

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer for
patienter med højgradsgliom.

1. udgave af
Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom.

Udgivet af de fire neurokirurgiske
afdelingsledelser i Danmark
Juni 2014

Indhold

1. Forord.....	3
2. Resume af anbefalinger for sygepleje til patienter med højgradsgliom.....	4
3. Retningslinjerne	8
1. Visitation og modtagelse.....	9
1.1 Visitation.....	9
1.2 Modtagelse og information	11
1.3. Vurdering af patientens ressourcer og færdighedsniveau	15
2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt	17
2.1 Information til patienter og deres pårørende.....	17
2.2 Aktivitet	19
2.3 Ernæring og spisesituation	21
2.4 Hud/væv	24
2.5 Søvn og hvile	26
2.6 Fatigue.....	28
2.7 Postoperative observationer i forhold til neurologi, respiration og cirkulation	30
2.8 Smertebehandling.....	32
2.9 Observation og interventioner i forhold til steroidbehandling.....	33
2.10 Epilepsi.....	35
2.11 Seksualitet / reproduktion	38
2.12 Livsstil.....	40
2.13 Psykosocial støtte.....	42
2.14 Pårørende	45
2.15 Åndelig / kulturelt	48
2.16 Kommunikation til patient og pårørende om diagnosen.....	50
2.17 Udskrivelse af patient med højgradsgliom.....	53
3. Opfølgning på behandling og rehabilitering	55
3.1 Opfølgning på behandling.....	55
3.2 Rehabilitering og palliation.....	57

1. Forord

Arbejdet med de sygeplejefaglige retningslinjer for patienter med højgradsgliom i hjernen startede i 2012 med baggrund i et fælles ønske fra de fire neurokirurgiske afdelingsledelser.

Lægefagligt har Dansk Neuro Onkologisk Gruppe udarbejdet ”Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne”, og der var enighed om behov for sygeplejefaglige retningslinjer. Der blev derfor nedsat en national arbejdsgruppe, som på første møde opdelte det kirurgiske patientforløb imellem de fire neurokirurgiske afdelinger. Herefter foretog hver afdeling en systematisk litteratursøgning i relevante databaser indenfor de tildelte områder. På de områder, hvor der ikke er fundet videnskabelig litteratur, er der suppleret med den nyeste viden i form af nationale rapporter, anbefalinger og krav fra Den Danske Kvalitetsmodel. Retningslinjens indhold, anbefalinger og indikatorer baserer sig dermed på den bedst tilgængelige viden, og hver afdelings bidrag er diskuteret og kvalificeret på tværs af gruppen, indtil konsensus om indholdet er opnået.

Det er målet, at retningslinjen skal understøtte neurokirurgiske sygeplejersker i den daglige beslutningstagen om sygeplejefaglig ydelse i specifikke kliniske situationer. Herved kan retningslinjerne bidrage til udvikling af ensartet klinisk sygeplejefaglig praksis samt medvirke til at sikre høj klinisk kvalitet i det kirurgiske patientforløb.

Udover at arbejdsgruppen ser retningslinjerne som starten på en proces mod en mere evidensbaseret sygepleje, er det også håbet, at retningslinjerne kan bidrage til identificering af indsatsområder i patientforløbet ude i hver enkelt afdeling.

Det er arbejdsgruppens anbefaling at retningslinjerne ved næste revision udarbejdes tværfagligt og går på tværs af involverede specialer, da patientforløbet i høj grad er præget af tværfagligt og tværgående samarbejde mod et fælles mål.

Det færdige materiale kan rekvireres hos afdelingsledelserne ved de fire neurokirurgiske afdelinger. Efter godkendelse af retningslinjerne påhviler det de enkelte afdelingsledelser at få introduceret og implementeret disse i egen afdeling. Der kan lokalt tages beslutning om at auditere i forhold til de foreslåede indikatorer. Det samlede materiale skal revideres foråret 2017. Afdelingsledelserne indkalder til dette.

Ekspertgruppen, der har udarbejdet materialet, består af følgende personer:

Anni Nørregaard, Udviklingssygeplejerske, Odense Universitetshospital (AN)

Carina Stensborg Jensen, Sygeplejerske, Aalborg Universitetshospital (CJ)

Christiane Thage, Forløbskoordinator, Rigshospitalet (CT)

Dorte Aldershvile, Afdelingssygeplejerske, Rigshospitalet (DA)

Dorte Holdgaard, Oversygeplejerske, Aalborg Universitetshospital

Elin Eriksen, Sygeplejerske, Aalborg Universitetshospital (EE)

Eva Rolf Jensen, Forløbskoordinator, Aarhus Universitetshospital (ERJ)

Inge Faarup, Sygeplejerske, Odense Universitetshospital (IF)

Karin Lütgen, Forløbskoordinator, Odense Universitetshospital (KL)

Karin Piil, Sygeplejerske, Rigshospitalet (KP)

Leanne Langhorn, Klinisk Sygeplejespecialist, Aarhus Universitetshospital (LL)

Mette Just, Sygeplejerske, Rigshospitalet (MJ)

Pernille Larsen, Udviklingssygeplejerske, Aalborg Universitetshospital (PL)

Pernille Vinding Hansen, Klinisk sygeplejespecialist, Rigshospitalet (PVH)

Tina Wang Vedelø, Udviklingssygeplejerske, Aarhus Universitetshospital (TWV)

2. Resume af anbefalinger for sygepleje til patienter med højgradsgliom

Visitation og modtagelse

1.1 Visitation

- Visitation samme dag som henvisning er modtaget
- Patienten bliver tilknyttet forløbskoordinator med særligt ansvar for at sikre sammenhæng og kvalitet i patientforløbet
- Patienter med faldende bevidsthed, hastigt progredierende symptomer eller symptomer på forhøjet intrakranielt tryk konfereres med neurokirurg med henblik på akut indlæggelse

1.2 Modtagelse og information

Patientens behov for information

- Patienten tilknyttes sundhedsfaglig(e) kontaktperson(er), som er med til at sikre et sammenhængende patientforløb
- Information gives både mundtligt og skriftligt med særlig hensyntagen til patientens mulige kognitive deficit

Rammer for første samtale i ambulatorium eller på sengeafdeling

- Samtalen bør foregå et roligt sted, hvor der ikke forekommer ydre forstyrrelser. Sundhedspersonalet bør ligeledes signalere tid og ro til at tale med patient og pårørende

Information om forventeligt præ- og postoperativt forløb, samt klargøring til operation

- Der informeres om præoperative forberedelser og det forventede indlæggelsesforløb
- Der bør tales med patient og pårørende om psykosociale faktorer i form af angst og nervøsitet for et operativt indgreb i hovedet

1.3 Vurdering af patientens ressourcer og færdighedsniveau

- Lokalisering af tumors placering i hjernen beskrives i journalen med henblik på at kunne identificere mulige neurologiske symptomer hos patienten
- Patientens neurologiske symptomer, ressourcer og færdighedsniveau identificeres og beskrives ud fra samtale med patient og pårørende, som beskriver symptombilledet samt konsekvenser heraf. Herudfra planlægges den sygeplejefaglige indsats

Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.1 Information til patient og pårørende

- Skabe mulighed for /opfordre pårørende til at deltage ved vigtige informationer
- Informationen tilpasses den enkelte patient og dennes pårørende.
- Sikre at hjælpemidler anvendes, herunder tolkebistand
- Vurdere behov for neuropsykolog til afdækning af kognitiv deficit

2.2 Aktivitet

- Tromboseprofylakse bør tilbydes alle patienter præ- og postoperativt
- Tidlig postoperativ-mobilisering
- Patienter med pareser henvises til fysioterapeutisk behandling med henblik på vurdering og planlægning af motorisk rehabilitering

2.3 Ernæring og spisesituation

Det anbefales at patienterne er mobiliseret til stol i forbindelse med spising. Der gælder særlige anbefalinger ved:

- Patienter med nedsat koncentration
- Desorienterede patienter
- Patienter med dobbeltsyn
- Patienter med hemianopsi
- Patienter med nedsat syn
- Patienter med nedsat motorisk funktion af ansigtsmuskler, hånd eller arm
- Patienter med dysfagi

2.4 Hud/ væv

- Patienter med øjenlukkedefekt ydes øjenpleje i henhold til gældende lokale retningslinjer
- Alle patienter vurderes i forhold til behov for støtte til daglig mundhygiejne

2.5 Søvn og hvile

- Støtte op om mulighed for at hvile under indlæggelse. Så vidt muligt skabe en fast døgnrytme
- Sufficent smerte- og kvalmebehandling og tilbyde sovemedicin

2.6 Fatigue

- Italesætte begrebet fatigue overfor både patient og pårørende
- Støtte til daglig fysisk aktivitet der er tilpasset individuelt

2.7 Postoperative observationer i forhold til neurologi, respiration og cirkulation

- Monitoreringsgrad og hyppighed efter gældende lokale retningslinjer i forhold til tidlig opsporing af kritiske observationsfund og/eller lægelig ordination.

2.8 Smertebehandling

- Patienten smertescorer efter en valideret skala
- Ved smerter ≥ 3 i hvile og ≥ 5 ved mobilisering tilbydes patienten perifert virkende analgetica, og ved manglende effekt tilbydes systemiske opioider
- Let eleveret hovedgærde (30 grader)

2.9 Observation og behandling i forhold til steroidbehandling

- Patient informeres mundtligt og skriftligt om formål med behandling, forventede virkninger og mulige bivirkninger
- Ved længerevarende behandling (> 5 mg i over tre måneder) udleveres et såkaldt behandlingskort, som patienten skal bære på sig.
- Patienten vejes, og der tages blodprøver med henblik på elektrolytforstyrrelser og prednisoloninduceret diabetes
- Det sikres at patienten gives den lavest mulige dosis af steroider i kortest mulig tid og at adækvat tilskud af calcium + D-vitamin er iværksat

2.10 Epilepsi

- Det anbefales, at der hos alle patienter med tumorer foreligger en plan for medicinsk behandling, da risiko for epileptisk anfald er til stede
- Ved et epileptisk anfald observeres: typen af anfald, udløsende faktorer, varighed og symptomer
- Ved anfald af en varighed på over 5 minutter bør der sikres frie luftveje, iltbehandling, monitorering af hjerte og respiration samt anlæggelse af intravenøs adgang

- Patienten med kendt epilepsi skal spørges, hvorledes han/hun vil plejes under et anfald
- Efter et epileptisk anfald vurderes det, hvorvidt patienten skal have antiepileptisk behandling
- Ved første anfald kræves 12 måneders anfaldsfri periode, før privat bilkørsel må genoptages
- Patienten skal have skriftlig og mundtlig information om behandlingen
- Det er nødvendigt, at patienten er aktivt deltagende i behandlingen og tager medicinen regelmæssigt og som ordineret
- Når patienten udskrives, skal der foreligge en plan for ambulant opfølgning af behandlingen

2.11 Sexualitet / Reproduktion

- Sygeplejersken bør medvirke til, at patienten arbejder med at acceptere evt. kropsændringer
- Informere om mulighed for psykologhjælp og sexologisk rådgivning
- Informere om mulighed for tilskud til paryk

2.12 Livsstil

Sygeplejersken bør tale med patient og pårørende om, hvilke ting der betyder mest i dagligdagen, og som de ønsker at fokusere på – med det overskud og de kræfter, der aktuelt er til rådighed. Ud fra dette hjælpes med forslag til støttemuligheder for at understøtte de hidtidige interesser.

2.13 Psykosocial støtte

Alle patienter bør tilknyttes en sygeplejerske med neurokirurgisk erfaring, som varetager funktionen som forløbskoordinator (8), herunder:

- Sikrer, at patienten bliver informeret om sygdom og behandling (9) især om de almindelige reaktioner på sorg og krise
- Hjælper patient og pårørende til at sætte ord på tanker og følelser
- Udlevere informationsmateriale fra Kræftens Bekæmpelse og informere om støttemuligheder, i form af Kræftens Bekæmpelse (www.cancer.dk), Børne- og Ungdomsrådgivningen, Sundhedscentre og psykologbistand via henvisning fra egen læge
- Sikre, at patient og pårørende er klar over det videre forløb og ved, hvem de kan kontakte ved eventuelle spørgsmål eller behov for at tale med en sundhedsfaglig person (5)
- Sikre, telefonisk opfølgning efter samtalen om diagnosen (8)
- Patient og pårørende informeres om eventuel udbetaling af forsikring ved kritisk sygdom samt legat ansøgning via Kræftens Bekæmpelse (5)

Alle sundhedsprofessionelle bør i forhold til både patient og pårørende:

- Være opmærksomme på selvmordsrisiko (11)
- Oplyse om mulighed for anti-depressiv behandling ved egen læge
- Informere om mulighed for etablering af hjemmepleje og kontakt til socialrådgiver eller andre hjælpeforanstaltninger (12)
- Være opmærksom på at der tilbydes følelsesmæssigt støtte og samtaler med patienter og pårørende (13)
- Er opmærksom på at der bliver lavet terminalerklæring efter gældende retningslinjer

2.14 Pårørende

- De pårørende kan kun informeres efter tilladelse fra patienten. Er patienten ikke i stand til at forstå information eller tage stilling til behandling, er det nærmeste pårørende, som kan give informeret samtykke
- Det vurderes om ægtefællen/pårørende har behov for at drøfte egen situation uden patientens tilstedeværelse fra det tidspunkt patienten får stillet diagnosen
- Der udleveres informationsmateriale og informeres om støttemuligheder
- De sundhedsprofessionelle skal hjælpe de pårørende til at genoptage hverdagslivet trods en dårlig prognose
- Sygeplejersken bør spørge ind til de pårørendes behov for information om prognosen og vurdere, hvad den i givet fald vil betyde for livskvaliteten
- Hjælpe de pårørende til at være den støttende part for patienten i forløbet samt vurdere, hvorvidt de pårørende har behov fra støtte andre steder fra, fx i form af selvhjælpsgrupper

