet tidligere, er patienterne med EFA kun indlagt få dage postoperativt, hvorefter de ses i ambulante forløb, som strækker sig over adskillige måneder. Derfor besluttede arbejdsgruppen i første omgang, at søge viden omkring patienternes erfaringer med udfordringerne med EFA hjemme. Gruppen valgte derfor at interviewe patienterne i forbindelse med deres ambulante efterkontroller.

Spørgsmålene i interviewene omhandlede en scoring af søvnen på en skala fra 1-10 før og efter anlæggelse af EFA, hvor 10 er den bedst tænkelige søvn (med udgangspunkt i, at patienterne var vant til at score deres smerter via visual-analog-score, VAS). Vi ønskede også erfaring omkring vidensformidling/-indhentning: hvilken viden gav patienter udtryk for, at de havde fået fra sundhedsfaglige personaler om EFA, samt om og hvorledes de selv havde søgt viden. Slutteligt var vi interesseret i at vide, om der var sammenhæng mellem søvn og velvære, og hvorledes patienterne havde mestret såvel søvnproblemer som andre problemer med EFA.

For overskuelighedens skyld besluttede vi, at udføre telefoninterview af patienter med EFA, efter et af de postoperative kontrolbesøg i ambulatoriet. De kliniske sygeplejersker fra ortopædkirurgisk ambulatorium udleverede informationsmateriale om telefoninterviewet, hvorefter patienterne gav tilsagn til, om de ville ringes op dagen efter besøget i ambulatoriet. De sygeplejersker, som deltog i projektet, kontaktede på skift patienterne, og telefoninterviewet blev udført ud fra en struktureret interviewguide. Alle patienter accepterede en opringning. Sygeplejerskerne havde til tider lidt vanskeligt ved at få andet end korte svar på spørgsmålene. Nogle patienter ville hellere tale om andre ting eller virkede mindre interesseret, end da de var til stede i ambulatoriet. Patienternes svar og uddybende bemærkninger blev noteret i løbet af eller umiddelbart efter samtalen.

Efter syv interview afholdt gruppen evalueringsmøde. Interviewene blev gennemlæst og gennem refleksion over fundene og interviewform, blev denne ændret fra telefoninterview til face-to-face

interview i forbindelse med ambulatoriebesøg. Dette for at klargøre om face-to-face interviewformen kunne bidrage til ny viden. Efter endnu fire interview afholdt arbejdsgruppen endnu et evalueringssmøde, hvor man enedes om, at en delvis datamætning var nået. Interviewene blev renskrevet og patienternes udtalelser blev systematiseret med udgangspunkt i Malteruds (11) analysemetode opdelt i de fire trin: Helhedsindtryk, meningsbærende enheder, kondensering og sammenfatning.

Herefter valgtes at supplere data med praksiserfaring fra de øvrige sygeplejersker i sengeafdelingerne samt med praksiserfaring indhentet fra de såransvarlige hjemmesygeplejersker i tre kommuner samarbejdende med hospitalet. Der blev sendt brev til ledende sygeplejersker i kommunerne med formål og beskrivelse af undersøgelsen, samt medsendt spørgsmål ud fra samme områder, som fra patientinterviewene.

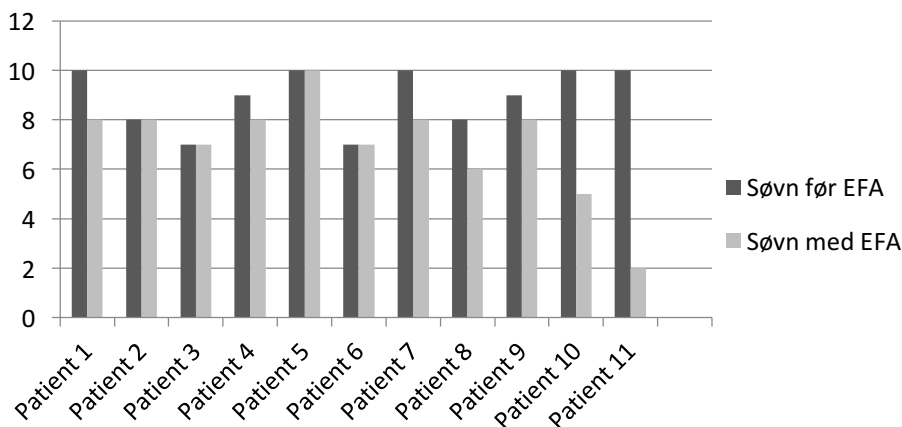
Den indsamlede viden fra såvel patienter som sygeplejersker i sengeafsnit og fra hjemmeplejen blev efterfølgende fremlagt for hele sygeplejegruppen i afdelingen i forbindelse med temaaftener.

Fund

I det følgende gennemgås fund som direkte eller indirekte påvirker patienternes søvn. Disse diskuteres op imod praksiserfaring fra patientforløbet på tværs af afsnit og sektorer.

Nedenfor er en skematisk illustration af, hvorledes patienterne vurderede deres søvn før og efter behandling med EFA. Som et bi-fund tydede patienternes svar på, at der ingen sammenhæng var mellem, hvor mange uger patienterne havde haft EFA på og deres scoring af søvnen.

Figur 4. Patienternes vurdering af deres søvn før og efter anlæggelse af EFA. Alle patienterne blev bedt om at score deres søvn på en VAS skala fra 1-10, hvor 10 var den bedst mulige søvn.



Hovedparten af patienterne gav altså udtryk for, at have sovet bedre før. I analyse af patienternes uddybende svar viste sig tre hovedtemaer:

- Faktorer, der påvirkede søvnen
- Viden om EFA
- Hvilken viden om EFA var nødvendig for at klare hverdagen hjemme ifølge patienterne?

Faktorer, der påvirkede søvnen

Flere faktorer påvirkede patienternes søvn. Rent fysisk gav patienterne udtryk for, at EFA var besværligt i forhold til lejring: det var i vejen, når de for eksempel skulle vende sig. Det skræbde

mod det modsatte ben og var skarpt. Det var tungt og varmt. Enkelte patienter gav også udtryk for, at det hindrede dem i normale søvnvaner – for eksempel kunne de kun sove på ryggen. Flere beskrev smerter forbundet med EFA i den første tid af behandlingsforløbet. For eksempel blev ødemprofylakse i form af elevation af benet, beskrevet som smertefuldt for nogle af patienterne. Senere i forløbet var det kun få, der nævnte, de havde smerter.

I forhold til de psykiske udfordringer gav flere patienter udtryk for, at de tænkte for meget om natten - specielt på benet og fremtiden. Andre følte sig stressede og var fyldt af ”mange tanker”. Én følte sig frustreret på grund af EFA, specielt når han blev opmærksom på det, og kunne ”blive hysterisk over det om natten”. Modsat de fysiske smerter, blev disse tanker ikke mindre længere henne i forløbet. Specielt ikke når patienterne nærmede sig kontrolbesøg og en eventuel fjernelse af apparaturet, som de ikke følte sig forberedte på.

”....det påvirker psyken og man er så træt ...Alting er besværligt....”

Dårlig nattesøvn påvirkede patienterne negativt, og de fik det ”dårligt psykisk”. Omvendt gik det bedre, hvis de fik en god søvn. Metoderne til mestring af søvnløshed var forskellige. Nogle tog mere smertestillende, én tog sovemedicin, én røg en cigaret eller en joint, én tændte sin IPAD. Resten forsøgte sig med frisk luft, ro og dybe vejrtrækninger. Det havde stor betydning for patienterne, hvis de ikke fik nok søvn. Så føltes alting besværligt.

Viden om EFA

Ingen af patienterne kendte til behandling med EFA før egen behandling. Ud af de elleve patienter gav seks udtryk for, de ikke følte de havde fået nok viden om EFA, eller hvordan man skulle klare sig i et forløb med dette. Resten følte sig velinformeret, delvis velinformeret eller gav udtryk for, at man fandt ud af det efterhånden. Det var imidlertid den fysiske viden, de følte sig velinformeret om, såsom at ligge med benet eleveret, anvende puder og brugen af rollator/ kørestol. To havde selv søgt viden om behandlingsmetoden ved at læse på internettet, og én havde spurgt andre, mens de restende ikke eller kun i begrænset omfang havde søgt viden for eksempel via søgning på Google.

Hvad havde betydning for mestring af hverdagen hjemme?

Flere af patienterne gav udtryk for, at en speciel lejring af benet var nødvendigt for at kunne sove. Det krævede masser af puder: bløde puder, lange puder fra knæhaserne til under foden, samt bløde puder mellem knæene og puder til at støtte hælen, så foden var understøttet. Desuden efterlyste de gode råd om tøj, særligt bukser. Enkelte gav udtryk for, de gerne ville have pakket noget omkring apparaturet, for at beskytte sig.

”.....Det skraber på det andet ben og er i vejen, når man skal vende sig....og så det også skarpt....det ville ha været godt hvis man havde fået noget med hjem fra sygehuset til at pakke omkring det ...en pose eller nogle puder eller sådan....”

Patienterne beskrev, at humøret er meget svingende når man havde EFA på. Flere tænkte meget på komplikationer, om bruddet voksede sammen som forventet og tidshorizonten for behandling med EFA. Det påvirkede psyken og de følte sig trætte. Alting var mere besværligt med EFA på. Når tiden nærmede sig, hvor apparaturet skulle fjernes, var de utrygge og bekymrede for dette og tiden efter. Én patient der havde været indlagt i længere tid udtrykte, at det var vigtigt at holde humøret oppe.

Generelt mente patienterne, at det havde stor betydning, at have nogle pårørende at støtte sig til, når de kom hjem, eller have nogen, man kunne spørge om hjælp. Men samtidig var forholdet til de pårørende også modsætningsfyldt, idet det betød afhængighed af andre.

”Man må jo bare acceptere tingene som de er...men det er svært, når man er afhængig af andre...på den anden side er det også vigtigt at nogen kan støtte én –Det betyder meget”

Praksiserfaring

Hjemmesygeplejerskernes erfaring var, at borgerne hurtigt tilpassede sig, men at hele forløbet krævede stor tålmodighed fra borgerne. Søvnens betydning var ikke i fokus, men borgernes humør beskrev de som ”meget svingende i hele forløbet” ligesom borgerne følte sig uforberedte og frygtede for dagen, når apparaturet skulle fjernes. Borgerne følte sig fysisk belastet af apparaturet og følte, at de skulle have det på i ”laaaaaang tid”.

”Mange føler, det er tungt og træls at have på – bukser skal klippes op - og det er i det hele taget svært, når de skal have tøj på.”

Endelig oplevede hjemmesygeplejerskerne, at patienterne var meget bekymrede over pin-hullerne og var fokuseret på at disse bliver rensset og skiftet korrekt:

”de holder nøje opsyn.. er bange for, om der skulle tilståede infektion i sårene.....kigger meget med om vi er grundige, når vi observerer og renser omkring pin-hullerne....og om forbindingen nu sidder korrekt og sådan...”

Sygeplejerskerne på sengeafsnittene oplevede, at det var svært for patienterne med nyanlagt EFA at falde i søvn - specielt den første nat. Dette kunne skyldes såvel smerter, dårlig lejring samt uro på afsnittet. Patienterne havde besvær med at mobilisere sig selv, såvel i sengen som udenfor denne. Sygeplejerskerne havde ligeledes besvær med at hjælpe patienten med at blive mobiliseret, idet benet med stativ følte meget tungt. Nogle af patienterne var bekymret for at benet ”faldt ud af sengen”. Patienterne havde ofte mange spørgsmål om behandlingen, hvordan den ville forme sig, tidsperspektivet mm. Spørgsmål som sygeplejerskerne følte, de havde svært ved at svare på.

Størstedelen af pleje-patientkontakten på sengeafdelingen var i form af den post-operative kontrol og pin-pleje, hvor der blev skiftet forbindelse og rensset omkring pin-huller. Ved disse skiftninger blev patienterne samtidig mundtligt og efterfølgende skriftligt informeret om efterforløbet ud fra pjece om pin-pleje.

Diskussion

Vores fund reflekterede viden fra studier om, at søvnen hos de ortopædkirurgiske patienter påvirkes negativt (4-6). Selve apparaturet var generende og medførte smerter i starten. Smerter, som også påvirkede søvnen. Patienterne blev informeret om nogle af de fysiske følger, men ikke de psykiske og sociale. Meget få patienter havde selv haft overskud til at søge viden om behandling med EFA. Natlige spekulationer affødt af usikkerheden omkring behandling og eventuelle komplikationer, påvirkede patienternes søvn negativt. Dette påvirkede patienterne psykisk, de oplevede uventede humørsvingninger og var utrygge ved forløbet og fremtiden. Patienterne udtrykte samtidig, at de i dagligdagen, var afhængige af andre, hvilket også påvirkede dem negativt.

Vores fund understøttede et svensk studie, der beskriver hvorledes behandlingen med EFA påvir-

ker den enkeltes daglige liv (12). I dette studie påvises, at patienterne havde behov for mere information, inden udskrivelsen. Patienterne, i studiet, var for eksempel nervøse for at støtte på benet hjemme, selvom det var en del af behandlingen. I studiet foreslås derfor et follow-up telefonopkald efter udskrivelsen.

I vores projekt afdækkede vi, at en stor del af patienterne vurderede deres søvn til at være dårligere under behandlingen med EFA end før behandlingen. Dette var nok ikke så overraskende, apparaturets beskaffenhed taget i betragtning. Mere overraskende var det, at så mange ortopædiskirurgiske patienter generelt havde søvnproblemer et år efter en fraktur, som det blev påvist i det amerikanske studie (3). Dette bekræfter, at man som sygeplejerske nødvendigvis også må have fokus på patientens grundlæggende behov i en specialiseret praksis, og bevare det sygeplejefaglige fokus i det tværfaglige samarbejde om patienten (13).

Patienterne i vores undersøgelse viste sig at have en pragmatisk tilgang til behandlingen med EFA. De tilpassede sig og accepterede ret hurtigt apparaturet hjemme. De fleste havde på forhånd ingen kendskab til behandlingsformen. De var dog generelt trygge ved EFA, men frygtede afslutningen på behandlingen, hvor apparaturet skulle fjernes. Sygeplejerskerne på tværs af sektorerne informerede patienterne samtidig med, de udførte de instrumentelle plejeopgaver i forbindelse med det eksterne apparatur i form af eksempelvis rensning og skiftning ved pin-hullerne. Patienterne kunne i vores studie ikke genkalde sig at have fået informationer. Det kunne dermed diskuteres, om timing af informationer og måden hvorpå disse præsenteres, er optimal.

På OUH er udviklet en app til patienterne om ”Mit forløb”. En mulighed kunne være, at informationsmaterialet til patienterne, såsom små filmklip med andre patienters erfaringer og mulighed for chatfunktion kan gøres tilgængeligt her. Dermed kunne den enkelte patient i højere grad selv vælge de informationer, de havde behov for på det ønskede tidspunkt. Chatfunktion med andre patienter med EFA kunne også være en løsning for at bryde den sociale isolation og afhængighed af andre, som patienterne oplever – både i vores undersøgelse samt påvist i review fra 2006 af 9 studier omhandlende de psykosociale og funktionelle konsekvenser af behandling med EFA (2).

Når en patient/et menneske udskrives med EFA, er det til en ændret og ukendt situation. Både fysiske, psykiske og sociale faktorer påvirker efterfølgende patientens dagligdag og søvn. Fysisk er patienten/mennesket i en restitueringsfase efter såvel traume, som operation og behandling. Dette gør, at man har behov for at hvile sig/sove i løbet af dagen. Omvendt er patienten fysisk hæmmet af apparaturet og opnår måske ikke en fysisk træthed på samme måde som før bruddet. Dette kunne måske betyde, at det natlige søvnbehov mindskes. Samtidig er der om natten ikke meget til at distrahere, hvorfor tanker og bekymringer kan få frit spil.

Fordele og ulemper ved undersøgelsen

Aktionsforskning som metodisk tilgang til vores undersøgelse var anvendelig og gavnlig, idet undersøgelsens fund søgtes løbende implementeret med henblik på forbedring af forløbet for patienter med EFA på tværs af afsnit. Men, at skulle samle alle deltagerne i projektgruppen var ofte en udfordring, idet den daglige kliniske drift havde første prioritet. Det at arbejde i de reflektive, iterative processer skærpede sygeplejerskerne opmærksomhed på, at deres handlinger omkring patienten fortrinsvis var af instrumentel karakter. De fik en øget forståelse for og viden til at kunne agere mere æstetisk ekspressivt - som beskrevet af Scheel – med hvilket menes, indlevelse i hvilket *menneske* det er, de har overfor sig (13). Ligeledes skærpede det sygeplejerskernes opmærksomhed omkring vigtigheden af inddragelse af andre patienters erfaringer i plejen. Således udvikles refleksionen over praksis og udførelsen af såvel grundlæggende som specialiseret sygepleje.

Vi er stadig i processen med at opnå en konkret forandring. At undersøge egen praksis oplevedes positivt, idet alle projektdeltagerne kendte systemets arbejdsgange. Omvendt blev sygeplejerskerne også opmærksomme på forudfattede holdninger om patienter og sygeplejerskernes arbejdsopgaver/- bidrag.

Konklusion

At være behandlet med EFA giver udfordringer af både fysisk, psykisk og social karakter. Vores projekt viste, at patienter følte de sov dårligere med EFA, og at de gjorde sig mange tanker og bekymringer om behandling og fremtid. Samtidig gav patienterne udtryk for, at de følte sig afhængige af andre og manglede viden til at takle dagligdagen, efter udskrivelsen med EFA. Undersøgelsen i projektet tydede på et gab mellem den formidlede sundhedsprofessionelle viden og erfaring og patienternes udtrykte behov.

Taksigelser

Tak til sygeplejersker fra OUH: Else Sandal Skov og Dorthe Seneca Christensen O.amb. samt Lotte Jakobsen, Line Marie Hansen og Mohammed Hussein El-Ali Afd. O2 og O4. Hjemmesygeplejersker fra Odense og Assens kommune. Og ikke mindst en stor tak til alle medvirkende patienter.

Referencer

- 1.Ulykkesanalysegruppen. OUH [Available from: <http://ouh.dk/wm140123>].
- 2.Patterson M. Impact of external fixation on adolescents: an integrative research review. *Orthopedic nursing*. 2006;25(5):300-8; quiz 9-10.
- 3.Shulman BS, Liporace FA, Davidovitch RI, Karia R, Egol KA. Sleep disturbance after fracture is related to emotional well-being rather than functional result. *Journal of orthopaedic trauma*. 2015;29(3):e146-50.
- 4.Buyukyilmaz FE, Sendir M, Acaroglu R. Evaluation of night-time pain characteristics and quality of sleep in postoperative Turkish orthopedic patients. *Clin Nurs Res*. 2011;20(3):326-42.
- 5.Dogan O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. *Journal of clinical nursing*. 2005;14(1):107-13.
- 6.Loppenthin K, Esbensen BA, Jennum P, Ostergaard M, Tolver A, Thomsen T, et al. Sleep quality and correlates of poor sleep in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*. 2015;34(12):2029-39.
- 7.Scheel ME. *Interaktionel sygeplejepsis*. 4 ed. Kbh.: Munksgaard; 2013. 288 sider p.
- 8.Reason P, Bradbury H. *Handbook of action research : the concise paperback edition*. London: Sage Publications; 2007. xxxii, 362 s., illustreret p.
- 9.Launsø L, Rieper O, Olsen Lf. *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. Kbh.: Nota; 2014. Available from: <https://nota.dk/bibliotek/bogid/626915>.
- 10.Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. *The action research planner : doing critical participatory action research*. Singapore: Springer; 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2>.
- 11.Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*. 2012;40(8):795-805.
- 12.Modin M, Ramos T, Stomberg MW. Postoperative impact of daily life after primary treatment of proximal/distal tibiafracture with Ilizarov external fixation. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(24):3498-306
- 13.Scheel ME. *Interaktionel sygeplejepsis*. København: Munksgaard; 2013.

Patienters nattesøvn og middagshvil forstyrres under indlæggelse på Ortopædkirurgisk Afdeling

Charlotte Dyhrberg, RN, MSP, cdb@regionsjaelland.dk
Sussie Skovbølling Bergsten, BN.

Ortopædkirurgisk Afdeling Sjællands Universitetshospital, Køge

Abstract

Baggrund. Internationale studier viser at indlagte patienter rapporterer om forstyrrelser af nattesøvn, idet søvnkvaliteten påvirkes af afdelingens arbejdsrutiner, støj og afdelingens fysiske rammer såsom lys og rumtemperatur.

Formål. Formålet med projektet var at undersøge om patienter indlagt på Ortopædkirurgisk Afdeling oplevede forstyrrelser under nattesøvn og middagshvil herunder at identificere eventuelle forstyrrelser.

Metode. Undersøgelsens design er en tværsnitsundersøgelse. Data er indhentet blandt 29 indlagte patienter, der har besvaret et modificeret spørgeskema. Spørgeskemaet er inspireret af The Pittsburgh Sleep Quality index (PSQI) og The Leeds sleep evaluation questionnaire (LSEQ), og er blevet tilføjet kategorier såsom toiletbesøg, smerter, generel støj, lys, rumtemperatur samt pleje og behandling på stue. Spørgeskemaet skal belyse årsager til forstyrrelse af nattesøvn og middagshvile. Til analyse anvendes deskriptiv statistik samt non-parametrisk analyse og Student's t-test.

Resultater. Undersøgelsen viste at informanternes nattesøvn var statistisk signifikant dårligere ($p < 0,001$) under indlæggelsen sammenlignet med nattesøvn hjemme, idet informanterne, målt på skala med tallene 1 – 10, scorede nattesøvn til 5,4 (middelværdi) under indlæggelsen og nattesøvn til 7,4 (middelværdi) hjemme. Informanternes gennemsnitlige nattesøvn hjemme var på 7,3 timer mod 6,5 timer under indlæggelsen, dog uden at være statistisk signifikant. Følgende årsager var de væsentligste forstyrrelser af nattesøvn: Toiletbesøg 41%, smerter 38%, generelt støj i afdelingen 17%, støj fra medpatienter 35% samt pleje og behandling på stuen 28%. Ortopædkirurgiske behandlingsteknikker såsom Kinetec-maskine og ubekvem halskrave havde en negativ indvirkning på nattesøvn. Af forstyrrelser under middagshvilet rapporterede informanterne toiletbesøg 7%, generelt støj i afdelingen 7% samt besøgende på stuen 7%.

