

Sengeredning

Nadia Landex

Læger med tilstedeværelsesvagt har adgang til et vagtværelse med soveplads [1], hvilket af hygiejniske og æstetiske principper nødvendiggør jævnlig sengeredning.

Det er anerkendt på instruksniveau, at optimal sengeredning foregår i sengeredningscentralen, og at personalet skal have modtaget oplæring i funktionen, før senge og sengetøj håndteres. Oplæring og infektionshygiejniske retningslinjer skal sikre, at personalet har kendskab til afbrydelse af smitteveje og brug af værnemidler (sidstnævnte er ikke specificeret) [2].

På sygeplejestudiet indgår undervisning i sengeredning som en del af modul 11, der omhandler »Kompleks klinisk virksomhed« [3], men emnet behandles ikke på medicinstudiet. Mange læger har derimod gennem FADL-kurser stiftet bekendtskab med visse aspekter af hospitalsstandardiseret sengeredning (konvolutfoldning af lagen, brug af stiklagen mv.). Der er dog ikke sikkerhed for, at alle læger er bekendt med sengeredning.

Til trods for at hovedparten af sengeredninger på sygehusene foretages i en dertil indrettet sengeredningscentral, påhviler det ofte de vagthavende læger selv at rede seng på vagtværelset. Der er næppe håb om, at opredning af senge til vagthavende personale vil overgå til sengeredningscentralerne, blandt andet fordi det ikke er muligt på daglig basis at bringe et skønsomt udvalg af overskudssenge og skibsbrikke frem og tilbage mellem sengeredningscentralen og vagtværelserne, der undertiden befinder sig i snævre gange eller i bygninger uden forbindelse til institutionens hovedbygning(er). En oplagt mellemløsning ville være at lade uddannet personale forestå sengeredningen på vagtværelserne, men på trods af vagthavende lægers ønske herom, nedprioriteres dette kvalitetsmål ofte på ledelsesniveau.

I flere akkrediteringsrunder har man fuldstændig overset, at lægeligt personale på de danske sygehuse dagligt udfører en procedure, for hvilken der ikke foreligger instruks om udførelse, oplæring og kvalitetssikring. Det må betragtes som nødvendigt, at sengeredning løftes til akkrediteringsværdig standard inden næste eksterne survey, foruden at det naturligvis er i de vagtbærende lægers egen interesse at være i stand til at foretage proceduren så hurtigt og effektivt som muligt. En instruks i sengeredning for læger må nødvendigvis afvige fra de patientrettede instrukser,

eftersom de praktiske forhold sjældent giver de vagtbærende læger mulighed for at skifte dyner, puder og madrasser ved behov, ligesom der heller ikke altid findes hovedpudebeskyttere og madrasbetræk. Dertil kommer, at man i en generel instruks i sengeredning ikke kan tage højde for lokale forhold.

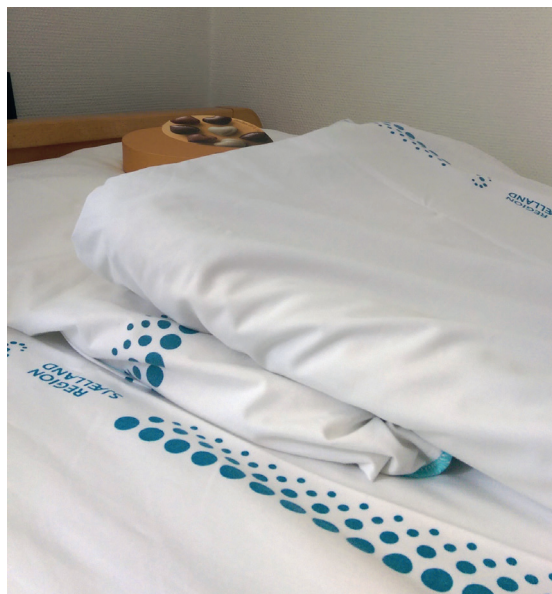
Med disse forbehold præsenteres her en klinisk instruks i sengeredning baseret på begrænset evidens, men rigelig empiri.

REMEDIER

Seng, dyne, hovedpude, sengelinned (lagen, dynebetræk, hovedpudebetræk, evt. madrasbetræk og hovedpudebeskytter), vasketøjssæk, håndsprit, hospitalssprit (70%), vand, sæbe og klude.

PROCEDURE

1. Lokale instrukser (mundtlige eller skriftlige) studeres, navnlig med henblik på om det er tilgængeligt eller afgående vagthavende læge, der skal udføre proceduren.
2. Arbejdsdragten skal være ren.
3. Såfremt det ikke allerede er gjort, afredes sengen: Lagen, hovedpudebetræk og dynebetræk aftages og placeres i en dertil indrettet vasketøjssæk eller vasketøjsskuffe. Efter håndtering af urent sengetøj udføres der håndhygiejne.