2.15 Åndeligt og kulturelt

- Ved den indledende sygeplejevurdering afklares med patient og pårørende, om der er særlige åndelige eller kulturelle behov, der skal tages hensyn til
- Der bør tages fleksible og individuelle hensyn i forhold til kommunikation, sikring af privatlivet, praktisk støtte og familiens inddragelse i forhold til den enkelte patient/familie
- Give patienten og pårørende mulighed for at få talt om døden og ønsker omkring ritualer
- Informere om mulighed for adgang til kirke og bederum

2.16 Kommunikation til patient og pårørende om diagnosen

Neurokirurgiske afdelinger skal have retningslinjer for **rammerne** for vigtige samtaler med patienten og/eller pårørende, der som minimum beskriver, at:

- Indkaldelse til samtalen skal ske så snart histologisvaret foreligger, og det tilstræbes, at svaret formidles af opererende neurokirurg sammen med sygeplejerske
- Patienten skal opfordres til at tage en pårørende/bisidder med til samtalen.
- Ledsager/værge/kontaktperson skal være til stede, når mindreårige eller patienter, der synes at have betydende kognitive deficits, informeres
- De fysiske rammer for samtalen skal tilgodese behovet for ro og diskretion
- Der skal være afsat den nødvendige tid til samtalen
- Indholdet af samtalen skal dokumenteres i journalen, og patienten tilbydes en kopi
- Der skal tages hensyn til særlige forhold hos patienten eller pårørende, fx behovet for tolkebistand, døvetolk, kognitive deficits med videre

Neurokirurgiske afdelinger har retningslinjer for **personalets håndtering** af vigtige samtaler. Sygeplejersken, som deltager i samtalen skal:

- Udtrykke sig så patient og pårørende kan forstå, hvad der bliver sagt
- Have læst patientens journal inden samtalen
- Sikre, at patienten og eventuelt pårørende er bekendt med samtaleformål
- Give patienten og/eller de pårørende mulighed for at stille spørgsmål og få indflydelse på beslutninger om forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje
- Tilbyde, at samtalen kan suppleres med et opfølgende møde/ telefonisk kontakt
- Sikre sig, at patienten ved, hvor de skal henvende sig, og hvornår de bør reagere
- Hvis særlige omstændigheder gør det nødvendigt at overbringe et alvorligt budskab telefonisk eller skriftligt, skal patienten og/eller de pårørende samtidig tilbydes et personligt møde.

2.17 Udskrivelse

- Der skal foretages en tværfaglig behovsvurdering i forhold til fysiske, psykiske, sociale, åndelige/kulturelle forhold samt støtte til pårørende. Behovsvurderingen bør afstemmes med patientens og pårørendes forventninger
- Ved udskrivelse til hjemmet henvises patienten til ambulant behovsvurdering i forhold til kræft og hjerneskaderehabilitering
- Der skal udarbejdes en foreløbig genoptræningsplan ved udskrivelse med specifikt fokus på neurologiske problemstillinger
- Patient og pårørende skal informeres om forholdsregler efter kraniotomi
- Det sikres, at patienten og pårørende er informeret mundtligt og skriftligt, om ordineret medicin og eventuel plan for udtrapning af medicin
- Der skal foreligge klare aftaler om, hvor patienten kan henvende sig ved spørgsmål eller komplikationer, og patienten og pårørende skal være informeret om det kommende forløb samt fremtidige aftaler

Opfølgning på behandling og rehabilitering

3.1 Opfølgning på behandling

- Der foretages løbende behovsvurdering i relation til både kræft og hjerneskade, med fokus på ændringer i patientens tilstand og livssituation
- Det tilstræbes at samtalen foretages af læge og sygeplejerske med specialviden på området
- Der følges op på information til og aftaler med patient og pårørende
- Der anvendes følgende ”surprise-question”: *“Ville jeg blive overrasket hvis denne patient døde indenfor de næste 6-12 måneder”*. Svaret anvendes til at vurdere om patienten er i, eller på vej ind i den terminal fase
- Patient og pårørende informeres om, hvem de skal kontakte i tilfælde af spørgsmål og problemer opstået imellem kontrolbesøgene

3.2 Rehabilitering og palliation

- Alle patienter vurderes før og efter operation med henblik på tidlig postoperativ neurorehabilitering under indlæggelsen. Der foretages en behovsvurdering indenfor de fire områder: fysisk, psykisk, socialt og eksistentiel/åndelig
- Alle patienter vurderes tværfagligt i forbindelse med udskrivelse med henblik på behov for videre specialiseret ambulant rehabilitering og/eller udarbejdelse af specifikke genoptræningsplaner for det videre forløb i kommunalt regi
- I efterforløbet bør ændringer i tilstanden udløse vurdering af behov for rehabiliterende eller palliativ indsats. Herunder hjælp til planlægning af den terminale fase
- Samtidig med tidligt indsættende neurorehabilitering og/eller palliativ indsats informeres, støttes og rådgives patient og pårørende også fremadrettet ud fra individuelle behov
- Alle patienter skal tilbydes rehabilitering, da talrige undersøgelser har dokumenteret effekt heraf

3. Retningslinjerne

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer

for patienter med højgradsgliom

1. Visitation og modtagelse

1.1 Visitation

Udarbejdet af: PL, CJ, EE Neurokirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Patienter med nylig konstateret svulst i hjernen henvises til neurokirurgisk afdeling fra praktiserende speciallæger eller afdelingens samarbejdspartnere på andre sygehusafdelinger, oftest neurologisk afdeling. Når der er begrundet mistanke om kræft i hjernen, henvises patienten til et kræftpakkeforløb (1).</p> <p>Afvigende forløb ses eksempelvis hos patienter med hjernemetastaser, som er indlagt på andre afdelinger på grund af deres primære lidelse eller grundet et uklart sygdomsbillede.</p> <p>Henvisning til Neurokirurgisk Afdeling sker enten telefonisk eller elektronisk med henblik på præoperativ samtale/vurdering og evt. operation (1) (2).</p> <p>Visitation og planlægning af forløbet foretages af en forløbskoordinator/visitator med udgangspunkt i lokale retningslinjer (1).</p>
Ordforklaring	<p><i>Pakkeforløb:</i> Et nationalt udmeldt standardpatientforløb, der sikrer, at patienten modtager koordinerende og effektive forløb. Der er forpligtende udrednings- og behandlingstidsrum (1) (3).</p> <p><i>Forløbskoordinator:</i> En sundhedsfaglig person, der sikrer sammenhæng i pakkeforløbet blandt andet med henblik på at undgå unødigt ventetid (1).</p>
Anbefaling	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visitation samme dag som henvisning er modtaget (1) 2. Patienten bliver tilknyttet forløbskoordinator med særligt ansvar for at sikre sammenhæng og kvalitet i patientforløbet (1) (3) 3. Patienter med faldende bevidsthed, hurtigt progredierende symptomer eller symptomer på forhøjet intrakranielt tryk konfereres med neurokirurg med henblik på akut indlæggelse (2)
Indikationer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, hvor henvisningen er behandlet indenfor 24 timer
Referencer	<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsstyrelsen. <i>Pakkeforløb for kræft i hjernen</i>. København: Sundhedsstyrelsen; 2012 [07.11.2012]. Available from: URL: http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/KraeftPkforl/Hjernen3udg.pdf • Dansk Neuro-Onkologisk Gruppe. <i>Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne</i>. Dansk Neuro-Onkologisk Gruppe; 2008. [07.11.2012] Available from: URL: http://www.dnog.dk/assets/files/Retningslinier%20PDF/DNOG%20retningslinje%202008.pdf

	<ul style="list-style-type: none">• Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. <i>Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for Sygehuse</i>. 1. udgave; 2012
Søgestrategi	<p>Søgeord: Neoplasms, Neuroepithelia OR Brain Neoplasms/nursing OR Brain Neoplasms/psychology OR ganglioneuroma OR glioma OR “brain tumor” OR “tumor cerebri”, Preoperative Care OR Preoperative Period OR “preoperative care”, nurse OR nursing, Inpatients OR Hospitalization, Nursing Assesment OR Neurosurgical Procedure/nursing OR Nurse’s Role, Patient Education as Topic OR Patint Care Planning OR Patient Care Management OR Needs Assesment OR information.</p> <p>Søgeperiode: Ubegrænset og frem til 2012. Søgninger foretaget 03.10.2012.</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl, Bibliotek.dk</p> <p>Internetsider: www.sst.dk, www.google.dk, www.dnks.dk, www.cancer.dk, www.retsinformation.dk, www.DNOG.dk</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

1. Visitation og modtagelse

1.2 Modtagelse og information

Udarbejdet af: PL, CJ, EE Neurokirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Der er ofte kun gået få dage til uger fra de første symptomer viser sig hos patienten til diagnose mistænkes. Symptomerne kan dog også være udviklet over måneder, og fundet af hjernesvulsten giver pludselig forklaring på snigende forandringer af patientens helbred og adfærd (1) (2). Fælles for patienterne er dog, at beskeden ofte kommer som et chok og giver anledning til bekymring og angst (1) (3).</p> <p>Kirurgi i hjernen kan virke mere skræmmende end kirurgi andre steder i kroppen og kan give anledning til større bekymring for patient og pårørende (4). Patienterne kan derfor føle sig usikre, og de kan opleve bekymring og usikkerhed om diagnose, behandlingsforløb og effekt af behandlingen samt fremtidig livskvalitet og livssituation (1) (4) (5).</p> <p>Nogle patienter kan pga. kognitive forandringer have forringet evne til at forstå situationen, og evnen til at kommunikere og reagere hensigtsmæssigt kan derfor være påvirket (1).</p> <p>Pårørende er ofte lige så chokerede og bekymrede som patienten og har i løbet af få dage fået en støttende funktion i forhold til den syge (4).</p> <p>Nogle patienter har comorbiditet, som forårsager komplikationer hos 30 % af patienterne efter operationen. Nogle af disse komplikationer kan forebygges via grundig præoperativ anamnese og supplerende undersøgelser samt iværksættelse af eventuel behandling (6) (7) (8).</p>
Ordforklaring	<p><i>Comorbiditet:</i> Tilstedeværelsen af en eller flere sygdomme foruden en primær sygdom (9).</p> <p><i>Sundhedsfaglig kontaktperson:</i> Et eller flere sundhedsfaglige navngivne medlemmer af det tværfaglige team, som er direkte involveret i patientbehandlingen (10).</p> <p><i>Paraklinisk undersøgelse:</i> Undersøgelser som ikke foretages af den behandlende læge eller sygeplejerske, men af hjælpeafdelinger, fx røntgenafdeling eller laboratorium (10).</p>
Anbefaling	<p>Patientens behov for information</p> <ul style="list-style-type: none">• Patienten tilknyttes sundhedsfaglig(e) kontaktperson(er), som er med til at sikre et sammenhængende patientforløb. Patienten bør ved første kontakt have samtale med sin kontaktlæge og kontaktsygeplejerske, hvor der informeres om sygdommen og forløbet (10). Informationen bør gives så tidligt i forløbet som muligt

	<p>og tage udgangspunkt i patient og pårørendes individuelle behov (1). Pårørende opfordres til at være med ved den første samtale, men sundhedspersonalet bør være opmærksom på, at inddragelse af de pårørende sker med respekt for både patient og pårørende (10). Det er i sidste instans patientens afgørelse, i hvilket omfang de pårørende skal medinddrages (11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nogle patienter ønsker primært mundtlig information, mens andre primært ønsker skriftlig information (10) (12). Skriftlig information gives så tidligt i forløbet som muligt, og der gives mulighed for mundtlig opfølgning. Pjecen skal være udarbejdet tværfagligt og med patientdeltagelse. Pårørende medtænkes som sekundær målgruppe (8) (10) (13) • Patient og pårørende skal have mulighed for løbende at kunne stille spørgsmål, idet angst og bekymring over mulig diagnose kan påvirke deres evne til at forstå og overskue den givne information og dermed betyde, at de har behov for, at det bliver gentaget (1) (3) (11) • Pårørende informeres om eventuelle kognitive forstyrrelser hos patienten med henblik på at forberede dem på, at patienten kan ændre personlighed (4) (11) <p>Rammer for første samtale i ambulatorium eller på sengeafdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtalen bør foregå et roligt sted, hvor der ikke forekommer ydre forstyrrelser i form af tændte telefoner, kaldesystemer og gennemgang af uvedkommende personer (11). Sundhedspersonalet bør ligeledes signalere tid og ro til at tale med patient og pårørende (5) <p>Information om forventeligt præ - og postoperativt forløb, samt klinisk klargøring til operation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der informeres om forventeligt indlæggelsesforløb, hvor der blandt andet er fokus på tidlig mobilisering, smertebehandling og ernæring, udskrivelse og evt. behov for rehabilitering (6) (7) (14). Endvidere informeres om overvågning efter kraniotomi, og der tales med patient og pårørende om psykosociale faktorer i form af angst og nervøsitet for et operativt indgreb i hovedet (8) • Patienten vurderes på baggrund af livsstilsfaktorerne kost, rygning, alkohol og motion, og informeres om eventuelle risikofaktorer samt forebyggelsesmuligheder (10) • Information om præoperative kliniske og parakliniske undersøgelser, som udføres med det formål at opspore risikofaktorer og iværksætte eventuelle behandlingstiltag i relation hertil (15) • Patienten informeres om forebyggelsestiltag i relation til tromboemboliske komplikationer (16)
Indikationer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter hvor den mundtlige og skriftlige information om forventeligt forløb er dokumenteret i patientjournalen
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Halkett GKB, Lobb EA, Oldham L, Nowak AK. <i>The information and support needs of patients diagnosed with High Grade Glioma.</i> Patient Educ Couns 2010; 79: 112 – 119. 2. Juhler M, Vorstrup S. <i>Neurologi og neurokirurgi.</i> 6. udgave.

