

2 Organisering af kirurgiske forløb

Bodil Sestoft, Kirsten Kaptain, Pia Dreyer og Marie-Louise Ulsøe



Resumé

Kapitlet præsenterer organisering af det kirurgiske forløb med fokus på dagkirurgi i sekundær sektor. Målet er et godt sammenhængende patientforløb. Kapitlet indfører læseren i bl.a. visitation til ambulante kirurgiske forløb, om ASA-klassifikation, om ERAS, om forskellen mellem ambulante og perioperative forløb, om plejeformer til patienterne, og til sidst i kapitlet stilles skarpt på, hvordan fremtidens accelererede patientforløb kommer til at se ud.

Dagkirurgi – den historiske udvikling

Dagkirurgi blev for alvor udviklet og udbredt i 1960'erne i USA (Penn m.fl.). Det var såkaldte *freestanding units*, der fokuserede på økonomisk effektivitet. Konceptet bredte sig langsomt til Europa og har siden 1990'erne været i vækst i Danmark.

Der er tale om standardiserede, accelererede forløb. Patienten møder på en given hverdag på det dagkirurgiske afsnit, får foretaget det kirurgiske indgreb og tager hjem samme dag. Over halvdelen af alle operationer på hospitalet foregår i

dagkirurgisk regi, så mange patienter oplever indlæggelse under et døgn varighed. Ser man på standardindgreb, udføres ca. 70 % i dagkirurgisk regi (Warnakulasuriya m.fl., 2020).

Sundhed og velfærd er meget betydningsfuldt i menneskers liv. Sundhedsvæsenet og de sundhedsydelse, der tilbydes, spiller derfor en væsentlig rolle i den moderne danske velfærdsstat. Den biomedicinske, teknologiske og organisatoriske udvikling i sundhedsvæsenet kan blive udfordret af fx begrebet *patientinddragelse*, da spørgsmål om sygdom og sundhed således ikke alene bliver håndteret inden for

en sundhedsfaglig sammenhæng. Mennesker følger ikke altid systemers logik og strukturer, de henter viden og relaterer sig i høj grad hos fx familie og venner. Der kan derfor opstå udfordringer for den enkelte patient og sundhedsprofessionelle i grænsefladen mellem patientinddragelse og standardisering, som er et vilkår i sundhedsvæsenet.

Inden for den sekundære sundhedssektor på hospitalerne forekommer der i høj grad standardisering, hvor den sundhedsprofessionelle praksis ofte bliver begrundet i naturvidenskabelige og økonomiske termer.

Rapporten fra Danske Regioner *Er fremtidens kirurgi dagkirurgi?* (Danske Regioner, 2012) er skrevet med udgangspunkt i spørgsmålet: Kan dagkirurgi udvikles yderligere? Rapporten indledes med at beskrive en lang række fordele ved dagkirurgi, såsom patientsikkerhed, patienttilfredshed, sundhedsprofessionelles tilfredshed og hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer.

De sundhedsprofessionelle fremhæver sikker kirurgi, komplikationsrisici og:

- "At vejen frem er at have blikket stift rettet mod de resultater, sundhedsvæsenet skaber for patienterne. Resultater i form af mere sundhed og mindre sygdom. I form af veltilrettelagte behandlingsforløb, hvor patienten er i centrum."
- "[...] ikke udsætte patienter for skader eller utilsigtede hændelser. Ud over at den slags er dårlige for patientens helbred, er de også alt for dyre for os."
- "Visitation til dagkirurgisk indgreb bør altid bero på en individuel vurdering."
- "Omlægning til dagkirurgi kræver øget fokus på information og kommunikation med patienten efter operation."

- "Der bør være fokus på konsekvenser for de pårørende."

Visitation til ambulante kirurgiske forløb – Hvilke patienter i hvilke forløb

Visitation betyder, at borgeren henvises til behandling på grundlag af en lægefaglig vurdering. Oftest er det den praktiserende læge eller en speciallæge, der henviser patienten til yderligere udredning på en kirurgisk hospitalsafdeling. Det kan også være en læge fra en anden hospitalsafdeling, der henviser.

Primær kirurgisk visitation foregår ved, at henvisninger fra de praktiserende læger, speciallæger eller hospitalsafdelinger modtages i en relevant kirurgisk hospitalsafdeling, hvor speciallæger visiterer og prioriterer patienterne i forhold til sygdommens/symptomernes hastegrad (tidsperspektiv) og tilgængelighed af relevante kirurger (subspecialer) samt til gældende lov om udredningsgaranti (Danske Regioner "Ret til hurtig udredning"). Under den primære visitation bliver det også vurderet, om patienten skal have foretaget yderligere undersøgelser og blodprøver, inden patienten møder til den ambulante forundersøgelse.

