

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Patienter har krav på åndelig omsorg

HVEM VAR DU,
FØR DU BLEV SYG?

SIDE 24

NYBAGTE MØDRE
FÅR OGSÅ EKSISTENS-
PROBLEMER

SIDE 27

DE SYV
EKSISTENTIELLE
GRUNDTRÆK

SIDE 31

KRAV OM
NÆRVÆR, MOD OG
KOMMUNIKATION

SIDE 32

NY PRAKSIS

Neonatal.

Fars rolle. Inddrag fædre mere i dagligdagen på afdelingen.

SIDE 14

PEER REVIEWED

Intervention.

Pilotprojekt. Angst og depression hos brystkræftopererede kan lindres.

SIDE 40

FAGLIGT AJOUR

Involvering.

Patienten skal kunne komme til orde og forstå og anvende viden om sin sygdom.

SIDE 60

PÅ SPIDSEN

Sygeplejeforskning.

Sygeplejersker, der forsker, bør i højere grad indgå i tværfaglige forskningsmiljøer.

SIDE 83

Redaktionspanel

Det eksterne redaktionspanel bistår redaktionen i den løbende udvikling af *Sygeplejersken Fag&Forskning*. Panelet er tværfagligt, og medlemmerne har deres professionelle virke i forsknings- og udviklingsmiljøer på sundhedsområdet. De deltager ulønnet og udpeges for to år ad gangen.



ERIK ELGAARD SØRENSEN

Professor i klinisk sygepleje og forskningsleder ved Klinisk Institut, Aalborg Universitet, og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, sygeplejerske, cand.cur. og ph.d. Har bidraget i opbygningen af et samarbejde med Aalborg Universitet i forbindelse med etablering af Aalborg Universitetshospital. Han har bl.a. været engageret i forskning med særlig vægt på sygeplejefaglig ledelse, operationssygepleje og sygeplejerskers forskningskapacitet.



HELLE SCHNOR

Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d., ansat som postdoc i Psykiatrisk Center Glostrup. Forsker i sundhedsfremme og fysisk aktivitet blandt og sammen med mennesker med psykiatriske sygdomme i samarbejde med UCSF og Metrop. Arbejder i praksis og forskning med at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem behandlings- og socialpsykiatrien og for at skabe samarbejde med idrætsforeninger. Er medlem af DASYS' bestyrelse og formand for DASYS' forskningsråd.



MARI HOLEN

Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d., lektor ved Center for Sundhedsfremmeforskning, Institut for Mennesker og Teknologi ved Roskilde Universitet. Forskningsinteressen gælder mødet mellem sundhedsvæsenet og patienten i bred forstand, især hvordan sygdomsidentitet og institutionsidentitet udspiller sig i det kliniske felt. Arbejder med kvalitativ metodologi og trækker på sociologisk teori. Forsker aktuelt i brugerinddragelse, ulighed i sundhed og i sammenhænge på tværs i fremtidens sygeplejerskeuddannelse.



KIRSTEN LOMBORG

Professor ved Aarhus Universitet, Institut for Klinisk Medicin, og seniorforsker ved Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC). Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d. i sundhedsvidenskab. Medlem af en række ekspertråd og videnskabelige udvalg, herunder formand for Novo Nordisk Fondens Komité for Sygeplejeforskning.

REDAKTION

Chefredaktør
MORTEN JAKOBSEN
mja@dsr.dk
Telefon: 4695 4110

Redaktionschef
JAKOB LUNDSTEEN
jlu@dsr.dk
Telefon: 4695 4180

Fagredaktør
JETTE BAGH
jb@dsr.dk
Telefon: 4695 4187

Redaktionssekretær
HENRIK BOESEN
hbo@dsr.dk
Telefon: 4695 4189

Redaktionssekretær
LOTTE HAVEMANN
lha@dsr.dk
Telefon: 4695 4179

Art Director
MATHIAS N JUSTESEN
mnj@dsr.dk
Telefon: 4695 4280

Journalist
CHRISTINA SOMMER
cso@dsr.dk
Telefon: 4695 4264

Journalist
ANNE WITTHØFFT
awi@dsr.dk
Telefon: 4695 4108

Journalist
KRISTINE JUL ANDERSEN
kja@dsr.dk
Telefon: 4695 4278

Journalist
DITTE-MARIE RUNGE
dmr@dsr.dk
Telefon: 4695 4112

Journalist
MARIA KLIT
mkl@dsr.dk
Telefon: 4695 4120

Distribueret oplag
1. januar – 30. juni 2016:
76.716 ekpl.
Medlem af Danske Medier

Tryk
ColorPrint

Annoncer
Dansk Mediaforysning
Elkjærvej 19, st.
8230 Åbyhøj
Telefon: 7022 4088
Fax: 7022 4077
info@dmfnet.dk

Manuskriptvejledning
www.dsr.dk/
manuskriptvejledning

Udgiver
Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 3315 1555
redaktionen@dsr.dk
www.sygeplejersken.dk
ISSN 2445-9461



Fag&Forskning udkommer fire gange om året som et tillæg til Sygeplejersken. Fag&Forskning sætter fokus på den nyeste forskning og udvikling inden for sygeplejen.

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendes i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

.....
Foto side 1 og 24: Bax Lindhardt / Byline-fotos side 24: Michael Drost-Hansen og Claus Bech / Fotos side 54 og 58: Michael Drost-Hansen / Fotos side 68, 70, 71, 73 og 74: Yanan Li / Illustration, foto og grafik side 27, 28, 29, 31, 35, 36, 42, 52, 60 og 67: iStock

OVERBLIK

Ny
Praksis

Ord på arbejdet styrker fagidentiteten

NEUROREHABILITERENDE SYGEPLEJE. En forståelsesramme hjælper sygeplejersker til at forstå, tilrettelægge og prioritere sygeplejefaglige initiativer til fremme af patientens funktionsevne. Samtidig sætter den ord og begreber på arbejdet og styrker dermed sygeple-

jerskernes fagidentitet og mulighed for at spille en mere central rolle i teamarbejdet omkring den enkelte patient.

LÆS SIDE **10**

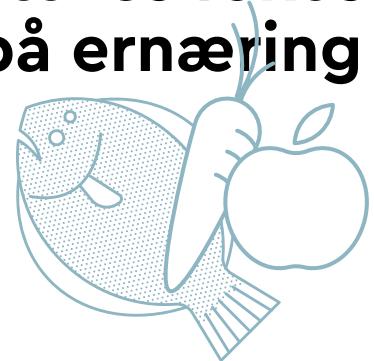


Far er lige så vigtig som mor

NEONATAL. På baggrund af feltstudier og efter en række interview og fokusgrupper med fædre, mødre og personale blev den fadervenlige neonatalafdeling født på Kolding Sygehus. Tidligere tog afdelingen ikke altid hensyn til, om far var der, når barnet skulle have sit første bad eller ud af CPAP, og far lå ikke hud mod hud med barnet, hvis mor stadig var på fødestuen.

LÆS SIDE **14**

Fælles fokus på ernæring



ERNÆRING. En fokuseret ernæringsindsats med en individuel kostplan og en vejledende samtale med en diætist på hospitalet samt tre opfølgende besøg i hjemmet førte til en signifikant forøgelse af vægten hos gamle.

LÆS SIDE **18**



Åndelig omsorg handler for den enkelte sygeplejerske om at kunne sanse, hvad der er på spil for patienten. Derfor er det godt at være god til at kommunikere om eksistencielle problemstillinger.

Foto BAX LINDHARDT

Hvem var du, før du blev syg?

Når først en evt. forskrækkelse over diagnose eller skade har lagt sig, har mange patienter udover fysisk pleje og behandling også behov for åndelig omsorg. Forskning viser, at især livstruende og kroniske sygdomme ofte medfører eksistentielle og/eller religiøse overvejelser hos mange patienter. F.eks. kan patienten have brug for at lufte sin frygt eller vrede over at være blevet syg, mens andre kan have behov for hjælp til at sætte ord på og indrette deres nye liv som f.eks. kronisk syg. Men selv en mere positiv transition som det at blive mor kan også skabe grobund for eksistentielle overvejelser og bekymringer, som sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle ifølge flere retningslinjer har pligt til at drage omsorg for. Det gavner det konkrete behandlingsforløb og

hjælper patienterne til bedre sygdomsmestring. Mens nogle sundhedsprofessionelle finder opgaven naturlig, viser flere undersøgelser dog, at mange har svært ved at håndtere patienternes eksistentielle problemstillinger, bl.a. pga. usikkerhed og manglende tid, kompetencer og redskaber. Dansk forsker anerkender, at åndelig omsorg kræver mod og nærvær. Ifølge hende handler åndelig omsorg om at sanse, hvad der er på spil for den enkelte patient. Hun påpeger, der ikke findes mange evidensbaserede redskaber på området, men mener, at der er meget at hente i at være god til at kommunikere, f.eks. med inspiration fra spørgeguiden Eksistentiel Kommunikation i sundhedsvæsenet.

LÆS SIDE

24

ERNÆRINGS- SCREENING.

Hvis der skal implementeres et screeningsinstrument vedr. ernæring i primærsektor, er der reelt kun meget få instrumenter, der kan indgå i overvejelserne.

FOREBYGGELSE.

En SMS fra en konsultationssygeplejerske eller anden sundhedsperson, som borgeren har mødt personligt og skal møde igen, øger formentlig motivationen og fremmer dermed sundheden.

LÆS SIDE 38

Rådgivning hjælper mod angst og depression

Kvinder, som behandles for brystkræft, reagerer forskelligt, og nogle oplever sig voldsomt psykologisk belastede og bliver angste og deprimerede. Det er denne sidste gruppe, forskere identificerede og tilrettelagde en intervention for. Den bestod af screeninger med patientrapporterede resultater og af individuel sygeplejerskenavigation. Navigationen bestod bl.a. af rådgivning vedr. symptomer og støtte til at håndtere disse. Navigationen foregik personligt eller telefonisk.

Pilotundersøgelsen omfattede en interventionsgruppe, en kontrolgruppe og en observationsgruppe. Alle grupper udfyldte et spørgeskema ved baseline og efter seks og 12 måneder. Hos de 50 deltagere i interventionsgruppen var der signifikant effekt 12 måneder efter diagnosticering. På baggrund af resultaterne er hensigten at udvikle rehabiliteringstilbuddene til de mest sårbare patienter.

LÆS SIDE

40

Fagligt Ajour

Ekstrakt

Miljøet kan understøtte trivsel og sundhed

Mange af os har set plejehjem med grå vægge, reproduktioner af Van Gogh og mødt den ubestemmelige lugt af urin og frikadeller.

Sådan behøver det ikke være. En svensk sygeplejerske og forsker giver gode bud på, hvordan miljøet kan understøtte trivsel, sundhed, sikkerhed og aktivitet, og ikke mindst hilse besøgende velkommen. Nogle vil indvende, at de fine idéer ikke kan praktiseres uden en større donation eller fondsstøtte, men hvis det fører til, at vi slet ikke taler om muligheder, men kun om begrænsninger, er vi ikke på de gamles side. Når man sætter sine ungers børnehave i stand på en weekend, kan man vel også inddrage pårørende til plejehjemsbeboere i lidt malearbejde eller anlæggelse af en køkkenhave.

LÆS SIDE

68

Anbefalinger til dialog med patienterne

Health literacy eller sundhedskompetence er blevet et område, sygeplejestuderende skal lære at kende under deres uddannelse. Men hvad med sygeplejersker? Her er en gennemgang af begrebet og den sammenhæng, det har med patientinvolvering.

Sygeplejersker kommunikerer ofte med et meget specifikt mål for øje. De skal klæde patienterne på til at gennemgå en undersøgelse, en operation eller et rehabiliteringsforløb, og derfor afleverer de deres budskab uden at sikre sig, at patienten forstår, hvad de har sagt, hvad enten patienten ved det meste i forvejen, er ordblind eller så bange, at han har lyst til at gå hjem.

Artiklen indeholder fem anbefalinger til en dialog, der involverer patienten.

LÆS SIDE

76

Uddannelse nedbringer antallet af bæltefikseringer

Antallet af bæltefikseringer i psykiatrien skal ned, det er der ikke uenighed om. Men hvilke midler er virksomme, hvis målet skal nås? Det kommer der to bud på her.

En kognitiv uddannelse til alt plejepersonale, også aften- og nattevagter, og indførelse af et interventionsteam, der kan tilkaldes i opkørte situationer eller situationer, hvor personalet ønsker en second opinion. Indsatserne har medført et statistisk signifikant fald i antal bæltefikseringer, og datadrevet ledelse er da også en del af konceptet mhp. at nedbringe antallet af bæltefikseringer.

Begge indsatser er evalueret via interview, spørgeskemaer, audit og data på bæltefikseringer, fastholdelser og akut beroligende medicin. Det er dog de to indsatser og ikke evalueringerne, der er i fokus her.

LÆS SIDE

54

Øg den psykiske omsorg for patienten

Psykisk omsorg skal være rettet mod individuelle behov. Derfor skal sygeplejersken besidde store kommunikative og empatiske evner og have forståelse for krisetilstande og mestringsstrategier.

Alle parter har gavn af udskrivnings-sygeplejerske

Patienterne og pårørende oplever større grad af tryghed, og sygeplejerskerne oplever styrkede kompetencer og faglighed, prioritering af opgaven, mindre tidsforbrug samt mulighed for hjælp og supervision, når der ansættes en udskrivnings-sygeplejerske.

LÆS SIDE

82

Husk at spørge, hvad patienten finder vigtigst

Vi er solidariske med patienterne og derfor helt enige med dem om, hvad der er vigtigt i et patientforløb, tænker vi måske. En spørgeskemaundersøgelse med 109 patienter og 158 professionelle viste noget lidt andet. Der var enighed i vurderingerne et stykke hen ad ve-

jen, men også forskelle på nogle væsentlige punkter. F.eks. det relationelle, som var det vigtigste for patienterne, ligesom de lagde stor vægt på, at journalen er forståelig. Såvel det relationelle som journalens forståelighed blev prioriteret anderledes af de profes-

nelle. Undersøgelsen skal hjælpe personalet til at huske at spørge patienten, hvad der er væsentligt for ham eller hende – og omsætte svaret i pleje og behandling.

LÆS SIDE

60

Måske er det her, skoen trykker; vi opfatter ikke os selv som ligeværdige med f.eks. læger, som forsker?

LÆS SIDE ... 83

Hvad har sygepleje og cykelløb til fælles?

Opfølgende sygepleje.

Patienter er ikke ens. De har forskellige muligheder for støtte fra familie og venner og forskellig tykkelse på det beskyttelses-panser, der gør overlevelse mulig. Sygeplejersker må derfor identificere de særligt sårbare og tilbyde dem speciel støtte.



Tekst **JETTE BAGH**,
cand.cur., fagredaktør

”Vi trenger flere følgebiler,” sagde Professor Marit Kirkevold under sit oplæg

”Ivaretagelse av velvære og omsorg under nye og utfordrende betingelser – er det mulig?”

Anledningen var det 10. sygeplejesymposium afholdt af Aalborg Universitetshospital i maj i år. Sætningen blev siddende hos mig, fordi den isoleret set er absurd – og sjov.

Men hvad betyder følgebil i dette tilfælde? Det er en sygeplejerske i en ny rolle/med andre beføjelser end dem, sygeplejersker tidligere har haft.

Udgangspunktet var en patient med en sundhedsfaglig uddannelse, som i en ung alder fik en blodprop i hjernen. Hun blev indlagt, kom sig efter den akutte fase, gennemgik et længerevarende rehabiliteringsprogram og blev sendt hjem. Med reference til den cykelsport, patienten havde dyrket i mange år, udtalte hun

behovet for flere følgebiler. En følgebil bliver ved et cykelløb kørt af sportsdirektøren, som har nogle særlige kompetencer. Direktøren har overblik over løbet, kommunikerer med cykelrytteren, hjælper med praktiske ting ved behov og yder støtte, hvis rytteren er nedbrudt efter en dårlig dag. Desuden skal direktøren kunne accelerere, dvs. handle hurtigt og samtidig have kontrol over den samlede indsats.

Selv var patienten heldig og blev med intervaller fulgt i en lang periode, hvilket havde stor betydning for hendes rehabilitering.

Det kan måske ikke ses på et menneske, at det har været ramt af svær sygdom, og at det kun langsomt går fremad. Omverdenen registrerer ikke nødvendigvis de finere detaljer i en rehabiliteringsfase, men konstaterer, at personen kan stå, gå og tale forståeligt. Det fører til opmuntrende bemærkninger og tilskyndelser, men personen selv bliver deprimeret over ikke at kunne genfinde det menneske, hun var engang. Det er her, følgebilen kommer ind.

Erstat følgebil med sygeplejerske, og vi har sygeplejerske-navigation, som det kaldes i artiklen på side 40.

Flere og flere patienter lever med kræftsygdom, hjerteinsufficiens, følger efter neurologisk sygdom eller andre belastende tilstande. Mange af dem har fin støtte i familien og i vennekredsen, men nogle mennesker er af forskellige årsager meget sårbare, og det er dem, sygeplejersker skal koncentrere sig om at støtte. Patienter har ikke samme behov og skal derfor ikke have de samme tilbud. Vi må derimod finde ud af at identificere dem med særlige behov, f.eks. ved at anvende belastningstermometret eller andre fintmærkende metoder.

Nogle vil indvende, at man ikke kan gøre forskel på patienter, eller at sundhedssektoren ikke har ressourcer til opfølgende virksomhed, men psykologisk belastning og depression kan mindskes ved at differentiere indsatsen, og det tæller.

Et sårbart menneske har brug for et helle; et fristed, hvor personen kan tale med en professionel uden at tage hensyn til familien, der både kan være bange for at miste og være udtrættet efter et langt sygdomsforløb. Den professionelle kan støtte og finde vej i systemet, om vi kalder hende følgebil eller navigator. ©

MEDLEMSTILBUD



FORBRUGSFORENINGEN

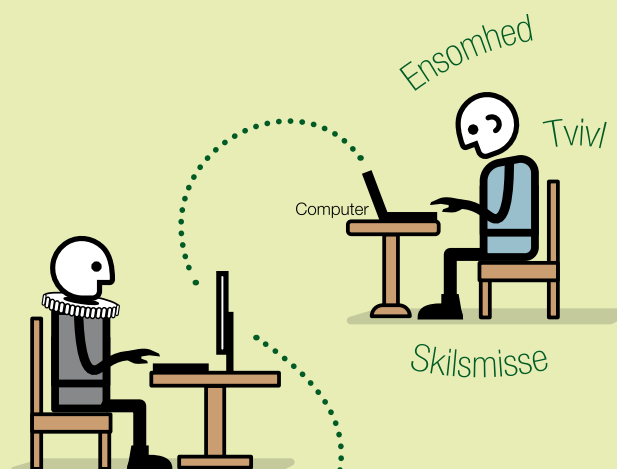
Klar til efteråret??