- København: Munksgaard Danmark; 2004.
3. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. *Preoperative anxiety in neurosurgical patients*. J Neurosurg Anesthesiol 2009; 21(2): 127-130.
 4. Tastan S, Kose G, Iyigun E, Ayhan H, Coskun H, Hatipoglu S. *Experience of the Relatives of Patients undergoing cranial surgery for a brain tumor: A descriptive qualitative study*. J Neurosci Nurs 2011; 43(2): 77-84.
 5. Lepola I, Toljamo M, Aho Ritva, Louet T. *Being a brain tumor patient: A descriptive study of patients' experiences*. J Neurosci Nurs 2001; 33(3): 143-147.
 6. Enhed for perioperativ Sygepleje. *Accelererede operationsforløb*. København: Rigshospitalet; 2012. [03.08.12]. Available from: URL: <http://www.rigshospitalet.dk/menu/AFDELINGER/Enheder+paa+tveters/Enhed+for+Perioperativ+Sygepleje/Operationsforloeb/>
 7. Kehlet H, Wilmore DW. *Evidence-Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery*. Ann Surg 2008; 248(2): 189-198.
 8. Sundhedsstyrelsen. *Pakkeforløb for kræft i hjernen*. København: Sundhedsstyrelsen; 2012 [07.11.2012]. Available from: URL: <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/KraeftPkforl/Hjernen3udg.pdf>
 9. Nørby S. red. *Klinisk Ordbog*. 16. udgave: Munksgaard Danmark; København 2004.
 10. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. *Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse*. 1. udgave; 2012
 11. Sundhedsstyrelsen. *Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt – dialog og samarbejde med patientens pårørende*. København: sundhedsstyrelsen; 2002 (06.11.2012. Available from URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=9166>
 12. Davies E, Hopkins A. *Good practice in the management of adults with malignant cerebral glioma: clinical guidelines*. Br J Neurosurg 1997; 11(4): 318-330.
 13. Sundhedsstyrelsen. *Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt - dialog og samarbejde med patientens pårørende*. København: Sundhedsstyrelsen; 2002 [06.11.2012]. Available from: URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=9166>
 14. Enhed for Perioperativ Sygepleje. *Sygepleje i forbindelse med perioperativ smertebehandling*. København: Rigshospitalet; 2009 [03.08.2012]. Available from: URL: <http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/4ACF1FD2-56E0-46D3-9CEE-E6E794151558/0/Sygeplejeiforbindelsemedsmertebehandling.pdf>
 15. Bohan E, Macenka DG. *Surgical management of patients with primary brain tumors*. Semin Oncol Nurs 2004; 20(4): 240-252.
 16. Sørensen P. *Forebyggelse af venøse tromboemboliske komplikationer i neurokirurgien*. Aalborg Universitetshospital: Neurokirurgisk Afdeling; 2011. [07.11.2012]. Available from: URL: <http://pri.rm.dk/pri/AaS/NTC/NAAfd/Sider/9fdf9ee4-dec2-4f1b->

	80a0-26202b726108.aspx?sf=194bd312-0898-45ad-ace8-86ecb88c3ae3
Søgestrategi	<p>Søgeord: Neoplasms, Neuroepithelia OR Brain Neoplasms/nursing OR Brain Neoplasms/psychology OR ganglioneuroma OR glioma OR “brain tumor” OR “tumor cerebri”, Preoperative Care OR Preoperative Period OR “preoperative care”, nurse OR nursing, Inpatients OR Hospitalization, Nursing Assesment OR Neurosurgical Procedure/nursing OR Nurse’s Role, Patient Education as Topic OR Patint Care Planning OR Patient Care Management OR Needs Assesment OR information.</p> <p>Søgeperiode: Ubegrænset og frem til 2012. Søgninger foretaget 03.10.2012.</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl, Bibliotek.dk</p> <p>Internetsider: www.sst.dk, www.google.dk, www.dnks.dk, www.cancer.dk, www.retsinformation.dk</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

1. Visitation og modtagelse

1.3. Vurdering af patientens ressourcer og færdighedsniveau

Udarbejdet af: PL, CJ, EE Neurokirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Identificering af tumors placering i hjernen er væsentlig for planlægning af sygeplejen, da de neurologiske symptomer eller udfald er betinget heraf. Nogle af disse udfald kan være klinisk usynlige men have stor betydning for patientens hverdag, ADL, kognition med mere (1).</p> <p>Den neurologiske vurdering af patienten er fundamental for planlægningen af det videre forløb (2).</p> <p>Patientens ressourcer og færdighedsniveau kan desuden afhænge af patientens psykiske tilstand, sociale relationer og generelle helbreds niveau, som ligeledes må identificeres med henblik på planlægning af et optimalt forløb (2).</p>
Ordforklaring	<p><i>Neurologiske symptomer:</i></p> <p>Neurologiske symptomer kan fx være pareser, sensibilitetsforstyrrelser, ataksi, hemianopsi, afasi og dysartri, syns- og synsfuldsdefekter, epilepsi, demens, konfusion, neglect, apraksi, bevidsthedssvækkelse, kvalme og opkast, abnorme pupilforhold, hovedpine, rum-retningsforstyrrelser samt generelle personlighedsændringer (3).</p>
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalisering af tumors placering i hjernen dokumenteres med henblik på at kunne identificere mulige neurologiske symptomer hos patienten (1) • Patientens neurologiske symptomer identificeres ud fra samtale med patienten og pårørende, som beskriver symptombilledet samt konsekvenser heraf. Samtidig vurderes patienten objektivt i forhold til opmærksomhed, koncentrationsevne, opfattelsesevne, sansning, sprog, hukommelse, fysiske funktionsniveau, intellektuel funktion, humør, personlighed og adfærd (1) • Patientens ressourcer og færdighedsniveau identificeres og dokumenteres yderligere ved at spørge ind til mere generelle helbredsfunktioner, psykologiske tilstand, livsstil og sociale relationer i henhold til kommunikation, viden, respiration og cirkulation, ernæring, udskillelse, hud og væv, aktivitet, søvn, smerter og sanseindtryk, seksualitet, psykosocial tilstand samt åndelige og kulturelle forhold (4). Herudfra planlægges det videre sygeplejeforløb (5)
Indikationer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, hvor tumorens placering i hjernen er beskrevet • Andel af patienter, hvor den neurologiske status er dokumenteret

	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, hvor der i forbindelse med den indledende sygeplejevurdering er udarbejdet en fremadrettet plan for sygeplejen
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sherry WF, Mitchell SA, Booth-Jones M. <i>Cognitive impairment in patients with brain tumors: Assessment and intervention in the clinic setting</i>. Clin J Oncol Nurs. 2006; 10(2) s. 169-176. 2. Davis ME, Stoiber AMMI. <i>Glioblastoma multiforme: Enhancing survival and quality of life</i>. Clin J Oncol Nurs. 2011; 15(2) s. 291-297. 3. Juhler M, Vorstrup S. <i>Neurologi og neurokirurgi</i>. 6. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2004. 4. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. <i>VIPS-modellen – et grundlag for sygeplejerskens journalføring</i>. Kap. 14 og 15, s. 257-323. I: <i>Klinisk sygepleje</i>. Akademisk forlag, København 2000.) 5. Davies E, Hopkins A. <i>Good practice in the management of adults with malignant cerebral glioma: clinical guidelines</i>. Br J Neurosurg 1997; 11(4): 318-330.
Søgestrategi	<p>Søgeord: Neoplasms, Neuroepithelia OR Brain Neoplasms/nursing OR Brain Neoplasms/psychology OR ganglioneuroma OR glioma OR “brain tumor” OR “tumor cerebri”, Preoperative Care OR Preoperative Period OR “preoperative care”, nurse OR nursing, Inpatients OR Hospitalization, Nursing Assesment OR Neurosurgical Procedure/nursing OR Nurse’s Role, Patient Education as Topic OR Patint Care Planning OR Patient Care Management OR Needs Assesment OR information.</p> <p>Søgeperiode: Ubegrænset og frem til 2012. Søgninger foretaget 03.10.2012.</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl, Bibliotek.dk</p> <p>Internetsider: www.sst.dk, www.google.dk, www.dnks.dk, www.cancer.dk</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.1 Information til patienter og deres pårørende

Udarbejdet af: DA, CT, KP, MJ, PVH Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>På grund af at patientens risiko for kognitive problemer, kan hukommelsen være nedsat eller meget dårlig, hvorfor given information skal gentages hyppigt (1) (2).</p> <p>Viden om egen sygdom og formåen er et vigtig parameter i omgangen med familie og evt. arbejdsplads, om man kan læse og forstå skriftlige og mundtlige informationer, og om man er i stand til at udtrykke sig overfor andre (afasi – såvel impressiv som ekspressiv) (3) (4).</p> <p>Derudover kan mere alment gyldige forhold have betydning for patientens evne til at modtage information. Eksempelvis hvorvidt det danske sprog beherskes, og om man har nedsat syn eller hørelse.</p> <p>Påvirket evnen til at orientere sig og finde rundt i fremmede omgivelser kan ligeledes være ramt og have betydning.</p>
Ordforklaring	<p><i>Kognitivt:</i> Tænkning og erkendelse</p>
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none">• Skabe mulighed for /opfordre pårørende til at deltage ved vigtige informationer (1) (4)• At informationen tilpasses den enkelte patient og dennes pårørende. Det vil sige kritisk stillingtagen til både indhold og fremgangsmåde for information (skriftligt og / eller mundtligt) (1) (4)• Tilknytte forløbskoordinator (3)• Sørg for, hvis relevant, at fx briller og høreapparat anvendes (1)• Tolkebistand bestilles til information og undersøgelser. (1)• Skiltning på døre til fx hospitalsstuer, så patienten kan finde egen stue (4)• Vurdere behov for neuropsykolog til afdækning af kognitive deficit (4)
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none">• Andel af patienter, der har en forløbskoordinator tilknyttet efter forundersøgelsen• Andel af patienter, hvor det ved indledende sygeplejevurdering er beskrevet, på hvilken måde pt. er i stand til at modtage information• Andel af patienter/pårørende, hvor skriftligt materiale er udleveret

Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Davies E, Higginson IJ. Communication, information and support for adults with malignant cerebral glioma: a systematic literature review. Support Care Cancer. 2003; Jan;11 (1):21-9. 2. Sterckx W, Coolbrandt A, Dierckx de Casterlé B, Van den Heede K, et al. The impact of a high-grade glioma on everyday life: A systematic review from patient's and caregiver's perspective. Eur.J Oncol Nurs. 2012; May 30.1-11 3. Piil K, Den første samtale om kræftdiagnosen. Sygeplejersken, 2010; (14);56-60 4. Salander P, Bergenheim AT ,Henriksson R. How was life after treatment of a malignant brain tumor ? Social Science & Medicine 2000; Aug.;51(4):589-98
	<p>Forslag til mulig skriftlig information: Pjecer fra Kræftens bekæmpelse eksempelvis: Hjernesvulster, Dine rettigheder som kræftpatient Hjernetumorforeningen: http://www.cancer.dk/hjernetumorforeningen/om+hjernetumorforening/</p>
Søgestrategi	<p>Forslag til mulig skriftlig information: Pjecer fra Kræftens bekæmpelse eksempelvis: Hjernesvulster, Dine rettigheder som kræftpatient Hjernetumorforeningen: http://www.cancer.dk/hjernetumorforeningen/om+hjernetumorforening/</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.2 Aktivitet

Udarbejdet af: DA, CT, KP, MJ, PVH Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>En hjernesvulst kan påvirke patientens aktivitetsniveau. Tumors placering i hjernen kan medføre, at initiativet til aktivitet er nedsat, ligesom tumor kan påføre patienten pareser, der forhindrer det habituelle aktivitetsniveau (8).</p> <p>Derudover kan patientens egen vurdering af evner være kompromitteret, og der kan være risiko for faldulykker (6) (7).</p> <p>Nedsat aktivitetsniveau kan øge risikoen for postoperative sengelejekomplikationer, såsom obstipation, UVI, pneumoni, decubitus, DVT, muskelatrofi, kontrakturer og kredsløbsforstyrrelser.</p> <p>Patienter med hjernesvulst er i højrisiko for at udvikle tromboser i benene (DVT) og lungeemboli. Denne risiko øges, hvis de samtidig er ramt af malign lidelse, kirurgisk behandlet og immobiliseret. Operation i lokal bedøvelse nedsætter risikoen for postoperative tromber (1) (2) (3).</p>
Ordforklaring	<p><i>DVT:</i> Dyb vene trombose</p> <p><i>UVI:</i> Urinvejsinfektion</p> <p><i>LMWH:</i> Low-molecular-weight-heparin</p>
Anbefaling	<p>Tromboseprofylakse bør tilbydes alle opererede patienter</p> <p><u>Denne behandling består af:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Lårlange anti-emboli strømper. (Knælange anti-emboli strømper, kan være et alternativ i tilfælde af manglende adherence og adipositas). Anti-emboli strømper bæres fra indlæggelsestidspunktet indtil patienten har genvundet normalt aktivitetsniveau (1)• Daglig injektion af Low-molecular-weight heparin ifølge lægelig ordination og gældende lokale retningslinjer (5)• Tidlig postoperativ-mobilisering (< 24 timer efter kirurgi) eller passiv bevægelse af paretiske ben (1)• Undgå dehydrering (4)• Individuelle risikofaktorer for fald bør identificeres hos alle indlagte patienter og der skal udarbejdes en individuel plan med henblik på forebyggelse af identificerede risikofaktorer (6) (7).