Konklusion. Undersøgelsen viste, at patienter indlagt på Ortopædkirurgisk Afdeling forstyrres under nattesøvn og middagshvil. Den kliniske retningslinje: "Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter 2014" giver inspiration til at mindske forstyrrelser ved en række sygeplejefaglige initiativer samt implementering af *Quiet time* en til to gange i døgnet.

Baggrund

Da Nationalt Videnscenter for Ortopædkirurgiske Sygeplejersker (VIDOKS) i 2015 igangsatte et nationalt projekt, med søvn og ortopædkirurgiske patienter som tema, blev vi, som ortopædkirurgiske sygeplejersker (projektgruppen), inspireret til at deltage med fokus på søvnproblematikker på egen afdeling.

Baggrunden for projektet er den gængse opfattelse, blandt afdelingens sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, at patienternes mulighed for søvn og hvile, under indlæggelse, bliver begrænset af en række forstyrrelser. Personalet har en formodning om, at forstyrrelserne har indflydelse på både nattesøvnen og middagshvilet og skyldes medpatienter, besøgende og fysiologiske forhold såsom smerter. Personalet oplever særligt afdelingens arbejdsrutiner i forhold til IV medicinering, måling af patientens basale værdier, stuegang, afrydning af service efter måltider, træning ved fysioterapeut samt generel støj i afdelingen som havende indflydelse på om der er ro omkring patienten.

I litteraturen er der lokaliseret studier, der undersøger patientoplevede forstyrrelser af søvn under indlæggelse. Tre artikler fra henholdsvis Italien, Tyrkiet og Korea præsenterer alle kvantitative studier, hvor indlagte patienter selvrapporterer deres søvnkvalitet. I det italienske studie rapporterede 33% ud af 99 adspurgte indlagte medicinske patienter, at deres søvnkvalitet var påvirket af det omgivende miljø (afdelingens rutiner). Lydniveauet i afdelingen viste sig at være højere end anbefalingerne for et sengeafsnit, men sammenlignet på tværs af tid og type af sengestuer viste resultatet ikke at have betydning for patienternes søvnkvalitet (1). I det tyrkiske studie indgik 411 kirurgiske patienter, der indrapporterede om søvnforstyrrelser i forbindelse med deres indlæggelse. Af forstyrrelser indrapporterede patienterne bl.a. pleje og behandling udført i nattetimer 86,4%, luft og temperatur på sengestuen 80,1%, bekymringer 72,3% samt sengestuens belysning om natten 72,0%. Studiets resultater viste, at patienter i den præ- og postoperative periode ikke fik søvn nok, hvorfor sygeplejersker blev opfordret til at forbedre de fysiske vilkår for søvn. Denne forbedring ville indbefatte en koordineret multidisciplinær indsats og en involvering af ledelsen (2). I det koreanske studie blev støjniveauet på 29 sengestuer målt via et støjdosisimeter, og sammenholdt med 103 indlagte øre-, næse- og hals patienters selvrapporterede søvnforstyrrelser. Middelværdien af den vedvarende støj for 24 timer var 63,5 decibel A (dBA), hvilket var betydeligt højere end WHO's anbefalede 30 dBA for sengestuer. 86% af patienterne rapporterede om dårlig søvnkvalitet. Søvnforstyrrelserne var her, i modsætning til det italienske studie, statistisk signifikant knyttet til stigende støjniveau i afdelingen (3).

På trods af at studierne ikke har en dansk kontekst og kan være præget af geografiske og kulturelle forskelle, understøtter studierne personalets opfattelse af, at indlagte patienter oplever forstyrrelser under nattesøvn og middagshvil. Forstyrrelserne står i modsætning til afdelingens intention om at patienten har ret til søvn og hvile. Ifølge afdelingens pjecer "Velkommen til Ortopædkirurgisk Afdeling sengeafsnit (4) og "Information til pårørende" (5) skal der være ro på afdelingen mellem kl. 22 – 07 og kl. 12 – 14 af hensyn til patientens nattesøvn og middagshvil. Pjecernes anbefalinger opleves som vanskelige at håndhæve, da de ikke er kendt af alle sundhedsprofessionelle, med tilknytning til afdelingen, eller at de nedprioriteres i forhold til afdelingens organisatoriske forhold og arbejdsrutiner.

To sygeplejestuderende gennemførte i efteråret 2014 en undersøgelse i afdelingen. Undersøgelsen involverede fire patienter på en 4-sengsstue. Ved observationer på stuen blev både de natlige og middagshvilets forstyrrelser, af den enkelte patient, registreret. Det viste sig, at hvor det i nattetimerne primært var patienterne der forstyrrede hinanden, så var det personalet, der var den primære kilde til forstyrrelser under middagshvilet (6).

Projektgruppen finder det interessant om personalets oplevelse af forstyrrelser deles af patienten. Oplever patienten forstyrrelser under nattesøvnen og middagshvilet? Hvilke forstyrrelser oplever

patienten? Er der noget, der er mere forstyrrende end andet? I så fald - er det muligt at identificere, og på sigt, at ændre ved forhold, der forstyrrer patientens nattesøvn og middagshvil?

Undersøgelsesspørgsmål

På baggrund af sygeplejerskernes oplevelser og fund i litteraturen, blev undersøgelsen gennemført med følgende to antagelser: *At patienter indlagt på ortopædkirurgisk afdeling oplever forstyrrelser, der forhindrer mulighed for nattesøvn og middagshvil, samt at de patientoplevede forstyrrelser af nattesøvn og middagshvil er tæt knyttet til organisatoriske forhold såsom arbejdsrutiner og afdelingens fysiske rammer for nattesøvn og middagshvil.*

Formål

Formålet med projektet var at undersøge om patienter indlagt på Ortopædkirurgisk Afdeling oplevede forstyrrelser under nattesøvn og middagshvil herunder at identificere eventuelle forstyrrelser.

Metode

Design

Undersøgelsen er designet som en tværsnitsundersøgelse, hvor data om eksponering og udfald blev indsamlet (7). Eksponering var informantens oplevede forstyrrelser og udfald var informantens vurdering af nattesøvn og middagshvil. Tværsnitsundersøgelsen skulle betragtes som en stikprøve blandt en gruppe på 30 indlagte patienter, hvor det blev tilstræbt at gruppen af informanter var repræsentative for de patienter, der indlægges på Ortopædkirurgisk Afdeling (8). Data blev indsamlet via et spørgeskema.

Inklusion af informanter

Informanten skulle være planlagt eller akut indlagt på et af afdelingens to sengeafsnit, indlagt i 48 timer eller derover, skulle/kunne tale/skrive eller forstå dansk, være 18 år eller derover og ikke have kognitive forstyrrelser. Forud for besvarelsen af spørgeskemaet blev alle informanter screenet for ikke erkendte kognitive vanskeligheder ved en MMSE-test. Scoren 25 blev anvendt som skæringspunkt, således at alle der havde en score på 25 eller derover blev inkluderet i spørgeskemaundersøgelsen (10).

Udvikling af spørgeskema

Ved litteratursøgning blev der identificeret to validerede spørgeskemaer, som begge var udarbejdet og anvendt i det psykiatriske felt (1-3). Begge spørgeskemaer blev ligeledes anvendt til selvrapportering af søvnkvalitet hos patienter med sygdomme fra andre specialer (1-3). The Pittsburgh Sleep Quality index (PSQI), er et selvurderingsskema specielt designet til at måle psykiatriske patienters søvnkvalitet, på baggrund af deres udbredte søvnklager. Spørgeskemaet anvendtes til vurdering af søvnkvaliteten og forstyrrelser i løbet af en 1-månedes tidsinterval. 19 enkelte spørgsmål genererede score indenfor komponenter: Subjektive søvnkvalitet, søvnlatenstid, søvnvarighed, sædvanligt søvneffektivitet, søvnforstyrrelser, brug af sovemedicin, og dysfunktion i dagtimerne (11). The Leeds sleep evaluation questionnaire (LSEQ) er et selvurderingsskema med en visuel analog skala (100 mm lineal). Denne analog skala anvendtes til at informanter kunne foretage en selvurdering af deres søvn og opvågning. Behandlingseffekten af medicin, målt ved LSEQ blev opgjort i fire kategorier: At falde i søvn, søvnkvalitet, at vågne og adfærd efter at være vågnet.

Med inspiration fra litteraturen blev der konstrueret et modificeret spørgeskema med afsæt i både PSQI og LSEQ (3) samt indarbejdet en række kategorier for øvrige forstyrrende årsager, der blev udvalgt ud fra afdelingens kontekst (2). De udvalgte spørgsmål, samt de søvnforstyrrende årsager, blev oversat fra engelsk til dansk og sprogligt bearbejdet, for at sikre at ordvalget modsvarede relevante danske begreber (13).

I det modificerede spørgeskema blev spørgsmål fra PSQI anvendt til at indhente data om informantens søvnmønster, der inkluderede både nattesøvn og middagshvil hjemme og under indlæggelsen. LSEQ er blevet anvendt med henblik på at sammenholde informanternes vurdering af nattesøvn hjemme og under indlæggelsen. Herfra blev anvendt en skala med tallene 1-10, hvor 1 var ”sovet dårligt” og 10 var ”sovet godt” samt en afkrydsningsmulighed til oplysning om anvendelse af sovemedicin hjemme og under indlæggelsen. Forstyrrende årsager blev opstillet som afkrydsningsmuligheder af henholdsvis nattesøvn og middagshvil hjemme og under indlæggelsen. Enkelte spørgsmål blev efterfulgt af åbne svarmuligheder, hvor informanten kunne oplyse om ”anden årsag” til forstyrrelser af nattesøvn og middagshvil, samt afslutningsvis kunne knytte generelle bemærkninger, hvis informanten ønskede at videregive oplysninger om nattesøvn og middagshvil. Spørgeskemaet blev konstrueret som et struktureret spørgeskema med i alt 16 lukkede spørgsmål, der blev opdelt i fire svarkategorier omhandlende demografiske data, vanlig mønster i nattesøvn/middagshvil herunder forstyrrelser hjemme, nattesøvn og forstyrrelser under indlæggelsen samt mulighed for middagshvil under indlæggelsen.

Spørgeskemaet blev uddelt til informanterne, som efterfølgende selv besvarede spørgsmålene. Der blev taget hensyn til informanterne ved at spørgeskemaet var selvforklarende. Spørgsmålene var korte og enkle i formuleringen og sprogligt bearbejdet for at undgå vanskelige og/eller tvetydige ord og begreber (14). Hver svarkategori blev indledt med en tekst, der kort oplyste svarpersonen om ideen med de følgende spørgsmål. Spørgeskemaet blev inddelt i afsnit for at lette overskueligheden og læseligheden for patienten, samt øge motivationen til at besvare spørgeskemaet (13).

Pilotundersøgelse

Der blev gennemført en mindre pilotundersøgelse med det formål, at teste spørgeskemaets formuleringer af spørgsmål og svarkategorier, samt afdække om spørgeskemaet kunne indhente relevante data, der besvarede projektets undersøgelsesspørgsmål (14).

Til pilotundersøgelsen blev der udvalgt 10 svarpersoner. Pilotgruppen repræsenterede et bredt udsnit af afdelingens patientgrundlag, der kunne inkluderes i undersøgelsen. Dette gav mulighed for at få et indblik i om alle kunne besvare spørgeskemaet eller om der var særlige aldersgrupper og/eller personer, der af sociale årsager, ville have vanskeligt ved at besvare hele eller dele af spørgeskemaet (13).

Svarpersonerne blev bedt om at besvare spørgeskemaet, som var de en del af spørgeskemaundersøgelsen. Yderligere blev de bedt om at knytte kommentarer til de spørgsmål, som de fandt svært forståelige, irriterende eller på anden måde kritisable, samt at noterer hvor lang tid de havde brugt på at besvare spørgeskemaet, og om dette ville have afholdt dem fra at besvare spørgeskemaet, hvis de havde modtaget det ved en spørgeskemaundersøgelse (13).

Kommentarerne fra svarpersonerne blev kategoriseret og indarbejdet i spørgeskemaet, efter en vurdering og refleksion over betydningen for de fremtidige spørgeskemasvar. Tidsforbruget blev indarbejdet i informationsmaterialet til undersøgelsens fremtidige informanter. Svarpersonernes svar

på spørgeskemaet blev opgjort, som var besvarelsene en del af den ”rigtige” undersøgelse. Herefter blev anvendeligheden af spørgeskemaets spørgsmål vurderet i forhold til om de kunne generere svar, der kunne besvare undersøgelsesspørgsmålet (13).

Indsamling af data

I en to ugers periode blev der på hverdage indsamlet data via spørgeskemaet. Dataindsamlingen blev varetaget af projektgruppen, som begge har ansættelse i afdelingen. Der blev indsamlet data i ni ud af 11 mulige dage. Informanter blev identificeret af projektgruppen ud fra en dagligt opdateret afsnitsliste. Her var patienterne registreret i forhold til indlæggelsesdato og – årsag, placering på afsnittet, navn og CPR/alder, problematikker samt behandlings- og /plejebenhov. De patienter, der opfyldte inklusionskriterierne, ud fra afsnitslisten, gennemførte MMSE-testen og blev inkluderet i undersøgelsen ved en score på 25 eller derover.

For at kvalificere inklusionen blev de inkluderede patienter drøftet med afsnittets øvrige personale. Her blev eventuelle tvivlsspørgsmål afklaret i forhold til patienter med eventuelle sproglige vanskeligheder og/eller med angivet kognitive problematikker. Efterfølgende blev de inkluderede patienter registreret som spørgeskemaundersøgelsens informanter.

Analyse

Data blev opgjort deskriptivt for at afklare, om patienterne oplevede forstyrrelser under nattesøvn og middagshvil. Søvnlængden hjemme og under indlæggelse blev analyseret med non-parametriske tests, da nattesøvnen under indlæggelse ikke var normalfordelt (Kruskall-Wallis test, Proc Npar1way, SAS version 9.4, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Søvnscoren hjemme og under indlæggelse var begge normalfordelte, og der blev anvendt 2-sidet Students t-test (dobbelstikprøve, forskellig varians) i Excel (Microsoft Office Professional Plus 2013). Det var tilstræbt, at der kunne opnås identiske resultater ved anvendelse af undersøgelsens metode og principper ved en gentagelse af projektets undersøgelse (9).

Etiske overvejelser

Patienten fik udleveret et informationsbrev om anonymisering af patienten som informant, undersøgelsens formål, fremgangsmåde og resultaternes anvendelse. Informationsbrevet blev fulgt op med en mundtlig information, hvor eventuelle tvivlsspørgsmål blev afklaret. Der blev indhentet skriftligt samtykke fra patienten.

I forhold til gennemførelsen af MMSE-test blev patienten oplyst om, at formålet udelukkende var af interesse for undersøgelsen med henblik på at validere resultatet, og ikke for at diagnosticere eventuelle kognitive problemstillinger. Det blev gjort klart for patienten at deltagelse eller fravælgelse af deltagelse som informant både før og under besvarelse af spørgeskema ikke fik konsekvenser for patientens aktuelle eller fremtidige behandling i sundhedsvæsenet.

Der blev givet tilladelse til opbevaring, behandling af data og undersøgelse under Region Sjællands paraplyanmeldelse til Datatilsynet, jf. j.nr. 2008-58-0020 (Region Sjællands j.nr. 16-000032).

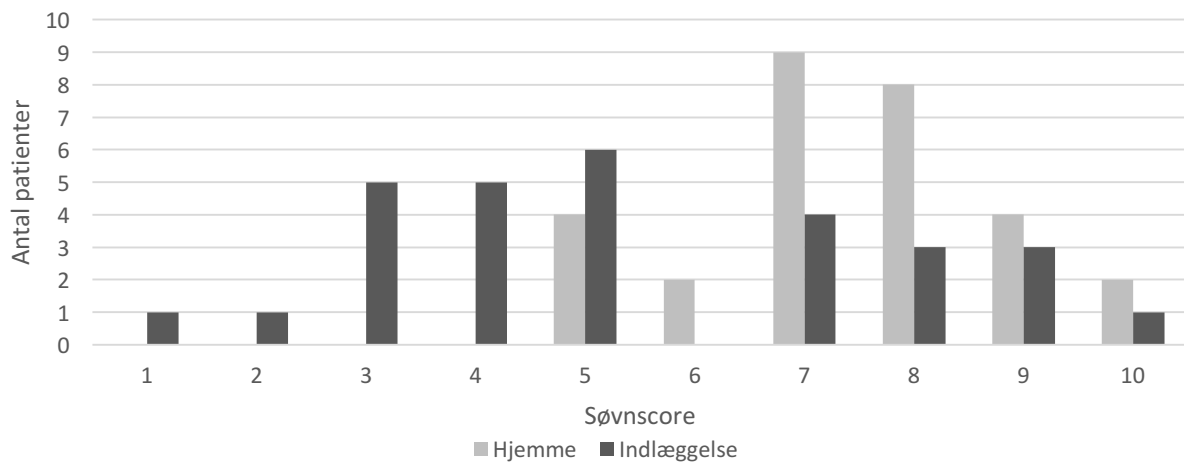
Resultater

29 ud af 30 informanter svarede på spørgeskemaet, én informant udgik af undersøgelsen, da vedkommende ikke ønskede at deltage. De 30 informanter, der fik spørgeskemaet, var udvalgt af en

gruppe på 63 mulige. Undersøgelsens informanter havde en gennemsnitsalder på 58 år (26-89) og 55% var mænd.

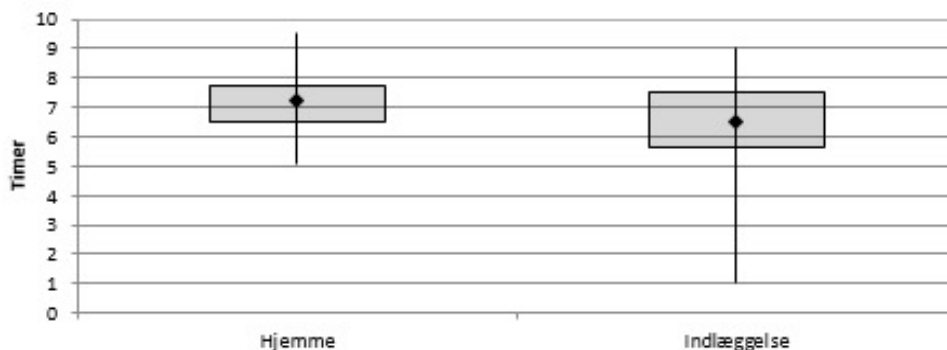
Undersøgelsen viste at informanternes nattesøvn var statistisk signifikant dårligere ($p < 0,001$) under indlæggelsen sammenlignet med nattesøvn hjemme, idet informanterne, målt på skala med tallene 1 – 10, scorede nattesøvn til 5,4 (middelværdi) under indlæggelsen og nattesøvn til 7,4 (middelværdi) hjemme (Figur 1).

Figur 1. Scoren af den vurderede nattesøvn hjemme og under indlæggelse målt på skala med tallene 1-10, hvor 1 var "sovet dårligt" og 10 var "sovet godt" (n=29)

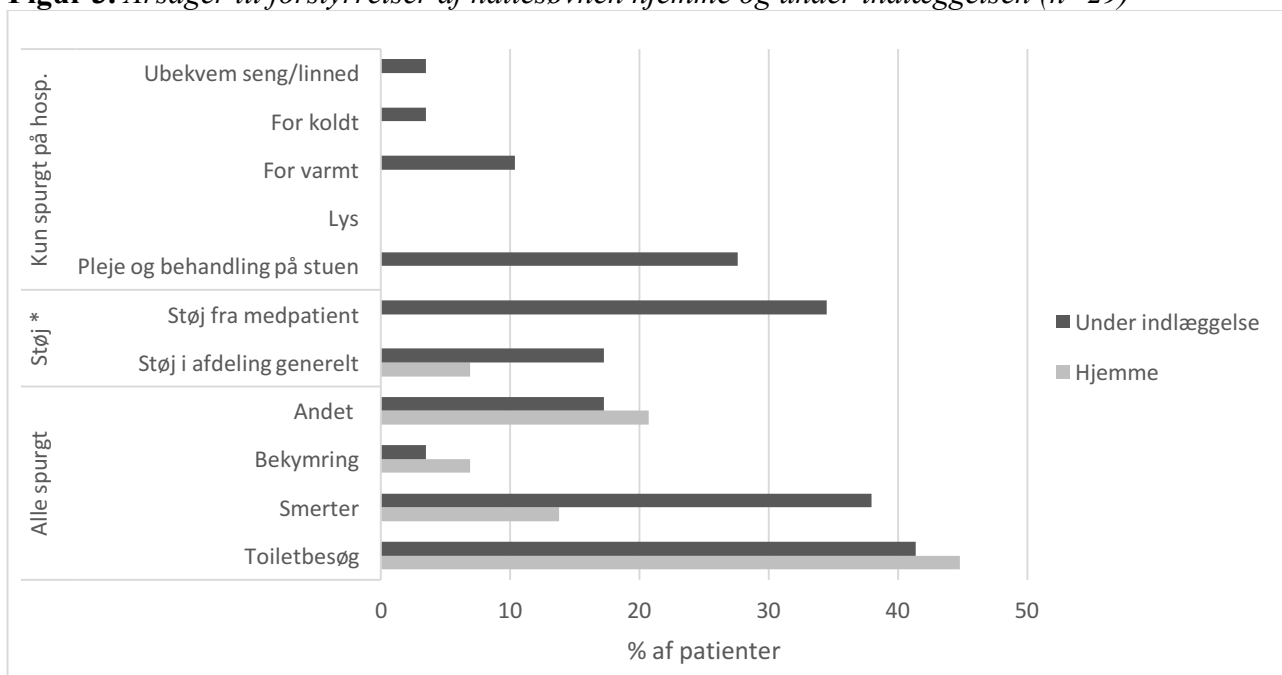


Undersøgelsen viste at informanterne havde en kortere nattesøvn under indlæggelsen end hjemme, forskellen var dog ikke statistisk signifikant ($p = 0,23$). Informanternes rapporterede 9,5 timer som længste nattesøvn og 5,0 timer som korteste nattesøvn hjemme. Under indlæggelse rapporterede informanterne 9,0 timer som længste nattesøvn og 1,0 time som den korteste nattesøvn. Den gennemsnitlige nattesøvn var 7,3 timer hjemme og 6,5 time under indlæggelsen (Figur 2).