Forny garderoben med rabat

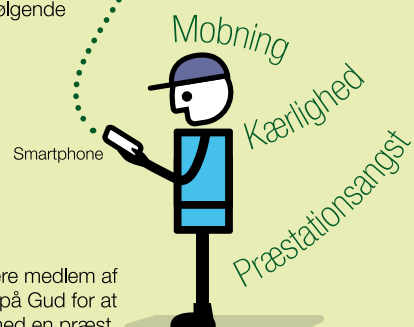
www.dsr.dk/rabatter

SÅDAN BRUGER DU SJÆLESORG.NU

Sjælesorg.nu er folkekirkens tilbud om en fortrolig samtale eller chat med en præst på nettet. Sjælesorg er omsorg for sjælen.



Præsten har tavshedspligt. Det betyder, at samtalen bliver mellem jer og efterfølgende bliver slettet.



Du behøver ikke være medlem af folkekirken eller tro på Gud for at tale med en præst.



www.sjælesorg.nu

EmotionSpace

- en støtte til kvinder med brystkræft med spredning



EmotionSpace er en App, der kan give kvinder med brystkræft med spredning støtte til at håndtere deres følelser. EmotionSpace er udviklet i samarbejde med kvinder med brystkræft.



App'en giver brugeren mulighed for at udtrykke følelser og dele dem med lige præcis dem, de ønsker støtte fra.



EmotionSpace er enkel og intuitiv at bruge. I menuen findes en række følelsesmæssige valgmuligheder.



Nogle få spørgsmål i App'en hjælper med bedre at forstå ens følelser og hvad der eventuelt skal til for at få det bedre.



App'en kan lave en "følelseskurve" – en visuel dagbog, som man kan dele med dem, man ønsker – også ens behandlerteam.



Se mere på www.EmotionSpace.dk



Pfizer • Lautrupvang 8 • 2750 Ballerup • Tlf. 44 20 11 00 • www.pfizer.com

Forståelses- ramme sætter ord på syge- plejerskens rolle



Forskningsansvarlig sygeplejerske og lektor på Klinisk Institut, ph.d., Lena Aadal: "Sygeplejersken skal både kunne arbejde behandle og lære med den hjerneskadedes basale behov, tilrettelægge aktiviteter, der er relevante i rehabiliteringen, og hjælpe den hjerneskadede med at erkende virkeligheden samtidig med, at der gives håb, støtte og trøst til både patient og pårørende."

Neurorehabiliterende sygepleje kræver **godt samspil med patienten med hjerneskade**, som ofte også har svære medicinske sygdomme.

Tekst **KURT BALLE JENSEN** · Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

⦿ Hvad er neurorehabiliterende sygepleje? Hvordan adskiller den sig fra andre former for sygepleje? Og hvordan sikrer man, at den basale sygepleje altid prioriteres som grundlag for, at rehabilitering overhovedet kan lykkes?

På Hammel Neurocenter er der udarbejdet en forståelsesramme (se faktaboks med webhenvisning), der er tænkt som et redskab for sygeplejerskerne i hverdagen. Et redskab, der kan understøtte og nuancere sygeplejefaglige initiativer for at fremme funktionsevnen hos personen med hjerneskade. Og et redskab, der sprogliggør og styrker det sygeplejefaglige bidrag til det tværfaglige teams dialog omkring den enkelte patient.

Meget bred spændvidde

Men hvad er baggrunden, og hvordan kan projektet med at udarbejde en forståelsesramme medvirke til bedre indsigt i sygeplejens kerneområde både mono- og tværfagligt blandt de i alt ca. 635 medarbejdere?

De ansatte på Hammel Neurocenter oplever udfordrende forløb: Hjerneskade

erhvervet ved blodprop i hjernen. Ulykker eller sygdom, der har påvirket centralnervesystemet. De ser børn, unge og voksne, hvor livet fra sekund til sekund er ændret måske for altid. De ser sorg, håb og forventning i både patienters og pårørendes øjne: Bliver min mand sig selv igen? Får vores datter et godt liv på trods af ...?

"Vi skal som sygeplejersker her på stedet kunne yde en indsats i et meget bredt spekter," siger forskningsansvarlig sygeplejerske, ph.d., Lena Aadal.

"Hos nogle patienter handler det om overlevelse og om at undgå komplikationer. Hos andre skal vi hjælpe patienten til at erkende ændrede livsbetingelser og måske finde kompenserede strategier for varig nedsat funktionsevne, selv om vi kan komme langt i rehabiliteringen. Spændvidden er således meget bred, men grundlæggende gælder det, at neurorehabiliterende sygepleje altid sigter mod læring og forandring.

Fælles begreb skal understøtte faglige drøftelser

Flere internationale forskningsprojekter har peget på, at der ikke har været et

”sprog” for, hvad neurorehabiliterende sygepleje egentlig går ud på. Derfor har det været vigtigt at få skabt en forståelsesramme, hvor et fælles begrebsbrug kan understøtte faglige drøftelser og en stærk sygeplejefaglig identitet, mener Lena Aadal, som uddyber:

”Forståelsesrammen hviler på international og dansk forskning. Marit Kirkevolds arbejde har haft stor betydning i rehabiliteringsfeltet, og hendes beskrivelser af sygeplejerskens roller har også inspireret os i en forskergruppe på fem, tilknyttet Aarhus Universitet. Forskergruppens afsæt var et review over tidligere forskning, der beskrev sygeplejerskens roller i rehabiliteringsforløbet efter apopleksi. I det efterfølgende studie blev der gennemført interviews med erfarne sygeplejersker ansat på tre forskellige institutioner. Hovedspørgsmålet var: Hvilke roller og funktioner har I i rehabiliteringen af patienter med apopleksi?”

Behovet for rammen bekræftet

”Resultatet var med til at bekræfte, at behovet for en forståelsesramme er der. Fraværet af en sikker monofaglig identitet har medvirket til, at sygeplejegruppen i nogle situationer træder et skridt tilbage i teamarbejdet, fordi der ikke har været en fælles forståelse af, hvad neurorehabiliterende sygepleje går ud på,” forklarer Lena Aadal.

Herefter var man klar til at tage det store og afgørende skridt: For to år siden blev der nedsat en primær arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra ledelse, udvikling, forskning og specialeansvarlige sygeplejersker.

Arbejdsgruppen har fundet inspiration i professor Marit Kirkevolds beskrivelse af den neurorehabiliterende sygeplejerskes rolle, men i høj grad også fra den internationale forskergruppe omkring professor Alison Kitson. Denne gruppe redefinerer sygeplejen målrettet patientens basale behov, der ofte påvirkes kraftigt af en hjerneskade.

Det har alt sammen et lærende aspekt

”Vort mål var at skabe den forståelsesramme, der sikrer, at den neuroreha-

biliterende sygepleje kan udføres i tæt samspil med patienten, de pårørende og de øvrige fagpersoner omkring patienten. Ved at vi får ord på sygeplejerskens rolle i det tværfaglige teamarbejde, kan der bydes mere markant ind, og sygeplejersken kan f.eks. sige: Lige nu er det vigtigt, at patienten hviler, får sondeernæring, eller at jeg arbejder videre med relationen. Så må fysioterapien vente den halve time,” forklarer Lena Aadal.

Og netop opbygning af relation til patienten spiller en vigtig rolle i forståelsesrammen, da målet med rehabilitering er et for patienten værdigt liv. Lene Aadal:

”Samspillet med patienten er omdrejningspunkt i den rehabiliterende sygepleje, og der skal derfor opbygges en stærk relation byggende på viden, tillid, opmærksomhed, forudseenhed og vurdering. Alt, hvad der sker i sygeplejen, har et lærende aspekt som en del af rehabiliteringen: Hvordan tilrettelægges plejesituationen, så patienten bedst muligt selv kan hjælpe med ved tandbørstningen og ved spisningen for at opnå progression i dag i forhold til i går? Dermed skal der arbejdes systematisk med hverdagsaktiviteter, der opfylder patientens behov på en måde, der hele tiden er lærende som en del af rehabiliteringsprocessen.”

De pårørende er også omfattet

Med en stærk relation opnår sygeplejersken kendskab til patientens liv og værdier før skaden, og der kan i samarbejde med patient og pårørende lægges en plan for, hvad der skal stiles imod. Sygeplejersken tager klinisk lederskab for at sikre den individuelle neurorehabiliterende sygepleje, der skal spille sammen med de øvrige fagpersoners indsats for den pågældende patient, forklarer Lene Aadal og gør opmærksom på, at forståelsesrammen også omfatter de pårørende:

”Den er vigtigt, for i hele dette forløb er det afgørende at have de pårørende med. De formidler viden om og støtter patienten. Samtidig er de dybt afhængige af os, for de er i den grad lidende og har også brug for vores omsorg.”

Fakta om Forståelsesrammen

- Forståelsesrammen skal hjælpe sygeplejersker til at forstå, tilrettelægge og prioritere sygeplejefaglige initiativer til fremme af patientens funktions-evne.
- Forståelsesrammen sætter ord og begreber på arbejdet og styrker dermed sygeplejerskernes fagidentitet og mulighed for at spille en mere central rolle i teamarbejdet omkring den enkelte patient.
- Forståelsesrammen er udarbejdet i samarbejde mellem specialeansvarlige sygeplejersker, afdelingssygeplejersker, kliniske sygeplejespecialister, forskningsansvarlig sygeplejerske samt ledende oversygeplejerske.
- Forståelsesrammen findes her: <https://e-dok.rm.dk> > skriv "Forståelsesramme" i søgefeltet > "RHN – forståelsesramme for Neurorehabiliterende sygepleje"

Hammel Neurocenter

Neurocentret ligger med sine store rødstensbygninger i den østjyske by Hammel. En gang var det Hammel Sygehus, men fra 1970 blev det efterbehandlingshospital med speciale i genoptræning. I dag er det et højtspecialiseret neurorehabiliteringshospital med 111 senge og status af universitetsklinik tilknyttet Aarhus Universitet. Ud over genoptræning af patienter med moderat eller svær hjerneskade fra Region Midtjylland modtager centeret også patienter med svær erhvervet hjerneskade fra hele Vestdanmark.

Teoretisk baggrundsmateriale

Kitson A, Conroy T, Kuluski K et al. Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care. Nursing's response to meeting patients' basic human needs. Adelaide, School of Nursing; 2013.

Kirkevold M. Sygeplejerskens roller og funktioner i rehabiliteringsprocessen. Rehabiliterende sygepleje I, kap. 8. Fra begreb til klinisk praksis. Kbh.: Munksgaard; 2014:131-59.

Med hjerne, hjerte og vilje – Fremtidens sygepleje på Hospitalsenhed Midt 2017 – 2019. Strategi og vision for Sygepleje. Tilgængelig på <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/siteassets/om-os/virksomhedsgrundlag/vision-og-strategi-for-sygepleje-pa-hem-2017-2019.pdf>

For sygeplejerske Lærke Wahlgreen er forståelsesrammen et redskab, der sikrer, at hun kan arbejde mere bevidst med alle aspekter i den neurorehabiliterende sygepleje. Her er hun sammen med lille Marco i børneafdelingen på Hammel Neurocenter. Marcos mor beskriver ham som en lille fighter, både når han spiller æggespil med Lærke, og når han skal rehabiliteres.



Det går bedre med spisningen. Men barnets mor har det altså rigtig skidt ...

Forståelsesrammen giver sygeplejerskerne de ord og den støtte, der kan få de **sygeplejefaglige kompetencer mere i centrum** i teamarbejdet omkring den enkelte patient.

Tekst KURT BALLE JENSEN · Foto MIKKEL BERG PEDERSEN



”Jeg synes, vi skal intensivere spisetræningen,” siger sygeplejerske Lærke Wahlgren.

Der er teammøde på Børne- og Ungeafsnittet på Hammel Neurocenter. En patient skal drøftes, og alle omkring netop denne patient er til stede; kolleger fra forskellige faggrupper .

På bordet foran Lærke ligger et stykke papir med en figur og forskellige nøgleord. Lærke skæver af og til ned til det, mens hun snakker.

”Og så skal vi tage endnu bedre hånd om moren. Hun har det altså rigtig skidt,” siger sygeplejersken.

Læge, fysio- og ergoterapeut lytter og kommenterer det, hun siger. Sygeplejersken kommer frem med observationer og fortæller om interventioner. Hun sætter det i relief til rehabiliteringsplanen og strategien.

På papiret foran hende står der ”Forståelsesramme for neurorehabiliterende sygepleje.” Og denne ramme hjælper Lærke Wahlgren til at få ord på det, hun som sygeplejerske har at byde ind med i drøftelsen af patientens tilstand og rehabilitering.

Forståelsesrammen er en støtte

”Jeg kan støtte mig til forståelsesrammen. Den sikrer, at jeg kommer rundt om patienten og får sagt det, jeg gerne vil,” siger Lærke Wahlgren. Hun har lige fortalt os om den typiske situation fra et teammøde, for vi vil høre, hvordan hun kan bruge den forståelsesramme, der nu er ved at blive implementeret på Hammel Neurocenter.

Lærke Wahlgren har været på neurocentret i otte år, alle årene på børneafdelingen. For hende er det vigtigt at kunne gå i dybden, så hun kan påvirke og være en vigtig del af teamet. Her er forståelsesrammen et stykke værktøj, som også bruges i sygeplejerskernes jævnlige patientgennemgang.

”Så har vi forståelsesrammens figur projekteret op på væggen, så vi kan bruge den til at gå frem efter. Her har vi hver især ansvar for en patient og sætter vedkommende ”ind i figuren”. Ud fra

det fortæller vi om de forskellige fysiske udfordringer, den følelsesmæssige tilstand, døgnrytme osv. I en travl hverdag kan der være fare for, at gennemgangen bliver overfladisk, men det forhindrer forståelsesrammen. Faktisk kan den også bruges i forbindelse med de pårørende,” siger Lærke Wahlgren.

Hun er af afdelingssygeplejerske Beth Selmer blevet udnævnt til at være den ene af to nøglepersoner, og udover fællesundervisning i forståelsesrammen har hun fået timer til yderligere selvstudium. Hun er dermed klædt på til sammen med den specialeansvarlige sygeplejerske Mette Jul at inspirere kollegerne til at bruge forståelsesrammen i hverdagen.

”Når jeg deltager i teammødet, ved jeg, at jeg har min faglighed og mine kolleger bag mig i det, jeg siger, fordi vi har brugt forståelsesrammen i patientgennemgangen. Jeg er dermed mere sikker og kan byde ind med min faglige vurdering. Jeg står stærkere i kraft af forståelsesrammen,” siger Lærke Wahlgren.

Og det er netop formålet: At give en fælles ramme for den neurorehabiliterende sygepleje, der kan komme patienter og pårørende til gode, fordi sygeplejerskerne med deres kompetencer får en mere tydelig rolle i teamet og dermed i arbejdet omkring den enkelte patient.

Funktioner rækker ud over sygeplejen

Lone Jensen er afdelingssygeplejerske på neurocentrets Klinik for Tidlig Neurorehabilitering, og hun har været en del af den primære arbejdsgruppe. For hende er det vigtigt, at implementering af forståelsesrammen gør det nemmere for sygeplejerskerne at tage de rigtige roller i teamarbejdet:

”I teamet lægger vi en fælles strategi for patienten. Vi bliver enige om, hvordan vi skal arbejde, men der er så mange forskellige pædagogiske roller i dette arbejde. Det kan være forskelligt fra patient til patient, hvem der spiller hvilken rolle. Patienten vælger jo også, hvem han eller hun har den bedste relation til,” siger Lone Jensen.

Dermed behøver forståelsesrammen ikke være forbeholdt sygeplejerskerne. I rammens afsnit om roller og funktioner tales der om fire funktioner: Den *bevarende* skal beskytte fysiske funktioner og forebygge komplikationer. Den *fortolkende* skal hjælpe patienten til at forstå sin tilstand og kroppens signaler. Den *trøstende* skal støtte patienter og pårørende i håb, sorg og tab. Og den *integrerende* funktion skal hjælpe patienten til at integrere tilstanden og dens konsekvenser i hverdagslivet, genvinde funktion eller udforme et værdigt liv på ændrede vilkår.

Dynamisk ramme skal videreudvikles

”Vi har tidligere oplevet det som svært at oversætte for nye kolleger, hvad neurorehabiliterende sygepleje betyder og indebærer. Man er til stede på en helt anden måde end ved andre former for sygepleje, men vi har ikke rigtig haft ordene for det. Det får vi nu,” siger Lone Jensen.

Først er alle afdelingssygeplejersker og specialeansvarlige blevet undervist, og siden kom turen til det øvrige sygeplejepersonale. For at sikre implementeringen er der desuden udnævnt nøglepersoner, som skal bringe forståelsesrammen ud i alle dele af organisationen. I løbet af 2019 stiles der mod, at alt sygeplejefagligt personale på neurocentret anvender forståelsesrammen for neurorehabiliterende sygepleje til at analysere, prioritere og udøve klinisk sygepleje samt klinisk lederskab.

”Det er en proces, der er sat i gang. Vi har mange diskussioner bag os, og der vil fremover være diskussioner, for forståelsesrammen er dynamisk og skal videreudvikles. Vi skal være gode til at italesætte det, der er vores opgave i de mere bløde processer i rehabiliteringen, og udfordringen er selvfølgelig at gøre dette til en proces, der fortsætter. Ledelsen har været sparringspartner og dybt involveret i udviklingen af denne forståelsesramme. Jeg tror, alle hele vejen gennem organisationen brænder for det her,” siger Lone Jensen. ●

Fars rolle er blevet vigtig



”Det er bedre, at far er lidt stresset og får en god far-barn-relation, end han tilbringer mindre tid med sit barn, synes sygeplejerske, og kvalitetskoordinator, ph.d., Betty Nørgaard, Kolding Sygehus

Når fædre bliver inddraget i dagligdagen på neonatalafdelingen, **deltager de mere i børnepasningen**. Men deres stressniveau stiger, viser data i en ph.d.-afhandling

Tekst **LAURA ELISABETH LIND** · Foto **CLAUS FISKER**

Overflytning fra kuvøse til vugge, barnets første bad og vigtige samtaler med overlægen. Det er blot nogle af de områder, hvor sygeplejerskerne på neonatalafdelingen på Kolding Sygehus nu sørger for, at far også er medinddraget og involveret. For selvom en ny ph.d.-afhandling har vist, at fædre faktisk bliver lidt mere stressede af den fadervenlige afdeling, så har sygehuset alligevel valgt at ændre på forholdene, sådan at afdelingen i dag er mere fadervenlig.

Det fortæller sygeplejerske og kvalitetskoordinator ved Børneafdelingen på Kolding Sygehus, Betty Nørgaard, som også er forsker fra SDU og står bag ph.d.-

afhandlingen ”Den fadervenlige neonatalafdeling – hvilken betydning har den?”