	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter med pareser henvises til fysioterapeutisk behandling med henblik på vurdering og planlægning af motorisk rehabilitering. • Daglig mobilisering med henblik på at forebygge sengelejekomplikationer (5).
Indikationer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, som bærer anti - emboli strømper dagen efter operation • Andel af patienter, som mobiliseres indenfor de første 24 timer efter kirurgi
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autar R, "NICE guidelines on reducing the risk of thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients undergoing surgery", Journal of orthopaedic nursing, 2007; 11, 169-176, available from: http://www.sciencedirect.com.ez.statsbiblioteket.dk:2048/science/article/pii/S1361311107000696, [marts 2013] 2. Klaringsrapport – Venøs tromboseprofylakse, Dansk selskab for trombose og hæmostase, 2000, Available from: http://www.ugeskriftet.dk/portal/pls/portal!/PORTAL.wwpob_page.show?_docname=2501593.PDF, [december 2012], 3. Marras L. C., Geerts W.H., Perry J.R, "The risk of venous thromboembolism is increased throughout the course of malignant glioma: an evidence-based review", Cancer, 2000; aug, 1;89(3):640-6 4. Kelly J, Hunt BJ, Lewis RR, et. al, 2004, "Dehydrating and venous thromboembolism after acute stroke", QJM 97(5) 293-296, available from: http://qjmed.oxfordjournals.org/content/97/5/293.full.pdf+html, [december 2012] 5. DNOG. Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne, 2012. Dansk Neuro Onkologisk Gruppe. www.dnog.dk, [Marts 2013] 6. Patient Safety Observatory, "Slips, trips and falls in hospital report", 2007, Available from: Slips, trips and falls in hospital report - Patient Safety Observatory – [Februar 2013] 7. Dasys, Center for kliniske retningslinjer, Nationalt clearinghouse for sygepleje, "Klinisk retningslinje for identificering af faldrisiko og faldforebyggende for geriatriske patienter indlagt i kirurgisk eller medicinsk hospitalsafdeling" Available from: http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/Faldforebyggelsesretningslinje_final_270212.pdf, [marts 2013] 8. Bell KR <i>et.al.</i> (1998) Rehabilitation of the patient with brain tumor. Arch Phys Med Rehabil 79:S37-46

Søgestrategi	<p>Søgeord: brain neoplasms AND/OR Postoperative Care AND Physical Activity</p> <p>Databaser: CINAHL, PubMed, google scholar</p> <p>Internetsider: www.dnks.dk - Dansk neurokirurgisk selskab</p>
---------------------	---

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.3 Ernæring og spisesituation

Udarbejdet af: KL, IF, AN Neurokirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
---	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Patienter med hjernetumor har forskellige symptomer afhængig af tumors størrelse, lokalisation, tryk og infiltration af særligt følsomme områder, cerebralt ødem og udvikling af forhøjet ICP (1).</p> <p>Generelle symptomer som hovedpine, kvalme, opkastning, bevidsthedssløring og epileptiske anfald kan forekomme (2).</p> <p>Fokale symptomer som f.eks. hemiparese, apraksi, afasi, kognitive ændringer, hemianopsi og dysfagi kan forekomme (2).</p> <p>Både de generelle og lokale symptomer kan give patienterne problemer i forhold til ernæring, enten fordi de ikke kan holde føde i sig eller fordi de har problemer med at indtage føde. Sygeplejersken må derfor tilrettelægge ernæringen og spisesituationen ud fra den enkelte patients neurologiske symptomer og personlige præferencer "hjemmefra" (2).</p>
Ordforklaring	<p><i>ICP:</i> Intrakranielt tryk.</p> <p><i>Hemianopsi:</i> Angiver en <u>synsdefekt</u>, som er begrænset til det samme (højre eller venstre) halve <u>synsfelt</u> på begge øjne.</p> <p><i>Dysfagi:</i> Problemer med spisning og synkning i den præorale, orale, pharyngeale og osophageale synkefase (3).</p> <p><i>Realitetsorientering:</i> Hjælpe patienten med at orientere sig bl.a. i tid, sted og egen situation</p>

<p>Anbefaling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generelt anbefales det, at patienterne er mobiliseret til stol i forbindelse med spisning • Ernæringscreening, hvor patienten vurderes i forhold til risiko for insufficient ernæring under indlæggelsen efter lokale retningslinjer (4) • Afhængig af resultatet fra ernæringscreeningen udarbejdes ernæringsplan evt. henvisning til diætist (4) <p>Patienter med nedsat koncentration og som er lette at aflede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skærm patienten fra ting, der kan distrahere • Kun 1 tallerken på bakken af gangen • Patientens opmærksomhed rettes mod det at spise, giv tegn om nødvendigt • Om nødvendigt kan måltidet deles i etaper og guidning kan være nødvendigt <p>Desorienterede patienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brug realitetsorientering og guidning • Brug verbal guidning, med rolig stemme • Ret fejlagtig opfattelse <p>Patienter med dobbeltsyn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Giv patienten en klap for det ene øje. Ved brug af briller kan det ene brilleglas dækkes <p>Patienter med hemianopsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vend tallerkenen, hvis patienten kun spiser af den ene side og husk patienten på at dreje hovedet for at bevare overblikket over tallerkenen <p>Patienter med nedsat syn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørg for, at der er et godt lys under måltidet <p>Patienter med nedsat motorisk funktion af ansigtsmuskler, hånd eller arm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontakt ergoterapeut til undersøgelse og træning af patienten samt fælles plan • Opmuntre patienten til at tygge i den ikke berørte side • Forsøg at få patienten til at bruge den ikke affekterede side til at spise med • Fremskaf særligt bestik, tallerken eller lignende • Anret patientens bakke, f.eks. kødet skåret i stykker • Mundhygiejne efter hvert måltid (2) <p>Patienter med dysfagi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screening for dysfagi (3) (4) • Kontakt ergoterapeut til vurdering og træning af patienten • Fælles plan for kost (5)
<p>Indikatorer</p>	<p>Andel af patienter med neurologiske deficit med betydning for evnen til at indtage ernæring, hvor der er dokumenteret tiltag</p>

Referencer	<ol style="list-style-type: none">1. DNOG. Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne, 2012. Dansk Neuro Onkologisk Gruppe. www.dnog.dk2. Hickey, JV. The clinical practice of Neurological & Neurosurgical Nursing. 6th Edition 2009; USA Kap. 8, side 192 – 193.3. Dansk selskab for apopleksi (DSfA). Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi. Version 3, december 2009.4. Den danske kvalitetsmodel for sygehuse, version 2, august 2012. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, afsnit 2.14.1 Ernæringscreening, plan og opfølgning.5. Center for kliniske retningslinjer. Klinisk retningslinje for modificeret kost og væske til voksne (≥ 18 år) personer med øvre dysfagi. 2012. http://www.kliniskeretningslinjer.dk/
Søgestrategi	<p>Søgeord: ernæring, nutrition, brain neoplasms, braintumor.</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl</p> <p>Derudover er der anvendt kliniske retningslinjer, referenceprogrammer og fortaget kædesøgning.</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.4 Hud/væv

Udarbejdet af: DA, CT, KP, MJ, PVH Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Patienter med pareser eller sensoriske forstyrrelser er i risiko for at udvikle decubitus relateret til nedsat aktivitet og perception. Denne risiko kan øges af hudatrofi som følge af steroidbehandling (1) (2) (4).</p> <p>Patienterne har som følge af deres operation flere hudlæsioner (eksempelvis cicatricer, indstik fra dræn, PVK og CVK), som kan give anledning til hudinfektionen og risiko for sepsis (3) (6).</p> <p>Der kan som følge af operation eller tumors placering opstå komplikationer i form af facialispause, som kan give øjenlukkedefekt med risiko for udtørring af øjet, der kan påføre patienten smerter, øjenbetændelse og varig skade af synet (5)</p> <p>Patienter med hjernetumor kan på grund af enten fysiske eller kognitive begrænsninger have vanskeligt ved at varetage den daglige mundhygiejne (7).</p>
Ordforklaring	<p><i>Perception:</i> Evnen til at reagere meningsfyldt på ubehagelige sanseoplevelser.</p>
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none">• Indlagte patienter hudinspiceres og risikovurderes i forhold til tryksår i henhold til regionale vejledninger (1) (2)• Patienter med øjenlukkedefekt ydes øjenpleje i henhold til gældende lokale retningslinjer (5)• Alle patienter vurderes i forhold til behov for støtte til daglig mundhygiejne (7)• Kirurgisk sår tilses efter gældende lokale retningslinjer• Patientens temperatur måles i henhold til lokal instruks med henblik på tidligt at opspore tegn på sepsis
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none">• Andel af patienter, der hudinspiceres for tryksår ved indlæggelse• Andel af patienter, hvor der er planlagt forebyggende interventioner på baggrund af risikovurdering for decubitus
Referencer	<ol style="list-style-type: none">1. Marano P, Boccaccio S, "Pressure ulcers: cognitional disorders and motor feedback disturbances as risk factors", Europa Medicophysica, 2003, Sep; 39 (3): 135-40.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. James J, Evans JA, Young T, Clark M, “Pressure ulcer prevalence across Welsh orthopaedic units and community hospitals: surveys based on the European Pressure Ulcer Advisory Panel minimum data set”, International Wound Journal, 2010, Volume 7, Issue 3, pages 147–152, 3. Dasys, Center for kliniske retningslinjer, Det nationale clearinghouse for sygepleje, ”Klinisk retningslinje for pleje og håndtering af centralt venekateter og permanent centralintravenøs port hos voksne (>19 år) patienter”Avalible from: ”http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/CVK151011(1).pdf, [marts 2013] 4. ”Prednisolon”Avalible from: http://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/56 5. ”Øjenpleje til patienter med øjenlukkedefekt”, instruks, RegionH, Neurokirurgisk klinik, Oktober 2012,Avalible from: http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XE517BDFA694108E2C125791500777385&dbpath=/VIP/R edaktoer/130121.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g, Marts 2013 6. Dasys, Center for kliniske retningslinjer, Det nationale clearinghouse for sygepleje, ”Tidlig opsporing af kritisk sygdom hos voksne indlagt på et sengeafsnit” lokaliseret på: http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/KR%20kritisk%20sygdom%20291110%20-%20final.pdf, [marts 2013] 7. Dasys, Center for kliniske retningslinjer, Det nationale clearinghouse for sygepleje. ”Klinisk retningslinje for identifikation af behov for mundpleje og udførelse af tandbørstning hos voksne hospitalsindlagte patienter” lokaliseret på: http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/KRmundpleje-slutversion280910.pdf, [Marts 2013]
<p>Søgestrategi</p>	<p>Søgeord: brain neoplasms ”AND”/”OR” Postoperative Care ”AND” Skin ”OR” surgical wound ”OR” wound ”OR” cicatrix</p> <p>Databaser: CINAHL, PubMed, google scholar</p> <p>Internetsider: www.dnks.dk - Dansk neurokirurgisk selskab</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.5 Søvn og hvile

Udarbejdet af: DA, CT, KP, MJ, PVH Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Søvnproblemer forekommer i større eller mindre grad hos den danske befolkning, ca. 33 %.</p> <p>Hos patienter med maligne hjernetumorer forekommer det ofte som en del af en gruppe af symptomer: oftest depression, træthed, smerter, søvnforstyrrelser og kognitiv svækkelse (1) (3). Søvnforstyrrelser kan forværres af paraneoplastiske syndromer særligt i kombination med steroider. Medicin, herunder vitaminer, corticosteroider og neuroleptika, kan også have negativ indvirkning på søvnen (2). Hvis søvnforstyrrelser ikke behandles, kan det medføre delir (4).</p> <p>Det er beskrevet, at patienter med højgradsgliomer i højere grad lider af søvnforstyrrelser i forbindelse med første og anden serie kemoterapi. Hvilket også er gældende for patienter med recidiv (2).</p> <p>Af ydre årsager til søvnforstyrrelser kan nævnes fremmede omgivelser, medpatienter og støj (3).</p> <p>Angst for fremtiden med malign diagnose sætter tanker i gang om forhold til familie, arbejde, forværring af tilstand og tanker om døden, som ligeledes kan forårsage søvnforstyrrelser (3) (4).</p>
Ordforklaring	<p><i>Kognitiv:</i> Tænkning og erkendelse (følelsesmæssigt og emotionelt).</p> <p><i>Paraneoplastisk:</i> Hormonproduktion fra maligne tumorer eller andre fænomener i relation til tumorcellernes tilstedeværelse.</p>
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none">• Støtte op om mulighed for at hvile under indlæggelse. Så vidt muligt skabe en fast døgnrytme (2)• Sufficent smerte- og kvalmebehandling (2)• Tilbyde sovemedicin (indsovningspille) (2)

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer for
patienter med højgradsgliom.

Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, der har en smertescore ≥ 3 i hvile • Andel af patienter, der har fået afdækket deres søvnmønster i forbindelse med indledende sygeplejevurdering
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fox SW, Lyon D, Farace E. Symptom clusters in patients with high-grade glioma. J Nurs Scholarship 2007;39 (1):61-7 2. National Cancer Institute:PDQ® Sleep Disorders. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Nov.4, 2011. Available from: http://cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sleepdisorders/HealthProfessional. 3. Raymond L, Page M Solheim K, Fox S, Chang S. Quality of life in adults with brain tumors: Current knowledge and future directions. Neuro Oncol. 2009 June; 11(3): 330–33 4. Pelletier G, Verhoef M, Khatri N and Hagen N. Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues: Journal of Neuro-Oncology 57;41-49, 2002
Søgestrategi	<p>Søgeord: Malignant brain tumor, fatigue</p> <p>Databaser: PubMed</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.6 Fatigue

Udarbejdet af: DA, CT, KP, MJ, PVH Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Cancerrelateret fatigue beskrives som ”en belastende, vedvarende, subjektiv følelse af træthed eller udmattelse relateret til kræft eller kræftbehandling, der ikke er proportional med nylige aktiviteter og påvirker patientens vanlige funktionsniveau” (1) (2).</p> <p>Træthed som begreb og følelse beskrives i 3 grader:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Træthed, som en naturlig følge af fysisk aktivitet, kan fjernes ved hvile og afslapning. Der er balance mellem krop og sind.2. Fatigue, som fornemmes som nedsat udholdenhed, koncentrationsbesvær, søvnforstyrrelser og øget følsomhed over for sanseindtryk. Hvile og afslapning fjerner ikke fatigue, og trætheden mærkes konstant, uden man har ydet nogen særlig fysisk aktivitet. Der er ikke balance mellem krop og sind.3. Udmattelse som den ultimative træthed og kollaps, hvor man må overgive sig til søvnen eller slet og ret besvimer (1). <p>”Fatigue kan tilpasses ved at ændre daglige rutiner, undgå unødige aktiviteter og prioritere aktiviteter, der skaber glæde”.</p> <p>Motion tilpasset individuelt kan have lindrende effekt på fatigue. Mens man motionerer afledes fatigue i væsentlig grad, og den velkendte træthed efter fysisk aktivitet fornemmes naturlig, hvad fatigue ikke gør (1).</p> <p>Fatigue medfører ofte både fysisk og psykisk svækkelse, der igen har indflydelse på det sociale liv. Trætheden indfinder sig hurtigt, og der er brug for hvile, der vanskeliggør sociale aktiviteter uden for hjemmet. Søvnproblemer har tæt korrelation til fatigue, det skaber reduceret opmærksomhed, koncentrationsbesvær, indvirker på korttidshukommelsen og skaber lavere motivation (2) (3).</p> <p>Fatigue er vanskeligt at måle, og her skiller hjernetumorpatienter sig ud fra andre cancerpatienter, idet en del som følge af operation i hjernen har kognitive problemer, nedsat muskelstyrke, pareser og føleforstyrrelser (2). Fatigue optræder ofte hos patienter, hvis performance status er lav (4).</p>
-----------------	--

Ordforklaring	<i>Performance status:</i>
----------------------	----------------------------

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer for
patienter med højgradsgliom.