Figur 2. Antal timers nattesøvn hjemme og under indlæggelsen (seneste nat) (n=25). Median, 25% og 75% percentil.



Figur 3. Årsager til forstyrrelser af nattesøvnen hjemme og under indlæggelsen (n=29)



* Hjemme kun spurgt om støj samlet (lys grå søjle).

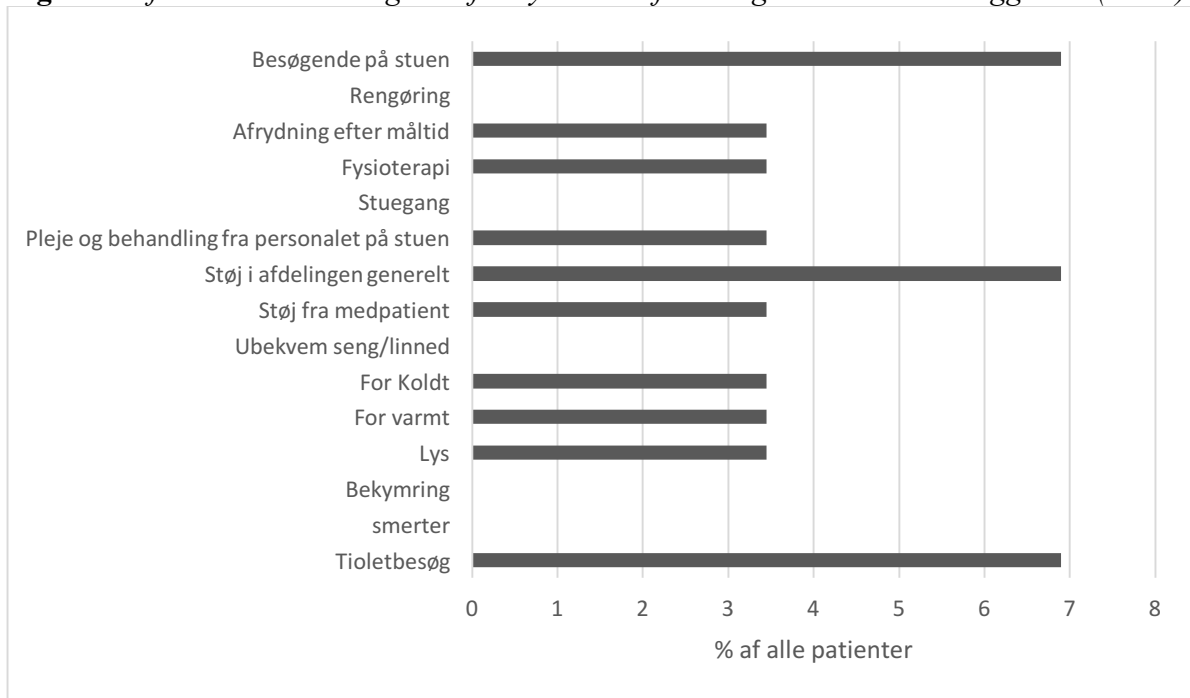
Årsager til forstyrrelser af nattesøvnen hjemme og under indlæggelse er angivet i Figur 3. Forstyrrelserne under indlæggelsen blev uddybet idet informanterne rapporterede støj fra maskiner i skyl-lerum, pumpe til luftmadras, støj fra medpatienter såsom snorken samt uenighed om lys niveau og anvendelse af tv på stuen. Af forstyrrelser i forhold til pleje og behandling rapporterede informanterne IV medicinering kl. 24.00, fjernelse af dræn, ophængning af poser (iv væske/medicinering) samt en oplevelse af at blive vækket af personalet ved tilsyn og måling af værdier. To informanter angav at være generet henholdsvis af en Kinetec-maskine, samt en ubekvem halskrave. Her udtrykte den ene informant:

”Det er nok generelt svært at sove et fremmede sted, men når man har krave om halsen og ikke i stand til at røre sig så er det problematisk.”

Forstyrrelser af middagshvilet er angivet i Figur 4. 79% af informanterne rapporterede et behov for middagshvil under indlæggelse, hvoraf 24% af informanterne ikke havde brug for middagshvil hjemme. Én informant har uddybet forstyrrelserne og gav udtryk for:

”Gardiner slipper næsten al lys ind selv om natten så man kan aldrig få helt mørke og middagslur er umuligt for mig.” En anden informant har udtrykt: *”Fuld forståelse for nødvendigheden af at blive vækket med henblik på blodtryksmåling, blodprøver, medicin og antibiotika. Er meget tolerant i forhold til forstyrrelser under middagshvilet.”*

Figur 4. Informanternes årsager til forstyrrelser af middagshvil under indlæggelsen (n=29)



Diskussion

Undersøgelsen viste at informanternes nattesøvn var statistisk signifikant dårligere under indlæggelsen sammenlignet med nattesøvn hjemme. Informanternes nattesøvn var kortere under indlæggelsen end hjemme, men her var forskellen ikke statistisk signifikant. Nattesøvnen blev under indlæggelsen primært forstyrret af toiletbesøg, smerter, generel støj i afdelingen, støj fra medpatienter samt pleje og behandling på stuen. Middagshvilet var præget af forstyrrelser, hvor toiletbesøg, generel støj i afdelingen, og besøgende på stuen blev rapporteret som de væsentligste årsager.

Undersøgelsen viste, at informanternes søvn og hvile blev påvirket af afdelingens organisatoriske forhold som arbejdsrutiner og fysiske rammer, hvilket understøttes af internationale studier (1-3). Undersøgelsen, der var baseret på besvarelser fra 29 informanter, bekræftede antagelserne om: *At patienter indlagt på Ortopædkirurgisk Afdeling oplever forstyrrelser, der forhindrer mulighed for nattesøvn og middagshvil, samt at de patientoplevede forstyrrelser af nattesøvn og middagshvil er tæt knyttet til organisatoriske forhold såsom arbejdsrutiner og afdelingens fysiske rammer for nattesøvn og middagshvil.*

Forstyrrelser der forringede nattesøvn under indlæggelsen

Informanterne rapporterede toiletbesøg som årsag til forstyrrelse af nattesøvnen. Resultater omkring forstyrrelser af toiletbesøg viser ingen markant forskel under indlæggelsen og hjemme. Smerter viste sig ligeledes at være forstyrrende for nattesøvnen. Her viste resultaterne, at der var en markant stigning i smerter under indlæggelse i forhold til hjemme. Af særlig relevans for den ortopædkirurgiske sygepleje fremkom to informanter med bemærkninger om, at nattesøvnen var forstyrret af henholdsvis en Kinetec-maskine samt en ubekvem halskrave. Dette bør henlede opmærksomheden på, at ortopædkirurgiske behandlingsteknikker kan have betydning for nattesøvnen. Den kliniske retningslinje ”Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af

søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter 2014” giver inspiration til at mindske forstyrrelser ved en række sygeplejefaglige interventioner, der inkluderer planlægning af væsketerapi, hvor mindre væskeindtag tillades i aften timerne, en dækkende smerteplan samt at imødekomme patientens basale behov ved sengetid såsom toiletbesøg, sufficient smertedækning og optimal lejring af patienten (15).

Informanterne rapporterede generel støj i afdelingen som forstyrrende for nattesøvnen. Det er ikke muligt at sige om afdelingens generelle støjniveau overstiger WHO's anbefalede 30 dBA (3) da støj i afdeling ikke blev målt. Resultatet tenderer dog mod resultater i internationalt studie, hvor der ses en statistisk signifikant sammenhæng mellem søvnforstyrrelser og støj (3). Som respons på informanternes rapporteringer om generel støj i afdelingen kunne det være interessant at måle og nedsætte afdelingens støjniveau ved at rette en øget opmærksomhed mod aktiviteter i afdelingen.

Informanterne rapporterede om forstyrrelser af nattesøvnen ved pleje og behandling på stuen. Lignende resultater er fundet i et internationalt studie, hvor op mod 86% adspurgte patienter rapporterede om forstyrrelser i forbindelse med pleje og behandling i nattetimer. Undersøgelsens resultat giver en indikation af, at personalet kan drøfte og tilrettelægge arbejdsrutiner i forbindelse med eksempletvis IV medicinering, måling af patientens basale værdier samt andre ikke akutte opgaver, så patienternes nattesøvn forstyrres mindst muligt i tidsrummet fra kl. 22 – 07 (15).

Forstyrrelser der forringede middagshvil på afdelingen

79% af informanterne rapporterede et behov for middagshvil under indlæggelsen, hvoraf 24% ikke benyttede sig af middagshvil hjemme. Årsagen til behovet for middagshvil er uvist, da det ikke blev undersøgt. Informanterne rapporterede toiletbesøg, generel støj i afdelingen, og besøgende på stuen som væsentlige årsager til forstyrrelser. Derudover blev der rapporteret om forstyrrelser fra medpatienter, fysioterapi og afrydning efter måltid. Resultaterne viste, at afdelingens princip om ro på afdelingen i tidsrummet kl. 12 - 14 ikke blev håndhævet (4). Af andre forstyrrende årsager rapporterede informanter om temperatur- og lysforhold på stuen som forstyrrende. Enkelte informanter kommenterede gener ved lys fra vindue (både i dagtimer og nattetimer) samt en accept af at blive forstyrret ved pleje og behandling. Undersøgelsens resultater er for sparsomme til at konkluderer i forhold til middagshvilet.

Generelt om nattesøvn og middagshvil for den indlagte ortopædkirurgiske patient

Internationale studier viser, at indlæggelse har betydning for patientens habituelle søvnmønster, med påvirkning af REM- og SWS søvn. Oplevelsen af søvnkvalitet, søvnlængde samt evne til at falde i søvn påvirker kirurgiske patienter i den præoperative og den postoperative fase (2). Denne viden sammenholdt med undersøgelsens resultat bør ligge til grund for en række tiltag for at skabe den fornødne ro omkring patienten under nattesøvn og middagshvil.

Der blev fundet en tendens til at nattesøvnen under indlæggelsen var kortere end hjemme, hvilket bekræfter at nattesøvnen påvirkes af forstyrrelser under indlæggelsen og viser vigtigheden af at organiseringen af sygeplejen tilgodeser patientens nattesøvn (2).

For at fremme ro i afdelingen og hermed minimere forstyrrelser af nattesøvn og middagshvil bør personalets være i besiddelse af viden om søvn og hvile (2). Implementering af *Quiet time* med princippet om at skabe ro i afdelingen i en afgrænset periode en til to gange i døgnet og med restriktioner i forhold til besøg af pårørende, patienters forstyrrende aktiviteter på stuen, og persona-

lets bevægelser og behandlingsaktiviteter kunne understøtte bestræbelser på at minimere forstyrrelser af patienternes nattesøvn og hvile (15). Endvidere kunne der rettes en opmærksomhed på afdelingens fysiske rammer, hvor lys- og temperaturforhold på stuerne blev tilpasset nattetimer og middagshvilet.

Undersøgelsens styrker og svagheder

Det er en styrke for undersøgelsen, at der er gennemført en pilotundersøgelse før selve undersøgelsen. Undersøgelsens svaghed er primært, at udvikling og validering af spørgeskemaet ikke er udført ud fra en anerkendt model. Spørgeskemaet viste en svaghed, da ikke alle informanter kunne besvare spørgsmålet om søvnvarighed, hvorfor spørgsmålet må have været uklart. Det er tilstræbt, at informanterne i tværnsnitsundersøgelsen var repræsentativt udvalgte. Ikke alle mulige indlagte patienter indgik i dataindsamlingen, dermed er der ikke sikkerhed for at informanterne er repræsentative for afdelingen. På trods af undersøgelses svagheder genfindes vores resultater ligeledes i andre tilsvarende internationale studier.

Konklusion

Undersøgelsen viste, at informanternes nattesøvn var statistisk signifikant dårligere under indlæggelsen sammenlignet med nattesøvn hjemme. Informanternes nattesøvn var kortere under indlæggelsen end hjemme, men her var forskellen ikke statistisk signifikant. Nattesøvnen blev under indlæggelsen primært forstyrret af toiletbesøg, smerter, generel støj i afdelingen, støj fra medpatienter samt pleje og behandling på stuen. Middagshvilet var præget af forstyrrelser, hvor toiletbesøg, generel støj i afdelingen, og besøgende på stuen blev rapporteret som de væsentligste årsager.

To informanter angav, at være generet henholdsvis en Kinetec-maskine samt en ubekvem halskrave, hvilket havde en negativ indvirkning på nattesøvnen. Enkelte kommenterede at gardiner slipper lys ind både om natten og under middagshvilet hvilket begrænsede muligheden for søvn. Ligeledes var der en accept af at blive vækket under middagshvil med henblik på blodtryksmåling, blodprøver, medicin og antibiotika, og en tolerance i forhold til forstyrrelser under middagshvilet.

Undersøgelsen viste, at informanternes søvn og hvile blev påvirket af afdelingens organisatoriske forhold som arbejdsrutiner og fysiske rammer, hvilket understøttes af internationale studier (1-3). Undersøgelsen, der var baseret på besvarelser fra 29 informanter, bekræftede antagelserne om: antagelserne om: *At patienter indlagt på Ortopædkirurgisk Afdeling oplever forstyrrelser, der forhindrer mulighed for nattesøvn og middagshvil, samt at de patientoplevede forstyrrelser af nattesøvn og middagshvil er tæt knyttet til organisatoriske forhold såsom arbejdsrutiner og afdelingens fysiske rammer for nattesøvn og middagshvil.*

Den kliniske retningslinje ”Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter 2014” giver inspiration til at mindske forstyrrelser ved en række sygeplejefaglige interventioner, der inkluderer planlægning af væsketerapi, hvor mindre væskeindtag tillades i aftentimerne, en dækkende smerteplan samt at imødekomme patientens basale behov ved sengetid såsom toiletbesøg, sufficient smertedækning og optimal lejring af patienten. Endvidere kan der indføres *Quiet time* en til to gange i døgnet (15).

Referencer

1. Bano M, Chiaromanni F, Corrias M, Turco M, De Rui M, Amodio P, et al. The influence of environmental factors on sleep quality in hospitalized medical patients. *Front Neurol.* 2014;5:267.
2. Yilmaz M, Sayin Y, Gurler H. Sleep quality of hospitalized patients in surgical units. *Nurs Forum.* 2012;47(3):183-92.
3. Park MJ, Yoo JH, Cho BW, Kim KT, Jeong WC, Ha M. Noise in hospital rooms and sleep disturbance in hospitalized medical patients. *Environ Health Toxicol.* 2014;29:e2014006.
4. Ortopædkirurgisk Afdeling. Velkommen til Ortopædkirurgisk Afdeling sengeafsnit H3. Køge: Region Sjælland, Køge Sygehus, 2014.
5. Ortopædkirurgisk Afdeling. Information til pårørende. Køge: Region Sjælland, Køge Sygehus, 2014.
6. Fuglsang D, Henriksen T. Hviletid 12.30 - 14 er det så vigtigt? 2014.
7. Madsen MS-L, Katrine. Den epidemiologiske forskningsmetode. In: Vallgård SK, Lene, editor. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab.* 3 ed. København: Munksgaard; 2007. p. 243-82.
8. Juul Sf. *Epidemiologi og evidens.* 2 ed. Kbh.: Munksgaard; 2012. 293 sider, illustreret p.
9. Borg TB, Åse. Forskningsbaseret ergoterapi. In: Borg T, editor. *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet.* 2 ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2007. p. 717-53.
10. Schultz-Larsen Jürgensen K, Kørner A. Debat. Screening for demens. *Ugeskrift for læger.* 2008;170(19):1667-8.
11. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213.
12. Zisapel N, Laudon M. Subjective assessment of the effects of CNS-active drugs on sleep by the Leeds sleep evaluation questionnaire: a review. *Hum Psychopharmacol.* 2003;18(1):1-20.
13. Münster K. Spørgeskemaundersøgelser. In: Koch L, Vallgård S, editors. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab.* 3 ed. København: Munksgaard; 2007. p. 283-302.
14. Olsen Hf. Guide til gode spørgeskemaer 2006 06:11:[95 sider p.]. Available from: http://www.sfi.dk/graphics/SFI/Pdf/Rapporter/2006/0611_Guide_til_gode_Spoergeskemaer.pdf.
15. Center for Kliniske Retningslinjer. Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter 2014 [cited 31/08/2016]. Available from: http://www.cfkr.dk/media/353388/Nonfarmakologiske_sygeplejeinterventioner_til_fastholdelse_og_forbedring_af_s%C3%B8vnkvalitet_hos_voksne_indlagte_patienter.pdf.

Søvn og antibiotika – er der en sammenhæng?

Alice Slot, klinisk sygeplejespecialist, MKS. alice.slot@regionh.dk

Mette Dyreborg, klinisk afdelingssygeplejerske

Emma Johanna Svedborg, farmaceut, cand. pharm.

Kathrine Bruun Svan, farmaceut, cand. pharm.

Marianne Brøndum Jensen, afdelingsleder, cand.pharm, dip.clin.pharm

Ortopædkirurgisk Klinik, afsnit 2164, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet

Farmaceuterne er tilknyttet afsnittet, ansat ved Region Hovedstadens Apotek

Abstract

Baggrund. Søvn er et af menneskets grundlæggende behov, og søvn har betydning for helbredelse, kroppens restitution og en følelse af velvære. Manglende søvn er således kritisk for patienten. Støj, lys, ubehag, smerter, medicin, bekymring og stress er hovedårsagerne til, at patienterne enten mangler søvn eller oplever en dårlig søvnkvalitet under en indlæggelse. Et dansk studie med 86 patienter, som har fået foretaget knæalloplastik, fandt at 48 % oplever søvnproblemer efterfølgende. Patienter, som oplever at skulle have det kunstige led skiftet ud igen pga. infektion, får store mængder af antibiotika. Spørgsmålet er, om denne behandling påvirker patienternes søvn.

Formål. Formålet med dette udviklingsprojekt var at teste hypotesen om, at patienter med infektion relateret til knæalloplastik oplever dårlig søvnkvalitet pga. antibiotikabehandling gennem længere tid.

Metode. For at teste hypotesen inkluderes re-alloplastikpatienter, som havde fået i.v. antibiotika i mere end 3 døgn og som man forventede skulle i behandling i yderligere 5 døgn. Patienterne blev inkluderet konsekutivt i perioden 25.februar 2016 til 8.juni 2016. I alt 14 patienter blev inkluderet, men 7 udgik undervejs, da antibiotikaen blev seponeret. Flere metoder blev taget i brug for at teste hypotesen. Dels udfyldte patienterne et søvnskema, dels gennemgik farmaceuter patienternes medicin og der blev lavet audit på dokumentation i relation til søvn.

Resultat. De syv inkluderede patienter fik i gennemsnit 10 forskellige former for medicin. To patienter fik fem præparater, som kunne påvirke søvnen. Alle patienter fik morfika, hvilket i sig selv påvirker søvnen. Patienterne vurderede deres søvn til at være lignende deres søvn derhjemme og flere patienter følte den smertestillende behandling medførte, at de sov mere end vanligt.

Konklusion. Spørgsmålet om, hvorvidt antibiotika påvirker patienternes søvn i negativ retning, kan der ikke svares entydigt på. Nogle patienter oplevede, at de sov mere end de plejede, fordi det smertestillende påvirkede dem. De syv deltagende patienter får alle en række præparater og hos flere af patienterne kan flere af præparaterne påvirke søvnen, altså er området langt mere komplekst end først antaget. Det fordrer derfor en større undersøgelse, hvis der skal findes svar på de enkelte typer medicins påvirkning.

Baggrund

Søvn er et af menneskets grundlæggende behov og har betydning for helbredelse, kroppens restituering og en følelse af velvære. Manglende søvn er således kritisk for patienten. Støj, lys, ubehag, smerter, medicin, bekymring og stress er hovedårsagerne til, at patienterne enten mangler søvn eller oplever en dårlig søvnkvalitet under en indlæggelse (1-5). Derudover viser forskning, at mangel på søvn kan bidrage til akut forvirring, øget risiko for hospitalserhvervede komplikationer, som lungebetændelse og tryksår samt andre komplikationer associeret med nedsat mobilitet (3,6-8). Særligt patienter, der gennemgår en operation, er udsatte for søvnbesvær pga. øget stressrespons og hormonelle påvirkninger postoperativt (9). Narkose kan give forstyrrelser i den dybe søvn, som er en vigtig søvnfase, fordi stresshormonet kortison falder, nervevækstfaktorer stimuleres og nerveceller og signalstoffer fornyer sig (6). Smertestillende medicin som morfin forstyrrer REM-søvnen (rapid eye movement) og flere undersøgelser har vist at ortopædkirurgiske patienter mangler REM-søvn særligt de to første postoperative nætter (9-11). Andre undersøgelser viser, at akutte smerter forkorter og fragmenterer nattesøvnen (12;13). En faktor som medvirker til nedsat søvn er angst, særligt kombineret med smerter og depression (1). I en undersøgelse af 75 ortopædkirurgiske patienters søvn og natlige smerter vurderede patienterne deres smerter på en VAS-scala til 6.59 og søvnkvaliteten til 9,24, hvor 10 er absolut dårligst. Hos 45 % af patienterne var smerter og blandt 23 % var støj de hyppigste angivne årsager til dårlig søvnkvalitet (13). Et dansk studie med 86 patienter, som har fået foretaget knæalloplastik, oplever 47,7 % søvnproblemer efterfølgende (14).

I ortopædkirurgisk afdeling 2164 på Rigshospitalet får patienter med infektion relateret til alloplastik ofte antibiotika gennem længere tid. Der er ikke i nuværende litteratursøgning fundet beskrivelse af sammenhængen eller effekten af antibiotika og søvnkvaliteten. Dog kan der på baggrund af medicinens interaktioner opstilles en hypotese om, at længerevarende antibiotisk behandling har negativ effekt på søvnens kvalitet.