”Vi var overraskede over, at fædre var mere stressede. Men vi så også, at dem, der var del af den fadervenlige afdeling, de havde meget mere hud mod hud-kontakt med deres børn og var mere med til at give sonde og flaske. Og det, at vi sygeplejersker beder dem om at være mere involveret i deres børn, og at vi har en række forventninger til dem, kan godt betyde, at de bliver mere stressede.”

OK at være kortvarigt stresset

Hun forklarer, at fædre dog havde et stressniveau i den lave ende af skalaen. Og det kan faktisk være o.k. at være lidt

stresset i en kortere periode, for det er med til, at kroppen bliver gearret til at klare den belastning, det er at få et for tidligt født barn.

“Det er bedre, at far er lidt stresset og får en god far-barn-relation, end han tilbringer mindre tid med sit barn. Forskningsstudier viser, at hvis far er involveret i barnet specielt i det første år, så er det forebyggende i forhold til skilsmisser. Og kommer der en skilsmisse alligevel, så fastholdes far-barn-kontakten bedre efter efter skilsmissen. Man ved også, at relationen har positiv indflydelse på barnets vægt samt på den intellektuelle og sociale udvikling,” forklarer Betty Nørgaard.

Nyt mindsæt i afdelingen

Det var egentlig de mange sygeplejestuderende, der fik Betty Nørgaard til at vende forskerblikket mod fædrene. For når de studerende skrev bacheloropgave fra afdelingen, var det med fokus på mor og barn. Det fik hende til at kigge på forskningen, og her kunne hun se, at forskning om fædre på neonatalafdelinger nærmest glimrede ved sit fravær.

“Der er så meget fokus på familien generelt i samfundet – bl.a. på fædrenes barselsorlov. Hele familiestrukturen ændrer sig. Men tager vi højde for det på sygehuset? Det var jeg nødt til at blive klogere på.”

På baggrund af feltstudier og efter en række interview og fokusgrupper med fædre, mødre og personale blev den fadervenlige afdeling født. I dag har Betty Nørgaard svært ved at forestille sig en afdeling uden det fokus. Tidligere tog afdelingen ikke altid hensyn til, om far var der, når barnet skulle have sit første bad eller ud af CPAP, og far lå ikke hud mod hud med barnet, hvis mor stadig var på fødestuen.

Mindre stress, hurtigere amning

“Hvis far bliver mere involveret og støtter mor, mens hun er indlagt, kunne man også formode, at mor bliver mindre stresset. Og så kan hun få hurtigere gang i amningen, når barnet kommer i den alder, hvor det kan ammes.”

Betty Nørgaard har da også samlet data på både mødre og personalets erfaring, fysiologiske data på børnene samt personaledata fra andre neonatalafdelinger. Det er ikke analyseret endnu. Men hun er ikke i tvivl om, at sygeplejerskerne tænker anderledes i dag.

“Vi har fået et helt nyt mindsæt i afdelingen. Far er nu lige så vigtig som mor.”

Referencer

1. Sarkadi A et al. *Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Acta paediatrica. 2008;153-8.* 2. Ottosen MH. *The long-term impacts of early paternal involvement in childcare in Denmark: what happens after nuclear family dissolution. In: Fatherhood in the Nordic Welfare States Comparing care policies and practice. Eydal GB & Rostgaard T (Editors). 2015:251-74.* 3. Noergaard B, et al. *Fathers' Stress in a Neonatal Intensive Care Unit. Advances in Neonatal Care: May 09, 2018 – Volume Publish Ahead of Print – Issue – p doi: 10.1097/ANC.0000000000000503* 4. Noergaard B et al. *Fathers' Needs and Masculinity Dilemmas in a Neonatal Intensive Care Unit in Denmark. Advances in Neonatal Care. August 2017: E13-E22.* 5. Noergaard B et al. *Participatory action research in the field of neonatal intensive care: developing an intervention to meet the fathers' needs. A case study. Journal of Public Health Research. 2016;5/3:122-9.*

De otte fadervenlige tiltag

- Hud mod hud ved modtagelsen
- Deltage i milepæle-situationer
- Fædregrupper
- Åben konsultation ved socialrådgiver
- Deltage i samtaler med lægen
- Modtage direkte vejledning fra personale
- Søkende har mulighed for at overnatte
- Ressourcepersoner er velkomne 24-7

Metode

På baggrund af bl.a. interview, workshops og fokusgrupper med fædre, mødre og personale afholdt personalet en temadag, hvor de selv identificerede de otte tiltag i den fadervenlige afdeling.

Der blev lavet en før-måling (kontrolgruppe) efterfulgt af en efter-måling (interventionsgruppe) efter indførelsen af den fadervenlige afdeling. Studiet blev udført i perioden 2011 til 2015.

Effekten blev målt via spørgeskemaer, der blev udleveret inden for de første tre dage, efter 14 dage, ved udskrivelse og en måned efter udskrivelse. I effektstudiet indgik data fra 55 fædre i kontrolgruppen og 54 i interventionsgruppen.

Stressniveauet blev målt ud fra en stressskala PSS:NICU, hvor far rangerede situationer med barnet ud fra en 5-punktskala – lige fra 1: ingen stress til 5: meget stress.

Fædrene blev også spurgt, hvor meget (slet ikke, én gang dagligt, flere gange dagligt) de deltog i børnepasningen: holde i arme, give mad, bade, øjenkontakt, daglige besøg, snakke med barn og hud mod hud.

Resultat

- Ved indlæggelsen havde fædre i interventionsgruppen et lidt højere stressniveau på 2,02 mod 1,71 i kontrolgruppen. Ved udskrivelse var det faldet til 1,84 mod 1,43 i kontrolgruppen.
- 94 pct. af fædrene har haft hud mod hud-kontakt, og 68 pct. har givet mad, mens det kun gjaldt for hhv. 63 pct. og 54 pct. af fædrene i kontrolgruppen.



Det er vigtigt for mig at være her ved mine børn

Hver morgen kommer Casper Rix på neonatalafdelingen på Kolding Sygehus **for at give sonde, skifte ble og modtage informationer** om sine to døtre.

Tekst **LAURA ELISABETH LIND** · Foto **CLAUS FISKER**

“Er det her blandet op med Movicol?” spørger Casper, mens han med erfaren hånd suger 50 ml modermælk op fra et lille bæger og giver det i Kammassonde. Fra vuggen kommer der nu små tilfredse knirkelyde, som indimellem bliver afbrudt af bip fra overvågningssystemet, der måler Kamma og Marthas

puls og iltmætning over vuggen. De to tvillinger er nemlig født for tidlig.

Uge 31.

1.430 og 1.215 g.

Det er nu snart seks uger siden, og hver morgen kommer Casper for at være sammen med pigerne og deres mor, Julie Rix, og tager først afsted

igen om eftermiddagen for at hente pigerens storebror fra SFO.

Mange flere fædre på afdelingen

På stuen er der en seng til forældrene og en stor ergonomisk designet stol til far. Stue 2 og de andre stuer er nemlig del af en farvenlig neonatalafdeling, hvor personalet opfordrer far til at deltage i børnepasningen. Casper har da også haft adskillige timers hud mod hud-kontakt med sine piger, givet flere hundrede sprøjter modermælk i deres sonde, og han deltager i vigtige samtaler med overlægen og daglige snakke med sygeplejerskerne.

Det er et fuldtidsarbejde, synes Casper Rix, som hver dag deltager i pasningen af sine to for tidligt fødte piger.

3 GODE RÅD

Tag ledelsen med i processen

Få personalet med på idéen

Undersøg behovet blandt familierne

“Det er vigtigt for mig at være her ved mine børn. For det er en særlig periode i deres liv at tænke tilbage på,” siger Casper og løfter Kamma over i stolen, hvor hun skal have næste omgang mælk.

Ifølge sygeplejerske Helle Renbo Olsen ser personalet nu mange flere fædre på afdelingen. Og det hænger bl.a. sammen med, at fædrene nu kan få hjælp af en fast socialrådgiver på gangen til at få betalt fri fra arbejde. Og så er det blevet gratis for far at overnatte.

Hun har som projektsygeplejerske været med til at booste den farvenlige afdeling og har lige lagt vejen ind forbi stue 2, hvor hun er i fuld gang med at vejlede forældrene.

“Det er rigtig godt, at mor og far nu er mere sammen om det hele. Generelt opfordrer vi nu far til at være meget inde over børnepasningen. De får en tilknytning til barnet helt fra start, hvor de ofte ligger hud mod hud med deres barn, mens mor måske bliver syet efter fødslen. Jeg tror, at den tilknytning giver andre valg og prioriteter til fordel for barnet senere i forløbet,” siger hun, mens hun retter lidt på Kammes sonde.

Lettelse, at far er til stede

Selvom en ny ph.d. viser, at fædre på en farvenlig neonatalafdeling er en anelse mere stressede end fædre på normale neonatalafdelinger, så kan Casper ikke helt genkende det billede:

“Jeg kan godt forstå, at mange synes, det er stressende. For der er mange ting at forholde sig til hele tiden. Men jeg tror, det ville være mere stressende, hvis jeg ikke var her. Alt personale har taget imod os begge med åbne arme, og jeg har været lige så meget inde over pigerne, som Julie har. Jeg får også samme informationer. Det er rart, at du ikke skal give de informationer videre til mig,” siger Casper og kigger over på Julie, som er i gang med ammetræning af Martha og nu skal til at forberede hendes sonde.

Jeg skal vide, børnene har det godt

Julie er enig:

“Det er en kæmpe lettelse for mig, at du er her. For jeg har hele tiden dig at læne mig op ad og vende oplevelser og informationer med. 80 pct. af de informationer, vi får, er jeg fuldstændig ligeglad med. Jeg skal bare vide, at de har det godt. Men du er mere detaljeorienteret,” siger Julie og retter lidt på optiflow-slangen, der fører lidt ilt ind gennem Marthas små næsebor.

Storebror Konrad er lige begyndt i skole. Han har ønsket at sove hjemme, selvom det faktisk er en del af den farvenlige pakke, at familien også kan overnatte sammen på afdelingen. Han besøger tit pigerne og har været med til det første bad og har også givet pigerne sonde. Men med stop i børnehaven og start i SFO og skole har Julie og Casper også fundet, at det var godt at bevare lidt normalitet i Konrads hverdag.

Personalet identificerede initiativerne

I starten var der modstand at spore blandt personalet, som hellere ville arbejde med en familievenlig tilgang. De mente derfor ikke, at der skulle gøres forskel på mor og far. Men eftersom personalet selv var med til at identificere de farvenlige initiativer, tog de ejerskab over projektet, og med far mere på banen blev afdelingen samtidig mere familievenlig:

“Nu planlægger vi dagen efter, hvornår far er der. Hvis han først kommer om aftenen, og det f.eks. er tid til, at barnet skal fra kuvøse til vugge, så gør vi vuggen klar om dagen, så far kan være med til den overflytning om aftenen. Det behøver ikke ske om dagen,” siger Helle Renbo Olsen.

Hun tjekker sonden igen og bliver enig med Casper om at lægge Kamma tilbage i vuggen. Men der går ikke lang tid, før han må have hende op igen. Movicolen virker. En ble skal i hvert fald skiftes.

Og efter en tur på puslebordet lægger Casper en nyskiftet Kamma i vuggen og gør sig så klar til at give hende den sidste mælk.

Hver 3. time får hun fem og en halv sprøjte modermælk, 25-27,5 ml. Det gør Martha også.

“Det er virkelig et fuldtidsarbejde det her,” siger Casper grinende til Kamma. ●

Fælles fokus på ernæring gavner de gamle



"Vi skal sikre, at den ernæringsindsats, vi har startet op, bliver overleveret til kommunen," siger Rikke Terp, ph.d.-studerende, sygeplejerske, cand.scient.san.

Når hospital og kommuner **skaber sammenhæng i ernæringsindsatsen** tager de gamle på i vægt.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH** · Foto **BAX LINDHARDT**

Når ernæringstruede ældre bliver udskrevet fra hospitalet til eget hjem, kan en god sammenhæng mellem hospitalets og kommunens ernæringsindsatser være af afgørende betydning.

Det viser en randomiseret og kontrolleret undersøgelse af 144 ældre i risiko for underernæring udskrevet fra geriatrisk sengeafsnit, medicinsk afdeling på Gentofte Hospital, i perioden november 2012 til oktober 2015.

"Undersøgelsen peger på, at det ikke er nok at have en ernæringsindsats under indlæggelsen og en anden ernæringsindsats i kommunen. Der er nødt til at være en eller anden form for brobygning," siger cand.scient.san., sygeplejerske og ph.d.-studerende Rikke Terp, som stod i spidsen for undersøgelsen.

Den fokuserede ernæringsindsats bestod af en individuel kostplan og en vejledende samtale med en diætist på hospitalet samt tre opfølgende besøg i hjemmet. En kontrolgruppe fik sædvanlig ernæringsindsats under indlæggelsen, men de fik ingen kostplan

og ingen koordineret opfølgning på ernæringsindsatsen efter udskrivelsen.

Forskellen i vægt var markant

De patienter, som fik en fokuseret ernæringsindsats, tog i gennemsnit 0,9 kg på i løbet af tre måneder efter udskrivelsen, hvorimod patienterne i kontrolgruppen i gennemsnit tabte sig 0,8 kg.

Ifølge Rikke Terp er det et rigtig godt resultat, når der tales om gamle og skrøbelige, ernæringstruede ældre, hvor to tredjedele i studiet havde et BMI under 20,5, og gennemsnitsalderen var 87 år.

"Det er en markant forskel på 1,7 kg, som taler for sig selv, og som dokumenterer, at det nytter noget at bygge en fokuseret tværsektoriel indsats op. Det blev tydeligt for os, at vi er nødt til at have et stærkt fokus på overgangen mellem hospital og kommune og have et samarbejde på tværs," siger Rikke Terp.

I studiet målte man også livskvaliteten ved hjælp af selv vurderet helbred og patienternes funktionsniveau.

"Livskvalitet er en vigtig og relevant parameter i forhold til den her patient-

gruppe, og også her så vi en signifikant forskel: Næsten halvdelen i interventionsgruppen oplevede et bedre helbred tre måneder efter udskrivelsen, hvorimod kun en fjerdedel i kontrolgruppen oplevede et bedre helbred,” siger Rikke Terp.

Resultaterne viste ingen effekt på funktionsniveau, dødelighed og genindlæggelser.

Det handler ikke kun om kilojoule

Resultaterne var så opsigtsvækkende, at geriatrisk sengeafsnit på Gentofte Hospital samarbejdede om at implementere indsatsen sammen med fire kommuner: Lyngby, Gentofte, Rudersdal og Furesø. Indtil videre er 65 ernæringstruede patienter blevet udskrevet fra afdelingen til eget hjem med en fokuseret ernæringsindsats i bagagen.

”Det har været et kæmpe arbejde sammen med kommunerne at finde frem til, hvordan vi systematisk overleverer kostplanen og andre vigtige informationer om behov for opfølgning på ernæringstilstanden, så de bliver set i kommunen,” siger Rikke Terp, som uddyber:

”Alle patienter i ernæringsmæssig risiko, som udskrives til eget hjem fra medicinsk afdeling på Gentofte Hospital, tilbydes nu en individuel kostplan. Når hjemmesygeplejersken besøger borgeren, monitoreres patientens ernæringstilstand, der følges op på kostplanen, og der identificeres og håndteres eventuelle årsager til, at borgeren ikke spiser tilstrækkeligt.”

Hun forklarer samtidig, at det ikke er kostplanen i sig selv, der gør en forskel:

”Det handler ikke kun om kilojoule. Årsagerne til, at ældre medicinske patienter ikke spiser, er multiple. Der kan være synke- og tyggeproblemer, problemer med en tandprotese, smerteproblematikker, eller borgeren kan have kvalme samt være depressiv. Derfor skal ernæringsindsatsen afspejle det.”

”Vores opgave fra hospitalets side er at starte en indsats op, som går på tværs af sektorer, og som kommunen følger op på med deres værktøjskasse. Herunder skal vi sikre, at den ernæringsindsats, vi har startet op, bliver overleveret til kommunen,” siger Rikke Terp. ●

Fakta om studiet

Studiet var randomiseret og kontrolleret. I alt identificerede man 409 patienter fra geriatrisk sengeafsnit, medicinsk afdeling på Gentofte Hospital, som var i ernæringsmæssig risiko, hvoraf 150 endte med at blive randomiseret til studiet. Studiet omfattede Gentofte, Rudersdal og Lyngby kommuner.

Studiet "A nutritional intervention program improves the nutritional status of geriatric patients at nutritional risk – a randomized controlled trial" er publiceret i tidsskriftet *Clinical Rehabilitation* 2018 (Vol. 32;7:930-41. <https://doi.org/10.1177/0269215518765912>

Interventionsgruppen (n=72)

- Patienterne fik lavet en individuel kostplan til brug i hjemmet baseret på patientens præferencer, inklusive en diætistsamtale.
- Efter udskrivelsen fik patienterne tre gange hjemmebesøg af en kommunal sygeplejerske eller sosu-assistent, der fulgte op på ernæringsindsatsen.

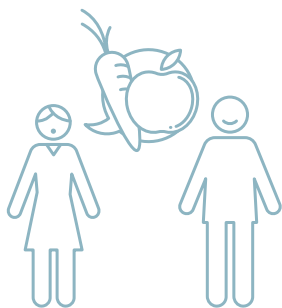
Kontrolgruppen (n=72)

- Patienterne fik sædvanlig ernæringsindsats under indlæggelsen. Der var ikke planlagt opfølgning på hospitalets ernæringsindsats ved udskrivning. Patienterne fik kommunens eksisterende tilbud.

Studiets resultater

- Patienterne i interventionsgruppen øgede vægten signifikant i forhold til kontrolgruppen, og signifikant flere oplevede en forbedring mht. selvoplevet helbred. Studiet viste ingen forskelle i funktionsniveau, genindlæggelse og dødelighed mellem de to grupper.

Sådan kommunikerer kommune og hospital



1. En patient i ernæringsmæssig risiko taler med en diætist, som laver en kostplan og udreder årsagerne til patientens lave energiindtag.



2. Ved udskrivelse giver diætisten informationerne videre til kommunen via sundhedsplatformen i udskrivningsrapporten, hvor diætisten laver en note om, at kostplanen er medsendt i det dokument, der hedder kommunikation.



3. Den kommunale sygeplejerske har nu et godt udgangspunkt for at følge op på hospitalets ernæringsindsats.

Sygeplejerske Louise Skøtt Djurslev finder det fagligt motiverende at vide, at der bliver fulgt op efter udskrivelsen på de patienter, hvor hospitalet ender med at lave en fokuseret ernæringsindsats. Her måler hun vægt og højde på 95-årige Helene Olsen.