En sekretær/sygeplejerske bestiller og indkalder patienten til relevante undersøgelser og blodprøver og booker en tid til en ambulante kirurgisk forundersøgelse samt anæstesitilsyn.

Det er forskelligt, hvordan anæstesitilsyn foretages. Nogle anæstesitilsyn foregår ved, at en anæstesilæge ser patienten forud for operationen i et ambulatorium. Andre anæstesitilsyn foregår elektronisk, hvor anæstesilægen læser patientens journal og planlægger bedøvelsen på den baggrund, hvorefter anæstesitilsynet

færdiggøres, når de møder patienten på operationsdagen før operationen eller på operationsstuen ("Vælg klogt. Idékatalog", Anæsthesitilsyn, 2021).

Der er også hospitaler i Danmark, hvor det er anæsthesisygeplejersker, der laver anæsthesitilsyn på patienter, der er klassificeret som 1 og 2 efter ASA (**A**merican **S**ociety of **A**naesthesiologists *physical status classification system*)-scoren.

Visitation til ambulat kirurgi – dagkirurgi, perioperative forløb eller accelererede forløb – beror også på en anæsthesirelateret præoperativ vurdering (DASAIM, 2021):

- Patientens egnethed til det kirurgiske forløb
- Patientens ressourcer til et ambulat indgreb
- Anæstesiteknik
- Smertebehandling
- Kvalmeprofylakse.

Visitation af patienter til kirurgi i dagkirurgisk regi er således særdeles vigtig. Det har stor betydning for patienterne, at de får afstemt forventningerne med de sundhedsprofessionelle fx hvilken støtte, der er behov for i det postoperative forløb i hjemmet. Dette er ikke mindst vigtigt, når det anskues fra patientperspektivet. En ung mand beskriver fx, hvilken betydning det fik for ham, at han ikke havde forstået, hvor meget støtte han kunne få brug for: "They [de sundhedsprofessionelle] asked me if I lived with anyone who could help me, and I said, "Yeah, I have roommates." [men] ... They've been gone all day and are at a party tonight. I crawled to the bathroom, haven't eaten all day, and haven't moved from my bed. My family is halfway across the country." - Den unge mand boede på et kollegium (Flanagan, 2009).

Udviklingen fra visitation til dagkirurgiske enheder i 2012 til de nuværende forskellige ambulante forløb, hvor patienten og de pårørende i langt højere grad er inddraget, er beskrevet i de følgende afsnit.

ASA-klassifikation

Fysiologisk status vurderes af anæstesiologer og kirurger og benævnes ASA (American Society of Anaesthesiologists *physical status classification system*)-score (Tabel 2.1).

ASA-score, der generelt anvendes af anæstesiologer og kirurger til at vurdere en indlagt patients fysiologiske status og dermed betydning for valg af anæstesi og kirurgi, kan imidlertid ikke betragtes som det eneste eller væsentligste parameter for den ambulante patients mulighed for at få foretaget et kirurgisk indgreb.

Visitation af patienter til ambulat kirurgi afhænger i højere grad af patientens sociale kompetencer og daglige færdigheder end af fx BMI, alder og fysiologiske habitus (DASAIM, 2021).

Det er også vigtigt at være opmærksom på, at patienter, der lider af en kronisk sygdom, som er i en stabil fase, fx diabetes mellitus, ofte vil have fordel af at blive opereret i ambulat regi, da det vil betyde minimal forstyrrelse i deres daglige livsførelse (Bailey et al., 2019).

En anden forudsætning for, at patienten har ressourcer til et ambulat indgreb, afhænger af, om patienten har habile pårørende, der kan involveres i forløbet. Dette stemmer overens med engelske anbefalinger: "Fitness for a procedure should relate to the patient's functional status rather than ASA physical status." (Bailey et al., 2019).

Der er mange fordele ved at operere patienter i ambulat regi. Mange patienter

TABEL 2.1. ASA-score (DASAIMs oversættelse.

	Definition	Udvalgte eksempler
ASA I	Rask patient	Rask, ikke-ryger, intet eller minimalt alkoholforbrug.
ASA II	Mild systemisk sygdom	Ingen funktionsindskrænkning. Eksempler: Ryger, alkoholindtag i social sammenhæng, gravid, svær overvægt (BMI 30), velbehandlet DM/HA/mild lungesygdom.
ASA III	Alvorlig systemisk sygdom	Afgrænset funktionsnedsættelse. Én eller flere betydende sygdomme, fx: dysreguleret DM eller HA, KOL. Ekstrem svær overvægt (BMI > 40), aktiv hepatitis, alkoholafhængighed eller misbrug, implanteret pacemaker, moderat nedsat EF, kronisk dialyse, præmaturt barn (gestationsalder < 60 uger). AMI, PCI-behandling, cerebralt insult, TCI eller trombolyse på cerebrale kar for mere end 3 måneder siden.
ASA IV	Alvorlig systemisk sygdom, som er konstant livstruende	Eksempler: AMI, PCI-behandling, cerebralt insult, TCI eller trombolyse på cerebrale kar for mindre end 3 måneder siden. Symptomatisk iskæmisk hjertesygdom eller svær klappedysfunktion, svært nedsat EF, sepsis med tegn til påvirket organfunktion, DIC, ARDS eller kontinuerlig dialyse.
ASA V	Morbund patient, som ikke forventes at overleve uden operation	Eksempler: Bristet abdominalt eller thorakalt aortaaneurisme, svære traumer, intrakraniell blødning med massevirkning, tarmiskæmi ved hjerte- eller multiorgansvigt.
ASA VI	Hjernedød organdonor	