	En metode til at vurdere og angive en patients generelle helbredsstatus.
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none"> • Italesætte begrebet fatigue overfor både patient og pårørende (3) • Støtte til daglig fysisk aktivitet der er tilpasset individuelt
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, hvor daglig fysisk aktivitet er afdækket i den indledende sygeplejevurdering
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kockved, D. Pallesen og Pedersen, Birgit: Cancer relateret fatigue en udfordring for sygeplejen, Klinisk Sygepleje, 2012, 26. årgang, nr. 3; 39-49. 2. Kim, B.R, Chun, M.H, Han, E.Y, Kim, D-K: Fatigue assessment and rehabilitation outcomes in patients with brain tumors. Support care cancer, 2012, 20:805-812. 3. Molassiotis, A., Wilson, B., Brunton, L. Chaudhary, H., Gattamaneni, R., McBain, H: Symptom experience in patients with primary brain tumours; A longitudinal exploratory study. European Journal of Oncology Nursing 14, 2010, 410-416. 4. Armstrong, Terri.S, Cron, Stanley G., Bolanos, Elizabeth Vera, Gilbert, Mark R., and Kang, Duck-Hee.: Risk factors for fatigue severity in primary brain tumor patients. Cancer, June 1, 2010.
Søgestrategi	<p>Søgeord: Malignant brain tumor, fatigue</p> <p>Databaser: PubMed</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.7 Postoperative observationer i forhold til neurologi, respiration og cirkulation

Udarbejdet af: KL, IF, SJ, AN Neurokirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
---	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Efter operation er risiko for komplikationer ifølge en amerikansk undersøgelse 32 %, heraf 13 % alvorlige (3). Overvågning af vitale funktioner herunder bevidsthedsniveau og neurologisk funktion skal finde sted i mindst seks timer postoperativt i et specielt indrettet afsnit (1) (3).</p> <p>De hyppigste komplikationer i det postoperative forløb er hæmatom og ødem, som kan medføre et fald i patientens bevidsthedsniveau og en ændring eller forværring af den neurologiske status. Klinisk forværring defineres som et fald på to eller mere på GCS med eller uden neurologiske udfald (1).</p>
Ordforklaring	<p>GCS : Glasgow Coma Score. Anvendes til vurdering af bevidsthedsniveau og angives i en talværdi fra 3 til 15.</p>
Anbefaling	<p>Monitoreringshyppighed efter gældende lokale retningslinjer i forhold til tidlig opsporing af kritiske observationsfund og /eller lægelig ordination (2).</p> <p>Monitoreringsgrad (Opvågningsafsnit / intermediært afsnit)</p> <p>Neurologiske observationer: (2)</p> <ul style="list-style-type: none">• GCS, kognitiv dysfunktion, talevanskeligheder• Ekstremitetsmotorik• Pupilforhold• Hovedpine og smerter• Kvalme og opkastninger <p>Respiratorisk: (2)</p> <ul style="list-style-type: none">• Respirationsfrekvens• Respirationsmønster• Kontrol af syre/base balance ved behov• Saturation (1)

	<p>Cirkulatorisk: (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blodtryk, Puls • Temperatur • Væskebalance (inkl. perspiratio) • Kontrol af hæmoglobin og elektrolytter <p>Monitoreringsgrad (Alment sengeafsnit)</p> <p>Neurologiske observationer: (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • GCS • Ekstremitetsmotorik • Pupilverhold • Hovedpine og smerter • Kvalme og opkastninger <p>Respiratorisk: (1) (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respirationsfrekvens • Saturation <p>Cirkulatorisk: (2) (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blodtryk, Puls • Temperatur <p>Udskillelse: (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diurese og residualurin • Afføring (behov for laksantia) • Opkast • Væsker i dræn
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, hvor der foreligger dokumentation af observationer efter gældende lokale retningslinjer
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. DNOG ”Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne”, 2012. Dansk Neuro Onkologisk Gruppe. www.dnog.dk 2. Guldbrandsen T, Stubberud DG, Intensivsygepleie, 2005;1, kapitel 7,8,22,25. 3. Sawaya R, Hammoud M, Schoppo D, Hess WR, Wu SZ, Shi WM, Wildrich DM. Neurosurgical outcomes in a modern series of 400 craniotomies for treatment of parenchyma tumours. <u>Neurosurgery</u>. 1998 May; 42(5):1044-55 4. Den danske kvalitetsmodel for sygehuse, version 2, august 2012. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, afsnit 2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund.
Søgestrategi	<p>Søgeord: Postoperative observationer, glioblastom, postoperative, observations.</p> <p>Databaser: PubMed, Cinahl</p> <p>Derudover er der foretaget kædesøgning.</p>

for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.8 Smertebehandling

Udarbejdet af: KL, IF, AN Neurokirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
---	---------------------------	--	---	--

Baggrund	Omtrent 60 % af patienter med en malign hjernetumor klager over hovedpine. Hovedpine kan være generaliseret eller lokaliseret til tumors placering og beskrives typisk som mat, ikke dunkende og intermitterende. Hovedpine kan være forbundet med forhøjet ICP og kan forværres ved stillingsændringer, hoste, opkastning og under søvn og aktivitet (1). Sårsmarter er den hyppigste smerteklage (80 % af de kraniotomerede patienter klager over sårsmarter) (2).
Ordforklaring	
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten smertescorer efter en valideret skala, hvis dette er muligt (1). Ved smerter ≥ 3 i hvile og ≥ 5 ved mobilisering tilbydes patienten perifert virkende analgetica, og ved manglende effekt tilbydes systemiske opioider • Let eleveret hovedgærde (30 grader) (2)
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, hvor smertescore er ≤ 5 ved mobilisering og ≤ 3 i hvile efter smertebehandling
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cahill JE, Armstrong TS. Caring for an adult with a malignant primary brain tumor. Nursing 2011 Jun; 41(6) 28-33 2. DNOG: "Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne 2012". Dansk Neuro Onkologisk Gruppe. www.dnog.dk
Søgestrategi	<p>Søgeord: brain neoplasms, braintumor, pain, surgery, postoperative complications or pain.</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl, Cochrane</p> <p>Derudover er der anvendt kliniske retningslinjer, referenceprogrammer og fortaget kædesøgning.</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.9 Observation og interventioner i forhold til steroidbehandling

Udarbejdet af: KL, IF, AN Neurokirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
---	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Hjerneødem opstår, når plasma, protein og andre vandopløselige substanser passerer fra blodet ind i hjernens ekstracellulære rum. Når vand suges fra plasma ind i hjernen, opstår et vasogent ødem (1).</p> <p>Hjerneødem forårsager ofte hovedpine ledsaget af kvalme og opkastning og fokale neurologiske symptomer.</p> <p>Steroidbehandling reducerer hjerneødem ved at trække væske tilbage til blodbanen. I forbindelse med steroidbehandlingen oplever patienten effekt i løbet af 24 - 48 timer og nogle allerede efter 6 timer. Methylprednisolon eller dexamethasolon foretrækkes med doser på 100 -150 mg dagligt. Ved bevidsthedspåvirkning med truende incarceration eller anden grund til at patienten ikke kan indtage tabletter peroralt, gives behandlingen intravenøst.</p> <p>Bivirkninger ses i form af hjerteinsufficiens, hypertension, diabetesmellitus, glucoseintolerans, hypokaliæmi, osteoporose, gastritis og i værste fald ulcus duodeni / ventriculi. Desuden ses øget risiko for infektion, eufori, rastløshed, depression, øget irritabilitet samt søvnbesvær, og i nogle tilfælde kan patienten udvikle psykose. Der ses også en ændret fedtfordeling, som blandt andet fører til et cushingoid udseende. Udvikling af perifere ødemer ses også. Bivirkningerne kan ved længere tids behandling være alvorlige (1).</p>
Ordforklaring	<p><i>Fokale neurologiske symptomer:</i> Fx pareser eller kramper.</p> <p><i>Cushingoid:</i> Måneansigt</p>

Anbefaling	<ul style="list-style-type: none"> • Der gives den lavest mulige dosis af steroider i kortest mulig tid (2) • Patienten informeres om formål med behandling, forventede virkninger og mulige bivirkninger (2) • Der udleveres skriftlig information ved steroidbehandling, og ved længerevarende behandling (> 5mg i over tre måneder) (2) udleveres et såkaldt behandlingskort, som patienten skal bære på sig. Patienten informeres om, at tabletterne skal indtages i forbindelse med morgenmåltidet (1) • Patienten informeres om god mundhygiejne på grund af risiko for svamp i munden (1) • Patienten vejes, og der tages blodprøver med henblik på elektrolytforstyrrelser (1) • Blodsukkeranalyse ved indlæggelsen og som kontrol ved forhøjede værdier med henblik på udvikling af diabetes mellitus, samt information til patienten om symptomer ved hyperglykæmi (1) (3) • Ved symptomer på gastrit eller udvikling af ulcus sættes patienten i medicinsk behandling (2) • Patienter, der sættes i glukokortikoidbehandling i farmakologiske doser, skal sikres adækvat tilskud af calcium + D-vitamin (4)
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, der har fået udleveret skriftlig information om steroidbehandling • Andel af patienter, der har fået målt blodsukker præoperativt
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Davis ME, and Stoiber AMM. Glioblastoma Multiform: Enhancing Survival and Quality of Life 2011 Clinical Journal of Oncology Nursing vol. 15, Number 3 (2b, B). 2. DNOG ”Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne” 2012. Dansk Neuro Onkologisk Gruppe. www.dnog.dk 3. Stupp et al Radiotherapy plus Concomitant and Adjuvant Termozolomide for Glioblastoma The New England Journal of Medicine 2005 352; 10 (1a, A). 4. www.medicin.dk
Søgestrategi	<p>Søgeord: brain neoplasma and corticosteroids, corticosteroids and blood glucose, corticosteroids and diabetes management, glucocorticoid therapy and diabetes management</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl, Cochrane</p> <p>Derudover er der anvendt kliniske retningslinjer, referenceprogrammer og fortaget kædesøgning.</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.10 Epilepsi

Udarbejdet af: KL, IF, AN Neurokirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
---	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Epilepsi er det første symptom hos 30 - 50 % af patienter med glioblastom (3). Hvis tumoren er lokaliseret i frontal-, temporal- eller parietallapperne er der større risiko for epilepsi (1).</p> <p>Patienter med højmaligne tumorer bliver påvirket negativt af alle typer anfald. Både patienter og pårørende udtrykker frygt og bekymringer om fortsatte anfald og risikoen for at få anfald. At have en livstruende sygdom fjerner ikke bekymringer om epilepsi – tvært i mod. Information om epilepsi kan hjælpe patient og familie til at mindske bekymringerne (2).</p> <p>Epilepsi er en postoperativ komplikation hos 2,5 % af de patienter, som er opereret for et gliom. Hos yderligere ca. 20 % udvikles epilepsi senere i sygdomsforløbet (3).</p>
Ordforklaring	<p><i>Epilepsi:</i> Epilepsi er anfaldsfænomener, som repræsenterer en abnorm og samtidig elektrisk impulsudsendelse i større eller mindre grupper af neuroner i hjernen. Det tumorgenererende anfald er symptomatisk epilepsi.</p> <p><i>Opistotonus:</i> Nakkestivhed</p>
Anbefaling	<p>Det anbefales, at der hos alle patienter med tumorer foreligger en plan for medicinsk behandling, da risiko for epileptisk anfald er til stede (3)</p> <p>Observation og pleje af patienten under et simpelt partielt anfald Patienten er ved fuld bevidsthed og kan kommunikere.</p> <ul style="list-style-type: none">• Plejepersonalet observerer og beskriver symptomer (4)

Observation og pleje af patienten under et *komplekst partielt anfald*

Patienten har åbne øjne, men er bevidsthedspåvirket og kan ikke reagere normalt.

- Personalet skal være opmærksomt på pårørende og medpatienters reaktion
- Forsøg ikke at begrænse patienten (4)

Observation og pleje af patienten under et *generaliseret epileptisk anfald*

- Medicinsk behandling i henhold til behandlingsplan
- Plejepersonalet skal blive hos patienten under hele anfaldet
- Stramtsiddende tøj løsnes, briller og evt. tandprotese fjernes
- Patienten skærmes. Hvis patienten ligger på gulvet lægges en pude under hovedet
- Plejepersonalet må ikke stoppe noget i munden på patienten for at undgå tungebid

Personalet skal være opmærksomt på pårørende og medpatienters reaktion på stuen.