Formål

Formålet med projektet var at teste hypotesen om, at patienter med infektion relateret til alloplastik oplevede dårlig søvnkvalitet pga. antibiotikabehandling gennem længere tid.

Metode

Udviklingsprojektet foregik på Ortopædkirurgisk Klinik på Rigshospitalet. Klinikken er en højt specialiseret klinik, der modtager patienter fra hele Østdanmark og Region Syd samt Færøerne og Grønland. Klinikken består af to sengeafsnit og et ambulatorium. Afsnit 2164 har 32 senge. Patienterne er overvejende indlagt i korte forløb, hvilket giver et højt flow og en livlig aktivitet i hverdagen. Halvdelen af patienterne er under udredning for kræft i bevægeapparatet eller er indlagt med en kræftdiagnose. Afdelingen har derudover patienter indlagt til hofte- og knæalloplastik, bækkenosteotomi på grund af hofte dysplasi og speciel håndkirurgi. Patienter, som er indlagt på grund af infektion relateret til alloplastik er typisk indlagte i længere tid, da de skal have antibiotika intravenøst i en længere periode.

For at få belyst hvordan patienterne oplevede at sove om natten på hospitalet, blev patienterne bedt om at udfylde et søvnskema i fem på hinanden følgende dage. Den kliniske afdelingssygeplejerske støttede patienterne i dette.

Skemaet indeholdt følgende punkter:

Hvordan plejer din nattesøvn at være derhjemme? _____

1= meget let 2= let 3= middel 4= dyb 5= meget dyb

	Mandag
Hvor mange gange vågnede du i løbet af natten?	
Årsager til du vågnede: (sæt kryds ved relevante, og tilføj gerne andre)	Uro: Toiletbesøg - antal gange: Smerter: Andet:
Hvordan var din sidste nattesøvn totalt set? 1=meget let 2=let 3=middel 4=dyb 5=meget dyb	
Påvirker den medicin du får din søvn?	Nej Ja, Hvordan:
Sov du i løbet af dagen i går? Hvis ja, noter venligst tidpunkter (eks.: 18.00-18.45)	

I samme periode gennemgik afdelingens tilknyttede farmaceuter patienternes medicin. Denne medicingennemgang indeholdt følgende:

Medicinstatus – fast og pn
Præparater, som kunne påvirke søvn
Input til medicingennemgang
Interaktionskontrol
Bivirkninger

Farmaceuterne gennemgik altså de inkluderede patienters medicin og bidrog med deres viden om medicinen. Farmaceutnotatet indeholdende medicinanamnese (afklaring af fast og pn medicin) og medicingennemgang blev udarbejdet med baggrund i en gennemgang af patientjournalen, fælles medicin kort (FMK) og interview af patienten.

Patientens aktuelle medicinliste blev vurderet ud fra følgende: Ubehandlet indikation ud fra bl.a. diagnoser, uhensigtsmæssigt præparatvalg, over- og underdosering, bivirkninger (med særlig fokus på påvirkning af søvn), interaktioner, compliance og medicinering uden begrundet indikation. Hvis blodprøver og mikrobiologiske svar forelå, blev de også anvendt i medicingennemgangen.

Den kliniske afdelingssygeplejerske gennemførte i samme periode journalaudit med fokus på dokumentationsgraden af søvnens kvalitet. Det blev noteret, hvorvidt søvn var beskrevet i den indledende sygeplejevurdering og hvilke data, der var dokumenteret under indlæggelsen.

Inklusionskriterier

Havde fået i.v. antibiotika i mere end 3 døgn
 Var forventet indlagt og i behandling i yderligere 5 døgn.

Eksklusionskriterier

Var indlagt pga. cancer, da det øger sandsynligheden for dårlig søvn grundet diagnosen
 Ikke forstod og talte dansk
 Under 18 år.

Etiske overvejelser

De sygeplejeetiske retningslinjer blev fulgt (15). Patienterne blev informeret mundtligt og skriftligt og underskrev en samtykkeerklæring, hvor der blev givet samtykke til audit i patientjournalen.

Resultater

I inklusionsperioden fra 25.februar til 8.juni 2016 blev i alt 14 patienter inkluderet. Alle adspurgte patienter ønskede at deltage i projektet. Halvdelen af patienterne udgik dog af projektet, da antibiotikaen blev seponeret tidligere end forventet. Nedenstående tabel viser, hvorledes patienterne vurderede deres nattesøvn i fem på hinanden følgende nætter. Første kolonne angiver patientens nattesøvn derhjemme, og de efterfølgende kolonner illustrerer, hvordan patienten sov under indlæggelsen.

Tabel 1. Selvrapporteret søvnkvalitet over 5 dage i forbindelse med antibiotisk behandling under indlæggelsen sammenlignet med søvn før indlæggelsen.

	Nattesøvn derhjemme	Nattesøvn under indlæggelsen – 5 på hinanden følgende nætter				
Patient 1	2	1	2	2-3	3	3
Patient 2	3	2	3	3	3	3
Patient 3	3	3	3	3	3	3
Patient 4	3	3	3	2	2	3
Patient 5	4	4	3	4	4	5
Patient 6	4-5	4	4	5	3-4	4
Patient 7	3	4	3	2	4	2
Søvnskala: 1= meget let 2= let 3= middel 4= dyb 5= meget dyb						

Patienterne havde været vågne mellem 0 (1 patient 1 nat) og 10 (1 patient 1 nat pga. uro på stuen) gange om natten. De fleste gange skyldtes det toiletbesøg (58 gange i alt for alle patienter). En patient oplevede at vågne 3 nætter pga. drømme, men havde svært ved at beskrive det nærmere. En anden patient vågnede to nætter pga. uro i kroppen. De syv patienter tog en lur i løbet af dagen. Fire af patienterne gjorde det hver dag, mens de øvrige tre patienter gjorde det 2-3 dage. Tre patienter angav, at de fik brug for mere søvn pga. det smertestillende.

Table 2. Medicingennemgang af 7 patienter med fokus på præparater, farmaceutiske interventioner, interaktion og bivirkninger i forhold til søvn

	Medicin-status	Præparater, som kunne påvirke søvn	Input fra medicin gennemgang med fokus på søvn	Interaktionskontrol	Bivirkninger
Patient 1	9 præparater fast + 8 pn	Oxynorm, morfin, amlodipin, losartad og imoclone	Anbefaler nedsættelse af dosis på imoclone	Ingen kliniske relevante	Ingen relevante
Patient 2	10 præparater fast + 5 pn	Amitriptylin, isoptin retard, lyrice og tradolan	Skift fra tradolan til tradolan retard pga. mindre sederende virkning	Ingen kliniske relevante	Ingen relevante
Patient 3	11 præparater fast + 5 pn	Ibumetin, morfin	Sep af pn oxynorm og tradolan, da der er ordineret flere typer opioider	Ingen kliniske relevante	Ingen relevante
Patient 4	8 præparater fast + 3 pn	Centyl m/KCL, metoprololsuccinat, tradolan, oxynorm	Skift fra tradolan til tradolan retard pga. mindre sederende virkning, nedsættelse af dosis på imoclone	Ingen kliniske relevante	Bliver træt af smertebehandlingen, men pt oplyser, det også kan tilskrives indlæggelsen
Patient 5	15 præparater fast + 3 pn	Sotalol, spiron, tradolan	Skifte fra tradolan til oxycodon, sep af pn morfin Ændre medicintider så det forstyrrer pt. mindre	Ingen kliniske relevante	Ingen relevante
Patient 6	6 præparater fast + 6 pn	Oxycontin	Ændre medicintider så det forstyrrer pt mindre, nedsætte dosis af oxycontin, seponere tradolan og morfin, da der er ordineret flere typer opioider	Ingen kliniske relevante	Ingen relevante
Patient 7	8 præparater fast + 5 pn	Malfin og zyvoxid	Ændre medicintider så det forstyrrer pt. mindre	Ingen kliniske relevante	Ingen relevante

Medicingennemgangen viste blandt andet, at patienterne i gennemsnit fik 10 forskellige præparater. To af patienterne fik fem præparater, som kunne påvirke søvnen. Derudover fik alle patienterne smertestillende, som i sig selv kunne påvirke søvnen.

Audit af patientjournalen

Indledende sygeplejevurdering beskrev hos 5 ud af de 7 patienter hvordan patienten sov derhjemme. Den daglige dokumentation beskrev typisk, at patienten sov ved tilsyn, eller at patienten havde sovet afbrudt pga. toiletbesøg.

Diskussion

Processen med dataindsamling viste sig at tage væsentlig længere tid end først antaget. Patientindtaget, som opfyldte inklusionskriterierne samtidig med, at der var mulighed for at samle data ind, var mere begrænset end først antaget. Det viste sig, at antibiotikaen oftere blev seponeret end vi troede, hvilket gjorde, at syv af de 14 inkluderede patienter måtte udgå undervejs.

Det er svært at sige noget om antibiotikaens betydning i forhold til søvn, men umiddelbart sov patienterne svarende til, hvad de plejede at gøre derhjemme. Hos tre patienter så det ud til, at den sederende virkning af smertestillende gjorde, at de sov mere end normalt. Patienterne fik i gennemsnit ti slags medicin, og mange af dem havde en sederende effekt, hvilket gjorde, at det ikke var muligt at skelne mellem, hvad der gjorde en forskel. Ved at forenkle doseringstidspunkterne for patientens medicin ville det være muligt at reducere forstyrrelser hos patienten, hvilket kunne gøre det muligt for patienten at få mere sammenhængende søvn.

De syv deltagende patienter fik alle en række præparater og flere af præparaterne kan påvirke søvnen. Medicingennemgangen viste bl.a., at vi bør øge fokus på, hvilke præparater der bliver ordineret, så vi undgår, at patienterne får flere slags opioider. Dette er vigtig viden at give videre til de læger, der ordinerer smertepakker i patienternes forløb. Hvis patienterne får ordineret sovemedicin skal opmærksomheden ligeledes øges på, at patienter over 65 år kun skal have halv dosis.

Medicingennemgangen viste som tidligere nævnt, at patienterne typisk fik flere slags medicin. En afklaring af behovet for osteoporosemedicin er relevant for nogle af patienterne og spørgsmålet om relevansen af Kalk og D-vitamin behandling blev ligeledes stillet.

Projektet har kun samlet data på syv patienter, hvilket gør, at resultaterne ikke er repræsentative, men resultaterne vil kunne danne baggrund for flere undersøgelser af, hvorledes medicin indvirker på patienternes velbefindende. Området er langt mere komplekst end først antaget. Resultaterne viser, at der er baggrund for en tværfaglig indsats i relation til denne patientgruppe, så en optimering af patienternes medicinering kan iværksættes.

Konklusion

Hypotesen om, at antibiotika påvirker patienternes søvn i negativ retning kan hverken be- eller afkræftes, men det tyder ikke på det. Nogle patienter oplevede, at de sov mere end vanligt, fordi det smertestillende påvirkede dem.

Det fordrer derfor en større undersøgelse, hvis der skal findes svar på de enkelte typer medicins påvirkning.

Taksigelser

Tak for ledelsesmæssig opbakning til projektet fra afdelingssygeplejerske Kristine Langberg og oversygeplejerske Kim Bo Christensen. Tak til klinisk afdelingssygeplejerske Vesna Nedelkovska Green for bidrag til projektet.

Referencer

- (1) Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, part 1: factors affecting sleep. *J Hosp Med* 2008 Nov;3(6):473-82.
- (2) Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, part 2: behavioral and pharmacological management of sleep disturbances. *J Hosp Med* 2009 Jan;4(1):50-9.
- (3) Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Case studies: is the sleep of hospitalized elders related to delirium? *Medsurg Nurs* 2010 Jan;19(1):39-46.
- (4) Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatr Nurs* 2010 Jul;31(4):263-71.
- (5) Gay PC. Sleep and sleep-disordered breathing in the hospitalized patient. *Respir Care* 2010 Sep;55(9):1240-54.
- (6) Jennum P. *Søvn*. 1 ed. Munksgaard; 2013.
- (7) Bowman AM. Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *Journal of Advanced Nursing* 1997 Sep;26(3):550-64.
- (8) Madsen MT, Rosenberg J, Gogenur I. Actigraphy for measurement of sleep and sleep-wake rhythms in relation to surgery. *J Clin Sleep Med* 2013 Apr 15;9(4):387-94.
- (9) Gogenur I. Postoperative circadian disturbances. *Dan Med Bull* 2010 Dec;57(12):B4205.
- (10) Gay PC. Sleep and sleep-disordered breathing in the hospitalized patient. *Respir Care* 2010 Sep;55(9):1240-54.
- (11) Roehrs T, Roth T. Sleep and pain: interaction of two vital functions. *Semin Neurol* 2005 Mar;25(1):106-16.
- (12) Tranmer JE, Minard J, Fox LA, Rebelo L. The sleep experience of medical and surgical patients. *Clin Nurs Res* 2003 May;12(2):159-73.
- (13) Buyukyilmaz FE, Sendir M, Acaroglu R. Evaluation of night-time pain characteristics and quality of sleep in postoperative Turkish orthopedic patients. *Clin Nurs Res* 2011 Aug;20(3):326-42.
- (14) Szots K, Pedersen PU, Hordam B, Thomsen T, Konradsen H. Physical health problems experienced in the early postoperative recovery period following total knee replacement. *Int J Orthop Trauma Nurs* 2015 Feb;19(1):36-44.
- (15) *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*, © Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SNN). Revidert 2003.

En stor del af referencerne er hentet fra hjemmesiden VIDOKS.dk hvor projektbeskrivelsen for det nationale søvnprojekt findes.

Søvn og delirium – hvad gjorde vi?

Alice Slot, klinisk sygeplejespecialist, MKS. alice.slot@regionh.dk

Anna Lea Luxhøj Lundberg, klinisk afdelingssygeplejerske

Angela Lawson, sygeplejerske

Ortopædkirurgisk Klinik, afsnit 3161, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet

Abstract

Baggrund. Søvn er et af menneskets grundlæggende behov, og søvn har betydning for helbredelse, kroppens restituering og en følelse af velvære. Manglende søvn er således kritisk for patienten. Støj, lys, ubehag, smerter, medicin, bekymring og stress er hovedårsagerne til, at patienterne enten mangler søvn eller oplever en dårlig søvnkvalitet under en indlæggelse. I ortopædkirurgisk afdeling 3161 observeres og overvåges de komplekse patienter i en sådan grad, at det kan medføre søvnmangel og dermed muligvis være medvirkende til udvikling af delirium. Søvnprojektet blev derfor med fokus på, hvad vi kunne gøre for at bedre patienternes søvn, og hvorvidt patienterne udviklede delirium relateret til søvnmangel.

Formål. Dette udviklingsprojekt havde til formål at undersøge, hvor stor en del af afdelingens indlagte patienter, som udviklede delirium, og at undersøge, hvorvidt det var muligt at finde en sammenhæng med patienternes søvn.

Metode. For at belyse problemstillingen, blev der indledningsvist foretaget en kvantitativ intern audit af data registreret af plejepersonalet i perioden 1.juni til 25.oktober 2015. Patienter blev inkluderet, hvis de under indlæggelsen havde fået diagnosen delirium eller obs. delirium. I perioden havde afsnittet i alt haft 280 elektive patienter og 324 akut indlagte patienter. Ud af disse 504 patienter fik 12 patienter diagnosen delirium eller obs. delirium. Audit viste, at 4 ud af 12 patienter havde en beskrivelse af deres habituelle søvnmønster og søvnstatus ved indlæggelsen. Derudover viste audit, at dokumentation af søvn og delirium var at finde mange steder i patientjournalen. Sygeplejerskerne havde hos fem af patienterne suppleret dokumentationen i journalen med papirskeemaer – nemlig på søvnskema, abstinensscorekema og Glasgow Coma Scale skema. Auditresultaterne blev baggrunden for en række sygeplejekonferencer med søvn og delirium på dagsordenen.

Resultat. Søvnprojektet tog sit udgangspunkt i 12 patienter, som alle havde fået diagnosen delirium eller obs. delirium. Ved drøftelserne med personalet om, hvad der var vigtigt for at sikre patienterne en efter omstændighederne god nattesøvn, kom mange forslag frem, som undervejs i projektet er blevet effektueret. De helt konkrete tiltag var lette at gå til.

Konklusion. Det fremgår af litteraturen, at der er en sammenhæng mellem manglende søvn og delirium og dette gør sig formodentlig også gældende for patienterne, der indgik i dette projekt. Ud af 12 patienter havde 10 patienter været indlagt i det semiintensive afsnit, hvor der var allermest larm, så det tyder på, at der er en sammenhæng. Udviklingsprojektet har medført en række tiltag, som kan medvirke til færre forstyrrelser af patienternes søvn, men det fordrer yderligere og større undersøgelser, hvis der skal konkluderes på sammenhængen mellem søvn og delirium i afsnittet.

Baggrund

Søvn er et af menneskets grundlæggende behov, og søvn har betydning for helbredelse, kroppens restitution og en følelse af velvære. Manglende søvn er således kritisk for patienten. Støj, lys, ubehag, smerter, medicin, bekymring og stress er hovedårsagerne til, at patienterne enten mangler søvn eller oplever en dårlig søvnkvalitet under en indlæggelse (1-5). Derudover viser forskning, at mangel på søvn kan bidrage til akut forvirring, øget risiko for hospitalserhvervede komplikationer, som lungebetændelse og tryksår og andre komplikationer associeret med nedsat mobilitet (3,6-8). Særligt patienter, som gennemgår en operation, er udsatte for søvnbesvær pga. øget stressrespons og hormonelle påvirkninger postoperativt (9). Narkose kan give forstyrrelser i den dybe søvn, som er en vigtig søvnfase, fordi stresshormonet kortison falder, nervevækstfaktorer stimuleres og nerveceller og signalstoffer fornyer sig (6). Smertestillende medicin som morfin forstyrrer REM-søvnen (rapid eye movement) og flere undersøgelser har vist, at ortopædkirurgiske patienter mangler REM-søvn særligt de to første postoperative nætter (10;11). Andre undersøgelser viser, at akutte smerter forkorter og fragmenterer nattesøvnen (12;13). Forstærkende faktorer for dårlig søvnkvalitet er angst, særligt kombineret med smerter og depression (1). I en undersøgelse af 75 ortopædkirurgiske patienters søvn og natlige smerter vurderede patienterne deres smerter på en VAS-scala til 6,59 og søvnkvaliteten til 9,24, hvor 10 er absolut dårligst. Smerter (45%) og støj (23%) var de hyppigste angivne årsager til dårlig søvnkvalitet (13). Et dansk studie finder, at ud af 86 patienter, som har fået foretaget knæalloplastik, oplever 47,7 % søvnproblemer efterfølgende (14).

Ortopædkirurgisk Klinik på Rigshospitalet er en højt specialiseret klinik, der fortrinsvist modtager patienter med ryglidelser og patienter med kvæstelser fra f.eks. trafikuheld. Patienterne indlægges i afsnit 3161 til planlagt behandling, overflyttes fra andre sygehuse eller indlægges akut via Rigshospitalets Traume Center. Patienterne er ofte komplekse med mange komorbiditeter, og derfor er der i afdelingen et semiintensivt afsnit. Her ligger de mest komplekse patienter, idet der er mulighed for tæt observation og overvågning via monitorering.

Patienter, som observeres og overvåges i høj grad, oplever mangel på søvn (15). Dette kan være medvirkende til udvikling af delirium (16). Spørgsmålet er, om vi har tilstrækkelig fokus på dette felt i vores afsnit. Den Nationale Kliniske Retningslinje for Delirium udgivet af Center for Kliniske Retningslinjer tydeliggør det store forebyggende arbejde i at identificere patienter med delirium (17). Et amerikansk litteraturstudie viser, at plejepersonalet ofte overser delirium og undersøgelsen peger på, at screeningsredskabet CAM er lettilgængeligt og velafprøvet (18). Et andet amerikansk studie har testet brugen af CAM hos hoftefrakturpatienter og konkluderer, at redskabet var anvendeligt til påvisning af delirium, reducerede antal indlæggelsesdage og patienttilfredsheden steg (19). Søvnprojektet blev derfor med fokus på, hvad vi kan gøre for at bedre patienternes søvn, og hvorvidt patienterne udvikler delirium relateret til søvnmangel.

Formål

Formålet med projektet var, at få afklaret hvor stor en andel af patienterne, der udviklede delirium, og at undersøge, hvorvidt det var muligt at finde en sammenhæng med patienternes søvn.

Metode

For at belyse problemstillingen, blev der indledningsvist foretaget en kvantitativ intern audit af data registreret af plejepersonalet i perioden 1.juni til 25.oktober 2015.

Inklusionskriterier

Patienter blev inkluderet, hvis de under indlæggelsen havde fået diagnosen delirium eller obs. delirium. I perioden havde afsnittet haft 280 elektive patienter og 324 var akut indlagte patienter. I alt 12 patienter fik diagnosen delirium eller obs. delirium.

Fakta om de 12 patienter:

- 8 mænd og 4 kvinder
- Gennemsnitsalder 68 år
- 3 elektive og 9 akut indlagte

Blandt de akutte havde 4 patienter været indlagt på intensivafdeling undervejs i forløbet. Ud af de 12 patienter havde 10 under indlæggelsen på det ortopædkirurgiske sengeafsnit haft kortere eller længerevarende indlæggelser i afdelingens semi-intensive afsnit.

Etiske overvejelser

De sygeplejeetiske retningslinjer blev fulgt (20). Projektet var igangsæt med henblik på at gavne patienterne. Der blev foretaget en kvantitativ intern audit af data med deltagelse af ansatte sygeplejersker i afdelingen.

Resultat

Audit viste, at sygeplejerskerne observerede, handlede og dokumenterede relevante data i relation til patienternes søvn og delirium. Dog sås det, at dokumentationen blev spredt i patientjournalen, hvilket gjorde, at man mistede overblikket over området, så det blev svært at anvende data i klinisk praksis. Yderligere blev det tydeliggjort, at sygeplejerskerne fremover bør være konsekvente i brugen af et scoringsredskab til at opfange patienter, som er i risiko for at udvikle delirium, da dokumentationen fandtes på forskellige skemaer.