foretrækker at være i et forløb, der ændrer mindst muligt på deres daglige livsførelse, og samtidig minimerer rekonvalescens i hjemmet risikoen for, at patienten fx pådrager sig nosokomielle infektioner.

Patientens mulighed for fx mobilisering og at have kontakt med familie eller venner fremmes ofte af at være i hjemmet frem for på et hospital. Endelig er ambulante kirurgi, set fra et samfundsmæssigt/økonomisk

perspektiv, mindre omkostningstungt end kirurgi udført på et konventionelt hospital (Joshi, 2021).

Den nyeste forskning viser, at en yderligere udvidelse af kirurgi foretaget i ambulant regi må lægge endnu større vægt på at "skræddersy" patientforløbene ved at inddrage patienterne (Joshi, 2021). De sundhedsprofessionelle må skifte fokus fra "What's the matter with you?" til betydningen af "What matters to you?" (Barry og Edgman-Levitan, 2012).

I de følgende afsnit beskrives, hvordan de forskellige patientforløb kan se ud i praksis.

Dagkirurgi i praksis

Dagkirurgi er ambulant kirurgi, hvor patienten møder til operation samme dag, som operationen foregår, og går hjem samme dag efter operationen. Patienten starter og slutter sit forløb i det dagkirurgiske område, da der som udgangspunkt er tale om ukomplicerede planlagte forløb, hvor patienten trygt kan sendes hjem igen efter endt operation.

Dagkirurgi er kendetegnet ved sammenhængende patientforløb. Der er for både patienten og de pårørende kontinuitet og få kontakter med de sundhedsprofessionelle under indlæggelsen. Det er som udgangspunkt den samme sygeplejerske, der tager imod patienten før operationen og passer patienten efter operation.

Konceptet bag dagkirurgi er, at det er raske mennesker, der opereres, og at patienten som hovedregel selv skal sørge for at blive transporteret til og fra det dagkirurgiske område. En forudsætning for at kunne blive opereret og gå hjem samme dag er,

at patienten og de pårørende involveres og inddrages i behandlingen og forløbet, da de efter operation og bedøvelse samt observation på hospitalet skal vide, hvordan de skal forholde sig i hjemmet ved mulige komplikationer.

Dagkirurgi foregår i rammer, hvor patienterne i nogle sammenhænge kan blive opereret i deres eget tøj. På den måde bliver patienten mindre sygeliggjort, og forventningen om, at det er den samme dag, patienten skal hjem, bliver mere naturlig.

Patienten opereres af kirurger fra forskellige kirurgiske afdelinger, men alle de øvrige opgaver omkring patienten foretages af personale, der er ansat i det dagkirurgiske område. Der er anæstesiologer samt sygeplejersker med kompetencer og uddannelse inden for både anæstesi, operation og opvågning.

Det tværfaglige samarbejde er en forudsætning for effektive og veltilrettelagte forløb. Effektiv smertebehandling, fx smerteblokader og rammeordinationer for smerte- og kvalmeprofylaktisk behandling, er en forudsætning for, at patienterne kan tage hjem samme dag.

Fleksibilitet hos dagkirurgiske sygeplejersker er en vigtig og betydelig forudsætning for velfungerende dagkirurgisk sygepleje. Sygeplejerskerne oplæres og arbejder i mere end et felt, fx som både operationssygeplejerske og opvåkningssygeplejerske. Det giver en større forståelse for patientforløbet og en kontinuitet for patienterne og de pårørende. Flexibilitet blandt sygeplejerskerne fordrer således kontinuerligt kompetencevedligehold i forhold til både bredde- og dybdefaglighed (Ingerslev, Eg og Krøll, 2014).

Dagkirurgi beror ligeledes på høj effektivitet, hvor optimering af operations-

programmer og dagens afvikling har stor betydning for kapacitetsudnyttelsen. Derfor er veltilrettelagte og planlagte operationsforløb en forudsætning for en høj grad af kontinuitet, fleksibilitet og effektivitet – og i sidste ende øget produktivitet.