KLINISK PROCEDURE

Kardiologisk Afdeling,
Roskilde Sygehus

Ugeskr Læger
2004;176:V66632

Korrekt opredt seng (hovedende). Chokolade på hovedpuden er ikke en del af standardopredningen.



4. Hvis vagtværelset er indrettet med vindue anbefales det, at der luftes ud under sengeredning i henhold til gængse anbefalinger om udluftning 5-10 minutter tre gange dagligt [4].
5. Hvis madras, dyne eller hovedpude findes plettet/skjoldet eller gennemslidt, rekvireres erstatning (opgaven kan eventuelt videregives til en kollega, der har mulighed for at kontakte depot/linnedservice i dagtid).
6. Sengen afvaskes med vand og sæbe opblandet i henhold til den konkrete produktspecifikation eller aftørres med 70% hospitalssprit.
7. Visse madrasser kommer med fabriksanvisning om at skulle vendes månedligt af hensyn til ydeevne og garanti. Hvis en sådan anvisning findes, vendes madrassen på en fastsat dato, f.eks. den første i hver måned, hvilket må anføres med tydelig skiltning/årshjul på vagtværelset.
8. Madrassen aftørres (hvis den har aftørbart betræk) med 70% hospitalssprit, eller madrasbetræk skiftes (hvis den ikke har aftørbart betræk).
9. Såfremt madrassen ikke har aftørbart betræk, eller der ikke findes madrasbetræk, undlades punkt 8.
10. Hvis hovedpuden er beklædt med aftørbart betræk, skal det desinficeres med 70% hospitalssprit før pålægning af rent hovedpudebetræk.
11. Madras- og hovedpudebetræk skal være helt tørt, før rent linned pålægges.
12. Rent sengelinned fremfindes. Afhængigt af lokale forhold kan der være pakket sengelinned sætvis, eller det skal opsøges på lager eller på nærmeste eller egen sengeafdeling (egen sengeafdeling er ikke nødvendigvis nærmeste sengeafdeling). Hvis sengeredning udføres om morgenen af afgående læge, er der mulighed for at fremskaffe sengelinned på linneddepotet, hvis der ikke er sengelinned tilgængeligt på de dertil beregnede steder.
13. Før håndtering af rent sengetøj udføres håndhygiejne.
14. Under hele proceduren skal der være opmærksomhed på, at dyne og pude på intet tidspunkt må berøre gulvet.
15. Lagen pålægges. I det tilfælde at madrassen/topmadrassen er længere end sengebunden/madrassen anbefales det at lade fodenden hænge ud, snarere end hovedenden.
16. Hovedpudebetræk pålægges.
17. Puden placeres på sengen. Det anbefales at rede sengen således, at hovedenden kommer nærmest sengelampe (hvis en sådan findes), natbord og telefon.
18. Dynebetræk pålægges. Der er grundlæggende to

metoder hertil: Enten føres begge arme op gennem betrækket og griber indvendigt fra i de fjerneste hjørner af betrækket, hvorefter der gribes om to hjørner af dynen og betrækket »vendes« ned over dynen. Alternativt gribes om to af dynens hjørner, hvorefter dynen føres ind i betrækket (som når man f.eks. bruger en *pean* til at placere et pleuradræn). Der er ikke grund til at tage hensyn til æstetikken og sikre at evt. tryk/logo på sengetøjet vender udad.

19. Hvis der er diskrepans mellem længden af dyne og dynebetræk, anbefales det at lade enden af dynen stikke ud af betrækket.
20. Dynen placeres på sengen. Der er flere muligheder for sammenfoldning og placering af dyne. Det tilrådes at arrangere dynen på en sådan måde, at tilgående kollega ikke er i tvivl om, at sengen er ren.
21. Trin 16-20 kan foretages i anden rækkefølge end her anført, men pude og dyne skal ikke placeres på sengen, før der er pålagt lagen.
22. Hvis sengeredning foretages af tilgående læge, er sengen nu klar til brug.
23. Hvis sengeredning foretages af afgående læge, forlades vagtværelset og aflåses i henhold til lokale instrukser.

KORRESPONDANCE: Nadia Lander Landex, Kardiologisk Afdeling, Roskilde Sygehus, Køgevej 7-13, 4000 Roskilde. E-mail: nlal@regionsjælland.dk

ANTAGET: 11. september 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Yngre Lægers overenskomst med Danske Regioner. 2013, § 36.
2. <http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/files/dokument15922.htm> (20. jun 2014).
3. University College Sjælland: Kompetencekort for sygeplejestuderende – Modul 11. Implementeret på Region Sjællands sygehuse 2012.
4. <http://allergi.astma-allergi.dk/forebygghosboern/hvordanforebyggerdu/etgodtindeklima> (19. jun 2014).

Se video vedr. sengeredning på nedenstående QR kode