Planen for det videre arbejde i projektet blev at opdatere plejepersonalets viden om søvnens betydning og delirium, hvilket foregik til sygeplejekonferencer. Dernæst blev CAM-redskabet introduceret med henblik på at øge fokus på identifikation af de patienter, som er i risiko for at udvikle delirium.

Sygeplejekonferencer

Der blev afholdt en række sygeplejekonferencer, hvor det i samarbejde med sygeplejerskerne blev drøftet, hvad vi i afdelingen kunne gøre for at mindske antallet af patienter, som oplever delirium. I forhold til søvn og dens store betydning, blev der oplistet problemområder og rent praktisk blev der igangsæt en række handlinger til at forbedre patienternes søvn.

Tabel 1. Problemer og handlinger til at forbedre patienternes søvn

Problem	Handlinger
Vagtskifte – vi hilser for højlydt på hinanden	Minde hinanden om, at vi ikke skal hilse for højlydt
Semiintensiv sengene – biplyde fra skærmene	Så vidt muligt indstille intervallerne mere bevidst, så alarmerne ikke bipper mere en højst nødvendigt
Dørene indtil semi-intensiv stuerne larmer (elektriske skydedøre, kan ikke ændres ifølge håndværkerne)	Lade døren til den ene semi-intensive stue stå åben, sætte skærm inde på stuen, så patienten er skærmet, og så bruge denne indgang
Semiintensiv – lyd på TV, hvis pt. ikke har høretelefoner med	Alle TV skal være lydløse, appellere til pårørende om at tage høretelefoner med til patienten
Trykflastende madras larmer	Meldes til firmaet – så den kan blive udskiftet
Rulleborde og dropvogne larmer	Smøres – meldes til teknisk afdeling
Døre til patientstuer larmer	Meldes til teknisk afdeling
Dør til omklædningsrummet larmer	Bestille pumpe til døren
Besøg	Aftal med pårørende, at patienten skal sove indimellem
Mobiltelefoner	Opfordre til at telefoner er på lydløs
Patienten generet af larm på stuen	Udlevere ørepropper
Patienter retur fra opvågningsafsnit om natten	Så meget som muligt foregår på kontoret

For at skærpe opmærksomheden på søvn, og hvad plejepersonalet kan bidrage med i forhold til søvn, blev det også vedtaget, at sygeplejerskerne ved den indledende vurdering spørger patienten om, hvordan de plejer at sove. Dette dokumenteres i patientjournalen.

I forhold til søvn under indlæggelsen blev det til sygeplejekonference drøftet, at vi skal tilstræbe at følge nedenstående:

- Ingen kaffe efter kl. 20
- Giv patienterne mulighed for at ”læsse af” inden de skal sove – hvordan var din dag? Så frustrationer og bekymringer bliver italesat
- Afslappende musik – f.eks. fra en app
- Hvad plejer at virke for patienten?

Efter undervisning i delirium ved psykiater Thomas Kirkegaard, besluttede plejepersonalet, at være særligt opmærksomme på følgende hovedpunkter:

- Mellem hver 5 og hver 10 indlagte patient får delirium
- Vær opmærksom på om patienten ligger og er vågen om natten (brug søvnskema)
- Det metaboliske har stor betydning – blodprøver, infektioner, DM mm
- Obs. alkohol – rus midler
- Lægemidler kan medføre delirium
- Behandling 1: **sygepleje:**
 - mobilisering
 - lys på stuen om dagen
 - søvn om natten
 - enestue hvis muligt
 - obs. larm
- Behandling 2: **medicinsk behandling:**
 - tjek hver time om medicinen virker

Søvnskema (uddrag)

Dato/Kl.	00	01	02	03	04	05	06	07

V: Vågen

S: Sover

Søvnskemaet anvendes dels hos patienter, som er i medicinsk behandling for delirium, men også til andre patienter, som observeres for søvnproblemer. Hver time udfylder sygeplejersken om patienten er vågen eller observeres som sovende.

Algoritme for delirium

Til sygeplejekonference blev algoritmen for delirium fra Center for Kliniske Retningslinjer gennemgået. Algoritmen indeholder:

- Hvilke risikofaktorer man skal være opmærksomme på (nedsatte kognitive evner, høj alder, nedsat funktionsniveau, høj grad af comorbiditet, nedsat syn og hørelse)
- Identifikation af delirium ved hjælp af redskabet CAM:
 - Akut indsættende og fluktuerende forløb
 - Uopmærksomhed
 - Uorganiseret tankegang
 - Ændret bevidsthedsniveau
- Identificere og behandle udløsende årsager (urinvejsinfektion, pneumoni, medikamenter, smerter, søvmangel, dehydrering, obstipation, hypoxi, biokemiske forstyrrelser, angst, nye omgivelser mm)
- Forebyggelse (god nattesøvn, grundlæggende sygepleje, reducere forstyrrende stimuli, uddannelse af personalet)
- Information (informere pårørende og patient om delirium)
- Farmakologisk behandling

Diskussion

Søvnprojektet tog sit udgangspunkt i 12 patienter, som alle havde fået diagnosen delirium eller obs. delirium. Ved drøftelserne med personalet om, hvad der var vigtigt for at sikre patienterne en efter omstændighederne god nattesøvn kom mange forslag frem, som undervejs i projektet er blevet effektueret. De helt konkrete tiltag var lette at gå til, og herfra var det naturligt at flytte fokus også til vidensdelen om delirium og søvn.

Projektets opfølgning er en løbende undervisning og drøftelser af søvn og delirium. Derudover planlægges en ny audit, som danner udgangspunkt for en evaluering af, om vi erindrer de aftalte ændringer i forhold til uro, viden og screening for delirium. Da der kun indgik 12 patienter, er det selvfølgelig et sparsomt grundlag at gå ud fra, og udviklingsprojektets resultater kan ikke generelt sige, hvorledes patienternes søvn er, og om patienterne er i risiko for at udvikle delirium relateret til deres søvn.

Konklusion

Det fremgår af litteraturen, at der er en sammenhæng mellem manglende søvn og delirium og dette gør sig formodentlig også gældende for de patienter, der indgik i dette projekt. Ud af 12 patienter havde 10 patienter været indlagt i det semiintensive afsnit, hvor der var allermest larm, så det tyder på, at der kunne være en sammenhæng. Udviklingsprojektet har medført en række tiltag, som kan medvirke til færre forstyrrelser af patienternes søvn, men det fordrer yderligere og større undersøgelser, hvis der skal konkluderes på sammenhængen mellem søvn og delirium.

Taksigelser

Tak for ledelsesmæssig opbakning til projektet fra afdelingssygeplejerske Line Holm Knudstrup og oversygeplejerske Kim Bo Christensen. Tak til sygeplejerske Katrine F. Møller for sit bidrag til projektet i forbindelse med den specialrettede uddannelse i Ortopædkirurgisk Sygepleje 2015. Tak til klinisk afdelingssygeplejerske Janne Lise Bruun for bidrag til projektet.

Referencer

- (1) Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, part 1: factors affecting sleep. *J Hosp Med* 2008 Nov;3(6):473-82.
- (2) Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, part 2: behavioral and pharmacological management of sleep disturbances. *J Hosp Med* 2009 Jan;4(1):50-9.
- (3) Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Case studies: is the sleep of hospitalized elders related to delirium? *Medsurg Nurs* 2010 Jan;19(1):39-46.
- (4) Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatr Nurs* 2010 Jul;31(4):263-71.
- (5) Gay PC. Sleep and sleep-disordered breathing in the hospitalized patient. *Respir Care* 2010 Sep;55(9):1240-54.
- (6) Jennum P. Søvn. 1 ed. Munksgaard; 2013.
- (7) Bowman AM. Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *Journal of Advanced Nursing* 1997 Sep;26(3):550-64.
- (8) Madsen MT, Rosenberg J, Gogenur I. Actigraphy for measurement of sleep and sleep-wake rhythms in relation to surgery. *J Clin Sleep Med* 2013 Apr 15;9(4):387-94.
- (9) Gogenur I. Postoperative circadian disturbances. *Dan Med Bull* 2010 Dec;57(12):B4205.
- (10) Gay PC. Sleep and sleep-disordered breathing in the hospitalized patient. *Respir Care* 2010 Sep;55(9):1240-54.
- (11) Roehrs T, Roth T. Sleep and pain: interaction of two vital functions. *Semin Neurol* 2005 Mar;25(1):106-16.
- (12) Tranmer JE, Minard J, Fox LA, Rebelo L. The sleep experience of medical and surgical patients. *Clin Nurs Res* 2003 May;12(2):159-73.
- (13) Buyukyilmaz FE, Sendir M, Acaroglu R. Evaluation of night-time pain characteristics and quality of sleep in postoperative Turkish orthopedic patients. *Clin Nurs Res* 2011 Aug;20(3):326-42.
- (14) Szots K, Pedersen PU, Hordam B, Thomsen T, Konradsen H. Physical health problems experienced in the early postoperative recovery period following total knee replacement. *Int J Orthop Trauma Nurs* 2015 Feb;19(1):36-44.
- (15) Elliott R, McKinley S, Cistulli P. The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 2011; 48 (3):384-400.
- (16) Agness CT, Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing* 2009; (25):314-322.
- (17) Center for kliniske retningslinjer www.cfkr.dk Klinisk retningslinje om delirium, lokaliseret 27.01.2016.
- (18) Wong et al. Does This Patient Have Delirium? Value of Bedside Instruments. *JAMA* 2010; August 18(304):779-786.
- (19) Todd KS, Barry J, Hoppough S, McConnel E. Delirium detection and improved delirium management in older patients hospitalized for hip fracture. *Int J Orthop Trauma Nurs* 2015;(19):214-221.
- (20) Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, © Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SNN). Revidert 2003.

En stor del af referencerne er hentet fra hjemmesiden VIDOKS.dk hvor projektbeskrivelsen for det nationale søvnprojekt findes.

Søvn i et institutionelt perspektiv – muliggørende og begrænsende faktorer

Trine Schifter Larsen, forskningssygeplejerske, cand. pæd. ant.
trine.schifter.larsen.01@regionh.dk.

Ortopædkirurgisk afdeling Amager og Hvidovre Hospital

Abstract

Patienternes søvn på hospitalet er forbundet med en særlig praksis bundet op på mere eller mindre italesatte sundhedsinstitutionelle regler og procedurer, som i særlige rum skaber muligheder for fysiske og sociale begivenheder, som har indflydelse på søvnen. En praksis som understøtter patienternes afhængighed, og fastholder dem i sengen. Men det som italesættes i det ortopædkirurgiske forløb er, at aktivitet, træning og ansvar er afgørende for deres resultat. I modsatte betydninger, må patienterne etablere deres egen strategi for søvn. Gennem en etnografisk tilgang og et rituelt perspektiv på søvn som etableret i en overgang mellem at være indlagt patient og person i hverdagslivet analyseres denne praksis.

Baggrund

Når man forsøger at forstå søvn og kroppens fysiologiske behov, er de fleste søvnforskere enige om, at kroppen har brug for et bestemt antal timers søvn og af en særlig defineret kvalitet (se f.eks. Jennum m.fl. 2015). Behov hvortil der knyttes en særlig praksis (Ibid). Praksis består af de særlige ting vi hver især gør for at opfylde det, som vi oplever gør os sunde eller som giver mening i forhold til at opleve sammenhæng i vores liv (1). Denne praksis eller adfærd er bundet til den konkrete kontekst den udspiller sig i, som er de særlige fysiske og sociale omgivelser, og til den enkeltes livsbetingelser som bl.a. er økonomiske og familiemæssige. Praksis er derfor en dynamisk proces, som både er afhængig af de kulturelle normer, som er til stede, der hvor man er, og af de individuelle orienteringer og erfaringer, som den enkelte har med sig (2). Der er således særlige betingelser, som udgør rammerne for, hvad det enkelte menneske oplever som muligt og meningsfuldt i situationen. Det er denne praksis eller strategi der i dette kapitel fokuseres på. Kapitlet beskriver en etnografisk undersøgelse af patienters søvn på hospitalet under indlæggelse på et ortopædkirurgisk sengeafsnit. Kapitlet belyser, hvordan patienter forholder sig på forskellig vis til søvn på hospitalet, hvilken praksis, eller mulighedsrum, omkring søvn, der viser sig i den institutionelle kontekst og hvordan patienter etablerer forskellige strategier for søvn her. Strategier som både er medieret af individuelle behov og forestillinger, praksis og fysiske rammer.

Formål

En person som indlægges på en ortopædkirurgisk afdeling går fra at være menneske i hverdagslivet til at være patient på et hospital. Sundhedsfremme relateret til pleje og behandling etableres således i overgangen mellem hospitalet og en hverdagslivskontekst samt mellem to forskellige subjektpositioner, menneske i hverdagslivet og patient på et hospital. Formålet med dette kapitel er derfor at belyse, hvad der sker med søvn som en praksis i denne overgang. Der er således fokus på, hvordan patienterne praktiserer søvn i relation til deres sundhed og velvære både derhjemme og på hospitalet. Men praksis er som nævnt betinget af den kontekst, den udspiller sig i, hvorfor artiklen særligt

vil belyse, hvilken rolle de institutionelle normer, regler og procedurer spiller for den søvnpraksis patienterne etablerer under indlæggelsen.

Metode

Søvnkvalitet kan måles fysiologisk, men er en subjektiv oplevelse (4,5). Det er ligeledes subjektivt, hvilken betydning man tillægger søvn i sit hverdagsliv, og hvordan man vælger at forholde sig til søvn som en særlig praksis. Det er patienternes oplevede, men også levede verden omkring søvn, der efterspørges i denne undersøgelse. Derfor er designet kvalitativt.

Metodologi

For at opnå et detaljeret studie af søvn i et afgrænset socialt miljø er tilgangen etnografisk. Empirisk materiale blev indsamlet gennem deltagelse over tid og analyseret i lyset af relevant teori (abduktion). Konkret gennem deltagerobservationer på et sengeafsnit inklusiv spontane samtaler med patienter og personale (unavngivne), som er nedskrevet som feltnoter samt semistrukturerede interviews med 5 patienter, som jeg kalder Inga, Søren, Niels, Bente og Morten. Tre interviews er båndet og transskriberet, de andre nedskrevet under interviewet og umiddelbart efter. Hensigten var at lære noget om patienters praksis og oplevelser samt måder at forholde sig til søvn på. Teorier og metoder er anvendt til beskrivelse og analyse af, hvordan mennesker lever og skaber mening og betydning i deres sociale og kulturelle kontekst (6). Teorien har kvalificeret mit blik, men også givet det en særlig retning (7). Dette aspekt sammenholdt med min erkendelsesinteresse om, hvorledes søvn opfattes og praktiseres i en institutionel kontekst, placerer projektet i en konstruktivistisk forskningstradition, som har fokus på, hvordan aktørerne interagerer, og hvordan den sociale kontekst påvirker interaktionen (8).

Teoretisk perspektiv

Alle overgange kan, ifølge antropologerne Victor Turner og Van Gennep, forstås i et rituel perspektiv, hvor overgangsritualer ledsager enhver form for ændring af placering, tilstand, social position og alder (3). Dette overgangsperspektiv har derfor været udgangspunkt for en analyse af, hvordan patienterne skaber mening omkring søvn i deres hverdagsliv og i forbindelse med deres indlæggelsesforløb, og hvordan praksis omkring søvn udfolder sig under indlæggelsen.

Den ortopædkirurgiske patient er indlagt for at lindres og komme frem til en mere funktionsdygtig tilstand for igen at kunne integreres som person i sit hverdagsliv, helst så selvhjulpen som mulig. Der er således tale om både en ændret arena og en ændret position og identitet. Victor Turner fokuserer på overgangsprocessen, det transformative, altså tærsklen fra en tilstand til en ny, kaldet liminalfasen. (3, 9). Indlæggelsesperioden kan i Turners perspektiv derfor betragtes som en liminalfase, en ændret tilstand som 'tilskadekommet' eller 'nedslidt', som med indlæggelse skal nå frem til at være helet og opbygget. Søvn er en del af denne proces og i denne fase forbundet med særlige sundhedsinstitutionelle regler, procedurer og symboler. Ritualer forstås som en samling af symboler, som medierer overgangsprocessen og som kan observeres i den materielle kontekst, som natningsritualer, procedurer omkring medicingivning, mad- og kaffeservering, måling af værdier som puls, blodtryk, temperatur og blodsukker og arkitekturen, med et bestemt sæt af regelbundne muligheder.

Analysestrategi

Interviews og spontane samtaler er organiseret ud fra en narrativ strukturering, hvor tekstens tidlige og sociale organisation fik meningen frem med fokus på historier, der fremkom under interviewet. De er sammenfattet eller rekonstrueret til en historie, der er mere righoldig, mere fortættet og sammenhængende end interviewpersonens spredte fortælling (10). Disse patientfortællinger er inddraget i en diskussion med den praksis, som viser sig gennem deltagerobservationerne. Hensigten med analysen har været at lade empirien tale i første omgang og senere i processen lade teorien give inspiration til udsagn om, hvad der er på spil i situationen (11).

Overgang er et analytisk perspektiv. Til min analyse af deltagerobservationerne anvender jeg Turners inddeling af de rituelle symboler, som kommunikerer overgangen:

- Artefakter “what is shown”
- Praksis “what is done”
- Instruktioner “ what is said”.

De tre elementer, ting, praksis og sprog konstituerer og konstruerer virkelighed. En virkelighed som skabes i gensidig relation mellem materialitet, mennesker og diskurs. I denne relation formes menneskers bevægelser og handlinger samt deres erfaringer og erindringer (12). Derfor er der fokus på det mennesker fortæller, det de gør og det rum og de ting, som de gør det i. Ting er ikke uden kulturel betydning. Så selvom man kan genkende en ting fra en anden sammenhæng, er det ikke sikkert den anvendes på samme måde eller tillægges samme mening, som den gør i den nye sammenhæng.

Etik og positionering

Projektet følger de danske retningslinjer for videnskabelige undersøgelser i Sundhedssektoren, jf. det Videnskabetiske Råd og udføres i overensstemmelse med Helsinki deklARATIONEN 2013. Projektet er godkendt af datatilsynet, og anmeldt til det videnskabetiske komitesystem, jour.nr. 15012375. Der blev indhentet informeret samtykke hos alle deltagere, som er anonymiseret.

Feltarbejdet konstitueres gennem feltarbejderens forhold til/med andre, og er derfor forskning med stærkt relationelt aspekt. Det relationelle aspekt i forskning, skaber etiske dilemmaer (13). De indlagte patienter er kommet til skade, blevet opereret, afhængige af hjælp fra andre til at udføre dagligdags praksis, de kan være chokerede og bekymrede for, hvordan det kommer til at gå dem, have smerter og et begrænset rum for privatliv. Dette rum, hvor der kan være mange følelser på spil, og disse mennesker var udgangspunkt for forskning, hvilket kalder på metodiske spørgsmål og etiske overvejelser. Jeg skal som forsker forholde mig etisk i situationen og for det jeg ser og hører, men også til min faglige interesse og ansvar for den viden, der skabes (13). Jeg satte mig på gangen og tog kontakt til de patienter, som kom forbi eller opholdt sig her. Jeg kunne ikke finde en etisk forsvarlig måde at lave deltagerobservationer direkte på stuerne uden at have et ærinde der. Jeg fik dog en mulighed i det dette studie var en del af et større studie, hvor vi også gennemførte en spørgeskemaundersøgelse om søvn, som de fleste patienter sagde ja til at deltage i. Spørgeskemaundersøgelsen gav mig derfor en legal adgang og et ærinde på stuerne. Mens jeg gennemførte den kunne jeg skabe kontakt, udbygge samtalerne, lave aftaler om interviews, observere rummet og få et indblik i det sociale samspil på stuen.

Resultater

Hospitalet er en institution med en særlig organisering, materialitet og sociale fænomener (14). Her er særlige logikker, særlige ting, hvortil der er knyttet særlige rutiner udført i særlige rum. Både italesatte rutiner og dem som ikke bliver italesat, men som bare sker. Det er disse logikker, ting, rum og rutiner, som skaber mulighedsrum for patienternes søvn. Den følgende analyse og diskussion vil belyse hvordan.

Hospitalets særlige rytme

Ved at organisere mine feltnoter ud fra Turners inddeling af rituelle symboler viser der sig en helt særlig institutionel ramme for søvnen, som patienterne navigerer i. I første del af afsnittet beskrives analysen i henhold til inddeling af de rituelle symboler og herefter illustreres patienternes oplevelser, erfaringer og strategier med søvn. Disse to afsnit kædes afslutningsvis sammen i en diskussion.

“What is shown”

Artefakter er ikke neutrale genstande, de er både knyttet til særlige fortællinger, og til sociale aktiviteter. De er socialt betydningsbærende og dermed med til at definere roller og positioner. Artefakter kan også ses som en slags ‘monstre’, som skaber fortællingen om, hvad man bør undgå, eller en tilstand man skal ændre eller væk fra (3).

På et ortopædkirurgisk sengeafsnit er der mange artefakter. Rulleborde til transport af remedier, mad og apparaturer, store vogne fra centralkøkkenet, rullende stativer til intravenøs væske og medicin, ‘rulletårne’ til måling af værdier, rollatorer, gangrammer, senge i metalstel, sengeborde med skuffer og knapper til lys og kald. Og så er der krykkerne, her kaldet ‘stokke’. Alt sammen hjælpere til transport. For de fleste patienter er ‘stokkene’ en “*midlertidig støttepædagog*”, som Inga, jeg taler med efter hendes udskrivelse, kalder den. Hun har smidt den ene, og er ikke helt klar til at smide den anden, men hendes mål er, at hun skal undvære den, for igen at være helt selvhjulpent.

Fra et tidligere studie på ortopædkirurgisk afdeling, der omhandlede perioden efter udskrivelsen efter en knæ- eller hoftealloplastik, beskriver patienterne netop disse ‘stokke’ som en markør for fremgang og noget som de efterstræber at komme af med og undgå at være afhængig af. De centrale artefakter, som nævnt, er hjælpeforanstaltninger, som patienterne bruger til at transportere sig selv rundt med og personalet til at transportere patienterne med eller til at transportere mad og remedier, de skal bruge, ud til patienterne. Ikke at kunne klare sig selv, understreges af disse mobile artefakter eller ‘monstre’.