Nogle af fordelene for patienterne ved dagkirurgiske forløb er, at jo kortere tid patienten er på hospitalet, desto færre infektioner og færre alvorlige komplikationer vil der opstå. Der er også fordele, som ikke umiddelbart er målelige: oplevelsen af trykthed, netværk, patientens præferencer, viden og ressourcer, information og kommunikation og konsekvenser for de pårørende.

En betydelig del af de kirurgiske indgreb, som måske umiddelbart er velegnede til at forgå i dagkirurgisk regi, kan være komplekse, fx i forhold til at være en akut operation. Der er derfor på nogle hospitaler etableret perioperative forløb.

I det følgende afsnit beskrives, hvordan de perioperative og accelererede forløb kan se ud i praksis.

Perioperative patientforløb i praksis

De perioperative forløb består af forberedelse, operation og udskrivelse samlet i optimerede forløb med få overgange, hvor patienten enten kommer akut eller elektivt til forberedelses- og opvågningsafsnit, og efter operationen tager vedkommende direkte hjem. Konceptet kendes fra dagkirurgi, hvor udgangspunktet som tidligere nævnt er planlagte forløb på raske mennesker, som kan udskrives til hjemmet den samme dag.

De perioperative forløb omfatter dels akutte patienter, som kan gå hjem den

samme dag, den samme aften eller næste dag, dels planlagte forløb, hvor indgrebs art eller patienternes komorbiditet kan være årsag til, at det ikke foregår i dagkirurgisk regi. Det kan være kompleksiteten af kirurgien eller varigheden af denne, som indebærer, at forløbene bliver af længere varighed. Patienter, der visiteres til perioperative forløb, kan udskrives den samme aften eller den næste dag. Hvis patienterne har behov for længere indlæggelse, vil de blive overflyttet til den relevante sengeafdeling efter opvågningsfasen.

Placering af forberedelses- og opvågningsafsnit nær operationsgangen samt tilgængeligheden af faglige kompetencer og medicoteknisk udstyr inden for intensiv- og opvågningsområdet betyder, at man i de perioperative forløb kan håndtere akutte og uforudsigelige situationer.

Sygeplejerskerne i forberedelses- og opvågningsafsnit har som de dagkirurgiske sygeplejersker også kompetencer inden for både den præ- og postoperative sygepleje.

At kunne visitere til perioperative forløb betyder, at man kan udnytte muligheden for at indlægge og udskrive direkte fra forberedelses- og opvågningsafsnit og dermed effektivisere udvalgte patientforløb.

Fordelene er:

- at der er færre overgange for patienten
- at patientsikkerheden bliver øget, når ventetiden til operation afkortes
- at ressourcer udnyttes bedst muligt (personale, teknologi og udstyr)
- at mindske dobbeltdokumentation
- at strømline forløbene efter patientens behov.

En særlig fordel for de patienter, som kommer via akutafdelingen, er, at de kan forberedes til operation med fx væske- og

smertebehandling. Med reorganisering og optimering af den præ-, per- og postoperative patientpleje og behandling kan man således opnå et kvalitetsløft i behandlingsresultaterne:

- Optimeret smertebehandling
- Hurtigere genvinding af normale funktioner
- Kortere hospitalisering og rekonvalescens.

Samarbejde og forståelse for patientens forløb og andre faggruppers funktioner kan altså være med til at lette patientens overgang fra sted til sted.

Accelererede patientforløb i praksis

Accelererede patientforløb – Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) – er endnu en måde at tilrettelægge et planlagt indlæggelsesforløb på for den kirurgiske patient. Hensigten er at optimere indlæggelsesforløbet med udgangspunkt i individuelle behov og den bedst tilgængelige viden om fx information, anæstesi, smertelindring, faste, minimal invasiv kirurgi, kvalmeforebyggelse, ernæring og mobilisering (Kaptain, Ulsøe og Dreyer, 2019).

Hensigten er at reducere indlæggelsestiden, som kan have betydning for en hurtigere normalisering af tarmfunktion og hurtigere genoptagelse af normale daglige aktiviteter efter udskrivelsen.

Accelererede forløb er kendetegnende for både dagkirurgiske forløb og perioperative forløb. Der er evidens for, at accelererede patientforløb er hensigtsmæssig for alle forløb, uanset om det er dagkirurgi, perioperative kortere forløb eller forløb af

længere varighed med behov for indlæggelse.

Der er selvfølgelig også patienter, som har behov for længere indlæggelse i en sengeafdeling efter en operation. Det kan være patienter med høj komorbiditet, som kræver længere tids pleje og omsorg samt behandling, inden de er klar til at komme hjem. Behandlingen af en patients øvrige sygdomme kan fx kompliceres ved indlæggelse til et kirurgisk indgreb.