Symptomer der observeres: (5)

- varigheden af anfaldet
- krampe/trækning – ansigt, ekstremiteter
- bevidsthedstilstand
- øjendrejning
- pupilreaktion
- opistotonus
- respirationsbesvær
- hudfarveændringer
- urinafgang
- tungebid
- opkastning
- fråde om munden
- symptomer før anfaldet og evt. udløsende faktorer

Ved anfald af en varighed på over 5 minutter bør der sikres frie luftveje, iltbehandling, monitorering af hjerte og respiration samt anlæggelse af intravenøs adgang (6).

Det er vigtigt at spørge en patient med kendt epilepsi, hvorledes patienten vil plejes under et anfald (5).

- Efter et epileptisk anfald vurderes det, hvorvidt patienten skal have antiepileptisk behandling
- Antiepileptisk behandling er principielt ikke indiceret før tidligst efter andet epilepsianfald
- Behandling anbefales ved vidnefast førstegangs epileptisk anfald med sekundær generalisering og scanningsverificeret subkortikalt beliggende tumor, hvor der er stor risiko for fornyede anfald

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer for
patienter med højgradsgliom.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ved første anfald kræves 12 måneders anfaldsfri periode, før privat bilkørsel må genoptages (3) • Patienten skal have skriftlig og mundtlig information om behandlingen (2) • Det er nødvendigt, at patienten er aktivt deltagende i behandlingen og tager medicinen regelmæssigt og som ordineret (5) • Når patienten udskrives, skal der foreligge en plan for ambulant opfølgning af behandlingen (3)
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter med medicinsk behandlingsplan
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jennifer et al Caring for an adult with a malignant primary brain tumor 2011. www.nursing.dk 2. Campbell J Brain tumour-related epilepsy: The experience of a nurse-led seizure clinic in Scotland 2005. British Journal of Neuroscience Nursing, Vol 1 no 5 3. DNOG): ”Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne” 2012. Dansk Neuro Onkologisk Gruppe. www.dnog.dk 4. Lovely MP Symptom management of brain tumor patients. Seminars in Oncology Nursing 2004, vol 20, No 4 5. Queally C and Lailey C, Care of the person with epilepsy in the hospital environment – getting it right, 2012. British Journal of Neuroscience Nursing, February/March vol. 8 no 1 6. Sundhedsstyrelsen, Referenceprogram for epilepsi, 2005, http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/CEMTV/Refprog_epilepsi/referenceprogram_epilepsi_180505.pdf
Søgestrategi	<p>Søgeord: Brain tumor or brain neoplasms, seizures, epilepsy, seizure management</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl, Cochrane</p> <p>Derudover er der anvendt kliniske retningslinjer, referenceprogrammer og fortaget kædesøgning.</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.11 Seksualitet / reproduktion

Udarbejdet af: DA, CT, KP, MJ, PVH Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Kræftpatienten kan opleve ændret kropsopfattelse som følge af sygdom og behandling, hvilket eksempelvis ses i form af halvsidig lammelse og ansigtsparese hos patienten med tumor cerebri. Helt eller delvist hårtab hos kvinder og mænd efter operation eller kemoterapi kan medføre, at patienterne føler sig ramt på deres kvindelighed eller mandighed. Frontal påvirkning kan betyde, at personligheden er ændret i forhold til tidligere.</p> <p>Patienten kan miste lysten til sex, hvis kroppen ser anderledes ud. Som pårørende kan det være svært at vænne sig til, at ens partner ser anderledes ud, og de kan måske være bange for at påføre den syge smerte (1).</p>
Ordforklaring	
Anbefaling	<p>Sygeplejersken bør medvirke til at patienten arbejder med at acceptere sin ændrede krop. I ”Kræft og seksualitet” fra Kræftens bekæmpelse er der foreslået øvelser til at blive fortrolig med sin krop. Se også under www.cancer.dk.</p> <p>Hvis der er behov for et neutralt forum, er der www.hjerneskadet.dk, hvor der er et forum for både patienter og pårørende.</p> <p>Det er muligt via egen læge at blive henvist til psykolog med tilskud. Eller kontakte eller blive henvist til en sexolog enten som enkelt person eller par www.klinisksexologi.dk.</p> <ul style="list-style-type: none">• Informere om mulighed for psykologhjælp og sexologisk rådgivning• Informere om mulighed for tilskud til paryk
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none">• Andel af patienter, der er informeret om mulighed for psykologisk og sexologisk rådgivning ved udskrivelse
Referencer	<p>1. Pjece fra Kræftens bekæmpelse ”Kræft og seksualitet” [11.11.2013]. Available from: URL: http://webshop.cancer.dk/pjecer-og-information/hvis-du-har-faet-kraeft-eller-er-paroerende/boeger-video-og-dvder/238/kraeft-og-seksualitet</p>

Søgestrategi	Søgeord:
---------------------	-----------------

	brain neoplasms "AND"/"OR" sexuality Databaser: PubMed Internetsider: www.dnks.dk , www.cancer.dk
--	---

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.12 Livsstil

Udarbejdet af: DA, CT, KP, MJ, PVH Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Livsstil er et udtryk for det enkelte menneskes værdier, kultur, interesser og vaner. Patienten med nydiagnosticeret højgradsgliom oplever en ændret dagligdag, hvor det ofte ikke er muligt at foretage sig de samme ting som før sygdommen. Interviews med patienter og pårørende i et kvalitativt studie viser, at ønsket om at opretholde en sædvanlig dagligdag er fremtrædende. Det er følelsen af at foretage relevante opgaver, der gør nytte (1).</p> <p>Livsstil kan også være prioritering af særlige interesser, som man ønsker at fokusere på ved at bruge aktuelle ressourcer. Den enkelte patient og dennes pårørende må vælge deres indsats i balancen mellem den dårlige prognose, som sygdommen medfører og det håb, som er vigtigt at fastholde (1).</p> <p>Symptomer som depression, udtalt træthed, følelsesmæssige udsving og tanker om liv og død forekommer hyppigt hos patienter med højgradsgliomer og har betydelig indflydelse på oplevelsen af livskvalitet og livsstil også for de pårørende (2) (3).</p>
Ordforklaring	
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none"> • Samtale med patient og pårørende om hvilke ting der betyder mest i dagligdagen, og som de ønsker at fokusere på – med det overskud og de kræfter, der aktuelt er til rådighed. Ud fra dette, hjælpe med forslag til støttemuligheder for at understøtte de hidtidige interesser (1)
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, hvor aktuel livsstil er dokumenteret ved indledende sygeplejevurdering
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wideheim A-K, Edvardsson T, Påhlson A, Ahlström G. "A family's perspective on living with a highly malignant brain tumor" Cancer Nursing, 2002, Vol.25, No.3. 2. Salander P, Bergenheim AT, Henriksson R. "How was life after treatment of a malignant brain tumor?": Social Science & Medicine 2000 Aug.;51(4):589-98 3. Pelletier G, Verhoef M, Khatri N and Hagen N. "Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues": Journal of Neuro-Oncology 2002;57:41-49.

Søgestrategi	Søgeord:
---------------------	-----------------

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer for
patienter med højgradsgliom.

	QOL, braintumor Databaser: PubMed, CINAHL
--	--

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.13 Psykosocial støtte

Udarbejdet af: DA, CT, KP, MJ, PVH Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	Reduceret livskvalitet er dokumenteret i den postoperative periode hos patienter med glioblastom (1) (2) (5). Et review har vist, at både patienter og pårørende har behov for særlig støtte og opmærksomhed, og det er vigtigt, at de professionelle er opmærksomme på eksempelvis udvikling af depression (6). Et dansk review viser, hvordan de pårørende føler ansvar for patientens sygdom, og hvordan de bliver overvældet af det ansvar (7). Et tredje review omhandler psyko-social støtte til patienter med højgradsgliomer. Her ses, at interventioner, der inkluderer specialistsygeplejersker og telefonisk opfølgning, bliver evalueret positivt i forhold til at håndtere livssituationen (8). Økonomiske bekymringer ses, da flere mister deres økonomiske uafhængighed (10).
Ordforklaring	
Anbefaling	Alle patienter bør tilknyttes en sygeplejerske med neurokirurgisk erfaring, som varetager funktionen som forløbskoordinator (8), herunder: <ul style="list-style-type: none">• Sikrer, at patienten bliver informeret om sygdom og behandling (9) især om de almindelige reaktioner på sorg og krise• Hjælper patient og pårørende til at sætte ord på tanker og følelser• Udleverer informationsmateriale fra Kræftens Bekæmpelse og informere om støttemuligheder, i form af Kræftens Bekæmpelse (www.cancer.dk), Børne- og Ungdomsrådgivningen, Sundhedscentre og psykologbistand via henvisning fra egen læge• Sikrer, at patient og pårørende er klar over det videre forløb og ved hvem de kan kontakte ved eventuelle spørgsmål eller behov for at tale med en sundhedsfaglig person (5)• Sikrer, telefonisk opfølgning efter samtalen om diagnosen (8)• Patient og pårørende informeres om eventuel udbetaling af forsikring ved kritisk sygdom samt legat ansøgning via Kræftens Bekæmpelse (5)
	Alle sundhedsprofessionelle bør i forhold til både patient og pårørende: <ul style="list-style-type: none">• Være opmærksom på selvmordsrisiko (11)• Oplyse om mulighed for anti-depressiv behandling ved egen læge• Informere om mulighed for etablering af hjemmepleje og kontakt til

	<p>socialrådgiver eller andre hjælpeforanstaltninger (12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Være opmærksom på at der tilbydes følelsesmæssigt støtte og samtaler med patienter og pårørende (13) • Være opmærksom på at der bliver lavet terminalerklæring efter gældende retningslinjer <p>Forslag til information: Pjecer fra Kræftens Bekæmpelse eksempelvis: ”Her kan du få hjælp”, ”Hjernesvulster”, ”Dine rettigheder som kræftpatient”, ”Jeg har fået kræft”. ”Jeg er alvorligt syg, hvordan støtter jeg bedst mine børn” fra Børn, unge og sorg.</p>
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af dokumenterede afholdte udskrivningssamtaler med patient og pårørende
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klein M, Taphoorn MJ, Heimans JJ, van der Ploeg HM, Vandertop WP, Smit EF, et al. Neurobehavioral status and health-related quality of life in newly diagnosed high-grade glioma patients. <i>J Clin Oncol</i> 2001 Oct 15;19(20):4037-4047. 2. Taphoorn MJ, Stupp R, Coens C, Osoba D, Kortmann R, van den Bent MJ, et al. Health-related quality of life in patients with glioblastoma: a randomised controlled trial. <i>Lancet Oncol</i> 2005 Dec;6(12):937-944. 3. Taphoorn MJ, van den Bent MJ, Mauer ME, Coens C, Delattre JY, Brandes AA, et al. Health-related quality of life in patients treated for anaplastic oligodendroglioma with adjuvant chemotherapy: results of a European Organisation for Research and Treatment of Cancer randomized clinical trial. <i>J Clin Oncol</i> 2007 Dec 20;25(36):5723-5730. 4. Mauer M, Stupp R, Taphoorn MJ, Coens C, Osoba D, Marosi C, et al. The prognostic value of health-related quality-of-life data in predicting survival in glioblastoma cancer patients: results from an international randomised phase III EORTC Brain Tumour and Radiation Oncology Groups, and NCIC Clinical Trials Group study. <i>Br J Cancer</i> 2007 Aug 6;97(3):302-307. 5. Giovagnoli AR, Silvani A, Colombo E, Boiardi A. Facets and determinants of quality of life in patients with recurrent high grade glioma. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry</i> 2005 Apr;76(4):562-568. 6. Davies E, Higginson IJ. Communication, information and support for adults with malignant cerebral glioma: a systematic literature review. <i>Support Care Cancer</i> 2003;11(1):9-21

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Madsen K, Poulsen HS. Needs for everyday life support for brain tumour patients' relatives: systematic literature review. Eur J Cancer Care (Engl) 2011 Jan;20(1):33-43. 8. Catt S, Chalmers A, Fallowfield L. Psychosocial and supportive-care needs in high-grade glioma. Lancet Oncol 2008 Sep;9(9):884-891. 9. Diaz J, Barreto P, Gallego et al. Proper information during the surgical decision-making process lowers the anxiety of patients with high-grade gliomas. Acta Neurochir (2009) 151:357-362 10. Lucas,M. Psychosocial implications for the patients with a high-grade glioma. 2010. Jr of Neuroscience Nursing. Vol. 42, number 2. 11. Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse, version 2, august 2012. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, afsnit 2.7.4:Forebyggelse af selvmordsrisiko. 12. Piil, K. Den første samtale om kræftdiagnosen. 2010. Sygeplejersken nr.14; 56-60 13. Sterckx W, Coolbrandt A, et al. <i>"The impact of a high-grade glioma on everyday life: A systematic review from the patient´s and caregiver´s perspective"</i>. European Journal of Oncology Nursing, 2012, 1-11.
Søgestrategi	<p>Litteraturen er baseret på en Medline og Pubmed litteratursøgning og med en kronologisk afgrænsning fra 1995.</p> <p>("Brain Cancer"[ti/ab] OR "Brain Neoplasms"[mh] OR "Brain Neoplasms"[ti/ab] OR "Brain Tumor"[ti/ab] OR "Brain Tumors"[tw] OR "Brain Tumour"[ti/ab] OR "Brain Tumours"[ti/ab] OR "Malignant Glioma"[ti/ab] OR "Malignant Gliomas"[ti/ab]) AND (Rehabilitation[mh] OR Rehabilitation[tw]) AND ("1995/01/01"[pdat] : "2012/04/26"[pdat]) AND English[lang]</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.14 Pårørende