“What is done”

Praksis organiseres efter, hvad patienterne skal gennemgå i forbindelse med deres pleje og behandling. Men også efter, hvordan arbejdet kan arrangeres i tid og rum ud fra de opgaver medarbejderne har, derfor har døgnnet en helt særlig rytme.

“*Man følger hospitalets rytme, ikke den man normalt har*” fortalte Inga. Hun beskrev dagsrytmen på 4-sengsstuen således: De blev vækket pludselig på 4-sengsstuen, når natsygeplejersken kom og målte blodtryk ofte ved 5-tiden. Så vågnede de langsomt op på stuen, nogle gange sov de lidt videre indtil morgenmaden og pillerne blev delt ud ved 8.30 tiden. Herefter fik de hjælp til personlig pleje, og fysioterapeuten kom måske forbi for at træne i løbet af formiddagen. Så var der en stille periode indtil frokost, og igen efter frokost, “*og sådan ganske langsomt gik tiden bare med, at man læste*

lidt og snakkede lidt". Også om aftenen lå de og læste og snakkede. Nogle gange var der besøg på stuen, men ofte kun indtil kl. 20. De blev på stuen det meste af tiden, også selvom der ikke var fjernsyn her, men fordi den ene af damerne ikke kunne komme ud af sengen, da hun ikke måtte støtte på benet og ikke havde en kørestol. Derfor blev de andre også inde på stuen, af sympati og for at holde hende med selskab. *"Dagen er enormt lang, og så går den alligevel hurtigt, man laver intet og alligevel sker der meget"* bliver to mænd på en anden 4 -sengs stue enige om, hvilket gør, at *"man bliver døsigt og udmattet,"* tilføjer den ene.

Når jeg kom på afsnittet om formiddagen blev jeg ramt af en summen af aktivitet. Her var ambulante patienter, som sad på gangen eller i 'atriumgården' med deres pårørende, her var madvogne og rengøringspersonale, plejepersonalet som gav medicin, målte værdier, dokumenterede og læste, bestilte mad, hjalp patienter. Her var elever og studerende, fysioterapeuter som hjalp patienter med at træne enten på gangen eller i træningslokalet for enden af gangen. Læger og sygeplejersker, der sammen gik stuegang hos patienterne ved sengene og foran computeren på personalekontoret. Her var patienter, som portører kørte i senge til og fra operationer og undersøgelser, og pårørende som kom på besøg.

Når jeg kom i afsnittet over middag, var den synlige og praktiske aktivitet klinget af. Her var ikke så mange mennesker på gangen, på personalekontoret eller på stuerne. Kl. 15 sank roen sig helt, akuthospitalet syntes ikke længere akut. Også hallen eller 'vandrehallen' som den hedder, gangen, som løber tværs gennem hospitalet, hvor der er café, kantine, værested, frisør og skole, var helt 'lukket ned', og de mange mennesker gået hjem eller trukket sig tilbage til stuer og andre rum.

Kl. 20, forekom der meget stille på hospitalet og i afsnittet. Sjældent så jeg mennesker på gangen. De var på stuerne, de fleste i deres senge. Af og til sad der en patient på gangen over for et af de to fjernsyn, som hænger her og som tændes om aftenen. Når patienterne var på stuerne, lå de i deres senge i nattøjslignende patienttøj, sov, læste eller havde besøg af pårørende, som sad omkring sengen. Meget af tiden brugte patienterne således i deres senge, mens de ventede på den næste runde med mad, medicin, kaffe, træning, måling af værdier, besøg, stuegang eller 'natning'. Flere patienter ytrede ønske om at træne eller komme ud og røre sig noget mere, også om eftermiddagen eller om aftenen, men oplevede ikke det var muligt, og da mange havde vanskeligt ved at gøre det uden hjælp, blev de på 'deres plads'. En mand siger: *"Hvorfor kan man ikke træne 2 gange om dagen med fys? Jeg ved godt det er et spørgsmål om ressourcer, men jeg oplever jeg hurtigere får det bedre, hvis jeg træner, Det er da også dyrt, at jeg bare sidder her"*. Hverken afsnittets praksis, rytme, eller arkitektur, opfordrede således patienterne til aktivitet, men understøttede i stedet, at patienterne blev i sengen under det meste af deres indlæggelse.

"What is said"

Det som kommunikeredes, som en af de vigtigste elementer under indlæggelsen, var derimod mobilisering. Som en medarbejder en nat sagde til en lidt forvirret dame, der forvirret spurgte hvor hun var; *"du er her på Hvidovre Hospital, for her kan vi mobilisere dig."* Mobilisering er således en stor selvfølgelighed i behandlingen. Der er bestemte tidspunkter på dagen, hvor patienterne planlagt får hjælp til mobilisering - særligt indtil kl. 14, hvor der er fysioterapeuter på afsnittet. Mobilisering handler om at styrke muskler og træne bevægelighed, men også om at undgå komplikationer ved længerevarende sengeleje. Mobilisering er således et vigtigt element for pleje og behandling på ortopædkirurgisk afdeling. Dette forsøger personalet at imødekomme ved på givne tidspunkter at hjælpe patienterne til at gå lidt eller sidde på en stol i stedet for kun at ligge i sengen. På afsnittet mødte jeg flere patienter, som var genindlagt med komplikationer efter planlagt knæ-

eller hoftalloplastik. De havde gennemgået et forløb, der hedder fast-track. Som introduktion til dette forløb understreges for patienten vigtigheden af træning og mobilisering, hvor "*patienten skal se sig selv som den vigtigste aktør i forløbet og deltage aktivt*" (15). Mobilisering og træning formidles som vigtige elementer i behandlingsforløbet, og patientens ansvar og aktivitetsniveau understreges.

Artefakter, praksis og instruktioner - modsatrettede betydninger

Turner beskriver liminalfasen, som en proces fyldt med modsatrettede betydninger og symbolik, som understreger det, der er hverken eller og så alligevel begge dele "betwixt and between" (3). Som illustreret i det foregående understøtter både tøj, ting og arkitektur, samt institutionel praksis, patienternes behov for hjælp og fastholder dem afventende i sengen. Men det som italesættes er, at aktivitet, træning og ansvar er afgørende for deres resultat. Både personalet og patienterne italesatte dette paradoks. En medarbejder sagde: "*de skal være så selvhjulpne som muligt, men her serverer vi alt og doserer deres medicin og måler deres blodsukker*". Mange patienter fortæller, hvordan de værger sig ved at kalde på hjælp, de vil helst kunne selv, og vil ikke være til besvær. En dame fortæller, at hun havde sovet dårligt om natten. Hun havde smerter, men fik ikke noget mod smerterne i løbet af natten. Hun ville ikke ringe efter det. Et vendepunkt for mange af patienternes vurdering af søvnen var, når de kunne komme ind og ud af sengen ved egen hjælp og derfor ikke skulle kalde, vente og forstyrre. Så selvom det er svært og bryder med selvbilledet, når man ikke kan gøre de selvfølgelige dagligdags ting og nå bogen på bordet eller brillerne i skabet, så afventede de fleste i stedet. "*Man må bare være tålmodig*" sagde en dame og fortalte, hvordan hun overhørte, en anden dame få en "*reprimande*" for at ringe for meget efter hjælp til dagligdags ting.

Artefakter, praksis og det som siges (og skrives) illustrerer hermed, hvordan patienternes eget ønske om at være selvhjulpne og institutionens forventning både bremses og fremmes på samme tid af institutionens rammer og rytme. En særlig orden, som også skaber rammerne for den praksis omkring søvn, som blev mulig for patienterne. Denne sammenhæng vil nærmere uddybes i følgende afsnit.

En individuel søvnstrategi - muliggørende og begrænsende strukturer

Liminalfasen kan i et rituel perspektiv ses som et magtfuldt instrument til reproduktion af sociale institutioner, men ritualer er ikke kun social kontrol, som reflekterer eller legitimerer en særlig orden, men ritualer skaber det sociale, symbolske og endda det kognitive gennem en særlig reflektiv tilstand (3). Liminalfasen skal derfor ikke forstås som strukturel tvang, hvor den 'liminale persona', her patienten, er uden kontrol, men der er mulighed for individuel forhandling. Dette afsnit, som tager udgangspunkt i interviews og spontane samtaler, beskriver, hvorledes patienterne forhandler mening i den konkrete sociale og kulturelle kontekst på hospitalet omkring søvn ved at trække på erfaringer fra deres hverdagsliv medieret af hospitalets rytme og rammer.

Med udgangspunkt i interviews og spontane samtaler er der udvalgt fire fortællinger, som beskriver fire forskellige måder at forholde sig til søvn på. Fortællingerne viser, hvordan en særlig søvntilgang og praksis opstår i overgangen mellem hverdagslivet og indlæggelsen på hospitalet. De fire fortællinger er repræsentative i det omfang, at de er repræsenteret og genkendes hos flere andre patienter, jeg taler med. De er dog langt fra udtømmende. Der findes andre strategier end dem, som er præsenteret her, men disse fire illustrerer variationen. I dette afsnit præsenteres fortællingerne, som i det efterfølgende afsnit inddrages i en analyse og diskussion med deltagerobservationerne.

Niels. Sensitiv og utryg – hospitalet giver tryghed, 'nogen passer på mig'.

Niels er 70 år og bor alene, efter hans kone døde for 2 år siden. Under indlæggelsen sov han på 2-sengsstue. Han føler sig meget afhængig af søvnen i sin hverdag og tager sovemedicin vanligt. I sit hverdagsliv bekymrer han sig over, hvordan han kommer til at sove om natten, og det påvirker hans dag. Bekymringen stiger op til natten med usikkerhed og angst. Han finder tryghed på hospitalet, hvor der også er mennesker at snakke med hele døgnet og oplever, at det er derfor han sover godt her. Det er vigtigt for ham at kende de fysiske præmisser, inden han skal sove andre steder end hjemme. Derfor er det afgørende for ham også, at de fysiske rammer er i orden, hvilket i hans tilfælde er en seng, som er lang nok. Han har været indlagt en del gange før og har erfaring og ved, at han skal have fat i en portør til at hente en forlænger til sengen. Det er det første han gør. Hans mentale tilstand er vigtig for, hvordan han sover. Han mærker ind imellem uro, især nu hvor han skal hjem i morgen. Hvis han er meget urolig derhjemme, kører han en tur på sin 'crosser' uanset vejret for at mærke noget andet end uroen og for at blive træt. På hospitalet går han rundt på afsnittet eller i vandrehallen.

Bente. Kontrol og egenomsorg gennem og etablering af egen dagsrytme

Bente er i slut 60'erne og bor sammen med sin mand. Hun har sovet på 2-sengsstue og senere på 4-sengsstue. På hospitalet vågner hun hyppigt grundet afbrydelser fra procedurer og lyde samt af varmen på stuen. Hun er påvirket af, at der er for varmt om natten, at der ikke kan luftes ordentligt ud, og at der er for lidt dagslys på stuen og på afdelingen. Hun holder sig lidt for sig selv. Søvn er vigtig for, hvordan hun har det, men hun oplever sjældent problemer med at sove, hvorfor hun normalt ikke tænker så meget over sin søvn. Hun sover ca. 7-8 timer, helst ikke mere, og står normalt op ved 7-tiden. På hospitalet står hun senere op, nogle gange hen af formiddagen, også grundet antibiotikakur, som hun får ved 7 tiden, i sengen. Hun har været indlagt i snart tre uger, og den sidste uges tid har hun taget sig eget tøj på og går nu hver dag ud i haven flere gange om dagen. Hun kan ikke rigtig sige, hvorfor hun først er begyndt inden for den sidste uge. Lyset, luften og aktiviteten er vigtig for hende, og dermed skaber hun selv en dagsrytme på hospitalet, og imødekommer behov, der forbedrer hendes søvnmuligheder.

Inga. Social strategi. Etablerer en rytme med sine medpatienter og med hospitalet.

Inga er 70 og bor alene. Hun har sovet på 4-sengsstue under hele indlæggelsen. Hun går normalt i seng kl. 1 og vågner fast kl. 03 og kl. 06, hun ved ikke helt hvorfor. Hun synes ikke, hun er påvirket af den ringe søvn, men er dog irriteret over det. Det er meget vigtigt for hende at være fysisk aktiv hver dag, i form af gåture og gymnastik. Hun er afhængig af, at atmosfæren er positiv, og bidrager aktivt hertil. Etablerer en uformel omgangstone både med medpatienter og personale. Hun abstraherer fra lyde om natten, når hun er bekendt med dem: "når jeg ved hvad de er og kommer fra, så registrerer jeg det nærmest ikke". Hun fremhæver overgangen fra ikke længere at være afhængig af hjælp til at komme ind og ud af sengen som befriende og vigtig for sin søvn på hospitalet. Har hun brug for hjælp beder hun om den og er taknemmelig for den. Hun eksemplificerer: "Man bliver lige løftet engang, de (personalet) kunne godt se...." og hvis du sætter dig der, så skal jeg nok vaske dig," det der med at når man har været syg og haft det rigtig dårligt, så når man får vasket hår så får man det altså 10 gange bedre." Men hun vil gerne vise, at hun tager ansvar for sit forløb ved at træne og klare sig så vidt mulig uden hjælp. Hun accepterer og indretter sig efter hospitalets rytme, hvor de forskellige gentagne institutionelle aktiviteter muliggør hendes spillerum. Hun indretter sig også efter de andre på stuen og hjælper, støtter og opmuntrer sine medpatienter. Hun er meget optaget af deres fællesskab. Uden eksplicit at aftale hvordan fandt de sammen frem til måder, hvorpå de kunne fremme betingelser for søvn på stuen. For eksempel at døren skulle være lukket om natten og åben om dagen, hvornår der var ro på stuen, og hvornår der var tid til grin og snak.

Søren. Inaktivitet forstyrrer. Prøver at skabe aktivitet, men immobiliteten og hospitalets rammer begrænser.

Søren er en yngre mand midt 30'erne. Han bor alene med sine fire børn. Han sover på 4-sengsstue. Han sover normalt fint. Han er meget aktiv i sin hverdag, og oplever sig selv som inaktiv på hospitalet, hvilket han oplever som forstyrrende for søvnen. Han er længe om at falde i søvn på hospitalet og vågner i løbet af natten, fordi han ikke er træt nok. Falder først i søvn igen efter noget tid. Han keder sig. Han ligger mest i sengen med sin iPhone. Ud over at sætte sig ud på gangen for indimellem at se fjernsyn, så er en af de andre få aktiviteter, han har, at gå i kælderens for at ryge. Han gør det gerne sammen med en medpatient. Det er således både en fysisk og social aktivitet, men også en illegal pause, fordi det er forbudt at ryge på hospitalet, og fordi han i det tidsrum ikke er tilgængelig for personalet, når de skal give besked, gå stuegang eller foretage undersøgelser. Han trodses således de institutionelle sociale koder og fastholder en aktivitet, som giver mening for ham.

Diskussion

Søvn mellem det regulerede og dit eget ansvar

Som nævnt indledningsvis, så skabes sundhed i sociale samspil, men sundhed har subjektiv betydning (2). Fortællingerne viser os, hvordan patienterne på forskellig vis kobler søvn til deres sundhed og velvære, men de viser også, hvordan søvn bliver til i en kontekst mellem institutionelle og praktiske præmisser og patientens egen måde at forholde sig hertil. I dette felt bliver sengen en central artefakt. Sengen blev ofte italesat som 'patientens' særlige sted, det private 'rum' i den offentlige og institutionelle setting. Her kan patienterne, med deres få ejendele, markere noget personligt og hjemligt, som adskiller dem fra de andre, og værne og skærme sig mod det fremmede. Sengen er et sted, hvor patienterne skal bo og finde tryk i, men samtidig er bundet til i deres 'nattøj' i forbindelse med diverse procedurer og runder. Patienternes omgivelser virker ikke til at motivere dem til at bevæge sig væk fra sengen eller understøtter dem i at gøre det. De venter og gør sig tilgængelige for personalet. Samtidig skal de frigøre sig fra sengen for senere at få en god søvn og for at 'blive mobiliseret'. Der eksisterer således en selvfølgelighed om, at sengen beskytter privathed og giver patienten sit eget rum og tilhørsforhold i institutionen, men sengen kan på samme tid ses som fastholdende og fremmedgørende.

Fortællingerne ovenfor viser, hvordan patienterne forholder sig på forskellige måder til dette dilemma mellem at være 'fastlåst' til sengen og have ansvar for eget forløb og mobilisering. Derfor er det interessant at kigge på, hvilke ritualer og søvnpraksis patienterne skabte fra denne position.

Bentes fortælling beskriver, at hun har brug for luft og lys i sin hverdag for at sove godt. Vilkår som ikke kan opfyldes på sengestuen. Der er små vinduer, og de kan ikke stå åbne. I begyndelsen blev hun i sengen - hun var træt pga. den medicinske behandling og havde ingen energi. Pludselig blev hun opmærksom på haven ude foran sit vindue og begyndte på eget initiativ at tage sit eget tøj på i stedet for patient(nat)tøjet og gå ture i haven to gange om dagen. Det blev for hende et ritual i hverdagen på hospitalet, som hun selv styrede og iværksatte, hvor hun både igangsatte træning efter sin hofteoperation, men også imødekom sit behov for lys og luft og dermed bedre søvn.

Morten, en mand i 60'erne, udfordrede også de institutionelle normer om at 'bo i sengen'. Han fortalte, hvordan han og konen om aftenen 'så fjernsyn' (på bærbar computer) i atriumgården. De satte sig i sofaen med sofabordet foran sig, og sad sammen og så nyheder eller film, som var de hjemme i dagligstuen. En atypisk eller sjælden besøgsaktivitet i det institutionelle rum. Bente og

Morten forholdt sig ikke kun afventende i sengen for at gøre sig tilgængelige for pleje og omsorg, men skabte også deres egne rammer. Inga derimod, som egentlig også fortalte, at hun i sin hverdag er afhængig af at gå ture og bevæge sig, blev så at sige i sengen. Hun gik helt ind i hospitalets og medpatienters rytme og sociale liv. Hendes strategi var social, og hendes ritualer socialt bundne. Hun skabte sammen med de andre på stuen et socialt spillerum, hvor de fulgte hinanden. F.eks. når en af dem vågnede om natten på stuen for at gå på toilettet, fulgte de andre efter og gik efter tur på toilettet, så de ikke forstyrrede på forskellige tidspunkter. Stuen vågnede på et givet tidsrum, og de hvilede sig om dagen på samme tid. De udvekslede blade og livshistorier og guidede hinanden. De blev i nattøjet og på stuen - gemt væk, men i deres fællesskab. Fællesskabet gjorde hende tryk også ved de nye lyde. Modsat Bente, som prøvede at afgrænse sig fra fællesskabet, 'patienterne', kunne Inga ikke forestille sig at sove på 1-sengsstue, alene.

Liminalitet er ikke kun begrænsende strukturer, men der er også positive aspekter ved liminalitet, i det overgangsprocesser er fulgt af vækst og læring, reformulering af gamle elementer i nye mønstre (3). Et eksempel på en læringsproces er Niels' fortælling. For Niels bliver indlæggelsen en bekræftelse af sin egen sensitivitet og usikkerhed ved at være alene. Han oplevede, at hospitalet gav ham ro og tryghed, fordi her var andre mennesker at tale med og professionelle, der kunne hjælpe ham. Han var dog optaget af det, han kendte, tryghed ved sine egne ting, men kobled sine gode søvn under indlæggelsen sammen med følelsen af, at her blev han passet på, også selvom det betød at blive vækket flere gange om natten til blodsuktermålinger. Den tryghed han oplevede her, gjorde ham til gengæld usikker på, hvordan han skulle klare sig alene og sove, når han kom hjem. Søren derimod socialiserede sig i et vist omfang med medpatienter og personale. Han satte sig ind imellem ud på gangen, gik delvist i sit eget tøj, men ventede mest bare, liggende i sin seng med sin telefon. Her så han film, spillede spil eller kommunikerede med verden uden for institutionen. Han gik helt i dvale, selvom det var det, som også drøenede ham, og gjorde det vanskeligt for ham at sove.

At ligge og slumre hen i sengen det meste af dagen bliver en kropsliggjort manifestation af dominansen (9). De institutionelle præmisser og forventninger i forløbet bliver det regulerende. En manifestation som iscenesættes i det monotone, det langsomme, tiden som nærmest står stille, fastlåsthed og kedsomhed, og en skærende kontrast til den travlhed patienterne fortalte personalet har, og som gjorde, at patienterne ikke altid efterspurgte hjælp. Søren forventede ikke, det kunne være anderledes med hensyn til sin søvn, eller at det var noget, som nogen rigtig kunne hjælpe ham med på hospitalet. Som han sagde: "*Det er et hospital det her, hvad kan man forvente*".

Rammerne er forventelige, og de udfordres sjældent. Det var kendetegnende for de fleste patienters tilgang i forhold til søvn. Alligevel beskrev en patient rammerne for søvn som 'tortur'. Patienterne fandt en måde at navigere uafhængigt af personalet. Oplevede de at have brug for hjælp i forhold til søvn, så var der en del patienter, som fortalte, at de ville spørge om en "sovepille". Selvom de ikke normalt ville regulere deres søvn med medicin, så var det den mulighed de oplevede der var. I tråd hermed beskrives i et studie af ældre patienter og søvn på hospitalet, at patienterne ikke oplever søvn som et grundlæggende behov på linje med andre grundlæggende behov, som de i større grad relaterer til pleje og behandling. Søvn betragter de som noget hverdagsligt, og ser ikke søvn som noget, der er hospitalets ansvar og søger derfor ikke hjælp til at løse deres søvnproblemer (5).