Kommunen bliver systematisk informeret om ernæringsindsatsen



Resultaterne af et klinisk studie danner baggrund for en ny praksis, hvor **hospital og kommune arbejder sammen om ernæringsindsatsen** til ældre.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH** · Foto **BAX LINDHARDT**

”Giver du en hjælpende hånd, når jeg skal op?” spørger 95-årige Helene Olsen, som sidder i en lænestol på sengeafsnit for ældre sygdomme på Gentofte Hospital og venter på at blive vejet som en del af ernæringscreeningen.

Assisterende afdelingssygeplejerske Louise Skøtt Djurslev hjælper Helene Olsen på benene. Med hjælp fra en rollator kan hun selv gå de sidste fem meter hen til vægten.

Ernæringscreeningen er fast praksis. Til gengæld har det ikke været praksis at have en fælles ernæringsindsats på tværs af kommune og hospital, hvor informationer om hospitalets ernæringsindsats for ældre i ernæringsmæssig risiko systematisk kommunikerer på tværs af sektorerne.

På baggrund af resultaterne af et randomiseret og kontrolleret forskningsprojekt er der nu lavet om på den praksis.

”Studiet viste en markant positiv vægtmæssig forskel for de patienter, som fik en fokuseret ernæringsindsats på tværs af hospital og kommune, og hvor kommunen systematisk fulgte op på hospitalets ernæringsindsats,” fortæller forskeren bag studiet, cand. scient. san., sygeplejerske og ph.d.-studerende Rikke Terp.

”Derfor har vi nu lavet et setup sammen med kommunerne, hvor vi systematisk informerer dem om den ernæringsindsats, vi har startet op, så de kan følge op med en fokuseret kommunal indsats. Det har i sig selv været et stort projekt,” siger hun.

”Så kan jeg endelig få at vide, hvor høj jeg er”

Helene Olsen er nu oppe på vægten, der viser 61,4 kg. Hun holder godt fast i vægtens display, da hun skal ned igen.

”Nu skal vi også have målt, hvor høj du er, hvis du orker at gå med herover,” siger Louise Skøtt Djurslev og peger i retningen af en højdemåler længere nede ad gangen.

”Jamen, det gør jeg da. Så kan jeg endelig få at vide, hvor høj jeg er,” smiler Helene Olsen.

Højdemåleren viser 1,55 m, og den efterfølgende ernæringsvurdering ender ud i et 1-tal. Helene Olsen er ikke i ernæringsmæssig risiko og skal derfor ikke tale med en diætist. Louise Skøtt Djurslev åbner Sundhedsplatformen, udfylder ernæringsvurderingsskemaet og noterer et 1-tal på fælleskontorets patientoversigt.

Louise Skøtt Djurslev synes, det er fagligt motiverende at vide, at der bliver fulgt op efter udskrivelsen på de patienter, hvor hospitalet ender med at lave en fokuseret ernæringsindsats.

”Det gør en stor forskel, at den indsats, vi laver her, ikke går tabt efter udskrivelsen. Vi kan jo se, at indsatsen virker, mens de er her, fordi patienterne får mere energi, bliver gladere og får lyst til at komme op og bevæge sig.”

4 GODE RÅD

(til en velfungerende tværsektoriel ernæringsindsats)

Gør en indsats for at motivere de ældre til at deltage i ernæringsindsatsen.

Find en effektiv kommunikationsvej på tværs af hospital og kommune.

Medinddrag personalet i processen omkring tilrettelæggelse af arbejds gange.

Sørg for, at sygeplejerskerne har viden om ernæringens afgørende betydning hos den ældre medicinske patient.



Der er to, som kan råbe vagt i gevær



Sundhedschef i Rudersdal Kommune Mette Ryle:
 "Det, at vi har fået etableret et samarbejde med hospitalet, gør, at der nu er to parter, som kan råbe vagt i gevær og tidligt opspore, hvis der er en borger, som er underernæret."

Samarbejdet om en fælles ernæringsindsats mellem hospital og kommune lykkes kun pga. eksisterende kommunikationsveje.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH** · Foto **BAX LINDHARDT**

I kommunerne er der lige nu et stort fokus på ernæring og tidlig opsporing af underernæring. Et samarbejde om en fælles ernæringsindsats mellem hospital og kommune imellem skal styrke ernæringsindsatsen for ernæringstruede borgere.

"Det, at vi har fået etableret et samarbejde med hospitalet, gør, at der nu er to parter, som kan råbe vagt i gevær og tidligt opspore, hvis der er en borger, som er underernæret. Vi kommunikerer om det og kan følge op på hinandens observationer," fortæller Sundhedschef i Rudersdal Kommune Mette Ryle.

Sammen med Geriatrik afdeling på Gentofte Hospital har Rudersdal Kommune fundet frem til en systematisk måde, som hospitalet kan overføre informationer om ernæringstruede patienter til kommunen på.

"Det er et vigtigt kvalitetsmæssigt spring, at vi sammen har formået at få hospitalets ernæringsvurderinger og ernæringsplaner ind i den eksisterende kommunikationsstrøm, så vi systematisk ser det i kommunen, når patienterne udskrives," siger Mette Ryle og uddyber:

"Det lyder af lidt, men det er et ret centralt tiltag. Vi har en meget nyttig viden at stå på, når vi tilrettelægger den videre indsats, hvis den kommunale sygeplejerske, som skal tage imod borgeren i eget hjem efter en indlæggelse, er bekendt med hospitalets vurdering af, hvad der er galt."

"Tidligere fik vi ikke lige så meget glæde af den ernæringsindsats, som var lavet på hospitalet, f.eks. ved at borgeren var ernæringscreenet, og der var lavet en kostplan, siger hun."

Mette Ryle fortæller, at løsningen kun er brugbar, fordi hospitalet benytter kommunikationsveje, der allerede eksisterer i forvejen til at videregive information mellem hospital og kommuner. Ellers ville det ikke fungere i praksis.

Ud over geriatrik afdeling på Gentofte Hospital omfatter samarbejdet nu også onkologisk, gastromedicinsk/kirurgisk og medicinsk afdeling på Herlev-Gentofte Hospital. ●

Kender du en som har kræft?

Den teknologiske udvikling inden for kræftbehandling har hjulpet mange kræftpatienter til at komme igennem deres sygdomsforløb.

Vi tilbyder udenlandsk medicinsk behandling af bryst- og lungekræft, livmoderhalskræft samt prostata-, hoved- og halskræft. Under kyndig overvågning af vort team af dygtige danske læger.

Vi har afdelinger i Aalborg, Odense og København.

Kontakt os i dag for en uforpligtende konsultation på tlf. 88 51 00 42.

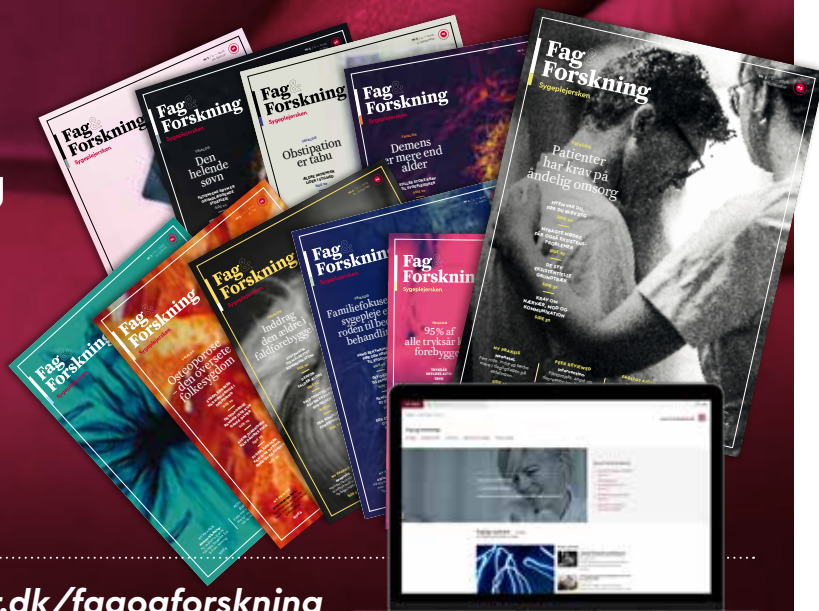
Receptor Oncology

www.receptor.health

Fag&Forskning

udkommer næste gang den 19. november.

Følg også med på nettet.



Find flere faglige artikler på dsr.dk/fagogforskning

I mellemtiden kan du læse mange flere sygeplejefaglige artikler på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside. *Fag&Forskning* findes nemlig også online på dsr.dk/fagogforskning. Her kan du løbende holde dig ajour med fagets udvikling gennem daglige nyheder og faglige artikler. Du kan kommentere og debattere både nye og gamle artikler. Og du kan møde sygeplejersker, der blogger om faget og deres oplevelser som sygeplejersker i ind- og udland. Det er også på dsr.dk/fagogforskning, at du har fri adgang til at søge i vores store artikelarkiv med hundredevis af videnskabelige og faglige artikler fra både *Sygeplejersken* og *Fag&Forskning*.

Trialog

Trialogen bliver til som et interview mellem tre parter. På den ene side en førende ekspert inden for et fagligt område. På den anden side journalisten og en sygeplejerske, der arbejder inden for feltet. Journalisten og sygeplejersken interviewer i fællesskab forskeren med det mål at formidle den nyeste viden, som har relevans for den kliniske sygepleje.



VIBEKE ØSTERGAARD STEINFELDT, sygeplejerske, cand.cur., ph.d. og lektor på Professionshøjskolen Absalon, Sygeplejerskeuddannelsen, hvor hun bl.a. underviser de studerende i åndelig omsorg. Har skrevet ph.d.-afhandling om åndelig omsorg på hospice (1) og er forfatter til flere artikler og bøger om emnet (2,3,4,5,25).



Tekst
CHRISTINA SOMMER
Journalist



METTE VESTBY WIGGERS, sygeplejerske i delestilling ved Hjertesygdomme Senge og Ambulatorium på Kolding Sygehus. Har gennemført Lægeforeningens underviseruddannelse i patientkommunikation. Underviser kolleger i Sygehus Lillebælts kommunikationskursus "Klar tale med patienterne". Har desuden gennemført kurset "Eksistentiel Kommunikation" (6).

Hvem var du, før du blev syg?

For mange mennesker er titlen ”patient” skelsættende at få tildelt. Når først en evt. forskrækkelse over diagnose eller skade har lagt sig, har mange udover fysisk pleje og omsorg også behov for åndelig omsorg. Det gælder det konkrete behandlingsforløb og hjælper patienterne til bedre mestring af livet som f.eks. kronisk syg.

Den midaldrende mand rynker brynene og bider tavst, men hårdt tænderne sammen. Han er med sin kone mødt op til sin første konsultation i det hjertemedicinske ambulatorium. Chokket over det velbehandlede hjerteinfarkt for tre uger siden er aftaget, og sygeplejersken skal nu tale med manden om det efterfølgende rehabiliteringsforløb, som både involverer daglig medicinering, sundere livsstil og jævnlige kontrolbesøg i selsamme ambulatorium. Men han er vred. Vred og frustreret over at være blevet kronisk syg fra den ene dag til den anden med de omvæltninger og begrænsninger, sygdommen medfører.

Eksemplet er opdigtet, men finder jævnligt sted i møder mellem patienter og især læger og sygeplejersker på sengeafdelinger, i ambulatorier og andre steder i det danske sundhedsvæsen. Og før

personalet, i dette eksempel sygeplejersken, anerkender vreden og arbejder sig ind bag den, vil hun have svært ved at komme i ordentlig dialog med patienten om hans medicin, livsstil og ikke mindst livet generelt med en kronisk sygdom.

Manden har kort og godt behov for åndelig omsorg, og sygeplejersken har pligt til at udføre den. Sygeplejerske, lektor og ph.d. Vibeke Østergaard Steinfeldt uddyber:

”De fleste mennesker kommer ind i sundhedsvæsenet som hele mennesker og skal helst også ud af det som hele mennesker igen. Det kræver, at sygeplejersker og andre faggrupper for den sags skyld er nærværende og sanser mennesket bag sygdommen. Finder ud af, hvad der er vigtigt for, at det her menneske trives og ikke mindst hjælper patienterne med fortsat at trives og udfolde deres liv så godt som muligt.”

Hold patientens hånd

For nogle sygeplejersker er åndelig omsorg lige så let at udøve som al anden pleje og behandling. Men for andre kan det være svært og grænseoverskridende, selv i mindre voldsomme patientmøder end i ovenstående eksempel (7). Nogle synes, at de mangler kompetencer eller tid til opgaven, mens andre igen i modsætning til flere retningslinjer (se boksen ”Det er en pligt”, red.) ikke mener, at det er plejepersonalets opgave at tage sig af patienternes eksistentielle og/eller religiøse bekymringer og behov (8).

”Jeg oplevede det selv, da jeg arbejdede i klinikken for mange år siden. Og i dag kommer mine studerende jævnlige tilbage fra praktikophold og fortæller, hvordan sygeplejersker direkte afviser at hjælpe patienter, der har tegn på at tumle med eksistentielle spørgsmål,” fortæller Vibeke Østergaard Steinfeldt.

Som eksempel fortæller hun bl.a. om en studerende, der havde oplevet, at en alvorligt syg, sengeliggende patient forsøgte at komme i kontakt med sygeplejersken ved at vise hende et billede af sin kat. Sygeplejersken svarede blot med et ”sikke en sød kat” og gik videre med andre gøremål.

”Er katten sygeplejerskens problem? Nej, men det er en fordring til sygeplejersken om at gribe det, som patienten forsøger at komme på banen med,” forklarer Vibeke Østergaard Steinfeldt.

I et andet eksempel fortæller forskeren om en studerende, der på et tidspunkt havde observeret et møde mellem en patient og en sygeplejerske, hvor den studerende havde tolket, at patienten var bange og ønskede at holde sygeplejerskens hånd. Sygeplejersken afviste patienten med sit kropssprog og havde efterfølgende sagt til den studerende, ”at det ikke er min opgave at holde patienten i hånden,” beretter Vibeke Østergaard Steinfeldt:

”Dét var i hvert fald ikke åndelig omsorg, sygeplejersken havde gang i her. Det er jo lige præcis det, det hele handler om,” fastslår hun.

For at beskrive den aktuelle evidens og praksis for åndelig omsorg anno 2018 har *Fag&Forskning*s journalist sammen med sygeplejerske og kliniker Mette Vestby Wiggers sat en af Danmarks førende forskere på området stævne: Sygeplejerske, lektor og ph.d. Vibeke Østergaard Steinfeldt. Læs artiklerne på side 27-37. ●

DET ER EN PLIGT

Sygeplejersker har ANSVAR for at yde OMSORG i den hensigt, at patienten oplever VELVÆRE. Ansvar, omsorg og velvære er ifølge De Sygeplejeetiske Retningslinjer de tre sygeplejeetiske grundværdier. Pligten til at yde åndelig omsorg er især beskrevet under punkt 2) Omsorg og 3) Velvære.

Under Omsorg står der bl.a., at ”i relationen møder sygeplejersken patienten, sanser mennesket og møder ham eller hende i en forståelse båret af næstekærlighed. Heri ligger et moralsk princip om at handle sådan, at alle får samme muligheder for at leve det bedst mulige liv”.

Punktet Velvære lyder: ”Velvære er en tilstand af at føle sig godt tilpas. Velvære kan være fra korte øjeblikke af lettelse, lindring og trøst til langsigtet velvære. Forstået som optimal sundhed og livskvalitet, hvor idealet er ”det gode liv”. Velvære betragtes som et overordnet mål med al sygepleje. Sygeplejen bidrager til at understøtte patienters egne tiltag for at opnå velvære”.

Som medlem af den internationale sygeplejerskeorganisation International Council of Nurses (ICN) arbejder Dansk Sygeplejeråd desuden for at udbrede kendskabet til ICN's Ethiske Kodeks for Sygeplejersker, hvor sygeplejerskers pligt til at udøve åndelig omsorg også beskrives flere steder.

Find De Sygeplejeetiske Retningslinjer og ICN's Ethiske Kodeks for Sygeplejersker på www.dsr.dk/ser



Nybagte mødre kan også have ondt i eksistensen

Patienters behov for åndelig omsorg er især udtalt i forbindelse med alvorlige eller livstruende sygdomme, men også ved markante transitioner i livet som f.eks. det at blive mor.

Alle patienter kan mere eller mindre ubevidst have behov for, at sygeplejersken eller andre sundhedsprofessionelle som minimum giver dem tilbud om at berøre eksistentielle spørgsmål og problemstillinger.

Nogle vil måske afslå, men ifølge international forskning er åndelig omsorg især relevant for og ofte også en naturlig del af plejen af palliative patienter (9). Når mennesker konfronteres med døden og livets skrøbelighed, opstår der ofte store eksistentielle spørgsmål som *Hvor kommer vi fra? Hvad er meningen med livet? Hvorfor lige mig? Findes der en gud?* Patienterne kan desuden blive angste, f.eks. for at dø i store smerter, og også her er der behov for at sætte ind med åndelig omsorg, pointerer Vibeke Østergaard Steinfeldt:

”Det kan fylde meget for nogle, men når først patienten har fået luftet sin angst, og personalet tager angsten alvorligt og fortæller, at patienten vil få den lindring, der er behov for, finder mange fred med lige præcis det punkt og er en bekymring lettere,” siger hun.

”Jeg er helt enig,” supplerer sygeplejerske Mette Vestby Wiggers, som kan genkende problemstillingen fra sin professionelle gang på Hjertesygdomme Senge og Ambulatorium på Kolding Sygehus. Hun uddyber:

”Det er noget, vi også skal blive bedre til at tale med patienter med kronisk sygdom om tidligere, end vi gør i dag. Vi er ofte meget fokuseret på den livsforlængende handling, men angsten for at dø fylder meget hos mange, så vi skal i den retning, du taler om, noget tidligere. At vi kan lindre smerterne og garantere, at vi vil gøre alt, hvad der står i vores magt, for at de ikke skal lide. Dét er vigtigt for patienterne,” siger hun.

”Lige præcis,” siger Vibeke Østergaard Steinfeldt og fortsætter:

”Spørger patienten direkte, om de dør af det her, skal man selvfølgelig ikke lyve. Man skal hjælpe dem med at få det bedste ud af det liv, de har lige nu. Nogle er bange for at tage håbet fra patienterne, men omvendt kan man jo også være med til at tænde et nyt håb.”

Nybagte mødre beder også

Behovet for åndelig omsorg eksisterer dog hos mange andre patientgrupper, f.eks. den nydiagnosticerede patient med kronisk sygdom som KOL eller diabetes. At få sygdommen som fast følgesvend resten af livet kan også skabe frustrationer og overvejelser af eksistential karakter, bl.a. fordi sygdommen kan føre til begrænsninger i patientens livsudfoldelse, jf. artiklen ”Åndelig omsorg er mere end religion” side 29.