Udarbejdet af: KL, IF, AN Neurokirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
---	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>I forbindelse med diagnosen Glioblastom er det ikke kun patientens liv og hverdag, der bliver forandret, også livet for de nærmeste pårørende bliver påvirket af sygdomsforløbet, idet både familiestruktur og ægteskabelig status ændres (1) (2). Nogle ægtefæller oplever det som ”at få endnu et barn i familien”, og andre oplever, at ægtefællen gradvist dør psykisk før den fysiske død indtræffer (3). På grund af angst og den konstante stresspåvirkning, er det ikke ualmindeligt, at de nære pårørende udvikler fysiske og psykiske symptomer som hovedpine, gastritis og depression (3) (4). Patienterne og deres pårørende er optaget af angsten for døden og har overvejelser i forhold til eksistentielle problemområder (8).</p> <p>De største problemer for de pårørende er knyttet til følelsesmæssige behov, hvor vigtigheden af at få tilstrækkelig medicinsk og psykosocial støtte til at håndtere de følelsesmæssige problemer, som de konfronteres med under patientens sygdomsproces, fremhæves (2).</p> <p>En spørgeskemaundersøgelse omhandlende støttebehov til både patient og pårørende viser, at 40 % af de pårørende oplever angst og 10 % udvikler en depression (4). Et systematisk litteraturstudie, hvori der indgår 14 kvalitative studier viser, at de pårørende påtager sig rollen som omsorgsgivere og overtager ansvaret for patientens sygdom og overlevelse (1), hvilket kan være årsagen til, at de rapporterer lavere helbreds relateret livskvalitet (HRQOL) end pårørende til patienter med andre kræftformer (5)</p>
Ordforklaring	<p><i>Helbreds - Relateret Livskvalitet:</i></p> <p>Der foreligger koncensus om, at Helbreds-Relateret Livskvalitet (HRQOL) er en subjektiv vurdering, der som udgangspunkt bedømmes ud fra et patient perspektiv. Samtidig er det flerdimensionelt og inkluderer oplevelser af egne fysiske, psykiske og sociale funktioner (6) (7).</p> <p><i>Pårørende:</i></p> <p>“The family is a self-identified group of two or more individuals whose association is characterized by special terms, who may or may not be related by bloodlines or law, but who function in such a way that they consider themselves to be a family.” (13)</p> <p>Det er således familien, der selv definerer, hvem familien er.</p>

Anbefaling	<ul style="list-style-type: none">• De pårørende kan kun informeres efter tilladelse fra patienten. Er patienten ikke i stand til at forstå information eller tage stilling til
-------------------	---

	<p>behandling, er det nærmeste pårørende, som kan give informeret samtykke (12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det vurderes om ægtefællen/pårørende har behov for at drøfte egen situation uden patientens tilstedeværelse fra det tidspunkt patienten får stillet diagnosen (3) • Der udleveres informationsmateriale og informeres om støttemuligheder (1) • De sundhedsprofessionelle skal hjælpe patienten og de pårørende til at genoptage hverdagslivet trods en dårlig prognose • De sundhedsprofessionelle bør se på patientens og de pårørendes hverdagsliv (time of everyday life) og ikke kun på patientens liv med sygdom (time of disease) (9) • Den pårørende skal ses som en særskilt og selvstændig person med egne behov og planer og ikke kun som et ”støttende instrument” for deres syge ægtefælle (3) • Informationen bør præsenteres således, at ikke kun de pårørende men også patienten bedst muligt forstår den fx mundtligt, skriftligt eller ved hjælp af illustrationer (visuelt) (11) • Information om prognosen bør ”skræddersyes” i forhold til den enkelte patient og dennes pårørende (10) • Sygeplejersken bør spørge ind til de pårørendes behov for information om prognosen og vurdere, hvad den i givet fald vil betyde for livskvaliteten (11) • Behov for en gentagelse af informationen om følgerne af behandlingen • Hjælpe de pårørende til at være den støttende part for patienten i forløbet samt vurdere, hvorvidt de pårørende har behov fra støtte andre steder fra, fx i form af selvhjælpsgrupper (1)
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, hvor der er dokumenteret samtaler med de pårørende
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Madsen K, Poulsen HS. Needs for everyday life support for brain tumour patients’ relatives: systematic literature review. Eur J Cancer Care (Engl) 2011; 20(1):33-43. 2. Parvataneni R, Polley MY, Freeman T, Lamborn K, Prados M, Butowski N et al. Identifying the needs of brain tumor patients and their caregivers. J Neurooncol 2011; 104(3):737-744 3. Salander P. Brain Tumor as a Threat to Life and Personaiity: The Spouse’s Perspektive. Journal of Psychosocial Oncology , 1996, 1-18. 4. Janda M, Steginga S, Dunn J, Langbecker D, Walker D, Eakin E. Unmet supportive care needs and interest in services among patients with a brain tumour and their carers. Patient Educ Couns 2008; 71(2):251-258.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Janda M, Steginga S, Langbecker D, Dunn J, Walker D, Eakin E. Quality of life among patients with a brain tumor and their carers. <i>J Psychosom Res</i> 2007; 63(6):617-623. 6. Zachariae B. [Health-related quality of life]. <i>Ugeskr Laeger</i> 2008;17, 10. 7. Zachariae B, Bech P. [Quality of life concept]. <i>Ugeskr Laeger</i> 2008; 170(10):821-825. 8. Adelbratt, S Strang, P. Death anxiety in brain tumor patients and their spouses <i>Palliative Medicine</i> 2000 14:499-507 9. Salander P et al. How was life after treatment of a malignant brain tumour? <i>Social Science and Medicine</i> 51(2000) 589-598. 10. Davies E and Higginson I. Communication, information and support for adult with malignant cerebral glioma - a systematic literature review. <i>Support care cancer</i>, 2003, 11:21-29 11. Halkett G et al. The information and support needs of patients diagnosed with High Grade Glioma, <i>Patient Education and Counseling</i>,doi;10.1016/j.pec,.2009,.08.013 12. Sundhedsloven kapitel 5, https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455#K5 13. Whall AL. The family as the unit of care in nursing: a historical review. <i>Public health nursing</i> (Boston, Mass). UNITED STATES, 1986. p. 240-9.
<p>Søgestrategi</p>	<p>Søgeord: glioma, support for brain tumor patients, spouses, relatives.</p> <p>Databaser: PubMed og Cinahl.</p> <p>Derudover er der anvendt kliniske retningslinjer, referenceprogrammer og foretaget kædesøgning.</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.15 Åndelig / kulturelt

Udarbejdet af: DA, CT, KP, MJ, PVH Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Åndelighed kan komme i fokus, når den enkelte konfronteres med følelsesmæssigt stress, fysisk sygdom eller død. Patienter med malign hjernetumor bliver yderligere konfronteret, da de ikke kun konfronteres med sygdommen, men også døden og en eventuel personlighedsændring på grund af de kognitive deficits (1).</p> <p>Det er bevist, at serotonin systemet, som er lokaliseret i hjernen, fungerer som den biologiske base for spirituelle oplevelser, så enhver sygdom, der inddrager denne del af hjernen, kan påvirkes yderligere end ved andre sygdomme (1).</p> <p>Åndelig støtte behøver ikke nødvendigvis at være religiøs, men kan også være støtten til at tro på sig selv, støtte til de familiære relationer, følelsesmæssig støtte, støtte ved ensomhed, støtte ved isolering, behovet for at tale, støtte ved angst, støtte ved fornægtelse, planlægning af fremtiden, tanker om meningen med livet, behov for samtalen om afslutningen på livet og diskussioner om tro (1).</p> <p>Håbet og at blive støttet i at håbe viser i en undersøgelse, at patienterne lever længere (2).</p>
Ordforklaring	<p><i>Serotonin:</i> Et af hjernens signalstoffer. Lykkepillernes primære virkning sker på serotonintransporten.</p>
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none">• Ved den indledende sygeplejevurdering afklare med patient og pårørende om der er særlige åndelige eller kulturelle behov, der skal tages hensyn til. Herunder særlig diæt• Støtte både patient og familie i deres åndelige behov (1)• Der bør tages fleksible og individuelle hensyn i forhold til kommunikation, sikring af privatlivet, praktisk støtte og familiens inddragelse i forhold til den enkelte patient/familie (1) (2)• Støtte op om patientens eventuelle behov for at tale med en præst eller anden religiøs ressourceperson (1)
	<ul style="list-style-type: none">• Give patienten og pårørende mulighed for at få talt om døden og

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer for
patienter med højgradsgliom.

	<p>ønsker omkring ritualer (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informere om mulighed for adgang til kirke og bederum
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, hvor det er registreret, at åndelige og kulturelle behov er afdækket ved indledende samtale
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nixon A, Narayanansamy A. <i>"The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients perspective"</i>. The Journal of Clinical Nursing 2009, s. 2259-2270 2. Sterckx W, Coolbrandt A, et.al. <i>"The impact of a high-grade glioma on everyday life: A systematic review from the patient's and caregiver's perspective"</i>. European Journal of Oncology Nursing 2012, 1-11.
Søgestrategi	<p>Søgeord: brain neoplasms "AND"/"OR" spiritual needs</p> <p>Databaser: PubMed</p> <p>Internetsider: www.dnks.dk - Dansk neurokirurgisk selskab</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.16 Kommunikation til patient og pårørende om diagnosen

Udarbejdet af: TWV, LL, ERJ, Neurokirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Diagnosen malign hjernetumor stilles altid på baggrund af neuropatologisk undersøgelse af vævsprøve (operation eller biopsi) (1). Diagnosegruppen Malign Hjernetumor er alvorlig og livstruende, og da patientgruppen ofte har neurologiske deficits, der kan vanskeliggøre kommunikationen, anbefales neurokirurgiske afdelinger at have skriftlige retningslinjer for vigtige samtaler med patient og pårørende. Retningslinjerne skal sikre, at patienten og/eller de pårørende oplever, at svar vedrørende diagnosen foregår på en velforberedt, professionel og respektfuld måde (2) (3). Der foreligger krav om retningslinjer på området i Den Danske Kvalitetsmodel version 2, standard 2.2.1 – Vigtige samtaler med patienten og pårørende (4).</p>
Ordforklaring	
Anbefaling	<p>Neurokirurgiske afdelinger skal have retningslinjer for rammerne for vigtige samtaler med patienten/og eller pårørende, der som minimum beskriver at (4):</p> <ul style="list-style-type: none">• Indkaldelse til samtalen skal ske så snart histologisvaret foreligger, og det tilstræbes, at svaret formidles af opererende neurokirurg sammen med sygeplejerske• Patienten skal opfordres til at tage en pårørende/bisidder med til samtalen• Ledsager/værge/kontaktperson skal være til stede, når mindreårige eller patienter, der synes at have betydende kognitive deficits, informeres• De fysiske rammer for samtalen skal tilgodese behovet for ro og diskretion, det vil sige uforstyrrede rum, hvor deltagerne i samtalen ikke er synlige udefra og hvor samtalen ikke kan overhøres af andre• Der skal være afsat den nødvendige tid til samtalen, så patienten oplever sig velinformeret og respekteret• Indholdet af samtalen skal dokumenteres i journalen, og patienten tilbydes en kopi

	<ul style="list-style-type: none"> • Der skal tages hensyn til særlige forhold hos patienten eller pårørende, fx behov for tolkebistand, døvetolk, kognitive deficits med videre <p>Neurokirurgiske afdelinger har retningslinjer for personalets håndtering af vigtige samtaler. Sygeplejersken, som deltager i samtalen, skal (4) (5):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udtrykke sig så patient og pårørende kan forstå, hvad der bliver sagt • Have læst patientens journal inden samtalen • Sikre, at patienten og eventuelt pårørende er bekendt med samtaleformål • Give patienten og/eller de pårørende mulighed for at stille spørgsmål og få indflydelse på beslutninger om forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje • Tilbyde, at samtalen kan suppleres med et opfølgende møde/telefonisk kontakt • Sikre sig, at patienter ved, hvor de skal henvende sig, og hvornår de bør reagere • Hvis særlige omstændigheder gør det nødvendigt at overbringe et alvorligt budskab telefonisk eller skriftligt, skal patienten og/eller de pårørende samtidig tilbydes et personligt møde (4)
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Der foreligger retningslinjer for rammer og personalets håndtering af vigtige samtaler
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pakkeforløb for kræft i hjernen 2012, Sundhedsstyrelsen, 27. juni. 2. Davies E, Hopkins A. Good practice in the management of adults with malignant cerebral glioma: clinical guidelines. Working Group, Royal College of Physicians. Br J Neurosurg 1997 Aug; 11(4):318-330. 3. Halkett GKB et al. The information and support needs of patients diagnosed with High Grade Glioma. Patient Educ Couns 2010; 79:112-119. 4. Den danske kvalitetsmodel for sygehuse, version 2, august 2012. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. 5. Piil, K. Den første samtale om kræftdiagnosen. Tidsskriftet Sygeplejersken 2010 (14) 56-60.
Søgestrategi	<p>Søgeord: Neoplasms/psykologi OR Brain Neoplasms/rehabilitation OR Brain, Neoplasms/therapy OR Infratentorial Neoplasms/nursing OR Infratentorial, Neoplasms/nursing OR Cerebral Ventricle, "Brain Neoplasms", "Hospital Discharge", "Patient Discharge", "Discharge", "Brain Tumor", "Nursing Intervention", "Nursing Interventions", "Treatment Outcome", "Patient Discharge Education"</p> <p>Søgeperiode: Ubegrænset og frem til 2012, foretaget 5/7-2012</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl, Cochrane, Embase, SveMed+, Bibliotek.dk</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer for
patienter med højgradsgliom.