Det transformative - modstand eller internalisering

På det ortopædkirurgiske sengeafsnit, er patienten i en proces mellem at være syg eller tilskadekommen og helbredt og selvhjulpen. Mellem afhængig og sengeliggende og selvhjulpen og oppegående. Forskellige markører i form af artefakter, praksis og det sagte (“what is shown”, “what is done”, “what is said”), kommunikerer og skaber det, som Turner kalder det sociale drama eller den liminale arena på afsnittet. Markørerne både internaliseres af patienterne og skaber ‘modstand’ eller selvstændig agens, både social struktur og antistruktur (3). Autoriteten i liminalfasen - altså dem/det, der udstikker reglerne og rutinerne - skal ikke nødvendigvis forstås som konkrete personer, men mere som normer i kulturen (ibid). Patientfortællingerne viser, hvordan denne autoritet med særlige normer ikke bare internaliseres passivt men muliggør subjektiv agens - de tog eget tøj på, gik ud af afdelingen og tog deres hverdagslivspraksis med ind i hospitalet, som at se film på computeren med konen i atriumgården. I hvad der fremstår som en selvfølgelig og ritualiseret institutionspraksis, skabte patienter deres egen fortælling og praksis omkring søvn, og hvad der var vigtigt for dem relateret til den konkrete kontekst og søvn. Patienterne skabte på den måde mening i den sociale og kulturelle kontekst på hospitalet ved at trække på erfaringer fra deres hverdagsliv medieret af hospitalets rytme og rammer. Den form for handling og ansvar for egen situation, kan på samme tid ses som en del af den transformation, som forventes fra et klinisk perspektiv, at tage ansvar for sit eget forløb. I det rituelle perspektiv er transformationen afgørende for om individet bevæger sig fra at være liminal- over i integrationsfasen, hvor vedkommende integreres i sig selv og i samfundet (3). I dette tilfælde vil det sige at gå fra at være patient i den institutionelle ramme, som har brug for hjælp og behandling, til at være en person integreret i sit hverdagsliv og helbredt eller i hvert fald i en forbedret tilstand, end ved indlæggelsen. Integrationsfasen er dermed en ny tilstand, hvor graden af egenomsorg er en afgørende faktor for de fleste, som også skabes institutionelt: at kunne selv, at træne og dermed selv tage ansvar for at få det bedre. At træning bliver et afgørende mantra illustrerede en kvinde ved med let sarkasme i stemmen at råbe til en anden kvinde, som var på vej hjem og ud af afsnittet; *“husk at træne”*. Det som italesættes er, at aktivitet, træning og ansvar er afgørende for patienternes resultat, forstået som både graden af den fysiske funktionsevne efter traumet eller operationen, og evne til at håndtere en ændring i funktionsevne. Men både materialitet, som fx tøj og arkitektur, og den institutionelle praksis, understøtter patienternes afhængighed, og fastholder dem i sengen med døsig og ømme kroppe. Patienter reagerer ved at væge sig fra at bede om hjælp, forholder sig ventende i sengen, men forsøger også på egen hånd at opfylde forventningen om ansvar. På den måde bliver mobilisering og ansvar, som et overordnet mantra i forløbet, et magtfuldt mantra med modsatrettet kommunikation, som medierer overgangsprocessen, udtryk gennem artefakter, praksis og sprog.

Konklusion og perspektivering

Mange ortopædkirurgiske patienter gennemgår længere rehabiliterings- og genoptræningsforløb. Et forløb, patienten gøres ansvarlig for og som stiller krav til en særlig indsats. Projektet viser, hvordan der skabes en kompleksitet mellem at være aktiv i sit forløb og tage ansvar - som både af personale og patienter forbindes med at træne eller bevæge sig og være så selvhjulpen som muligt og samtidig være ‘låst’ fast både af sin immobilitet, men også konkret til sengen som sit ‘sted’. Rum er ikke bare en simpel lokalisering, og ting er ikke neutrale, men knyttet til særlige sociale aktiviteter, som her illustreret via et blik på sengen. Særlige aktiviteter som signalerer, at når man er indlagt på hospitalet, så opholder man sig i sengen og afventer hjælp, aktiviteter og procedurer.

Disse modsatrettede betydninger ledsager søvn som praksis. En praksis som bliver til ud fra de institutionelle rammer, som er konkrete og materielle, som andre patienter, rum, lys og lyd, luft,

rulleborde, døre, senge, tøj og arbejdsgange, og dem som kommunikerer sprogligt (tale og skrift). I relationen mellem ting, processer og sproget samt patienternes egne forskellige personlige og individuelle behov og forestillinger, som er knyttet til søvnen, skabes mulighedsrummet. I dette rum etablerer og forhandler patienterne forskellige strategier for at imødekomme deres behov for søvn. Strategierne både imødekommer det, som patienterne aflæser, at der forventes af dem i den institutionelle kontekst - at blive i sengen og vente og samtidig vise at man tager ansvar. Måden at tage ansvar på er dog ikke altid i overensstemmelse med institutionel praksis, at vente på at modtage pleje og behandling fra sin seng. F.eks. Beskriver Bente, hvordan hun har brug for lys og luft i løbet af sin dag for at kunne få en god søvn. Derfor tager hun sit eget tøj på og begynder at gå ture i haven uden for vinduet. Det gør hun flere gange om dagen. Hun er således i disse tidsrum ikke tilgængelig for at modtage pleje og behandling, men opfylder til gengæld kravet om ansvar for sit forløb.

For de fleste patienter i studiet har søvn en vigtig betydning for deres oplevelse af velvære og sammenhæng i deres hverdagsliv og på hospitalet. De fleste bliver negativt påvirket af miljøskiftet, særligt hvad angår lyd, men der er også forskel på behov og dermed, hvilke strategier og ritualer, der er vigtige for den enkeltes søvnpraksis. Nogle patienter formår på egen hånd at iværksætte handlinger, som kan understøtte deres behov i et felt med modsatrettede betydninger, mens andre ikke kan. På den måde er der en ulighed i, hvilke muligheder patienterne har for at opretholde eller etablere søvn som en sundhedsfremmende faktor under indlæggelse på hospitalet.

Referencer

- (1) Antonowsky, A. Helbredets Mysterium: at tåle stress og forblive rask. Hans Reitzels Forlag 2002.
- (2) Lehn-Christiansen, S., Liveng, A., Dybbroe, B., Holen, M., Thualagant, N., Iben Charlotte Aamann I., Birgitta Nordenhof, B. Indledning. I: Ulighed i Sundhed. Red. Dybbroe, B., Lehn-Christiansen, S., Andersen, P.T., Bak, C.B. (red.). Sundhed, Samfund og Kultur, nr. 1. Forthcomming. 2016.
- (3) Turner, V. Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites de Passages. A Forest of Symbols. New York (1967). 93-111.
- (4) Greve, H., Pedersen, P.U. Improving sleep after open heart surgery –Effectiveness of nursing interventions. Journal of Nursing Education and Practice. 2015, Vol.6, No.3
- (5) Kyte, K., Natvig, G.K., Giske, T. Stoisk omfordeling av søvn - en grounded theory studie om elder pasienters oplevelse av søvn i medisinske sengeposter på sykehus. Nordisk Sygeplejeforskning.
- (6) Embrosius, U. Pædagogisk antropologi- refleksioner over feltbaseret viden. Embrosius, U. (red.). Hans reitzels forlag. 2005
- (7) Hastrup, K. "Metode". I: 'Ind i verden: en grundbog i antropologisk metode'. Hastrup, K. (red.). København, Hans Reitzels Forlag. 2003.
- (8) Järvinen, M & Mik-Meyer, N. Observationer i en interaktionistisk begrebsramme. I: M Järvinen & Mik-Meyer, N. (red): Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Hans Reitzel, 2005.
- (9) McLaren, P. Schooling as a ritual performance: towards a political economy of educational symbols and gestures. London, 1986. 47-50 & 145-179.
- (10) Kvale, S., Brinkmann, S. Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3.udgave. Hans Reitzels Forlag 2015. 149-299 Nr. 4 2015 årgang 5.
- (11) Hastrup K. Rubow, C, Tjørnhøj-Thomsen, T. Kulturanalyse. Kort fortalt. Samfundslitteratur 2011
- (12) Otto, L. Introduktion til forskningsfeltet. I: Materialitet og dannelse: en studiebog. Krage-lund, M, Otto, L. (red.). Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag, 2005. 7-16.
- (13) Hastrup K. Reitze H. Mellem mennesker: En grundbog i antropologisk forskningsetik. 2009.
- (14) Holen, M. Medinddragelse og lighed - en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital. En ph.d. afhandling fra Forskerskolen i livslang læring. Roskilde Universitet 2011.
- (15) Jørgensen, M.S. Sygepleje ved fast-track – alloplastikforløb. Sygeplejersken 2013; (10): 64-68.

”Hvordan har du sovet” – patienters vurdering af deres søvn under indlæggelse og implementering af en sygeplejefaglig søvnintervention

Trine Schifter Larsen, forskningssygeplejerske, cand.pæd. ant.
trine.schifter.larsen.01@regionh.dk

Gitte Holm, sygeplejerske

Ortopædkirurgisk Afdeling Amager og Hvidovre Hospital

Abstract

Søvn er forstyrret under indlæggelse særligt den første nat. Ortopædkirurgiske patienter rapporterer smerter som den hyppigste årsag til søvnforstyrrelser og herefter forstyrrelser relateret til; sengestuen, medpatienter, personale og de fysiske rammer. Også larm fra gangen, egne hyppige toiletbesøg og psykisk uro er årsager, som forstyrrer søvn under indlæggelse, og det ikke at få rørt sig nok i løbet af dagen. En spørgeskemaundersøgelse afdækkede, hvordan patienterne vurderede deres søvn under indlæggelse og en sygeplejefaglig intervention blev udviklet for at optimere mulighederne for søvn på afsnittet.

Baggrund

Søvn og hvile har i sygeplejen altid været et centralt fokusområde. Særligt siden Virginia Henderson udgav bogen, Principles and Practices of Nursing første gang i 1939 og Basic Principles of Nursing Care, fra 1960 om de 14 grundlæggende behovsområder. Dog kan man konstatere, at søvn i dag, i klinikken, ikke fylder så meget. Man kan i den sygeplejefaglige dokumentation ofte læse om patientens søvn og hvile, ”sovet ved tilsyn”, eller et noget mere ladet udsagn som ”sovet godt”, uden yderligere kommentarer, forklaring eller opfølgning. En undersøgelse fra Loyola University of Chicago viser, at hele 40-50 pct. af specielt de kritisk syge patienter på hospitalet er vågne om natten. Og når de endelig dører hen, er søvnen afbrudt og overfladisk (1). Hvis man udelukkende observerer patienterne, kan det godt se ud som om, at de sover, men viden om, hvordan patienterne sover, og dermed mulighed for intervention, kan man kun få ved også at tale med patienterne om deres søvn.

Formål

Formålet med dette projekt har været at indsamle viden om, hvordan patienter oplever deres søvn på hospitalet. Ud fra dette empiriske afsæt – men også fra et teoretisk – herudover at udarbejde en intervention til optimering af patienternes søvn og implementere denne. Og slutteligt undersøge, hvilken effekt på patienternes vurdering af søvn interventionen har haft.

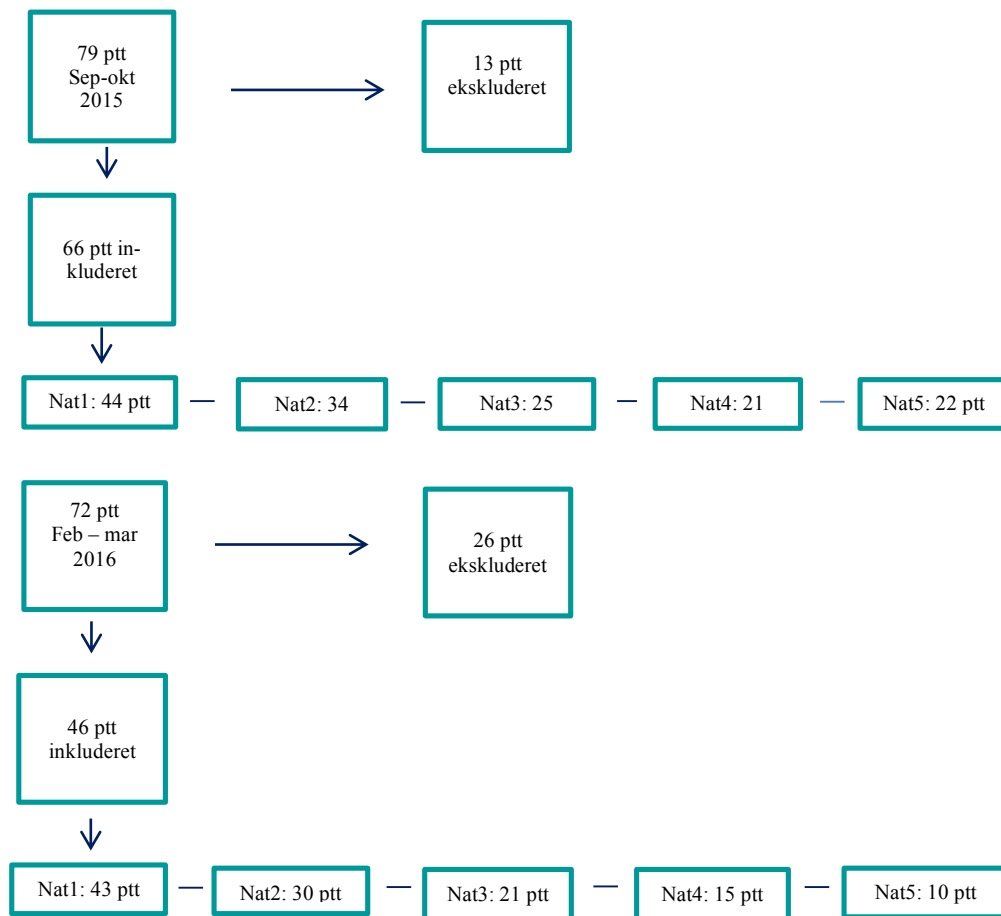
Metode

I dette afsnit beskrives den spørgeskemaundersøgelsen, der blev gennemført forud for interventionen og gentaget efter implementeringen. Herefter følger en beskrivelse af interventionen. Spørgeskemaundersøgelsen kan ses som et nedslag i tid og sted for at skabe et billede af, hvordan patienterne vurderer deres søvn i deres indlæggelsesperiode. Derudover blev det kortlagt, hvilke søvnforstyrrende elementer patienterne oplevede. Spørgeskemaet blev, hver morgen/formiddag, udfyldt

i tæt samarbejde mellem patienten og personalet eller forskningssygeplejersken. Det var således personalet, der konkret skrev på skemaet og ikke patienten selv. Spørgeskemaundersøgelsen blev iværksat henover to uger i efteråret 2015 til alle indlagte patienter på Ortopædkirurgisk Afdeling Amager og Hvidovre Hospital, afsnit 315 og blev gentaget henover to uger i foråret 2016.

Gruppen af patienter var ikke konstant over tid - der var flest patienter registreret de første to nætter (nat 1 og nat 2) og færrest de sidste (nat 4 og nat 5). Registreringen fortsatte til maks nat 7. Der var ikke mange besvarelser for nat 7, hvorfor disse besvarelser ikke indgår i analysen. Patientgruppen fulgte ikke et homogent flow, idet nogle blev udskrevet før nat 5 og andre patienter blev registreret efter deres forløb var startet/midt i deres indlæggelsesforløb.

Figur 1. Flowchart



Eksklusionskriterier:

- Kommunikationsvanskeligheder grundet demens.
- Utilstrækkelige dansk eller engelsk kundskaber til at forstå undersøgelsen.
- Allerede indlagt mere end 7 dage.
- Patienter, som havde haft et forudgående forløb på en anden afdeling, og indlagt herfra.

Spørgsmålet i skemaet blev dagligt besvaret af de patienter, der var indlagt i den pågældende periode. Nogle patienter var således allerede inde i et indlæggelsesforløb, da undersøgelsen startede.

Spørgsmålene var lavet med henblik på, at patienternes søvn kunne selv vurderes, men også graderes. Patienterne blev bedt om at vurdere deres søvn den pågældende nat og vælge et ud af fire udsagn, som passede bedst på deres oplevelse (se Figur 2). Patienterne havde også mulighed for personligt og individuelt at kommentere deres søvn til dataindsamleren. Uddybende kommentarer blev skrevet ned i skemaet af dataindsamler. Dataindsamler noterede hvilken nat, hvilken stue og hvilken seng på stuen patienten lå i, og den øvrige belægning på stuen.

Figur 2. Spørgeskema

1.nat

Sengestue

2	3	2	
1	4	1	1

Pts plads ○, seng belagt X, seng tom %

Aktuel vurdering: VKO ja/nej, Demensdiagnose ja/nej, sproglig barriere ja/nej

Hvordan vil du vurdere din søvn? (Hvilket af de 4 udsagn passer bedst):

God og føler mig udhvilet

God, men føler mig træt

Dårlig grundet afbrudt søvn

Har ikke sovet

Uddybende kommentarer (positive/negative):

En søvnintervention

På baggrund af resultater fra 1. spørgeskemaundersøgelse, observationer og interviews udviklede personalet i arbejdsgruppen en intervention, hvor implementeringen blev igangsat i december 2015. Den konkrete intervention med forandringer i klinisk praksis som blev formidlet til personalet, lyder således:

- Ved indlæggelsen laver plejepersonalet en forventningsafstemning med patienten omkring søvn på hospitalet (støj, smerter, "hvad gør du hjemme for at sove"?).
- Hver morgen spørges patienten om "Hvordan har du sovet?", som skal muliggøre individuel sygeplejefaglig intervention.
- Reducere larm fra gang og grupperum.
- Reducere iv-væsker om natten og sen aften. Der laves check point kl. 13-14 i dagvagt og kl 19 i aftenvagt med henblik på at vurdere, om der skal hænges iv op.
- Tilbyde *Sleeping kit* på natterunden i aftenvagten (ørepropper, kamillete, natbriller, kande med kogt vand).
- Optimere smertebehandling hos patienten:
 - De patienter, der kan administrere medicin, får pn smertestillende medicin ind på sengebordet, så de selv kan tage ekstra ved behov om natten.
 - Medicin doseres i æsker, som udleveres til de patienter, som selv kan administrere.
 - Nat-medicin og sovemedicin tages så tæt som muligt på sove-tidspunktet.

Interventionen omhandler således både dialog, ændringer i kliniske arbejdsgange, og herudover har personalet fået undervisning i søvn og søvncyklus. En søvncyklus varer ca. 2 timer og gentages

3-5 gange i løbet af en nat (3). I de tilfælde, hvor patientens tilstand muliggør det, må personalet bestræbe sig på at vente med at vække patienten til efter en endt søvncyklus. Er patienten faldet i søvn kl. 23, så må man om muligt bestræbe sig på ikke at forstyrre før kl. 01. På den måde får patienten en periode både med den dybe søvn og REM-søvn. EWS algoritme vil dog altid have forrang.

Væsketilskud

Spørgeskemaundersøgelsen afslørede, at en del patienter, som fik intravenøst væsketilskud, først fik det sent om aftenen eller om natten, hvilket resulterede i hyppige natlige toiletbesøg. Da de fleste af patienterne er indlagt med brud i bevægeapparatet samt er ældre, kan det være krævende, at skulle på toilettet mange gange i løbet af en nat, og meget forstyrrende for deres søvn. I takt med stigende alder overstiger den natlige urinproduktion de vågne timers vandladningsproduktion, men den totale mængde urinproduktion er uændret (5). I takt med, at man bliver ældre, mister man også en del af sin blærekapacitet (6). Samtidig daler søvnkvaliteten med alderen, og ældre mennesker har mindre REM søvn end yngre. Personalet har indført checkpoints, hvor de systematisk evaluerer patienternes væskestatus på bestemte tidspunkter af døgnet så væsketilskud gives mere jævnt ud over døgnet og u hensigtsmæssig høj natlig urinproduktion mindskes.

Larm

Arbejdsgruppen sørgede for at udskifte hjul på vogne og andre apparaturer, de kører med om natten, og som knirkede. Personalet mindsker trafik mest muligt til rum med døre, som smækker tungt, og når personalet taler sammen i sene aftentimer og om natten, så foregår det i et lavt toneleje og i personalerummet.

Forventningsafstemning

Både egen undersøgelse samt anden litteratur viser, at første nat på hospitalet vil søvnen altid være påvirket (2). En dobbeltblindet undersøgelse, hvor man målte REM søvn blandt en kontrolgruppe og en gruppe, som fik sovemedicin, viste samme ringe niveau af REM søvn hos begge grupper (2), hvilket kan tyde på, at 1. indlæggelsesnat - særligt hvis det også er 1. postoperative nat - må de fleste forvente en forstyrret søvn. Patienterne informeres herom, og der skabes dialog om, hvordan patientens normale søvn er og behov relateret her til for at tilrettelægge de bedst mulige betingelser for den enkelte patients søvn.

I informationspjece er der indsat et afsnit om søvn i afsnittet *Information til pårørende*. Der står: *Søvn er vigtig for helbredelse, men søvnen forstyrres efter kirurgi og under indlæggelse. Som pårørende kan du hjælpe med at tilrettelægge patientens muligheder for søvn og hvile. Du kan gå en tur sammen med patienten og bruge atriumgården. Patienten kommer ud af sengen, hvor han/hun skal sove, og får samtidig rørt sig lidt, hvilket fremmer den naturlige søvn. Planlæg besøg så de ikke ligger helt op til sovetidspunktet, da det særligt for den ældre patient, kan være svært at falde til ro umiddelbart herefter. Medbring evt. ting fra hjemmet, som kan gøre det nemmere at slappe af og sove. F.eks. musik og høretelefoner, læsestof, evt. egen hovedpude, som man selv har ansvar for, mm.*

Smerte

Smerte relateret til traume eller operation er den hyppigste årsag til søvnforstyrrelser. Vores resultater viser, at det særligt er de to første døgn af indlæggelsen. Senere i forløbet handler de rapporterede smerter, mere om ømhed og uro i kroppen af at ligge så meget i en seng, ofte også i samme stilling. Kommentarerne afslørede, at mange oplevede gennembrudssmerter om natten, og ofte lå i noget tid og forsøgte at sove fra smerterne. Derfor handler en central del af interventionen om forventningsafstemning: at tale med patienterne om, hvad de kan forvente af smerter og informere om smertebehandlingen. Patienter, som selv kan administrere pn smertestillende medicin får den ind på deres sengebord, så de kan tage den med det samme, når de vågner af smerter om natten.