Det kan også være selve operationen, der udløser komplikationer postoperativt, som gør, at patienten har behov for et længere indlæggelsesforløb efter operationen, fx behandling med intravenøs væske, intravenøs medicin, smertebehandling, parenteral ernæring, iltterapi eller sårbehandling. Derudover kan der være sociale årsager til, at patienten har behov for længere indlæggelse til pleje og behandling.

I de accelererede patientforløb vil det ofte være hensigtsmæssigt, at den præoperative optimering – som nævnt under de perioperative forløb – foregår i forberedelses- og opvågningsafsnittet; dette gøres for at sikre, at patienten er optimeret med fx intravenøs væske og sufficient smertedækning inden operationen.

Accelererede patientforløb kan tilrettelægges, uanset om der er tale om akut eller planlagt kirurgi. Forudsætningen er et tværfagligt fokus med høj grad af koordinering og samarbejde blandt de fagprofessionelle, der er involveret i patienten.

Forskelle og ligheder på de forskellige patientforløb


Forskellen mellem de ambulante kirurgiske forløb og de perioperative patientforløb er, at to patienter efter ens type kirurgi ikke nødvendigvis får det samme forløb. Den ene patient kan udskrives direkte fra det dagkirurgiske afsnit til hjemmet, mens en anden patient kan have behov for et længere ophold i enten opvågningsafsnittet eller i stamafdelingen. Det er den enkelte patients tilstand/reaktion på anæstesen og/eller det kirurgiske indgreb, som afgør, hvordan forløbet bliver.

Flere hospitaler har etableret perioperative patientforløb på akutte forløb hos patienter med fx blindtarmsbetændelse. Et forløb kan se sådan ud: Patienten indlægges i akutafdelingen via egen læge eller vagtlægen. Patienten diagnosticeres, og når operationsindikation for appendektomi er stillet, forbliver patienten i akutafdelingen, indtil patienten kan modtages på operationsstuen.

Under operationen vurderer kirurgen blindtarmen, med henblik på at afgøre hvilken antibiotikabehandling patienten har behov for efterfølgende:

- Patienter med en inficeret blindtarm, hvor der kun er behov for én dosis intravenøs antibiotika peroperativt, kan udskrives direkte til hjemmet fra opvågningsafsnittet
- Patienter med en gangrænøs blindtarm skal have antibiotika intravenøst i et døgn, hvor de ligeledes kan udskrives direkte fra opvågningsafsnittet eller fra en sengeafdeling, afhængig af lokal organisering på det respektive hospital

- Patienter med en perforeret blindtarm indlægges til tre døgns intravenøs antibiotisk behandling.

Fællesnævneren for de forskellige typer af patientforløb er det accelererede forløb, hvor fokus er på overgange, og at forløbene planlægges med inddragelse af patienten og dermed på den enkelte patients præmisser. Der fokuseres i alle forløb på *relational koordinering*. Personalet omkring patienten både i dagkirurgisk regi og i de perioperative forløb arbejder i teams, hvor omdrejningspunktet er, at de rette kompetencer er til stede til den rette tid og sted, til rette patient og med et patientcentreret fokus. Relationel koordinering handler om arbejdsrelationer, hvor det bærende er fælles mål, fælles viden og gensidig respekt (Sestoft og Haa, 2019; Gittell, 2016). Det kunne fx være, at anæstesisygeplejersken orienteres om, at patienten skal udskrives fra opvågningsafsnittet og derfor ikke skal have opioid i afslutningen af anæstesen; at operationssygeplejersken orienterer den sygeplejerske, der skal udskrive patienten om, hvorfor patienten efter et laparoskopisk indgreb muligvis har mere ondt i det ene porthul end i det andet (det største porthul kan medføre smerter, idet galdeblæren eller blindtarmen tages ud gennem dette hul). Forskelle på organiseringen af personalet i de kirurgiske forløb er fx, at sygeplejerskerne i de dagkirurgiske forløb arbejder i mere end et felt, bl.a. som både operationssygeplejerske og opvågnings- sygeplejerske, mens sygeplejerskerne i de perioperative forløb og de accelererede patientforløb arbejder i et felt, der ofte er mere komplekst. Patienterne har større komorbiditet, eller der kan være tale om længerevarende operationer.  Visitation af

patienter til de tre kirurgiske typer af forløb er forskellige som forklaret tidligere i afsnittet "Visitation".

Ligheder ved de forskellige forløb er, at patienten i forbindelse med udskrivelse skal informeres om observation og pleje samt ambulans opfølgning. Ved tidlig information om observationer og pleje efter udskrivelsen har patienten og pårørende bedre mulighed for at forberede sig på tiden efter udskrivelsen. Tryghed ved udskrivelsen afhænger i høj grad af tilstrækkelig information og vejledning, men da de kirurgiske forløb i løbet af de senere år er blevet kortere og kortere, er muligheden for, at patienterne kan forberede sig på at skulle håndtere observationer og pleje efter udskrivelsen selv ikke altid optimale. Det drejer sig om observation og pleje af sår, infektion, blødning, smertebehandling, mobilisering, ernæring og kontakt til hospitalet ved forværring og komplikationer. Information og dialog med patient og pårørende er helt essentiel, idet korte kirurgiske forløb indebærer, at patienten (og/eller den pårørende) selv skal foretage den observation og pleje, der tidligere foregik på hospitalet.