	Internetsider:
--	-----------------------

	www.sst.dk , www.google.com , www.dsr.dk/sygeplejersken , www.cancer.dk , www.dnks.dk
--	---

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

2. Pleje og behandling under indlæggelsen, præ- og postoperativt

2.17 Udskrivelse af patient med højgradsgliom

Udarbejdet af: TWV, LL, ERJ, Neurokirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Patienter, der er blevet opereret for malign hjernetumor, gennemgår i dag accelererede kræftpakkeforløb og konfronteres her med livstruende uheldelig sygdom. Yderligere har patienterne som følge af tumorlokalisering og operation, ofte funktionsnedsættelse af kognitiv eller fysiologisk karakter. Udskrivelse af disse patienter kan derfor kræve en højtspecialiseret og velstruktureret udskrivelsesplanlægning. Patientkategorien har ofte multiple problemstillinger, hvorfor der ved udskrivelsen bør udarbejdes en tværfaglig plan for den rehabiliterende og palliative indsats (1).</p>
Ordforklaring	
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none"> • Anbefalingerne tager udgangspunkt i de eksisterende aktiviteter, der er påbegyndt under indlæggelse samt i patienternes ressourcer (1) • Der skal foretages en tværfaglig behovsvurdering i forhold til fysiske, psykiske, sociale, åndelige/kulturelle forhold samt støtte til pårørende. Behovsvurderingen bør afstemmes med patientens og pårørendes forventninger (1) (2) • Ved udskrivelse til hjemmet henvises patienten til ambulante behovsvurdering • Der skal udarbejdes en foreløbig genoptræningsplan ved udskrivelse med specifikt fokus på neurologiske problemstillinger (1) (3) (4) • Patient og pårørende skal informeres om forholdsregler efter kraniotomi, fx suturfjernelse og hårvask (4) • Det sikres, at patienten og pårørende er informeret om ordineret medicin og eventuel plan for udtrapning af medicin • Der skal foreligge klare aftaler om, hvor patienten kan henvende sig ved spørgsmål eller komplikationer (4) (5) (6) • Det sikres, at patienten og pårørende er informeret om det kommende forløb samt fremtidige aftaler (4) (5) (6)
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Andelen af patienter som har deltaget i en samtale ved udskrivelsen

<p>Referencer</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft - del af samlet forløbsprogram for kræft 2012, 21. december 2011. 2. Davies E, Hopkins A. Good practice in the management of adults with malignant cerebral glioma: clinical guidelines. Working Group, Royal College of Physicians. Br J Neurosurg 1997 Aug; 11(4):318-330. 3. Huang ME, Cifu DX, Keyser-Marcus L. Functional outcome after brain tumor and acute stroke: a comparative analysis. Arch Phys Med Rehabil 1998 Nov; 79(11):1386-1390. 4. Pakkeforløb for kræft i hjernen 2012, Sundhedsstyrelsen, 27. juni 2012. 5. Huang ME, Cifu DX, Keyser-Marcus L. Functional outcomes in patients with brain tumor after inpatient rehabilitation: comparison with traumatic brain injury. Am J Phys Med Rehabil. 2000 Jul-Aug; 79(4):327-335. 6. Udskrivelsesplanlægning i samarbejde med patienten og videregivelse af information. Den danske kvalitetsmodel for sygehuse, version 2, august 2012. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet.
<p>Søgestrategi</p>	<p>Søgeord: Neoplasms/psykology OR Brain Neoplasms/rehabilitation OR Brain, Neoplasms/therapy OR Infratentorial Neoplasms/nursing OR Infratentorial, Neoplasms/nursing OR Cerebral Ventricle, "Brain Neoplasms", "Hospital Discharge", "Patient Discharge", "Discharge", "Brain Tumor", "Nursing Intervention", "Nursing Interventions", "Treatment Outcome", "Patient Discharge Education".</p> <p>Søgeperiode: Ubegrænset og frem til 2012, foretaget 5/7-2012.</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl, Cochrane, Embase, SveMed+, Bibliotek.dk</p> <p>Internetsider: www.sst.dk, www.google.com, www.dsr.dk/sygeplejersken, www.cancer.dk, www.dnks.dk</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

3. Opfølgning på behandling og rehabilitering

3.1 Opfølgning på behandling

Udarbejdet af: TWV, LL, ERJ, Neurokirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	Patienter, der er opereret for malign hjernetumor, bør indgå i livslange opfølgningsforløb på grund af sygdommens påvirkning af hverdagslivet samt risikoen for recidiv (1). Opfølgningsforløb kan varetages af onkologisk, neurologisk eller neurokirurgisk afdeling.
Ordforklaring	<i>Surprise-question:</i> Defineres her som spørgsmålet "Ville jeg blive overrasket hvis denne patient døde indenfor de næste 6-12 måneder?" Spørgsmålet anvendes af den fagprofessionelle til at vurdere om patienten er i, eller på vej ind i den terminal fase og kan være en hjælp til at udpege de patienter, der i særlig grad bør behovsvurderes i forhold til palliativ indsats (2).
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none">• At der løbende foretages behovsvurdering med fokus på ændringer i patientens tilstand og livssituation (2) (3) (4) (5)• Det tilstræbes at samtalen foretages af læge og sygeplejerske med specialviden på området (3) (4)• At der følges op på information til og aftaler med patient og pårørende (3)• At "surprise-question" anvendes i vurderingen af patientens og pårørendes behov for information og støtte (2)• Patient og pårørende informeres om, hvem de skal kontakte i tilfælde af spørgsmål og problemer opstået imellem kontrolbesøgene (3)
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none">• Andelen af journaler, hvor behovsvurdering løbende er dokumenteret ud fra patientens aktuelle tilstand
Referencer	<ol style="list-style-type: none">1. Dansk Neuro Onkologisk Gruppe (DNOG), Retningslinje for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne 2012. www.dnog.dk.2. Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft- del af samlet forløbsprogram for kræft 2012, 21. december 2011.3. Pakkeforløb for kræft i hjernen 2012, Sundhedsstyrelsen, 27. juni 2012.

	<p>4. Davies E, Hopkins A. Good practice in the management of adults with malignant cerebral glioma: clinical guidelines. Working Group, Royal College of Physicians. Br J Neurosurg 1997 Aug;11(4):318-330.</p> <p>5. Huang ME, Cifu DX, Keyser-Marcus L. Functional outcome after brain tumor and acute stroke: a comparative analysis. Arch Phys Med Rehabil 1998 Nov; 79(11):1386-1390.</p>
Søgestrategi	<p>Søgeord: Neoplasms/psykology OR Brain Neoplasms/rehabilitation OR Brain, Neoplasms/therapy OR Infratentorial Neoplasms/nursing OR Infratentorial, Neoplasms/nursing OR Cerebral Ventricle, "Brain Neoplasms", "Hospital Discharge", "Patient Discharge", "Discharge", "Brain Tumor", "Nursing Intervention", "Nursing Interventions", "Treatment Outcome", "Patient Discharge Education"</p> <p>Søgeperiode: Ubegrænset og frem til 2012, foretaget 5/7-2012</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl, Cochrane, Embase, SveMed+, Bibliotek.dk</p> <p>Internetsider: www.sst.dk, www.google.com, www.dsr.dk/sygeplejersken, www.cancer.dk, www.dnks.dk</p>

Nationale Sygeplejefaglige Retningslinjer
for patienter med højgradsgliom

3. Opfølgning på behandling og rehabilitering

3.2 Rehabilitering og palliation

Udarbejdet af: TWV, LL, ERJ, Neurokirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital	Dato: Juni 2014	Godkendt af: De fire neurokirurgiske afdelingsledelser	Dato for revision: Foråret 2017	Tidsplan for audit: Efteråret 2015
--	---------------------------	--	---	--

Baggrund	<p>Som beskrevet i ”Retningslinjer for behandling af voksne med gliomer” (1) er formålet med rehabilitering at forbedre og vedligeholde bedst mulig funktionsevne med henblik på at øge patientens livskvalitet, uafhængighed og selvbestemmelse. Rehabiliteringsindsatsen påbegyndes så tidligt i forløbet som muligt. Der foretages en initial vurdering, som gentages i behandlingsforløbet efter behov. Vurderingen danner grundlag for beslutning om de indsatser, der bør iværksættes. Disse fastlægges i en plan for den enkelte patient (1).</p> <p>Generelle indsatser beskrives i Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft 2012 (2).</p> <p>Det tværfaglige samarbejde er af afgørende betydning og skal ydes i en koordineret indsats. En engelsk arbejdsgruppe har udarbejdet retningslinjer for det tværfaglige teams samarbejde omkring netop denne patientgruppe (3).</p> <p>Studier har vist, at patienter med højgradsgliomer har behov for og dokumenteret effekt af rehabilitering (4-12). En metaanalyse fra 2011 viser yderligere, at patienter med hjernetumor kan øge deres funktionsniveau på højde med andre patientkategorier, såsom patienter med traumatisk hjerneskade (5).</p> <p>De hyppigst forekommende problemer hos denne patientkategori er påvirket kognitiv funktion, varierende grader af pareser, visuel perceptuel deficit, tab af sanser, tarm og blære dysfunktion. Sjældnere ses kranienerve påvirkning, dysartri, dysphagi, afasi, ataksi og dobbeltsyn (13).</p> <p>Da prognosen generelt er dårlig for patienter med gliomer, er der behov for en løbende vurdering af, om de specifikke tiltag skal rette sig mod rehabilitering eller palliation. Ofte overlapper de fagprofessionelle hinanden i forløbet, hvorfor der er behov for en koordineret og integreret indsats (14) (2).</p> <p>Den palliative indsats varetages som udgangspunkt af onkologiske afdeling, hjemsygehus, hospice eller i kommunalt regi (2).</p>
Ordforklaring	<i>Rehabilitering:</i>

	<p>”Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse” (15)</p>
Anbefaling	<ul style="list-style-type: none"> • Alle patienter vurderes før og efter operation med henblik på tidlig postoperativ neurorehabilitering under indlæggelsen. Der foretages en behovsvurdering indenfor de fire områder: fysisk, psykisk, socialt og eksistentiel/åndelig (2) • Alle patienter vurderes tværfagligt i forbindelse med udskrivelse med henblik på behov for videre specialiseret ambulans rehabilitering og/eller udarbejdelse af specifikke genoptræningsplaner for videre forløb i kommunalt regi (2) • I efterforløbet bør ændringer i tilstanden udløse vurdering af behov for rehabiliterende eller palliativ indsats (2). Herunder hjælp til planlægning af den terminale fase (14) • Samtidig med tidligt indsættende neurorehabilitering eller palliativ indsats informeres, støttes og rådgives patient og pårørende også fremadrettet ud fra individuelle behov (2) • Alle patienter skal tilbydes rehabilitering, da talrige undersøgelser har dokumenteret effekt heraf (5)
Indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Antal patienter, hvor det er dokumenteret i patientjournalen, at der er foretaget vurdering før og efter operation med henblik på tidlig postoperativ neurorehabilitering
Referencer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dansk Neuro Onkologisk Gruppe (DNOG), Retningslinje for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne, 2012, www.dnog.dk 2. Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med Kræft- del af samlet forløbsprogram for kræft 2012, 21. December 2011. 3. Davies E, Hopkins A. Good practice in the management of adults with malignant cerebral glioma: clinical guidelines. Working Group, Royal College of Physicians. Br J Neurosurg 1997 Aug;11(4):318-330. 4. Eicher V, Murphy MP, Murphy TF, Malec JF. Progress assessed with the Mayo-Portland Adaptability Inventory in 604 participants in 4 types of post-inpatient rehabilitation brain injury programs. Arch Phys Med Rehabil 2012 ;93(1):100-107. 5. Formica V, Del Monte G, Giacchetti I, Genga I, Giaquinto S, Fini M, et al. Rehabilitation in neuro-oncology: a meta-analysis of published data and a mono-institutional experience. Integr Cancer Ther 2011 Jun;10(2):119-126. 6. Gehring K, Sitskoorn MM, Gundy CM, Sikkes SA, Klein M, Postma TJ, et al. Cognitive rehabilitation in patients with gliomas: a randomized, controlled trial. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology 2009;27(22):3712-3722. 7. Greenberg E, Treger I, Ring H. Rehabilitation outcomes in patients

	<p>with brain tumors and acute stroke: comparative study of inpatient rehabilitation. <i>Am J Phys Med Rehabil</i> 2006 Jul;85(7):568-573.</p> <p>8. Marciniak CM, Sliwa JA, Heinemann AW, Semik PE. Functional outcomes of persons with brain tumors after inpatient rehabilitation. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> 2001 Apr;82(4):457-463.</p> <p>9. Huang ME, Wartella JE, Kreutzer JS. Functional outcomes and quality of life in patients with brain tumors: a preliminary report. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> 2001 Nov;82(11):1540-1546.</p> <p>10. Huang ME, Cifu DX, Keyser-Marcus L. Functional outcomes in patients with brain tumor after inpatient rehabilitation: comparison with traumatic brain injury. <i>Am J Phys Med Rehabil</i> 2000 Jul-Aug;79(4):327-335.</p> <p>11. Huang ME, Cifu DX, Keyser-Marcus L. Functional outcome after brain tumor and acute stroke: a comparative analysis. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> 1998 Nov; 79(11):1386-1390</p> <p>12. O'Dell MW, Barr K, Spanier D, Warnick RE. Functional outcome of inpatient rehabilitation in persons with brain tumors. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> 1998 Dec;79(12):1530-1534.</p> <p>13. Mukand <u>JA</u>, <u>Blackinton DD</u>, <u>Crincoli MG</u>, <u>Lee JJ</u>, <u>Santos BB</u>. Incidence of neurologic deficits and rehabilitation of patients with brain tumors. <u>Am.J.Phys.Med.Rehabil.</u>, 2001, 80, 5, 346-350.</p> <p>14. Pakkeforløb for kræft i hjernen 2012, Sundhedsstyrelsen, 27. juni 2012.</p> <p>15. Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen, juni 2011</p>
<p>Søgestrategi</p>	<p>Søgeord: Neoplasms/psykology OR Brain Neoplasms/rehabilitation OR Brain, Neoplasms/therapy OR Infratentorial Neoplasms/nursing OR Infratentorial, Neoplasms/nursing OR Cerebral Ventricle, "Brain Neoplasms", "Hospital Discharge", "Patient Discharge", "Discharge", "Brain Tumor", "Nursing Intervention", "Nursing Interventions", "Treatment Outcome", "Patient Discharge Education"</p> <p>Søgeperiode: Ubegrænset og frem til 2012, foretaget 5/7-2012</p> <p>Databaser: PubMed/Medline, Cinahl, Cochrane, Embase, SveMed+, Bibliotek.dk</p> <p>Internetsider: www.sst.dk, www.google.com, www.dsr.dk/sygeplejersken, www.cancer.dk, www.dnks.dk</p>