Men selv mere positive transitioner som f.eks. det at blive mor kan skabe grobund for eksistentielle overvejelser og bekymringer, viser en dansk ph.d.-afhandling fra 2015 (10). Her blev 913 førstegangsmødre spurgt om, hvordan det at blive mor havde påvirket dem. Blandt de 517, der svarede, angav flere end 75 pct. f.eks., at de tænkte mere på liv og død, og 64 pct. svarede, at de var kommet til at tænke på noget større end sig selv.

Derudover kom de mange eksistentielle tanker til udtryk i, at hele 65 pct. af mødrene svarede bekræftende til, at de 6-12 mdr. efter fødslen jævnligt bad en bøn, mediterede el.lign. Og til forskernes overraskelse var det ikke svarmuligheden ”meditation”, der fik størst tilslutning, men derimod muligheden ”bøn som en indre dialog henvendt til Gud” (10). ●

Brug dine sanser

Forskningen beskriver to måder at udøve åndelig omsorg på: Den behovsorienterede og den fænomenologiske tilgang.

○ Ifølge Vibeke Østergaard Steinfeldt beskriver forskningen to måder at betragte og dermed også udøve åndelig omsorg på, nemlig den behovsorienterede og den fænomenologiske tilgang.

”Den behovsorienterede tilgang er den mest udbredte og traditionelle måde at beskrive og tilgå åndelig omsorg på. Åndelig omsorg opfattes som en konkret handling, der tilbydes og gives på linje med at tilbyde mad og drikke til en sulten patient eller smertelindring til en patient med fysisk smerte,” fortæller lektoren, som selv finder den tilgang lidt utilstrækkelig:

”Hvis man som sygeplejerske arbejder ud fra at identificere, hvilke typer åndelige behov en patient har, er der fare for, at man kun identificerer de behov, man selv har fantasi til at forestille sig. Det bliver meget konkret, og de religiøse behov er nok mere konkrete at forholde sig til – f.eks. behovet for bøn eller samtale med en præst. Når åndelig omsorg tænkes meget konkret, oplever jeg en tendens til ofte at tænke i religiøse praksisser, hvor åndelig omsorg af nogle sygeplejersker ses som f.eks. sygehuspræstens opgave. Her kan sygeplejersken måske komme til at overse andre eksistentielle problemstillinger,” siger hun og uddyber:

”I forskningslitteraturen beskrives åndelige behov ofte som håb, mening og lignende. Men den type behov er svære at få øje på og beskrive som behov, man kan hjælpe patienten med.”

”Jesus hjælper mig”

Den fænomenologiske tilgang, som Vibeke Østergaard Steinfeldt også breder ud i sin ph.d.-afhandling (1), handler netop ikke om, at sygeplejerskerne skal identificere og herefter opfylde nogle religiøse eller eksistentielle behov hos patienterne. Det handler mere om at sanse, hvad der er på spil for patienten i lige præcis den situation, patienten er i nu.

”Som jeg ser det, er det vores fornemmeste opgave at hjælpe patienten med at finde frem til, hvad der er på spil lige nu. Viser det sig, at patienten f.eks. har brug for hjælp til bøn, skal vi nok understøtte ham i det. Men det kan lige så vel være angsten for at komme hjem eller frustrationer over at være begrænset

i udfoldelsen af det liv, man havde før sygdommen, der er på spil,” siger hun.

Ovennævnte tilgang benytter Mette Vestby Wiggers sig af overfor både indlagte og ambulante patienter.

”Når vi f.eks. har gennemgået en ambulants sygdomshistorie, spørger jeg som udgangspunkt altid ind til, hvem patienten er. *Hvem var du, før du blev syg? Hvad er vigtigt for dig?* Det er sjældent, patienterne bringer deres religion op, men forleden stod jeg med en udenlandsk patient med hjertesvigt på sengeafdelingen. Han var meget syg, og da jeg spurgte ind til, hvordan han havde det, svarede han ”Jesus hjælper mig,” fortæller Mette Vestby Wiggers og fortsætter:

”Det skulle jeg lige tænke lidt over. Men jeg valgte at gribe chancen og spørge ind til, hvordan han brugte Jesus, og hvilken betydning Jesus havde for ham. Patienten sagde, at han havde set ham og bad til ham. Han troede på mirakler og mente, at Jesus ville hjælpe ham gennem den svære tid. Da jeg vidste det, kunne vi lave en aftale om, at han skulle give et tegn, hvis jeg kom ind på stuen, mens han bad, så han kunne bede færdig, uden jeg forstyrrede,” siger hun.

Vibeke Østergaard Steinfeldt er ikke i tvivl:

”Det er i høj grad den sanselige tilgang, du benytter her. I det øjeblik patienten åbner op og siger noget, sanser du, hvad der er på spil, griber det og gør noget ved det for at hjælpe patienten,” siger forskeren. ○

Åndelig omsorg er mere end religion

Åndelig omsorg er en del af den grundlæggende sygepleje og relevant for alle patienter uanset alder, diagnose og religiøs observans.

Ⓧ Religiøs, åndelig eller eksistentiel omsorg? Er det tre forskellige ting, eller er vi snarere ude i en "kært barn, mange navne"? Det spørgsmål er svært at svare ja eller nej til. Der eksisterer som sådan ikke én officiel definition på begrebet, som i denne Dialog primært benævnes åndelig omsorg, som omfatter både religiøse og eksistentielle problemstillinger.

De forskellige betegnelser kan ifølge Vibeke Østergaard Steinfeldt ses som udtryk for den udvikling, omsorgsbegrebet har gennemgået, siden fagbladet *Sygeplejersken* skrev om sygeplejersker og åndelig omsorg for 40-50 år siden til i dag.

ÅNDELIG OMSORG

I bogen "Åndelig omsorg – en lærebog" fra 2003 opererer sygeplejerske, forfatter og underviser Anne Elsebet Overgaard med de to norske sygehuspræster Stifoss-Hanssen og Kallenbergs definition af åndelig omsorg:

"... at være opmærksom på patienternes eksistentielle spørgsmål og ressourcer, at lytte til den mening, disse har i patientens livshistorie, og at hjælpe patienten i hans/hendes arbejde med eksistentielle spørgsmål med udgangspunkt i hans/hendes eget livssyn".

(Kilde: 12)



I 1983 gav en af de danske sygeplejersker på feltet, Grete Schärfe, f.eks. sit bud på sygeplejerskers rolle i åndelig omsorg: ”Åndelig omsorg er at imødekomme åndelige behov. Med et åndeligt behov mener jeg enhver faktor, som er nødvendig for at etablere og opretholde et menneskes levende, personlige forhold til Gud” (11).

”På det tidspunkt var åndelige behov lidt underforstået lig med religiøse behov. Dengang gik åndelig omsorg meget på religion, bøn og dermed også præstens rolle i denne omsorg, selv om en enkelt forfatter eller to så småt begyndte at foreslå, at begrebet måske skulle tolkes lidt bredere,” fortæller Vibeke Østergaard Steinfeldt.

Den udvikling tog for alvor fart op gennem 1990’erne, hvor bl.a. to norske sygehuspræster, Stifoss-Hanssen og Kallenberg, beskrev, at patienternes åndelige behov ikke blot er religiøse, men også handler om de eksistentielle spørgsmål og bekymringer, der kan opstå hos ethvert sygt eller døende menneske, uanset om de er præget af religiøse aspekter eller ej (se boksen ”Åndelig omsorg” side 29, red.) (1,12).

”Udviklingen skal endvidere ses i lyset af, at andre faggrupper som fysioterapeuter, jordemødre og psykologer også er begyndt at arbejde med emnet. For 40-50 år siden havde sygeplejersker og præster nærmest patent på at udøve åndelig omsorg, men sådan er det ikke længere,” siger Vibeke Østergaard Steinfeldt.

Sygdom påvirker livsudfoldelse

I sin ph.d. fra 2013 (1) ønskede Vibeke Østergaard Steinfeldt at undersøge, hvad det betyder for patienterne, når åndelig omsorg er en del af plejen på hospice (se også boksen ”Lindring og bedre mestring”, red.).

”Det var dog svært at undersøge, netop fordi vi mangler en fælles faglig begrebsforståelse. Jeg valgte derfor at kigge nærmere på, hvordan man kan forstå åndelig omsorg og gentænke begrebet. Og her kom jeg frem til, at åndelig omsorg er, når sygeplejerskerne hjælper patienten til livsudfoldelse,” siger hun.

Mette Vestby Wiggers tilføjer:

”Det er en stor omvæltning, når man pludselig ikke er den og kan det, man var og kunne før. Her skal jeg hjælpe patienten med at tage elementer fra det tidligere liv ind i det nye liv. Patienten bliver gladere, og det giver en større chance for, at patienten har en positiv tilgang til behandlingen og resten af forløbet,” siger hun.

I forhold til livsudfoldelse er Vibeke Østergaard Steinfeldt meget inspireret af den schweiziske læge og psykiater Medard Boss’ eksistentielle tilgang til medicin og psykologi. Han har bl.a. beskrevet syv eksistentialer

eller eksistentielle grundtræk, som i mere eller mindre grad hele tiden er på spil i ethvert menneskes væren-i-verden: *rumlighed, tidslighed, kropslighed, samværen, stemthed, erindring/historicitet og dødelighed* (1,13,14) (se boksen ”De syv eksistentielle grundtræk”, red.).

”Og Boss siger, at vi aldrig kender en sygdom, før vi forstår, hvordan sygdommen begrænser patienten i at udfolde sine eksistentielle grundtræk. Når man bliver syg, bliver man begrænset på forskellige måder. Derfor er det også vigtigt, at sygeplejersker og andre fagprofessionelle finder ud af, hvilket menneske det er, de sidder overfor, og hvad det betyder for det menneske at være blevet syg,” siger Vibeke Østergaard Steinfeldt.

Som eksempel giver hun bl.a. den ældre og meget sociale herre med hoftebrud, som for en tid vil være ude af stand til at bevæge sig ud af sin lejlighed og er bange for at blive isoleret. Hoftebruddet påvirker især hans rummelighed og samværen. Og så er der den 14-årige pige med en brækket arm, som giver hende en god undskyldning for ikke at deltage i idrætstimerne de næste seks uger. Bruddet påvirker hendes livsudfoldelse nærmest positivt.

”De har begge knoglebrud om end forskellige steder på kroppen, men bliver påvirket vidt forskelligt,” siger hun og uddyber:

”Det handler om at komme til laget under de behov, diagnosen giver. At finde ud af, hvilke grundtræk der begrænses, og ikke mindst hvilke der kan udfoldes på trods af diagnosen og så hjælpe patienten med det; hjælpe patienten med at udfolde livet – uanset diagnose, og om der er kort eller lang tid tilbage,” siger Vibeke Østergaard Steinfeldt. ©

LINDRING OG BEDRE MESTRING

Forskning viser, at åndelig omsorg kan lindre både fysiske og psykiske smerter samt føre til bedre mestring af f.eks. et palliativt forløb eller livet som kronisk syg. Omvendt viser forskning også, at mangel på åndelig omsorg kan gøre syge mere bekymrede og angstede og give flere smerter.

Sygdom kan føre til voldsomme omvæltninger i patienternes liv, som ofte kalder på en ny måde at forholde sig til livet på. Her viser flere studier, at patienternes sindsstemning og livsopfattelse har stor indflydelse på deres velvære og mestringsevne (15). I fasen, hvor nye tanker om meningen med livet kan opstå, er det derfor vigtigt, at sygeplejerskerne er klædt på til at støtte patienterne.

DE EKSISTENTIELLE GRUNDTRÆK

RUMLIGHED

Rumlighed betegner menneskets udfoldelse i rummet. I modsætning til ikke-levende objekter står mennesket i en sanselig og modtagende relation til de levende væsener og genstande, der omgiver det. Rumligheden er dobbeltrettet – man kan være både her og der. En sygdom kan begrænse menneskets mulighed for at udfolde sig rumligt, f.eks. kan livsudfoldelsen ændres til at være i et afgrænset fysisk rum, hvor den syge kan tænke tilbage på de daglige gåture i skoven eller sende en tanke til det hus, man ikke længere magter at bo alene i, så man i nuet har en oplevelse af at være netop der.

TIDSLIGHED

Tid er knyttet til menneskets væren-i-verden ved at leve i nuet i forventning om fremtiden byggende på den tid, der er gået forud. Tiden er på den ene side en fast størrelse. Den er daterbar. Den er fælles, idet vi har en fælles forståelse af f.eks., hvad klokken er, hvor mange minutter der går på en time osv. Men på den anden side er tiden også mere individuel. Den er til noget – tid til at sove, tid til at ses, tid til at løse en opgave eller den tid, vi ikke har. Tiden kan være knap, hvis den er ved at rinde ud, og en pårørende skal nå at komme frem for at sige farvel. Tiden kan være lang, hvis man begrænset af sin sygdom har brug for hjælp, og den er for længe undervejs.

KROPSLIGHED

Kroppen er mere end den fysiske krop, der er afgrænset af vores hud. Den afgrænses af den åbenhed, vi rækker ud efter verden med. Det er kroppen, vi sanser verden med, og sanserne rækker længere end det fysiske legeme. Nogle sanser rækker længere end

andre, f.eks. høre- og synssansen. Boss bruger ordet krop både som navneord "en krop", som er den fysiske afgrænsede krop, og som udsagnsord "at kroppe sig", hvilket betegner det at række ud efter verden. Når et menneske rammes af sygdom, rammes den fysiske krop, og samtidig forandres den syges muligheder for at række

modtage, eller begrænset, hvor det er svært at få øje på noget, der er godt at række ud efter, uanset om man mødes af glædelige begivenheder, sygdom eller andre svære livsomstændigheder.

ERINDRING - HISTORICITET

Erindring har at gøre med at stå i et forhold til noget, der hører historien til. Erindring er noget andet end blot at huske noget. Selv om jeg har glemt noget, betyder det ikke, at det ikke eksisterer, eller at det er ude af min eksistens, men at det i øjeblikket er i baggrunden. At erindre noget er at visualisere noget og stå i et kropsligt forhold til det erindrede. Det er at genkalde sig noget historisk på en måde, så det kropsligt sanses igen. Vi bliver gennem erindringen sat i forbindelse med det erindrede, hvilket f.eks. kan have betydning, når alder, sygdom eller andet begrænser nogle andre muligheder for at række ud efter verden.

DØDELIGHED

Til forskel fra andre levende væsener eller genstande ved vi mennesker, at vi en dag skal dø. Derfor er vi nødt til at eksistere i et forhold til vores dødelighed. Ofte undgår vi døden – taler udenom, fortrænger eller undviger den på anden måde. Men dødeligheden er også med til at give perspektiv på livet. Hvis vi ikke

skulle dø, ville vi aldrig opleve at miste. Det ville aldrig være for sent at gøre noget. Vores eksistens ville dermed få en helt anden karakter. Døden er en eksistentiel mulighed, der har betydning for vores måde at være i verden på. Den sætter andre eksistentielle muligheder i perspektiv.

Grundtræk påvirker den eksistentielle frihed

Ifølge Boss kan de syv grundtræk ikke ses som isolerede bestanddele af mennesket. De skal nærmere forstås som måder, mennesket rækker ud efter verden på – eller måder, den menneskelige eksistens udfolder sig på. De skal ses i en forenede helhed, der findes i ethvert menneskeligt fænomen. Ikke altid med samme og lige vægt – de kan være fremtrædende med forskellig styrke i forskellige livssituationer. Eksistentiel frihed – eller frihed til at række ud efter verden – indebærer, at grundtrækkene udfoldes i en forenede heling.

Når mennesket rammes af sygdom, kan dets muligheder for at række ud efter livet blive begrænset – den eksistentielle frihed begrænses. Samtidig med at nogle grundtræk begrænses, kan situationen åbne for andre grundtræk. F.eks. får samværen en anden dimension, når et døende menneske hjælpes ud i sin kolonihave, for at vennerne kan komme og sige farvel. Og et menneske, som er blevet lam i benene, får vakt en stemthed til live ved blot at opleve at kunne vippe med foden eller stå på benene i få sekunder. I dette perspektiv mener Boss derfor, at sygdomme ikke kan forstås udelukkende ved at forstå biologien og patofysiologien. Vi forstår først sygdommen helt, når vi forstår, hvordan sygdommen begrænser det enkelte menneske i at udfolde sine grundtræk.

(Kilder: 1,13,14)

Krav om nærvær, mod og eksistentiel kommunikation

Åndelig omsorg fungerer bedst, hvis sygeplejersker tør møde patienterne i deres lidelser og give lidt af sig selv. For nogle sygeplejersker falder det naturligt, andre kan lære det.

For bare 10 år siden var åndelig omsorg i princippet tænkt ind i de faste rutiner på mange hospitaler. Ved indlæggelsessamtalen var der som udgangspunkt lagt op til, at personalet skulle spørge ind til patienternes kulturelle, religiøse og/eller åndelige behov på linje med f.eks. allergier, medicin samt toilet- og madvaner.

En undersøgelse fra 2008 viste dog, at punktet ofte var mangelfuldt dokumenteret i de svenske journaler (16). Og en dansk undersøgelse fra 2007 viste også, at mange sygeplejersker sprang emnet ”kulturelle og åndelige behov over,” når de brugte den såkaldte VIPS-model ved den obligatoriske indlæggelsessamtale (17).

I dag er punktet ”Religion, kultur og tro” dog faldet ud af indlæggelsessamtalen, i hvert fald på Kolding Sygehus, hvor der i stedet figurerer et punkt om ”psykosociale forhold”, fortæller Mette Vestby Wiggers. Emnet er heller ikke at finde i journalens stamdata.

”Tidligere spurgte jeg automatisk ind til, om der var nogle særlige hensyn i forhold til kultur, religion og tro. De fleste svarede nej eller var almindelige kristne, men jeg har f.eks. haft Jehovas Vidner, som ikke måtte modtage blodtransfusioner, og muslimer, der ikke spiser svinekød. Opstår der særlige behov i dag, skal vi notere det direkte i journalen, eller vi kan oprette en plejeplan,” fortæller hun.

”Det er egentlig både godt og skidt,” supplerer Vibeke Østergaard Steinfeldt og uddyber:

”Som udgangspunkt mener jeg, at et evt. fast punkt under indlæggelsessamtalen kun udgør en lille del af det at udøve åndelig omsorg. Det er en lidt begrænsende og opsplittet måde at indsamle oplysninger på, hvor man kun får viden om det, der er bestemt på forhånd i stedet

for at sanse, hvad der er på spil for patienten. Men det giver i det mindste anledning til at bringe patientens åndelige behov op. Så er det måske ikke så farligt eller privat at komme ind på det religiøse eller andre eksistentielle emner, heller ikke senere i forløbet.”