Tilstrækkelig information til patienten og de pårørende er vigtigt i **alle** forløbstyperne ved udskrivelse. Der er allerede meget fokus på patientorienteret information, men man kunne med fordel tænke personorienteret information (medinddragelse og dialog) ind i forløbene, eksempelvis: Hvilken viden mangler patienten? Og hvilken viden mangler den pårørende i forhold til både viden og handlinger (Uhrenfeldt et al., 2021)?

Information

I de forskellige typer patientforløb er der behov for patientinformation og -oplæring, både mundtligt og skriftligt. Flere steder arbejdes med elektroniske patientvejledninger, videofilm og apps.

Patienterne udtrykker, at de har brug for en mundtlig forklaring og information, som passer til netop deres individuelle helbreds-situation og sociale situation. De kan ikke nøjes med generel information. De har brug for mulighed for at kunne stille spørgsmål samt at få hjælp til, hvordan den generelle information kan relateres til netop deres helbred og daglige livsførelse (Aasa et al., 2013; Kaptain, Ulsøe og Dreyer, 2019).

Det kan fx være en patient, der skal opereres for blindtarmsbetændelse. Patienten bliver i tvivl om, hvordan den smertestil-lende medicin, som han får på grund af en tidligere diskusprolaps i nakken, skal tages i forbindelse med den aktuelle blindtarmsoperation.

Hvis der er forskel i den mundtlige individuelle information og den skriftligt ud-leverede information, opstår usikkerheden hos patienten (Vilstrup et al., 2009). Om- vendt kan overensstemmelse mellem den skriftlige og mundtlige information yde patienten en oplevelse af tryghed, som gør dem klar til udskrivelse og stå på egne ben (Sibbern et al. 2017).

Over de senere år apps dukket frem, fx den digitale forløbsguide, Emento® (Emento digital patientindkaldelse, 2022), hvor generel information og individuel vej- ledning kombineres. Den generelle infor- mation gives via tekst og video i appen, og desuden kan individuel vejledning gives via en chatfunktion med personale, der har til- føjet information ved udskrivelsen.

Der er kommet flere og flere muligheder for formidling af information og vejledning til patienter og pårørende, men det er vigtigt at være opmærksom på, at de sundhedsprofessionelle stadig har en vigtig opgave i forhold til at støtte og vejlede patienter og pårørende i det, der har særligt betydning for netop dem og deres forløb.

Plejeformer i kirurgiske patientforløb

Der anvendes flere forskellige plejeformer i de kirurgiske patientforløb, som skitseres i det følgende afsnit.

I de dagkirurgiske patientforløb, hvor patienterne møder ind og opereres samt udskrives samme dag, er den primære plejeform *primær sygepleje*, dvs. at det tilstræbes, at det er den samme sygeplejerske, som tager imod patienten, sikrer, at patienten kommer til operationsstuen, og som modtager patienten efter endt kirurgi i opvågningsfasen. Samme sygeplejerske vil ofte også kunne udskrive patienten til eget hjem (Eldrup og Schrader, 2019). Fordelen ved de dagkirurgiske enheder i forhold til plejeformen primær sygepleje er, at patienterne møder ind til operation forskudt på dagen, og tilsvarende møder sygeplejerskerne forskudt ind. Det betyder, at det ofte kan planlægges sådan, at den enkelte sygeplejerske kan følge den enkelte patient. Undtagelsen er, når den enkelte patient har behov for et langt postoperativt forløb, hvor patienten møder ind tidligt om morgenen og først udskrives, lige før enheden lukker, eller hvis den enkelte patient mod forventning ikke er klar til udskrivelse. Her overflyttes patienten til et perioperativt afsnit eller til

en sengeafdeling/hotel, indtil patienten er klar til udskrivelse.

I de perioperative patientforløb, hvor patienterne modtages og udskrives fra de perioperative afsnit, er den primære plejeform ligeledes primær sygepleje, således at den modtagende sygeplejerske også varetager plejen af patienten efter endt kirurgi i opvågningsperioden og udskriver patienten til eget hjem (Eldrup og Schrader, 2019). I praksis udfordres plejeformen dog af de fysiske rammer, af manglende kompetencer og vagtstrukturer, som medfører, at plejeformen ændrer sig til *gruppepleje* i nogle sammenhænge.