Sovemedicin

Patienter, som får sovemedicin informeres om at tage den så tæt på det tidspunkt, hvor de lægger sig til at sove, da den sovemedicin, der uddeles, er indslumringsmedicin.

Sleeping kit.

Et yderligere tiltag, som blev besluttet, var at indføre et *Sleeping kit*, som tiltaget blev døbt. *Sleeping kit* er iscenesat med en bakke, hvorpå der er ørepropper, kamillete, natbriller og en kande med kogt vand til te. Bakken tages med rundt i aftenvagten på det som kaldes natterunden. Natterunden påbegyndes som regel ved 21-tiden. Her bliver der målt værdier på alle patienterne og uddelt medicin, hjulpet på toilettet og sagt godnat. Dette kalder personalet 'at natte'.

Analysestrategi

Data fra før og efter interventionen er sammenlignet og analyseret og behandlet deskriptivt. Patienternes kommentarer er kvalitative udsagn og oplevelser, som patienterne har givet. Patienterne har selv valgt, om de ville uddybe udsagnet eller ej. Da der viste sig et mønster i kommentarerne, og der forekom kategorier, blev der - trods den kvalitative karakter - kigget på hyppighed, og om der var nogle nætter, som de forskellige udsagn i større grad var bundet til. Kommentarerne blev således kategoriseret i vurderede årsager til påvirkning af søvn. En kommentar til en nat kunne være delt i to, da nogle kommentarer rummede forskellige årsager/grunde som f.eks. både smerter og uro på stuen. Der blev lavet en optælling af, hvor mange gange smerter blev nævnt, hvor mange gange uro relateret til sengestuen var nævnt osv. Der blev ligeledes undersøgt, hvilke nætter i forløbet de forskellige udsagn forekom.

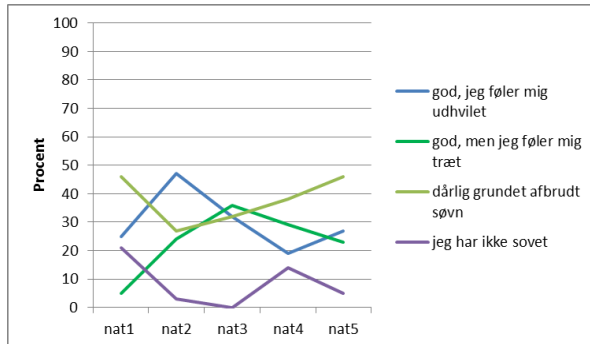
Resultater

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen som fremgår i Figur 5-8 viste, at:

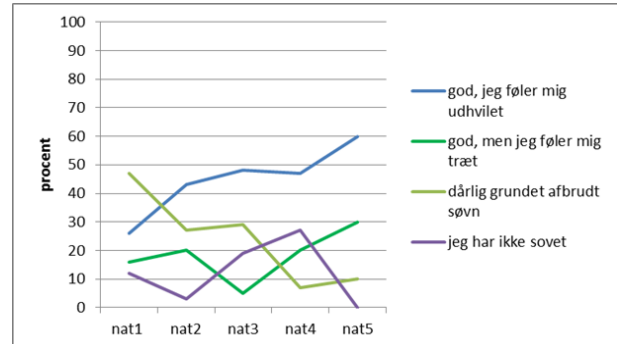
- Andelen af patienter, der vurderede deres søvn som ”god, jeg føler mig udhvilet” nat1-nat5 i **2015** er svingende (både stiger og falder). I **2016** er andelen stort set konstant stigende.
- Andelen af patienter, der vurderer deres søvn som ”dårlig, grundet afbrudt søvn” nat1-nat5 **2015** falder fra nat1 til nat2, for så at stige støt over nat3 og nat4 til samme andel som nat 1 er nået igen nat5.
- Andelen af patienter, der vurderer deres søvn som ”dårlig, grundet afbrudt søvn” nat1-nat5 **2016** falder fra nat1 til nat2, med samme andel nat3, for så at falde yderlig nat4 og nat5. Overordnet ses et gennemgående fald fra nat1 henimod nat5.
- Andelen af patienter, der vurderer deres søvn som ”har ikke sovet” nat1 **2016** er knap halveret fra **2015** og falder yderlig fra nat 1 til nat 2. Herefter ses en stigning til og med nat 4,

hvor andelen er næsten dobbelt så stor som nat 4 i 2015. Nat 5 2016 falder andelen til nul og dermed under andelen i forhold til 2015.

Figur 5. 2015 – søvnevurdering



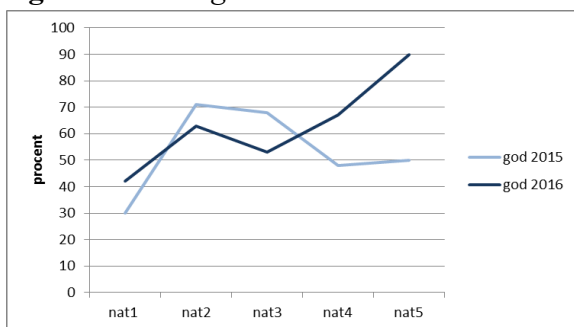
Figur 6. 2016 – søvnevurdering



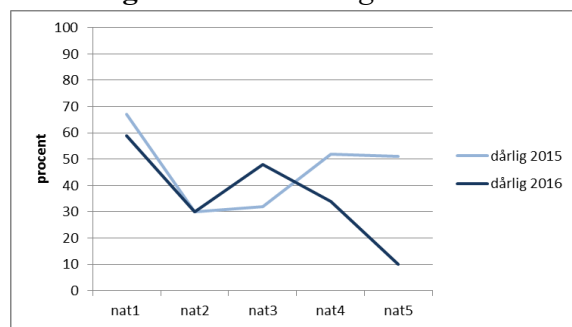
Sammenlægger man de overvejende positivt ladede svarmuligheder “god, jeg føler mig udhvilet” og “god, men jeg føler mig træt” til én kategori **’sovet godt’** (Figur 7.), og de to overvejende negativt ladede svar-muligheder; “dårlig grundet afbrudt søvn” og “jeg har ikke sovet” i én kategori, **’sovet dårligt’** (Figur 8.), kan man se:

- En stigning i antallet af patienter, der sover godt nat 1
- Flere patienter sover dårligt end godt nat 1 – både i 2015 og 2016.
- I 2015 udvikler søvnen sig fra nat1-nat5 således: andelen af patienter, der sover godt stiger fra nat1- nat2 falder minimalt nat3, falder yderlig men stabilt over nat4-nat5
- I 2016 udvikler søvnen sig fra nat1- nat5 således: andelen af ptt, der sover godt, stiger fra nat1- nat2, falder minimalt nat3, for så at stige igen nat4 og yderlig nat5

Figur 7. ’Sovet godt’



Figur 8. ’Sovet dårligt’



Kommentarerne

- **Smærter.** Under 1. spørgeskemaundersøgelse talte en del om et decideret smertegennembrud om natten når blokade eller lignende aftog.
- **Forstyrrelser i relation til sengestuen.** Det var i form af: lyd/bevægelse, lys og temperatur, sengen, måling af værdier som blodtryk og blodsukker, uro både fra patienter på stuen og fra patienter på andre stuer. Yngre patienter guidede og hjalp de ældre, nogle ville have døren åben (tryghed), andre ville have døren lukket (ro).

- **Andet.** Denne kategori indebærer udsagn om ondt i maven/obstipation, døsighed, vejtrækningsbesvær, gener efter narkose/operation, døgnrytmeforstyrrelser og ukendt årsag.
- **Uro på gang.** Før interventionen var dette en hyppig nævnt årsag til søvnforstyrrelser, men der var stort set ingen kommentarer om uro fra gangen efter interventionen. Nogle patienter fremhævede her uopfordret, at der var meget ro på gangen her frem for andre steder, de havde været indlagt.
- **Oppe gange mange** - særligt toiletbesøg.
- **Psykisk uro og mareridt.** Mange var usikre på deres forløb og situation og lå og bekymrede sig om natten, hvor der faldt ro på afsnittet, og andre igen havde mareridt.
- **Fysisk ikke træt nok** (noget som også blev nævnt i de spontane samtaler under deltagerobservationer).

Eksempler på kommentarer fra spørgeskemaundersøgelserne:

- *smertegennembrud (epiduralkatheter stoppede), ligget længe inden kontakt til personale.*
- *kombination af smerter i brud og af at ligge*
- *Vanvittige smerter(gennembrud). Meget varmt på stuen, badet i sved. Ikke stor effekt af smertestillende.*
- *uro på stuen, 'luftmadras' larmer. Sover let. Ørepropper kunne have hjulpet.*
- *Hører klart lyde også med døren lukket. Hvis døren er åben, er det som en banegård meget støj ude på gangen, banker med vogne som de kører med. Larm når personalet mødes ved vagtskifte.*
- *Støj udefra, kun blundet, vågnet 3 gange for at kommet på toilet – ventetiden for hjælp føles lang, ligger og spænder.*
- *træt af at ligge/sidde meget, har brug for at røre sig mere, vil gerne ud og gå, men har brug for hjælp.*
- *Nervøs for at komme til at støtte på sit ben – derfor urolig og ikke dyb søvn. Nyt livsvilkår at tage vare på sig selv.*

Helle Greve og Preben Ulrich Pedersen beskriver en undersøgelse om søvn under indlæggelse hos hjertekirurgiske patienter, og de kommer frem til lignende kategorier i patienternes udsagn om, hvad der forstyrrer deres søvn under indlæggelsen. I deres undersøgelse er sygepleje observationer det, som er hyppigst rapporteret som årsag til forstyrret søvn. I nærværende studie er sygeplejeobservationer en del af kategorien 'forstyrrelser relateret til sengestuen' og er den kategori som, efter kategorien 'smerter', er hyppigst rapporteret.

Søvnen er særligt forstyrret nat 1, hvilket flere studier også konkluderer (2, 3, 4). Studier viser, at REM søvn næsten er helt elimineret den første nat under indlæggelsen efter en planlagt ortopædkirurgisk operation (2,4). Dette kan vi også genfinde i denne spørgeskemaundersøgelse. Første nat er den nat, hvor flest patienter oplever at sove dårligt, men oplevelsen af at sove godt stiger i forløbet ift. udgangspunktet på nat 1. Efter interventionen er denne udvikling meget mere markant, og 90 % af patienterne oplever at have sove godt nat 5 i 2016 modsat 50 % i 2015. Tranmer understreger dog, at øget søvnkvalitet under indlæggelsen ikke gælder for ældre mennesker, som rapporterer dårligere søvnkvalitet proportionelt med indlæggelsestid. Der er således noget, der tyder på, at det ikke er forfriskende og genopbyggende søvn (4). Oplevelsen af at være træt trods oplevelsen

af at have sovet godt fylder også en del stigende over tid i denne undersøgelse, hvilket kan underbygge tesen om, at det ikke er forfriskende og genopbyggende søvn, selvom patienterne vurderer at have sovet.

Der er sket en forbedring af søvn i hele perioden fra nat 1 til nat 5 efter interventionen. Den største forandring ses nat 3, 4 og 5. Dette kan muligvis skyldes, at disse nætter er muligheden for at optimere søvnen størst. Spørgeskemaundersøgelsen har givet mulighed for at se på en række parametre, der kunne tænkes at influere på søvnen såsom alder, køn, hvilken stue man ligger på, eller hvor henne på stuen man ligger, som f.eks. tæt på døren eller ved vinduet. Vi så ikke umiddelbart betydelige forhold, der kunne belyse undersøgelsesspørgsmålene, men en patient fortalte dog uopfordret, at hun oplevede lidt mere støj relateret til gangen efter hun flyttede længst væk fra indgangen til en stue, som lå mere midt på gangen og tæt på personalerummet. Der ses derudover en tendens til, at mænd over tid fra nat1 til nat5 reagerede mere positivt på interventionen end kvinder.

Diskussion

Implementering af *Sleeping kit* betragtet i et rituelt perspektiv - artefakt og performance

Det syntes som om, at den del af interventionen, som handler om en daglig og systematisk dialog med patienterne, der har til hensigt at evaluere patienternes søvn og intervenere efter behov, var lidt abstrakt for personalet, og de oplevede den som tidskrævende og konkurrerende med andre gøremål, hvorfor den blev nedprioriteret. *Sleeping kit* derimod virkede i første omgang til at have større opbakning, hvilket blev tilskrevet, at *sleeping kit* var meget mere konkret og håndgribeligt end en evaluerende dialog, som kræver kommunikative og pædagogiske kompetencer. Når personalet blev spurgt om, hvordan de oplevede, at det gik med implementering af *sleeping kit* viste det sig dog, at det var få fra personalegruppen, som tog *sleeping kit* med på deres natterunde og præsenterede det for patienterne. Så selvom *sleeping kit* umiddelbart virkede meget konkret og håndgribeligt, og medarbejderne fandt indholdet meningsfuldt, så var der også udfordringer forbundet med implementering heraf.

Sleeping kit er en konkret artefakt. Artefakter er genstande, et fænomen eller en struktur, som processer eller standarder. Artefakter er ikke neutrale genstande, men knyttet til særlige fortællinger og fremviser muligheder eller begrænsninger (7). For at *sleeping kit* kan komme i spil, som en mulighed, der kan afhjælpe gener forbundet med at sove på et hospital, så må den følges af en særlig form for iscenesættelse bundet op på den verbale og nonverbale kommunikation. En iscenesættelse kan have symbolsk adfærd og blive en begivenhed med et statuerende formål, eller et kulturelt statement (8). Et statement som i dette tilfælde er, at 'søvn er vigtig, og vi gør, hvad vi kan for at imødekomme dine behov'. På den måde kan vi betragte *sleeping kit* som et ritual, idet formen på den iscenesættelse, som knyttes hertil, har betydning for det indhold, som man gerne vil kommunikere. Et ritual er forbundet med nogle egenskaber, som repetition, struktur og orden, handling, iscenesættelse, et klart formål og klare symboler og budskaber. I repetitionen ligger gentagelsen, rutinen, det trykke og velkendte (8). For personalet var formålet måske klart, nemlig et tilbud til patienterne, som kan understøtte deres søvnmuligheder på hospitalet. Men formen, altså, hvilken struktur, orden og handling, der skal følge *sleeping kit* var uklar for personalet. De var usikre på, hvordan de skulle iscenesætte *sleeping kit*. Flere sagde som denne medarbejder; "jeg tager det ikke med rundt, men ved det er der og henter f.eks. ørepropper, hvis patienten spørger efter dem". En anden sagde; "jeg har det ikke med, vi har ikke aftalt, hvordan vi skal gøre det". *Sleeping kit* får derved ikke mulighed som begivenhed eller kulturelt statement, der kan kommunikere til patienterne, at søvn ikke er et individuelt problem og eget ansvar på hospitalet.

I den undersøgelse, som tidligere er nævnt, hvor man undersøgte søvnkvaliteten hos patienter, som fik sovemedicin, og en gruppe, som ikke fik (2), målte man ligeledes den subjektive oplevelse af nattesøvn og træthed hos de 2 grupper. De subjektive data viste, at gruppen som fik sovemedicin oplevede bedre nattesøvn, mindre træthed og, at de var vågnet færre gange i løbet af natten. Oplevelse af, hvordan man har sovet har indflydelse på ens humør og overskud(2), som igen kan påvirke oplevelsen af smerter. *Sleeping kit* kan betragtes som et imødekommende tiltag, som kommunikerer til patienterne, at søvn også er et sygeplejefagligt anliggende. Den konkrete artefakt, som ørepropper, kan ikke nødvendigvis sikre patienterne en fysiologisk bedre søvn, men når personalet forsøger at imødekomme problemet udviser de omsorg, og det kan i sig selv forbedre den subjektive oplevelse eller velbefindende. *Sleeping kit* som et ritual kan i det perspektiv være med til at reorganisere sociale mønstre eller hjælpe med at skabe dem (8), og i det perspektiv kan man med iscenesættelse af *Sleeping kit* kommunikere til patienten, at søvn på hospitalet ikke kun er eget ansvar.

Spørgeskemaundersøgelse og implementering

Spørgeskemaundersøgelsen kunne ikke entydigt fastslå, hvad der er årsag til forbedringen af patienternes søvn. Det tyder dog på, at en optimeret smertebehandling med pn -selvadministration til natten gjorde en forskel, idet smerterne ikke nåede at stige til et niveau, hvor de var svære at lindre. Patienterne kunne derved falde hurtigere i søvn igen, fordi de ikke skulle ligge og vente på at smertebehandlingen virkede. Reducering af larm fra gangen har formodentlig også haft betydning, idet det ikke var en rapporteret årsag i 2016. Derudover kan en øget opmærksomhed på væskebehandling muliggøre være årsag til, at patienter fik en mindre afbrudt nattesøvn. Der var nogle dele af interventionen, som lykkedes bedre at implementere end andre. Herudover er der fortsat områder, som kan være genstand for refleksion over praksis og evt. skabe nye muligheder for optimering af patienternes søvn på hospitalet.

Der har været mange overvejelser over, hvordan spørgeskemaundersøgelsen skulle gribes an. Genemførbareheden var vigtig, hvorfor det ikke var patienterne selv, der udfyldte spørgeskemaet, men gav deres udsagn videre til dataindsamlerne, som skrev disse ned. At dele spørgeskemaer ud til patienter, hvor de fleste er ældre, har svingende overskud og nogle med armen i gips, som vanskeliggør notering, forestillede vi os var en usikker metode. Det viste sig også, at mange af de adspurgte patienter netop sagde ja til at deltage, fordi de ikke selv skulle stå for at udfylde et skema og huske at gøre det hver dag. Dialogen med patienten har også sikret, at alle adspurgte patienter fik valgt et udsagn hver dag, og dette blev registreret korrekt på skemaet.

Afslutningsvis er det værd at nævne, at interventionen kun havde kørt i knap 4 måneder inden 2. spørgeskemaundersøgelse blev igangsat. De fleste forandringer i praksis tager lang tid at få implementeret, hvorfor det ville have været en fordel for mere reel evaluering først at gentage 2. spørgeskemaundersøgelse efter en længere periode. Til gengæld har 2. spørgeskemaundersøgelse været en metode til opfølgning på interventionen med mulighed for at justere og sætte fornyet fokus på de elementer i interventionen, det ikke var lykkedes så godt at implementere.

Da projektet var under planlægning, mødte vi ofte det standpunkt, at det med søvn på hospitalet, det kan der jo ikke gøres noget ved. Det er bare et vilkår, som må accepteres. Men ud fra denne undersøgelse, kan det tyde på, at ved at inddrage patienterne samt skabe refleksion over egen praksis og selvfølgelige rutiner, kan der gøres noget, også uden tilførsel af ekstra ressourcer eller massiv omorganisering. Sengeafsnit, 315, er nu også det afsnit, som ligger bedst i afdelingens nyeste LUP-resultat, når det gælder spørgsmålet om søvn og hvile.

Konklusion og perspektivering

På baggrund af patienternes vurderinger af deres søvn kan vi konkludere, at første nat under indlæggelse er søvn meget forstyrret, men at søvnen bedres relateret til indlæggelsestid. Denne sammenhæng er dog størst efter implementering af den sygeplejefaglige intervention, hvor smerteintervention og intervention relateret til larm og uro på gangen tegner til at have gjort en forskel. Selvom mange af forstyrrelserne går igen i patienternes vurderede årsager, er der også forskel på patienternes behov. En intervention, der sigter på et samlet kvalitetsløft for alle, må også forsøge at imødekomme den enkeltes behov, og her er en daglig samtale om, hvordan patienten har sovet, nødvendig. Der er vilkår på et hospital, som er vanskelige at ændre på og som påvirker patienternes muligheder for søvn, men på forskellige måder, kan man kommunikere, at man forsøger at gøre noget for at imødekomme patienternes behov, at den individuelle søvn ikke kun er patientens ansvar. Herved kan den subjektive oplevelse omkring søvn forbedres.

Patienterne forsøger at tage ansvar for deres forløb, hvilket også forventes af dem, hvorfor mange vægrer sig ved at spørge efter hjælp. Et eksempel fra projektet, hvor det bliver muligt for patienter at påtage sig ansvar og deltage i forløbet, er den lille ændring i praksis, hvor patienter får pn smertestillende ind til selvadministration om natten. Her fremmes patienternes søvn gennem hurtigere smertelindring, og patienterne inddrages og får mulighed for at handle på deres behov. Vi må derfor fortsat reflektere over måden at organisere og indrette praksis på, der kan være andre små som store tiltag, der kan støtte usikre og fremmedgjorte patienter i at kunne navigere og handle, når det er det der forventes af dem.

Taksigelser

Tak til personalegruppen på 315 for godt samarbejde og engagement. Særligt arbejdsgruppen og de medarbejdere, som deltog aktivt i spørgeskemaundersøgelsen, men også alle jer andre, som svarede på spørgsmål, reflekterede og stillede spørgsmål tilbage og for altid at arbejde for høj faglig kvalitet.

Referencer

- (1) Skou, M. Patienter sover dårligt. Sygeplejersken 2013
- (2) Krenk, L., Jennum P. , Kehlet, H. Sleep disturbances after fast-track hip and knee arthroplasty. *British Journal of Anaesthesia*. 2012;109 (5):769-75
- (3) Greve, H., Pedersen, P.U. Improving sleep after open heart surgery –Effectiveness of nursing interventions. *Journal of Nursing Education and Practice*.2015, Vol.6, No.3
- (4) Tranmer, JE., Minard, J, Fox, L.a., Rebelo, L. The sleep experience of medical and surgical patients.*Clin Nurs Research*.2003; 12(2):159-173.
- (5) Miller M. Fluid balance disorders in the elderly. *American Society of Nephrology* 2009.
- (6) Asplund. R. Hip fractures, nocturia, and nocturnal polyuria in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics* 2006. Volume 43. Hæfte 3. 319 – 326.
- (7) Turner, V. *The ritual process – structure and anti-structure*. Aldine Transaction. USA 2008.
- (8) Moore, S. Myerhoff, B. *Secular Ritual*. Van Gorcum, Assen/Amsterdam, The Netherlands 1977.