For tidskrævende

Ud fra den fænomenologiske tankegang bør sygeplejerskerne dog være opmærksomme på patienternes ”eksistentielle tilstand” i alle patientmøder – uanset om de finder sted på hospitalet, i plejecentret eller borgerens eget hjem. Nogle tænker måske, at det er for tidskrævende, men det mener forskeren ikke, selvom hun ofte hører argumentet fra sine studerende.

”Det kan være meget mere tidskrævende at lade være, men det er der som sådan ikke evidens for. Jeg har dog mange eksempler på, at det koster tid IKKE at tage tiden til det,” siger hun og fortæller om en palliativ patient indlagt på hospice.

LOMMESEDEL

Lommesedlen er trukket fra it-tavlesystemet Patient Cetrea, hvor personalet udover bl.a. status på patientbelægning kan trække en liste med vigtigste data på patienterne, f.eks. navn, cpr-nummer, indlæggelsesdato og -årsag, diagnose, ordinationer m.m. Personalet kan desuden tilføje TOKS, plejetyngde og andre relevante informationer f.eks. andre diagnoser m.m. Patient Cetrea opdateres før hvert vagtskifte.

Patienten nærmest kommanderede rundt med sygeplejerskerne og beordrede dem til at åbne vinduet, lukke døren, lukke vinduet, åbne døren for så at starte forfra igen.

”Fra første dag hun var indlagt, flygtede personalet fra hendes stue. Efter nogle dage tog man samling og fandt ud af, at skulle patienten have en god tid, krævede det to ting: Masser af kærlighed og omsorg. De sygeplejersker, som kunne give hende det, tog sig af hende, og de gik først fra patienten, når hun havde ro på sig og med en aftale om, hvornår de kom igen. Så var der ro de næste to-tre timer, så sygeplejerskerne med sindsro kunne gå i gang med andre patienter uden at blive tilkaldt igen og igen,” fortæller Vibeke Østergaard Steinfeldt.

Hvad er vigtigt for dig?

Mette Vestby Wiggers kender til travlhed og tidspres, bl.a. når hun har aftenvagt på sengeafdelingen med ansvar for fem-seks patienter. Her læser hun som udgangspunkt ikke patienternes journaler med det samme, men er udstyret med en lommeseddel (se boks ”Lommeseddel”, red.), hvor de væsentligste patientdata er noteret. Hun kan derfor indlede vagten med at spørge patienterne om, hvordan de har det i dag, og hvad der er særligt vigtigt for dem at få fulgt op på.

”Vi aftaler altid, at de skal kalde på mig, hvis de har brug for mig. Men når jeg begynder min vagt på denne måde, ved jeg, hvad der er vigtigst for patienten ud over den opfølgning og de ordinatio-

ner, som bare skal nås ifølge dagens stuegang. Det er noteret på lommesedlen. Jeg undgår at bruge min tid på at læse alt om patienten fra start af, og det er tit mere effektivt at læse journalen efter at have set og talt med patienten. Nogle få spørger, om jeg ikke har læst deres journal. Jeg svarer, at jeg kender de vigtigste data, men fortæller, at jeg bare godt lige vil høre, hvordan de har det, hvorefter jeg læser journalen,” siger Mette Vestby Wiggers og tilføjer:

”Mange patienter er jo som akut syge blevet bragt ind til os med 112, og nu ligger de ”bare” og venter under hjerteovervågning, måske på yderligere undersøgelser, mens medicinen gør sin gavn. Det er ofte en voldsom oplevelse, de har brug for at tale om, og det kommer nogle gange op her. Men som sygeplejerske skal man turde spørge patienten direkte: ”Du ser ked ud af det – er der noget, du vil tale med mig om?” Kræver det en længere snak, end man umiddelbart har tid til, kan man med anerkendelse sagtens parkere snakken og aftale at komme tilbage senere,” fortæller Mette Vestby Wiggers.

Mette Vestby Wiggers beskriver sin første runde ved patienterne ”som et forsøg på at lære patienten at kende og få opbygget en tillidsfuld relation”. Men hun oplever også, at hun sparer tid ved den:

”Jeg kender patientens ønsker og behov fra start af, og jeg oplever, at det medvirker til, at patienten føler sig hørt og anerkendt. Når de kender planen for aftenen, har de mindre behov for at kalde med forskellige ting, som allerede er aftalt eller vil blive afklaret i løbet af vagten. Derfor mener jeg ikke, at manglende tid er en undskyldning for ikke at spørge ind til patientens åndelige tilstand eller behov,” siger hun.

OK at vise følelser

En anden veldokumenteret begrundelse for, at sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle har svært ved at yde patienterne åndelig omsorg og støtte, er usikkerhed og manglende kompetencer. Personalet føler sig simpelthen ikke rustet til at indgå i samtaler med patienter, hvor religiøse og eksistentielle problemstillinger kommer op (7).

Vibeke Østergaard Steinfeldt anerkender følelsen af utilstrækkelighed og medgiver, at god åndelig omsorg kræver mod og nysgerrighed:

”I min optik er redskabet i åndelig omsorg i høj grad sygeplejersken selv og hendes egen sanselighed. Det handler om at have en åben og nærværende tilgang til patienten og ægte interesse for, hvad der rører sig. Her er mod også væsentligt,” siger Vibeke Østergaard Steinfeldt og henviser til sygeplejerske, underviser og forfatter Anne Elsebet Overgaards beskrivelse af, hvad åndelig omsorg også er (12):

KLAR TALE OG CALGARY-CAMBRIDGE GUIDEN

Sygehus Lillebælts kommunikationskursus ”Klar tale med patienterne” præsenterer bl.a. personalet for den evidensbaserede kommunikationsmodel Calgary-Cambridge Guiden, som vi bragte en sygeplejefaglig artikel om i *Fag&Forskning* nr. 1/2018, (18).

(Kilder: 19,20)

ÅNDELIG OMSORG OG PÅRØRENDE

De pårørende er ofte lige så berørte over sygdom og den måde, en diagnose kan påvirke tilværelsen på efterfølgende, som patienten. De deltager ofte mere eller mindre aktivt i samtaler mellem patient og behandlere og har også behov for at blive hørt. Også her er den sansende tilgang oplagt at bruge, mener Mette Vestby Wiggers: "Jeg kan godt finde på at spørge patienten, om jeg lige må tale med ægtefællen om, hvordan han/hun har det? De har jo oftest været med hele forløbet igennem og oplevet det fra den anden side af sengehesten. Når et familiemedlem bliver syg, bliver hele familien påvirket og har behov for støtte vejledning og omsorg," siger Mette Vestby Wiggers. Både hun og Vibeke Østergaard Steinfeldt opfordrer til at bruge decideret familiesygepleje i relevante situationer. Netop "Familiesygepleje" var emnet for Trialogen i *Fag&Forskning* nr. 1/2018 (22).

"Åndelig omsorg er at have mod til at gå med patienten ind i lidelsens rum og være der sammen med patienten". Det er åndelig omsorg i en sætning," siger Vibeke Østergaard Steinfeldt.

Ovenstående tilgang kræver nok også et lille opgør med nogle sygeplejerskers forestilling om, at det er uprofessionelt at vise følelser:

"Jeg synes, det er forkert at tro, at man er mere professionel, hvis man ikke giver noget af sig selv. Jeg mener, det er dybt professionelt, når man som sygeplejerske kan vise egne følelser og mærke, hvornår det er OK at give patienten en krammer eller omvendt holde sig væk, vel vidende at man selvfølgelig ikke skal påføre patienten sine egne følelser, så patienten kan føle ansvar for at skulle trøste sygeplejersken," siger Vibeke Østergaard Steinfeldt.

Sygeplejersken må altså ikke ende med at blive påvirket af patientens situation på en måde, som påvirker patienten negativt. Det er Mette Vestby Wiggers også meget bevidst om, især i sit arbejde med at opbygge en tillidsfuld relation med sine ambulante patienter.

"Her er jeg nogle gange nødt til at give patienten lidt af mig selv for at komme helt igennem, men jeg beholder altid min faglige kappe på. Jeg deler sjældent noget privat, men har jeg prøvet noget lignende, kan jeg godt sige det og tilføje, at jeg tror, jeg kan sætte mig ind i de følelser, patienten har lige nu," siger hun og uddyber:

"Men jeg kan også komme i tvivl – mister patienterne tilliden til vores faglige kompetencer, hvis vi bliver for personlige? Og jeg skal også passe på, jeg ikke kommer til at give for meget og dræner mig selv. Det er meget individuelt og handler om at læse den enkelte patient og situation," siger hun.

Hjælp til at leve godt og længe

I sin kommunikation og arbejde med sine patienter finder Mette Vestby Wiggers bl.a. inspiration i den evidensbaserede kommunikationsmodel Calgary-Cambridge Guiden (18) samt den systematiske "Spørgeguide til Eksistenciel Kommunikation i Sundhedsvæsenet" (se boksene "Klar tale og Calgary-Cambridge Guiden" og "Eksistenciel kommunikation", red.).

Spørgeguiden har netop til formål at hjælpe sundhedsprofessionelle med at begynde og afslutte en samtale om patientens eksistencielle problemer og ressourcer under alvorlig sygdom. Den lægger op til, at personalet på omkring 20 minutter systematisk

kan afdække patientens problemer og ressourcer og lave en foreløbig handlingsplan, evt. med henvisning til f.eks. psykolog, præst, socialrådgiver eller patientforening.

"Den indeholder en masse gode spørgsmål som "Hvordan er det at være dig lige nu?" "Hvad fylder for dig?" Jeg bruger dem sjældent slavisk, men som inspiration, især ved dybere samtaler. Spørgsmålene hjælper mig med at få patienterne til at tale om det, der er vigtigt for dem, hvilket jeg i høj grad har brug for i mit arbejde," siger Mette Vestby Wiggers.

De ambulante patienter kommer typisk hos Mette Vestby Wiggers hver 14. dag i fire-seks måneder, mens de bliver optitreret i hjertesvigtbehandlingen samtidig med, de skal have information om sygdom, symptomer, sund livsstil og styr på evt. tilbagevenden til job m.m.

"For at samarbejdet med patienten kan lykkes, er det meget vigtigt for mig at vide, hvem jeg sidder over for. Patienterne har jo en alvorlig kronisk sygdom, og jeg skal hjælpe dem til at leve så godt og så længe med sygdommen som muligt. Det hele skal passe ind i det liv, de allerede har," siger Mette Vestby Wiggers.

Vibeke Østergaard Steinfeldt har ikke selv arbejdet med spørgeguiden, men

FORSKNING I EKSISTENCIEL OG ÅNDELIG OMSORG

I efteråret 2017 nedsatte Syddansk Universitet, SDU, formelt forskningsgruppen "Eksistenciel og åndelig omsorg". Gruppen har til formål at undersøge syge borgers eksistencielle og åndelige behov og komme med bud på, hvordan sundhedsvæsenet bedst møder behovene gennem en strategisk og fagligt velfunderet sundhedsfaglig praksis, der prioriterer fokus på det hele menneske med alle dets mange behov – fysiske, psykiske, sociale og åndelige. Læs mere om gruppens aktuelle forskningsprojekter på www.sdu.dk -> Skriv "Eksistenciel og åndelig omsorg" i søgefeltet øverst til højre.

EKSISTENTIEL KOMMUNIKATION

PROBLEMER AF ÅNDELIG ART

I december 2017 udgav Sundhedsstyrelsen nye anbefalinger for den palliative indsats for patienter med livstruende sygdom og palliative behov samt deres pårørende (24). Anbefalingerne skal skabe lighed i adgangen til de palliative behandlingstilbud overalt i landet uanset diagnose og løfte kvaliteten i indsatsen, særligt i forhold til den basale palliative indsats. I anbefalingerne anvendes verdenssundhedsorganisationen WHO's definition af palliativ indsats og rehabilitering for voksne: "Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art." Derudover barsler Sundhedsstyrelsen også med særskilte anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier.

(Kilde: 24)

hun er ikke i tvivl om, at den er brugbar, når sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle skal udøve åndelig omsorg.

"Der findes ikke mange evidensbase-rede og håndgribelige redskaber til dette arbejde. Langtfra alle har medfødte evner, men jeg mener, at man kan træne sig til meget. Der er meget at hente i at være god til at kommunikere," siger Vibeke Østergaard Steinfeldt:

"Og nu, hvor jeg hører, hvordan Mette bruger spørgeguiden, tænker jeg, at eksistentiel kommunikation er et fantastisk redskab til at yde åndelig omsorg. Det er jo eksistensen, der er på spil for patienten, og eksistentiel kommunikation hjælper sygeplejersken til at tale med patienten om det, der er vigtigst lige nu," tilføjer forskeren. ©

Spørgeguiden til "Eksistentiel Kommunikation i Sundhedsvæsenet" er i første omgang udviklet til almen praksis, men bliver nu også udbredt til sygeplejersker og andre faggrupper på Sygehus Lillebælt.

Formålet er at give de professionelle et kommunikationsredskab, som kan hjælpe dem med at begynde og afslutte en samtale om patientens eksistentielle problemer og ressourcer under alvorlig sygdom. Den indeholder forslag til temaer og spørgsmål, som i dansk forskning har vist sig at være relevante for patienterne, og som kan adresseres i en samtale med patienten.

Spørgsmålene kan enten stilles, som de er formuleret i guiden, eller de kan tjene som inspiration til at formulere egne spørgsmål. Det tager ca. 20 min. at komme igennem alle temaerne i guiden, men der vil være situationer, hvor det er godt at dvæle ved et eller flere af temaerne og foreslå patienten en opfølgning ved senere lejlighed.

Forslag til, hvordan sygeplejersker kan indlede samtalen:

"Jeg kunne godt tænke mig at høre noget mere om, hvordan du har det, nu hvor du er blevet syg? Jeg kunne godt tænke mig at vide noget mere om alt det, der ligger rundt omkring selve sygdommen: Hvad sygdommen gør ved det, ved dit liv og dine relationer. At vi får talt om de her ting, kan gøre, at vi kan finde ud af, om der er noget, jeg kan hjælpe dig videre med, så du bedre kan håndtere din sygdom – og få mere ro i sjælen. Har du lyst til at tale med mig om det?"

1. Identifikation af patientens problemer:

- Hvordan har du det? (Hvis patienten glider af på spørgsmålet eller kun refererer til fysiske symptomer, så prøv at gå mere i dybden med følgende spørgsmål: Hvordan er det at være dig lige nu?
- Hvad fylder for dig lige nu?
- Kan du godt finde ro?
- Når man bliver alvorligt syg, kan der opstå tanker om den uvisse fremtid, om man bliver rask og måske også, om der er en mening med, at man er blevet syg. Har du haft sådanne tanker?
- Mange kan komme til at opleve vrede (f.eks. mod nogle af os sygeplejersker eller andre professionelle, ægtefællen, Gud), fortvivlelse eller afmagt? Er det noget, du kan genkende?

- Er der følelser, som du synes er specielt vanskelige at håndtere? (f.eks. selvbebrejdelser, skyldfølelse, manglende tro på fremtiden).
- Er der noget, du går og tænker over, men som du ikke snakker med nogen om?
- Når vi ser mod fremtiden, er der noget, du særligt håber på? (Hvis patienten ikke kan blive rask, skal spørgsmålet fokusere på håb i forhold til andre opnåelige ting) f.eks.:
 - Håber du på at få mere af din gamle hverdag tilbage/at få hverdagen til at fungere godt/bedre?
 - Håber du på at få mere ro og indre styrke?

2. Identifikation af patientens ressourcer:

- Har du nogen eller noget, som du kan støtte dig til i din hverdag?
 - Hvad giver denne støtte dig (er den kilde til trøst, mod, håb, omsorg)?
 - Hvad har hjulpet dig i andre svære perioder, du har været i?
 - Tror du, at det vil kunne hjælpe dig i den situation, du er i nu også?
- For nogle mennesker kan det give noget ro at tro på nogen/noget eller håbe på noget – er det også sådan for dig?
 - Er der nogle bestemte aktiviteter (noget du gør), der kan give dig ro? (f.eks. en bestemt hobby, være i naturen, lytte eller spille musik, fysisk aktivitet, mindfulness, meditation, bøn, kirkegang, bibellæsning, etc.)

3. Handlingsplan og afslutning

- Hvad tror du vil kunne hjælpe dig i din nuværende situation?
- Hvordan kan jeg bedst være en støtte for dig i denne tid?
- Har du brug for at tale med andre (en psykolog/socialrådgiver/præst/imam/andre patienter/komme i en patientforening, en ven/veninde etc.)
- Har du brug for hjælp til at tage kontakt til f.eks. en psykolog/socialrådgiver/præst/imam/andre patienter/en patientforening etc.?
- Kunne du tænke dig, at vi taler mere om de her emner i en senere konsultation?

(Kilde: 21)

Hvad signalerer du?

Den enkelte fagpersons tilgang til patienten er afgørende for, om patienterne får den åndelige omsorg, de har brug for.

Vibeke Østergaard Steinfeldt har af og til hørt forskere diskutere, hvorvidt troende sygeplejersker er bedre til at udøve åndelig omsorg end ikke troende.

”Det er dog ikke noget, jeg kan genkende i min egen forskning. Det afgørende er simpelthen den enkelte fagpersons tilgang til patienten,” siger hun.

I den forbindelse mener hun, at sygeplejersker kan blive klogere på deres egen tilgang ved at reflektere over deres praksis ud fra den model, sygeplejerske og forfatter Grete Schärfe udviklede tilbage i 1988 (se boksen ”Trafiklys – er du rød, gul eller grøn?”, red.) (23).

”Studiet viste bl.a., at de signaler, som sygeplejerskerne sendte, havde betydning for, om patienterne betroede dem deres åndelige behov eller ej. Modellen er udviklet dengang, man primært tænkte religiøs omsorg, men jeg mener, at den sagtens kan bruges i dag,” siger hun.

For nogle kan det røde lys bunde i en frygt for at træde patienterne over tærerne eller blive afvist, men det er ikke nogen undskyldning, siger Vibeke Østergaard Steinfeldt, som i forbindelse med studierne til sin ph.d.-afhandling netop konfronterede en sygeplejerske på hospice med dette – om hun aldrig var bange for at blive afvist?

”Hun svarede nej, selvom hun nogle gange havde oplevet, at en patient blev vred, fordi hun var kommet for tæt på i forhold til at tale om døden. Her måtte sygeplejersken erkende, at patienten mistede tilliden til hende, og en kollega måtte tage over. Men hun sagde, at hun hellere vil gøre forsøget, hvis hun mente, det var det, der skulle til, og så risikere at mislykkes med det, end at hun ville lade være og så efterfølgende opleve, at hun skulle have forsøgt,” fortæller Vibeke Østergaard Steinfeldt.