Typisk ses en opdeling, hvor én sygeplejerske indlægger og tager imod patienten, og en anden sygeplejerske varetager plejen i opvågningsperioden og udskriver patienten – det er i praksis det muliges kunst den dag. Det er i denne situation muligt for modtagende og udskrivende sygeplejerske at kommunikere om patientens behov og situation ved denne opdeling af den primære sygeplejeform og gruppeplejeformen. I og med at perioperative patientforløb i praksis er en forholdsvis ny måde at organisere kirurgiske forløb på i Danmark siden ca. 2016, kan det variere fra hospital til hospital, hvordan det fungerer (Kaptain, Ulsøe og Dreyer, 2019).

Akutte perioperative patientforløb, fx patienter, der skal have foretaget appendektomi og operation for colles-fraktur, og som modtages og udskrives fra perioperative afsnit, kan ændre på plejeformen i løbet af den enkelte dag i det perioperative afsnit, således at det er *tildelt patientpleje*, der er plejeformen i praksis.

I de perioperative forløb, hvor patienterne modtages samt postoperativt kommer til opvåkning i de perioperative afsnit og

derefter indlægges i de kirurgiske afsnit, anvendes *tildelt patientpleje*, indtil patienten flyttes til det kirurgiske afsnit.

I de accelererede kirurgiske patientforløb med indlæggelse efter operation ses primært *tildelt patientpleje*, som plejeform på de kirurgiske afsnit. I denne plejeform tildeles sygeplejerskerne patienter, hvor de har ansvaret for hele plejen til patienten i den vagt, de har (Eldrup og Schrader, 2019). Den tildelte patientpleje har elementer af *gruppepleje* med gruppeinddeling ofte inden for et specialområde, fx rygopererede patienter, hvor primærsygepleje indgår, for at sikre kontinuitet og ansvar for patientens pleje i hele forløbet på de kirurgiske afsnit (Eldrup og Schrader, 2019).

Primær sygepleje i sin rene er form under forandring på kirurgiske afsnit, idet modtagelsen af patienter foregår i separate afsnit eller i perioperative afsnit; derfor modtages og udskrives den enkelte patient ofte ikke af samme sygeplejerske i de kirurgiske afsnit,

Fremtidens kirurgiske patientforløb

Igennem de sidste 10 år er arbejdsgange blevet ensrettet, de er blevet mere sikre og rationelle. Patientinddragelse og patientperspektiver er imidlertid også begreber, der inden for de senere år har vundet indpas i strategier og hensigtserklæringer i sundhedsvæsenet (Thorgård, 2012). Samtidig er det begreber, der vanskeligt lader sig ensrette og rationalisere. Der er en grænseflade mellem begreber, der retter sig mod økonomi og naturvidenskab, og begreber, der retter sig mod enkeltindivid. Standardisering og patientinddragelse

kan således umiddelbart tænkes som hinandens modsætninger. System versus individ, krav versus behov – og begge begreber kan også tænkes som eksempler på sundhedsteknologier, der skal eksistere side om side i en klinisk praksis.

Standardisering (lige adgang til behandling) og individualisering (patientinddragelse) er således blandt politikere, institutioner, i praksis og borgere et varmt emne. Det ekspliciterede formål for begge begrebers vedkommende er at sikre kvalitet og tilfredshed.

Der er imidlertid stadig udfordringer ved at organisere kirurgiske forløb. Et eksempel er, at flere og flere mennesker bor alene. En absolut forudsætning for, at operation i dagkirurgisk regi kan opleves som vellykket for patienten, er, at der er ressourcer i patientens hverdagsliv (pårørende), idet rekonvalescensperioden alene foregår i hjemmet (Nors, Sestoft og Dreyer, 2020).

I dag er patientforløbene snarere bestemt af, hvilke operationer der er mulige at foretage i et accelereret forløb, end af patientens kliniske status. Der er stor opmærksomhed på at kunne tilbyde forløb, hvor patienten og de pårørendes hverdagsliv berøres mindst muligt.

Fokus kan yderligere skærpes på, at kirurgiske patientforløb generelt bliver kortere og kortere, hvorfor sammenhæng ved sektorovergange i forløbene er essentiel. Sygeplejerskerne vil i fremtiden møde flere patienter i meget korte forløb, hvilket vil kræve en endnu større indsats fra sygeplejerskerne i forhold til både præ- og postoperativt at kunne informere, vejlede, guide, forklare og støtte patienterne og deres pårørende.

For at imødekomme udfordringen med

rekruttering af sygeplejersker bliver fokus flere steder i de accelererede kirurgiske patientforløb ændret til en ny plejeform i tværfaglige teams, hvor opgaverne i patientforløbet varetages af forskellige fagprofessioner og kompetencer. I plejeformen *tværfagligt team* indgår fysioterapeuter, ergoterapeuter, farmakonomer, diætister, social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker. Det kræver et fokuseret teamsamarbejde, hvor de rette kompetencer bringes i spil i patientforløbet i samarbejde med patient og pårørende. Fordelen ved denne nye plejeform er, at den kan være med til at redefinere kerneopgaven, dels i sygeplejen og dels i de øvrige fagprofessioner, som til sammen kan løfte kvaliteten på flere områder for patienten.

Referencer

- Aasa, A., Hovbäck, M., & Berterö, C.M. 2013. "The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care." *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11-12, pp. 1604-1612.
- ASA klassifikation – DASAIMS oversættelse. Available: http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2017/01/ASA-Physical-Status-Classification-System-2014_inkl-dansk-overs%C3%A6ttelse.pdf [2021, 15-12-2021]
- Bailey, C.R. m.fl. 2019. "Guidelines for day-case surgery 2019". *Anaesthesia*, vol. 74. no. 6, pp. 778-792.
- Barry, M.J., Edgman-Levitan S. 2012. "Shared decision making – the pinnacle of patient-centered care". *New England Journal of Medicine*, vol. 366. no. 9, pp. 780-781.
- Danske Regioner. 2012. Christiansen, Lone (Ed.). "Er fremtidens kirurgi dagkirurgi?" Available: <https://docplayer.dk/18515428-Er-fremtidens-kirurgi-dagkirurgi.html> [2021, 12-12-2021]
- Danske regioner - Ret til hurtig udredning. Available: <https://www.regioner.dk/sundhed/udrednings-og-behandlingsret/ret-til-hurtig-udredning> [2021, 15-12-2021]
- Dasaim's recommendation for ambulant anæstesi. Available: <http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2021/06/DASAIM-Rekommandation-for-ambulant-an%C3%A6stesi.pdf> [2021, 12-12-2021]
- Eldrup, D.S. & Schrader A-M. (2019). Organisering af sygeplejen I: D.S. Eldrup, & T. Glasscock (Red.), At lede sygepleje – sygeplejerskens virksomhedsområde (2.udg., s. 153-177). Gads.
- Emento digital patientindkaldelse: Available: EMENTO digital patientindkaldelse - mobil app [2022, 25-01-2022]
- Flanagan, J. 2009. "Postoperative Telephone Calls: Timing Is Everything". *AORN Journal*, vol. 90. no. 1, pp. 41-51.
- Gittell, J.H. 2016. *Relationers betydning for høj effektivitet - styrken ved relationel koordinering*. Dansk Psykologisk Forlag
- Ingerslev, K., Eg, B. & Krøll, V. 2014. "Teori T – om bredde- og dybdefaglighed hos

- sygeplejersker". *Sygeplejersken*, vol. 2014, no. 8, pp. 76-81.
- Joshi, G.P. 2021. "Putting patients first: ambulatory surgery facilitates patient-centered care". *Current Opinion in Anesthesiology*, vol. 34, no. 6, pp. 667-671.
- Kaptain, K., Ulsøe M-L. & Dreyer, P. 2019. "Surgical perioperative pathways – Patient experiences of unmet needs show that a person-centred approach is needed". *Journal of clinical nursing*, vol. 2019, no. 00, pp.1-11.
- Nors, T., Sestoft, B. & Dreyer, P. 2020. "Patients' Perspectives on Relatives in the Perioperative Setting: A Danish Study". *AORN*, vol. 90, no. 1, pp. 41-51.
- Penn, S. m.fl. 1996. *Dagkirurgisk sygepleje*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Sestoft, B., Haa, B.P. 2019. "Tværfagligt teamsamarbejde – koordinering er en udfordring". *Forstyrrelsen*, vol. 4, no. 2, pp. 21-25.
- Sibbern, T. m.fl. 2017. "Patients experiences of enhanced recovery after surgery: A systematic review of qualitative studies". *Journal of Clinical Nursing*, vol. 26, pp. 9-10.
- Thorgård, K. 2012. "Patientinddragelse mellem ekspertviden og hverdagserfaringer". *Nordisk Sygeplejeforskning*, vol. 2, no. 2, pp. 96-108.
- Uhrenfeldt, L., Sondergaard, S.F., m.fl. 2021. "User participation in perioperative hospital care research: a methodological framework for a research program". *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheit. wesen (ZEFQ)*, vol. 166, pp. 36-43.
- Vilstrup, D.L. m.fl. 2009. "Patienters oplevelse af henholdsvis konventionelle og accelererede kolonkirurgiske behandlingsforløb - en kvalitativ undersøgelse på baggrund af fokusgruppeinterviews. *Klinisk Sygepleje*, vol. 23, no. 4, pp. 56-67.
- Warnakulasuriya S.R. m.fl. 2020. "Patient-reported outcomes for ambulatory surgery". *Current Opinion in Anesthesiology*, vol. 33, no. 6, pp. 768-773.