Signalerer man rødt lys, kan det også bunde i en følelse af utilstrækkelighed – af ikke at være godt nok klædt på til at hjælpe patienten med f.eks. bøn eller meditation.

”Berøringsangst kan skyldes, at man ikke selv er religiøs eller afklaret i forhold til f.eks. sin egen død. Men det må ikke hindre en i at hjælpe patienten. Vend den om – det er patienterne, der skal fortælle, hvad der er vigtigt for dem, og hvordan sygeplejersken kan hjælpe dem – personalet



TRAFIKLYS

[er du rød, gul eller grøn?]

RØDT LYS: Stop! Det bremsende signal.

Sygeplejerskerne sender dette signal

- når hun ikke reagerer på de følere, patienten måtte sende ud for at sondere, om der vil være forståelse for et åndeligt behov
- når hun reagerer affejende, overbærende, bedreviddende eller bagatelliserende på sådanne følere
- når hun virker travl.

GULT LYS: Vent! Det afventende signal.

Sygeplejersken sender dette signal

- når hun lytter og stiller uddybende spørgsmål til noget, patienten har sagt, men ikke spørger ind til patientens åndelige velbefindende eller ønsker af åndelig karakter, uden at patienten har lagt op til det
- når ord, der vedrører tro, eksistens, religion, spiritualitet, kirke, præst mv., undgås i hendes spørgsmål og sprog, og når hun ikke informerer om besøg af præst og andre åndelige tilbud, medmindre hun bliver spurgt om det
- når hun ikke tilkendegiver eget standpunkt, forsøger at være neutral.

GRØNT LYS: Kom! Det inviterende signal.

Sygeplejersken sender dette signal

- når hun lytter og stiller uddybende spørgsmål til noget, patienten har sagt og uopfordret spørger ind til patientens åndelige velbefindende og eventuelle ønsker af åndelig karakter
- når hun uopfordret informerer om besøg af præst, deltagelse i gudstjeneste og andre religiøse tilbud
- når hun tilkendegiver egne forudsætninger og muligheder for at være behjælpelig på det åndelige område
- når ord, der vedrører tro, eksistens, religion, spiritualitet, kirke, præst mv., naturligt indgår i hendes spørgsmål og sprog
- når hun giver patienten valgmuligheder og frihed til at sige fra og til.

(23)

kan altid henvise patienterne videre til f.eks. imam eller præst, hvis det handler om noget religiøst, hvor man ikke selv kan bunde. Og det vil altid være individuelt fra sygeplejerske til sygeplejerske,” siger Vibeke Østergaard Steinfeldt. ●

EKSISTENSLABORATORIUM RUSTER PERSONALET

I erkendelse af, at arbejdet med åndelige og eksistentielle temaer kan være en stor udfordring for sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle, indgik hospitalspræst på Rigshospitalet Maria Baastrup Jørgensen i 2014 et samarbejde med religionssociolog Majbritt Normann for at strikke et efteruddannelsesforløb sammen til medarbejderne.

Resultatet blev de såkaldte eksistenslaboratorier, som er en serie af "laboratorier" af hver to timers varighed, som afholdes med ca. tre ugers mellemrum. Et hold består af 6-8 deltagere, gerne på tværs af faggrupper og specialer. I de tre laboratorier arbejder deltagerne via oplæg og øvelser bl.a. med at få justeret deres egne forventninger og forestillinger i relation til "den svære samtale". I den forbindelse inddrages i høj grad den sundhedsprofessionelles egne oplevede barrierer i forhold til at indgå i eksistentielle samtaler, det kan f.eks. være:

- manglende afklaring om egne værdier
- manglende naturligt sprog om eksistensen
- manglende tid til at yde eksistentiel støtte eller manglende viden om eksistentielle temaer.

Et eksistenslaboratorium tilrettelægges og afvikles af en laboratorieleder, som er uddannet i metoden og har en række øvelser, der kan inspirere holdets arbejde. Efteruddannelsesforløbet tilbydes nu medarbejdere på alle hospitaler i Region Hovedstaden, mens Enhed for Uddannelse, Efteruddannelse og Kompetenceudvikling, Center for HR Region Hovedstaden, også gerne vil have det udbredt til sundhedsprofessionelle i kommuner og almen praksis. Man har derfor netop samlet og udgivet materialet i bogen "Eksistenslaboratorium", som udkom på forlaget Eksistensen den 16. august 2018.

(Kilde: 7 og www.regionh.dk -> Skriv "eksistenslaboratorium" i søgefeltet til højre).

GÆSTEBØGER BUGNER AF TAKNEMMELIGHED

"Jeg tror på, at lægerne ved, hvad de gør. Jeg lægger mit liv i deres hænder ... Men kære Gud, hvad gør man, når Danmarks dygtigste læger løber tør for behandlingsmuligheder? Hvad gør man så? Jeg beder dig give mig styrken til at fortsætte og modet til at kæmpe videre (...)"

Ovenstående citat er skrevet af en 18-årig patient i gæstebogen på Rigshospitalet. Siden 2005 har patienter og pårørende på Rigshospitalet kunnet få luft for deres vrede, bekymringer, håb og drømme ved at skrive i gæstebogen, som ligger fremme i kirkerummet i stueetagen. Mange bøger er blevet fyldt siden da, og flertallet af siderne er fyldt med taksigelser, hvilket egentlig har overrasket hospitalspræsterne lidt, fortæller hospitalspræst Henning Nabe-Nielsen.

"Man kunne godt frygte, at mange ville have brug for at lufte deres frustrationer eller vrede over at blive syge, at det ville blive deciderede klagebøger, men det mest dominerende er "tak". Hilsnerne emmer af taknemmelighed," siger han.

De mange gæstebøger giver et unikt indblik i patienternes eksistentielle, åndelige og religiøse tanker på et tidspunkt, hvor flertallet er alvorligt syge eller døende, supplerer hans kollega Maria Baastrup Jørgensen:

"Både studerende og personale får nogle gange lov til at læse i dem, det giver indblik i en helt unik fortælling," siger hun.

I 2014 udkom bogen "Kirken på kanten – tro, når eksistensen udfordres", som bl.a. analyserer indholdet i de mange udfyldte gæstebøger indtil da og giver et bud på, hvordan folk, der ikke nødvendigvis går til gudstjeneste søndag kl. 10, forholder sig til Gud i deres skrøbelige og sygdomsramte tilværelse.

Referencer

1. Steinfeldt VØ. *Hospice – et levende hus. En analyse af levet liv og omsorg på hospice som bidrag til forståelse af åndelig omsorg.* Roskilde: Roskilde Universitet. 2013.
2. Steinfeldt VØ. *Åndeligt velvære. En kvalitativ undersøgelse af betydningen af den åndelige dimension, som den kommer til udtryk i dialysepatienters oplevelse af deres sygdomsforløb.* Aarhus: Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet. 2004.
3. Steinfeldt VØ. *Eksistentielle og religiøse problemstillinger i sygeplejen.* København: Gads Forlag. 2006.
4. Steinfeldt VØ. *Æstetik og omsorg.* I: Steinfeldt, VØ & Hansen, FT (red.) *Hospice – Æstetik, eksistens og omsorg.* København: Munksgaard 2017:67-78.
5. Steinfeldt VØ. *Åndelig omsorg.* I: Steinfeldt VØ og Hansen FT (red.) *Hospice – Æstetik, eksistens og omsorg.* København: Munksgaard 2017:205-18.
6. Se boksene "Klar tale og Calgary-Cambridge Guiden" og "Eksistentiel kommunikation" på hhv. side 33 og 35 i dette blad.
7. Jørgensen MB, Nielsen MN. *Eksistenslaboratorium. En undervisningsmodel til sundhedsprofessionelle.* Region Hovedstaden. November 2016.
8. Skovsbøl U. *Præst på udebane i hjemmeplejen.* *Kristeligt Dagblad* 07052013. Fundet på www.kristeligt-dagblad.dk 2. august 2018.
9. Nielsen R. *Døende patienter har brug for åndelig omsorg.* *Sygeplejersken* 2006(5):50-3.
10. Prinds C. *Motherhood transition through an existential lens – meaning making among Danish first-timer mothers.* PhD thesis, Institute of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of southern Denmark; 2014.
11. Schärfe G. *Er patientens ret det samme som sygeplejerskens pligt?* *Sygeplejersken* 1983;(2):4-7.
12. Overgaard AE. *Åndelig omsorg – en lærebog.* København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. 2003.
13. Boss M. *Existential Foundation of Medicine and Psychology.* 3rd edn. London: Jason Aronson Inc. 1994.
14. Frølund S. *Helhed og sygdom.* I: Jensen TK, Jensen LU, Kim WC (red.). *Grundlagsproblemer i sygeplejen.* Aarhus: *Philosophia*;1990:192-226.
15. Dam E, Johansen L, Jørgensen BH, Winck O. *Åndelig omsorg bør have mere plads i sygeplejen.* *Sygeplejersken* 2006;(5):54-7.
16. Gunhardsson RN, Svensson A og Berterö C. *Documentation in palliative care: Nursing Documentation in a palliative care unit – a pilot study.* *American Journal of Hospice & Palliative Medicine.* 2008;vol. 25(1):45-51.
17. Nygaard EM. *Hospitaler forsømmer at spørge til åndelige behov.* *Kristeligt Dagblad* 7. sept. 2007. Fundet på www.kristeligt-dagblad.dk den 2. august.
18. Eila HA, Damsgaard JB. *Lær at kommunikere gennem træning.* *Fag&Forskning* 2018;(1):56-60.
19. Bassett B, Lau ME, Ammentorp J, Dinesen J. *Den gode patientsamtale.* København: Munksgaard; 2016.
20. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients.* Third edition. Boca Raton, Florida: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2016.
21. Hvidt EA, Søndergaard J, Hansen DG, Olesen F, Bjerrum L, Ammentorp J, Timmermann C, Timm H, Palshof T, Pedersen SS, Guldbrandsen P, Cold S, Hvidt NC. *Eksistentiel kommunikation i almen praksis.* *Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet;* November 2015.
22. Kjeldsen SB. *Familiefokuseret sygepleje er roden til bedre behandling.* *Dialog. Fag&Forskning* 2018;(1):22-35.
23. Schärfe G, Rosenkvist S. *Bliv parat til åndelig omsorg.* *Sygeplejersken* 2008;(5):44. Bearbejdet efter Schärfe G. *Åndelig omsorg – sygeplejerskens rolle? En litteraturanalyse.* *Dansk Sygeplejeråd;* 1988.
24. *Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats.* København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
25. Steinfeldt VO. *What is the Essence of Spiritual Care? A Danish Hospice Perspective.* *Journal of Christian Nursing* 2016;33(3):150-5.

Kun få instrumenter kan anvendes til screening af ernæring

Ernæringscreening. Scoping review identificerer alle instrumenter, der er udviklet til ernæringscreening af voksne personer i primærsektor og beskriver, hvordan instrumenterne er valideret.



Håkonsen SJ, Pedersen PU, Bjerrum M, Bygholm A, Peters MDJ. **Nursing Minimum Data Sets for documenting nutritional care for adults in primary healthcare: a scoping review.** JBI Database System Rev Implement Rep. 2018 Jan;16(1):117-39. doi: 10.11124/JBIS-RIR-2017-003386

Introduktion: Dette scoping review har identificeret artikler, som rapporterer resultater fra validering af instrumenter til ernæringscreening hos borgere i primærsektor. Et scoping review er en form for systematisk review, hvor det er hensigten at kortlægge den eksisterende forskning inden for et velafgrænset felt. Der kan indgå kvantitative og/eller kvalitative studier. Der foretages almindeligvis ikke en kvalitetsvurdering af de inkluderede studier, derfor er evidens af scoping reviews lav. Der bliver udelukkende afrapporteret eksisterende forskning, hvorefter man kan tage stilling til, om der er materiale til f.eks. at udarbejde et systematisk review eller igangsætte ny forskning.

Formål: At identificere alle instrumenter, der er udviklet til ernæringscreening af voksne personer i primærsektor, og beskrive, hvordan instrumenterne er valideret. Desuden var målet at identificere eksperter udsagn om, hvad der bør indgå i en ernæringsvurdering, samt patienter og pårørendes synspunkter vedr. ernæringscreening. Resultaterne skal danne grundlag for udarbejdelse af et minimum-datasæt for dokumentation om ernæring i praksis.

Metode: Der er udarbejdet en søgestrategi og søgt efter artikler i en lang række internationale databaser: PubMed, CINAHL, Embase, Scopus, Swemed, MedNar, CDC, MEDION, Health Technology Assessment Database, TRIP database, NTIS, ProQuest Dissertations and Theses, Google Scholar, Current Contents. Der blev fundet 3.001 artikler. Ved sortering på titel og abstracts blev der identificeret 33 artikler, der

omhandlede validering af screeningsinstrumenter i primær sektor, og to artikler, der omhandlede ekspertudsagn om ernæringscreening.

Resultater: Der er publiceret 29 forskellige screeningsinstrumenter, der er valideret i forskellig udstrækning. Ekspertudsagnene viser, at det anbefales, at ernæringsstatus foretages ved at kombinere data indsamlet ved anvendelse af et valideret screeningsinstrument og data indsamlet ved en grundig undersøgelse. Der blev ikke fundet studier om patienters og pårørendes synspunkter om ernæring.

Diskussion: Eksperterne vurderer, at der skal anvendes et valideret screeningsinstrument som en del af den samlede bedømmelse. Gennemgangen viser, at kun to instrumenter ud af 29 var grundigt validerede. Ved valg af screeningsinstrument er det derfor ikke nok udelukkende at søge efter et valideret instrument, der skal også undersøges, hvor omfattende instrumentet er valideret.

Konsekvenser for praksis: Resultaterne giver en oversigt over eksisterende instrumenter udviklet til brug i primærsektor og viser, at hvis der skal implementeres et screeningsinstrument vedr. ernæring i primærsektor, er der reelt kun meget få instrumenter, der kan indgå i overvejelserne. ●

Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., professor MSO, Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for sundhedsvidenskab og Teknologi, Aalborg Universitet.

Send en informativ eller opmuntrende SMS til patienten

Forebyggelse. SMS'er fra konsultationssygeplejersken kan hjælpe overvægtige til vægttab og forebyggelse af sygdom.



Vija Silina et al.
Text messaging (SMS) as a tool to facilitate weight loss and prevent metabolic deterioration in clinically healthy overweight and obese subjects: a randomised controlled trial.
Scand J Prim Health Care, 2017 Sep; 35(3): 262-70. Doi: 10.1080/02813432.2017.1358435

Introduktion: Forebyggelse af diabetes og hjertekar-sygdomme hænger nøje sammen med livsstil, og for personer, der er overvægtige eller svært overvægtige, kan en reduktion på mindst 10 pct. i vægt og taljemål forsinke eller reducere forekomsten af disse sygdomme.

Metode: På et sundhedscenter i Riga, Letland, undersøgte forskerne i en randomiseret kontrolleret undersøgelse, om én SMS hver anden uge kan fremme reduktion i vægt, BMI og taljemål samt medføre gunstige ændringer i lipidprofil og insulinniveauer hos klinisk sunde overvægtige og svært overvægtige personer. En reduktion i vægt og taljemål på 10 pct. var målet, og alle modtog vejledning i kost og motion ved studiets start. Kun interventionsgruppen fik det følgende år de samme råd via SMS. Indholdet var informativt f.eks. "grøntsager indeholder ikke kolesterol", "et glas tomatjuice indeholder 40 kcal – appelsinjuice 120 kcal" eller opmuntrende/adfærdsvejledende beskeder som f.eks. "brug sæsonbetonede grøntsager, når de dufter og smager bedst", "brug altid trappen i stedet for elevatoren".

Resultater: I alt 123 overvægtige og svært overvægtige mænd og kvinder i alderen 30-45 år deltog. Interventionsgruppen (65 deltagere) oplevede et statistisk signifikant fald i vægt (2,4 pct.), BMI og taljemål (4,8 pct.), mens kontrolgruppen viste en statistisk ikke-signifikant stigning i vægt og BMI og fald i taljemål. Analyserne viste statistisk signifikante forskelle mellem grupperne i løbet af

et år på vægt (-3,4 kg (95 pct. CI: -5,5, -1,3)), BMI kg/m² (-1,14 (95 pct. CI: -1,9, -0,41)), taljemål (-4,6 cm (95 pct. CI: -6,8, -2,3)), hofteomkreds (-4,0 cm (95pct. CI: -5,9, -2,0)) og fastende insulin (2,43 µU/ml (95 pct. CI: 0,6, -4,3)). Ændringer i glucose og lipidniveauer var statistisk ubetydelige i begge grupper.

Diskussion: Deltagerne opnåede ikke en reduktion på 10 pct., men enhver reduktion eller undgået øgning i vægt m.m. er ønskværdigt mhp. sygdomsforebyggelse. SMS'er en billig og nem måde at fremme dette på, og en individualisering vil formentlig fremme yderligere vægttab m.m.

Konsekvenser for praksis: SMS-beskeder til klinisk sunde, men overvægtige borgere, muliggør en mindre reduktion i vægt, BMI og taljemål.

Kommentar: De mange apps, der er udviklet til at understøtte et vægttab, har muligvis en effekt for en del af os. Men en SMS fra en konsultationssygeplejerske eller anden sundhedsperson, som borgeren har mødt personligt og skal møde igen, øger formentlig motivationen og fremmer dermed sundheden. ●

Helle Svenningsen, lektor, MKS, ph.d. Sygeplejerskeuddannelsen VIA University College, Aarhus

En livline for patienten

Intervention. Et enkelt spørgsmål kan afsløre, hvor belastet en kvinde er af diagnosen brystkræft. Svaret kan bruges til at identificere særligt sårbare patienter og dermed afsløre behovet for målrettet rehabilitering.



BIRGITTE GOLDSCHMIDT MERTZ
Klinisk forsknings- og udviklingssygeplejerske,
Brystkirurgisk afdeling, Rigshospitalet



PERNILLE ENVOLD BIDSTRUP
Psykolog, ph.d., seniorforsker, gruppeleder
Kræftens Bekæmpelses center for kræftforskning

Brystkræft er den hyppigste kræftsygdom blandt danske kvinder, og flere end 4.500 nye tilfælde behandles hvert år.

Brystkræftpatienter behandles kirurgisk med enten brystbevarende operation efterfulgt af strålebehandling eller fjernelse af hele brystet. Den medicinske behandling består oftest af kemoterapi og/eller antihormonbehandling. De fleste patienter har således et forløb i både kirurgisk og onkologisk afdeling og i stråleterapiafdelingen.

Prognosen for brystkræft er væsentligt forbedret gennem de sidste årtier, hvilket betyder, at der i dag lever flere end 65.000 kvinder i Danmark, som tidligere er behandlet for brystkræft.

Det er velkendt, at en del af disse kvinder lider af fysiske og psykologiske senfølger i lang tid efter diagnose og behandling. Med et stigende antal kræftoverlevende bør der fokuseres på støtte og rehabilitering. Udfordringen er fortsat, hvordan patienter med særlige behov identificeres, og hvordan støtte i praksis tilpasses den enkelte.

Et redskab til identifikation af særligt sårbare patienter

Efter indførelse af optimerede patientforløb i brystkirurgiske afdelinger er indlæggelsestiden markant forkortet, og størstedelen af kvinderne udskrives i dag 4-6 timer efter operationen.

Forundersøgelse og efterkontroller foregår ambulant, så de kirurgiske sygeplejersker har kun kort tid til at lære patienterne at kende og vurdere eventuel særlig sårbarhed. Vi har i et tidligere studie vist, at det er muligt at identificere psykologisk sårbare kvinder med brystkræft allerede på diagnosetidspunktet ved at anvende et kortfattet screeningsinstrument, belastningstermometeret.

Det består af et enkelt spørgsmål, hvor kvinderne på en skala fra 0-10 bedes angive, hvor belastede de har følt sig i den forgangne uge. Kvinder, som scorer 7 eller derover, vurderes som moderat til svært psykologisk belastede og har behov for en målrettet rehabiliteringsindsats. Det synes

derfor oplagt at undersøge, om det er muligt at gøre en særlig indsats for disse kvinder og dermed mindske deres belastning.

Sygeplejersken som navigator

Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation til kræftpatienter anbefaler løbende screening for fysiske og psykiske symptomer samt sociale og eksistentielle problemer. Internationale studier peger på, at en sygeplejerske-navigator, som følger patienterne under behandlingen, måske kan være en farbar vej.

Vi udviklede derfor et nyt program for særligt sårbare brystkræftpatienter med løbende screening for fysiske og psykologiske symptomer og et tilbud om samtaler med en navigator. Vi afprøvede programmet i et pilotprojekt, og resultaterne af studiet bringes i dette nummer af Fag og Forskning – læs siderne 42-53.

Navigator samtalen med udgangspunkt i patientens behov

Navigatoren er en sygeplejerske med særlig viden og særlige kompetencer inden for brystkræft, psykologiske problemstillinger og kommunikation. Samtalerne (se figur 1) tog udgangspunkt i patienternes behov. De byggede på den kognitive metode og fulgte en samtalemanual.

Nogle samtaler drejede sig om følelsesmæssige eller eksistentielle problemstillinger, mens andre havde fokus på mere praktiske, konkrete problemer. Fælles for samtalerne var dog målet om at få patienten til at se og anvende sine egne ressourcer og give hende redskaber til at håndtere problemerne.

Det var ligeledes vigtigt at rådgive patienten om eksisterende rehabiliterings-tilbud og tilskynde hende til at deltage i kommunal rehabilitering.

En hjælp til sammenhæng i behandlingsforløbet

Kræftpatienter oplever forløb præget af mange kontakter til både kirurgiske og onkologiske afdelinger, egen læge og

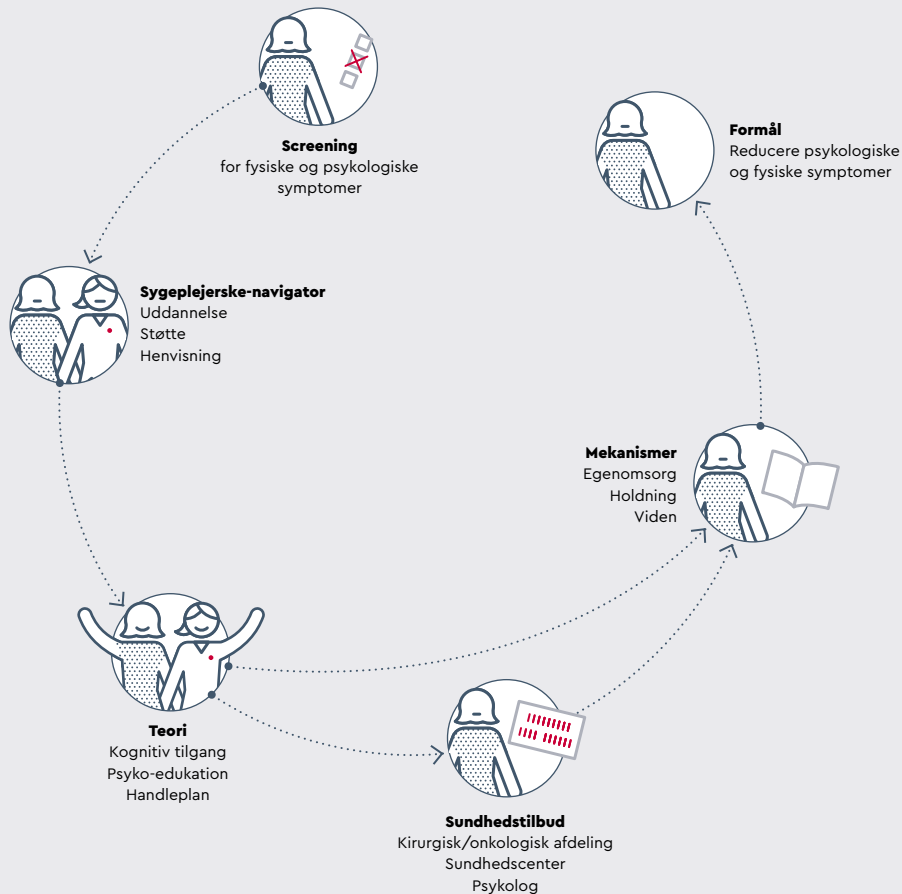
kommunal rehabilitering, og det er velkendt, at dette kan virke meget overvældende og uoverskueligt for patienterne.

Flere end 80 pct. af deltagerne i pilotprojektet oplevede, at navigatoren hjalp dem til at skabe sammenhæng i deres behandlingsforløb, se tabel 3 i artiklen side 50. Samtidig fandt vi en signifikant reduktion i patienternes oplevelse af psykologisk belastning, angst og depression.

Vi er derfor nu i gang med et hovedstudie, hvor vi i en forbedret udgave afprøver en kombination af screening med patient-rapporterede data og samtaler med en sygeplejerske-navigator. Studiet er finansieret af Trygfonden og forventes afsluttet i 2022.

Hvis vi genfinder en overbevisende effekt af interventionen, er det vores håb at kunne indføre et tilbud om sygeplejerske-navigation til særligt sårbare brystkræftpatienter som en fast del af praksis. ©

Figur 1. Rebecca - model for interventionen



Figuren skabt efter forlæg af Signs & Wonders

KVINDER OPERERET FOR BRYSTKRÆFT HAR GAVN AF HJÆLP MOD FYSISKE OG PSYKISKE SENFØLGER

BAGGRUND. Brystkræft er den hyppigste kræftsygdom blandt danske kvinder. En del af de kvinder, som tidligere er behandlet for brystkræft, lider af fysiske og psykologiske senfølger i lang tid efter diagnose og behandling.

FORMÅL. At bestemme gennemførligheden og effekten af en intervention i form af individualiseret sygeplejerskenavigation for at afhjælpe psykologisk belastning, angst, depression og forbedre den helbredsrelaterede livskvalitet hos kvinder, som er blevet behandlet for brystkræft og oplever moderate til svære psykologiske og fysiske symptomer.

METODE. 50 nydiagnosticerede kvinder med brystkræft, som rapporterede psykologisk belastning før operation, blev fortløbende inkluderet i en pilotundersøgelse og randomiseret 1:1 til interventions- eller kontrolgruppen. Deltagerne udfyldte spørgeskemaer ved baseline samt efter seks og 12 måneder. Det primære udfald var psykologisk belastning, og de sekundære udfald var angst, depression, helbredsrelateret livskvalitet og gennemførlighed af interventionen.

Angst og depression hos brystkræftopererede kan lindres

Intervention. Et pilotprojekt bekræfter, at individuelt tilpasset sygepleje udført af en sygeplejenavigator har signifikant effekt på psykologisk belastning hos kvinder opereret for brystkræft efter 12 måneder. .

RESULTATER. Kvinder i interventionsgruppen rapporterede signifikant større tilfredshed med behandling og rehabilitering og lavere niveauer af psykologisk belastning (gennemsnit 2,7 vs. 5,1, $p < 0,01$), angst (gennemsnit 5,1 vs. 7,8, $p = 0,02$) og depression (gennemsnit 2,2 vs. 4,4, $p = 0,04$) efter 12 måneder i sammenligning med kontrolgruppen. Der blev ikke fundet nogen signifikant effekt på helbredsrelateret livskvalitet i interventionsgruppen.

KONKLUSION. Undersøgelsen viste lovende resultater mht. gennemførligheden af den individualiserede sygeplejerskeintervention. Der var ingen signifikant effekt efter seks måneder, men statistisk signifikant effekt på belastning, angst og depression 12 måneder efter diagnosen. Resultaterne vil medvirke til at udvikle rehabilitering til de mest sårbare patienter.

I Introduktion

Behandling for brystkræft kan have negative følger for kroppens funktion. Kroniske smerter efter brystkræftbehandling forekommer hos op til 60 pct. af patienterne (1).

Nedsat bevægelighed af arm og skulder er meget udbredt (2), og vedvarende kræftrelateret træthed er rapporteret af ca. 20 pct. af brystkræftpatienterne (3). Brystkræftpatienter kan desuden opleve psykologiske reaktioner, herunder psykologisk belastning (op til 77 pct.) (4), angst (17 pct.), depression (26 pct.) (5) og længerevarende sygefravær (6).

I Danmark tilbyder kommunerne rehabilitering til håndtering af kræftrelaterede symptomer og bivirkninger, men kvinder, der behandles for brystkræft, rapporterer stadig om behov for yderligere støtte og symptomhåndtering (7).

For at imødekomme behovet for støtte er screening for symptomer ved hjælp af patientrapporterede oplysninger blevet anvendt til at forbedre kræftrehabilitering, og selv om resultaterne har været blandede, har nogle få undersøgelser vist lovende kliniske fordele (8) og reducerede symptomer (9).

Belastningstermometeret er udbredt som redskab til at identificere kræftpatienter med risiko for at udvikle psykologiske problemer og har trods en beskednen nøjagtighed (10) vist sig at være nyttigt som en første screening (11).

Identifikation af patienter i risikogruppen vil sandsynligvis ikke i sig selv forbedre deres trivsel, og der er behov for yderligere tilbud (12).

Patientnavigatorer har medvirket til at optimere kræftbehandling og forbedre gennemførelse af behandlingen ved at lette patienternes adgang til ydelser (13,14), ved at støtte dem i at navigere i komplekse kræftbehandlingsområder og yde dem støtte (15).

Specialiserede sygeplejersker har vist sig at være de mest optimale navigatører pga. deres kompetencer inden for patientvurdering, understøttende pleje og koordinering med andre klinikere (13).

Der er udført nogle få randomiserede kontrollerede studier af onkologiske navigationsprogrammer (15-17), og ingen af dem påviste en signifikant effekt på selvrapporterede psykologiske symptomer.

FORFATTERE



**BIRGITTE
GOLDSCHMIDT
MERTZ**

Klinisk forskningssygeplejerske, SD. Modtog i 1999 Nightingaleprisen for etablering af det gode patientforløb for kvinder med brystkræft.



**PERNILLE
ENVOLD
BIDSTRUP**

Psykolog, ph.d., leder af forskningsgruppen Psykologiske og Adfærdsmæssige Aspekter i Livet efter Kræft, Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning.

MEDFORFATTERE OG ARBEJDSSTEDER

Birgitte Goldschmidt Mertz, RN¹

Anne Katrine Duun-Henriksen², cand. polyt., ph.d.

Niels Kroman¹, læge, dr.med.

Christoffer Johansen³, læge, ph.d.

Kenneth Geving Andersen⁵, læge, ph.d.

Michael Andersson⁴, læge, dr.med.

Ulla Breitenstein Mathiesen⁴, RN

Jette Vibe-Petersen⁶, læge

Susanne Oksbjerg Dalton³, læge, ph.d.

Pernille Envolv Bidstrup³, cand.psych., ph.d.

¹ Brystkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet, København

² Statistik, Bioinformatik og Registre, Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning, København.

³ Forskningsenheden Livet efter Kræft, Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning, København.

⁴ Onkologisk Klinik, Rigshospitalet, København.

⁵ Enhed for Kirurgisk Patofysiologi, Rigshospitalet, København.

⁶ Center for Kræft og Sundhed København, København.

KORSPONDERENDE FORFATTER

Birgitte Goldschmidt Mertz,
birgitte.mertz@regionh.dk

Ifølge forfatterne er der ingen interessekonflikter. Forfatterne har det fulde ansvar for denne artikels indhold og udarbejdelse.

Denne undersøgelse blev støttet af Trygfonden (J.nr. 7-12-0141). Fonden havde ingen indflydelse på hverken undersøgelsens design eller indsamling, analyse og tolkning af data.

Formålet med denne pilotundersøgelse var at vurdere gennemførligheden af en ny intervention i form af individuelt tilpasset sygeplejerskenavigation og dens effekt på psykologiske og fysiske symptomer hos kvinder, der behandles for brystkræft og oplever moderat til svær psykologisk belastning. I post hoc-analyser sigtede vi mod at fastslå, om lav belastning hos patienter i observationsgruppen ved baseline udviklede sig til høj belastning over tid. Vi undersøgte således forskelle i udviklingen af udfald i kontrol- vs. observationsgruppen.

M Metoder

Vi designede en pilotundersøgelse for at teste gennemførligheden af og etisk berettigede et stort randomiseret kontrolleret studie med potentiel generaliserbarhed for kvinder med brystkræft. Vores hypotese var, at interventionen ville have en positiv, men ikke nødvendigvis statistisk signifikant effekt på patient-rapporteret psykologisk belastning og sekundære udfald. Vi definerede en positiv effekt som en større reduktion i belastnings-, angst- og depressionssymptomer og en større stigning i helbredsrelateret livskvalitet i interventions- vs. kontrolgruppen.

Protokollen blev godkendt af den regionale videnskabetiske komité (H-1-2013-030) og Datatilsynet (2012-41-1238).

Deltagere og procedure

Deltagerne blev rekrutteret mellem juli 2013 og juli 2014 på Brystkirurgisk Afdeling på Rigshospitalet. Alle egnede kvinder med nydiagnosticeret primær brystkræft blev fortløbende af en projektsygeplejerske inviteret til at deltage i undersøgelsen ved deres sidste præoperative besøg på ambulatoriet.

Inklusionskriterierne var: >18 år gammel, dansk-talende, ingen svær kognitiv eller psykiatrisk funktionsnedsættelse, fysisk i stand til at deltage i rehabilitering og bopæl i Københavns Kommune (for at sikre ensartethed i rehabiliteringstilbuddene). Kvinder, der gav informeret samtykke, udfyldte et spørgeskema, som indeholdt belastningstermometeret, ved baseline før operationen.

Vi ønskede at udvikle og afprøve en intervention rettet mod de mest sårbare kvinder med brystkræft, som oplevede moderat til svær belastning, idet vi antog, at kvinder med lavt belastningsniveau ville kunne klare sig med de eksisterende rehabiliteringstilbud. Vi ønskede også at fokusere på patienter med moderat til svær belastning for at undgå en potentiel lofteffekt, der ville forhindre os i at påvise en forbedring hos kvinder, der f.eks. ikke har belastnings-symptomer.

På grund af resultater fra vores tidligere valideringsstudie med danske brystkræftpatienter (18) valgte vi at identificere patienter med moderat til svær belastning vha. en score på ≥ 7 . Patienter, der rapporterede høj belastning (score ≥ 7) ved baseline, blev således inkluderet i pilotundersøgelsen. Mindre belastede patienter (score < 7) blev ekskluderet fra pilotundersøgelsen, men blev fulgt sideløbende som observationsgruppe.

Af de 581 patienter, der blev screenet for egnethed, blev 442 ekskluderet, primært fordi de boede uden for København, se figur 1. Af de 139 inviterede patienter indvilligede 116 (83 pct.) i at deltage og udfyldte belastningstermometeret ved baseline.

I alt 66 patienter scorede < 7 og blev fulgt som observationsgruppe, mens 50 patienter (43 pct.) blev inkluderet i pilotundersøgelsen og randomiseret (1:1) til enten interventions- eller kontrolgruppen.

Alle patienter i alle tre grupper (kontrol, intervention og observation) blev bedt om at udfylde spørgeskemaer ved baseline samt efter seks og 12 måneder. Patienterne i interventionsgruppen udfyldte yderligere tre korte screeningsspørgeskemaer efter en uge, ni uger og 18 uger.

Målemetoder og udfald

Det primære og de sekundære udfald blev målt med spørgeskemaer ved baseline, efter seks måneder og 12 måneder. Det primære udfald var psykologisk belastning defineret som en oplevelse af psykologisk (kognitiv, adfærdsmæssig, emotionel), social og/eller spirituel karakter, der kan hæmme evnen til effektiv håndtering af kræft, dens fysiske symptomer og dens behandling (19).

Belastningen blev målt ved hjælp af belastningstermometeret, en numerisk skala fra 0 (ingen belastning) til 10 (ekstrem belastning), med en cut-off score på ≥ 7 , som ifølge et dansk studie og bekræftet i et nyligt hollandsk studie identificerer patienter med moderat til svær belastning (18,20).

Belastning målt med belastningstermometeret blev valgt som primært udfald, fordi det er et bredt begreb, der dækker en vifte af følelser og symptomer. De mere specifikke sekundære udfald var angst og depression samt helbredsrelateret livskvalitet, fysisk og emotionel funktion og specifikke symptomer.

Angst og depression blev målt med HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) med en score på ≥ 8 til identifikation af patienter med angst eller depression (21). Helbredsrelateret livskvalitet blev vurderet på skalaerne for generel helbredstilstand, fysisk funktion og emotionel funktion på EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30 (22). Alder, uddannelsesniveau, partnerstatus og beskæftigelsesstatus blev indhentet i baseline-spørgeskemaet. Kliniske og behandlingsre-

laterede oplysninger (brystoperation, aksilindgreb, kemoterapi, strålebehandling, endokrin behandling) blev indhentet fra elektroniske patientjournaler. I post hoc-analyser ønskede vi at belyse, om lav belastning hos patienter i observationsgruppen ved baseline udviklede sig til høj belastning over tid. Vi undersøgte således forskelle i udviklingen af udfald i kontrol- vs. observationsgruppen.

Følelse af tryk og tilfredshed, tro på egen formåen, viden og støtte blev målt som ikke-validerede enkeltstående punkter i spørgeskemaet ved 12 måneder. Desuden blev deltagerne i interventionsgruppen bedt om at besvare seks spørgsmål vedrørende tilfredshed med navigator-samtalerne i spørgeskemaet ved 12 måneder.

Interventionens indhold

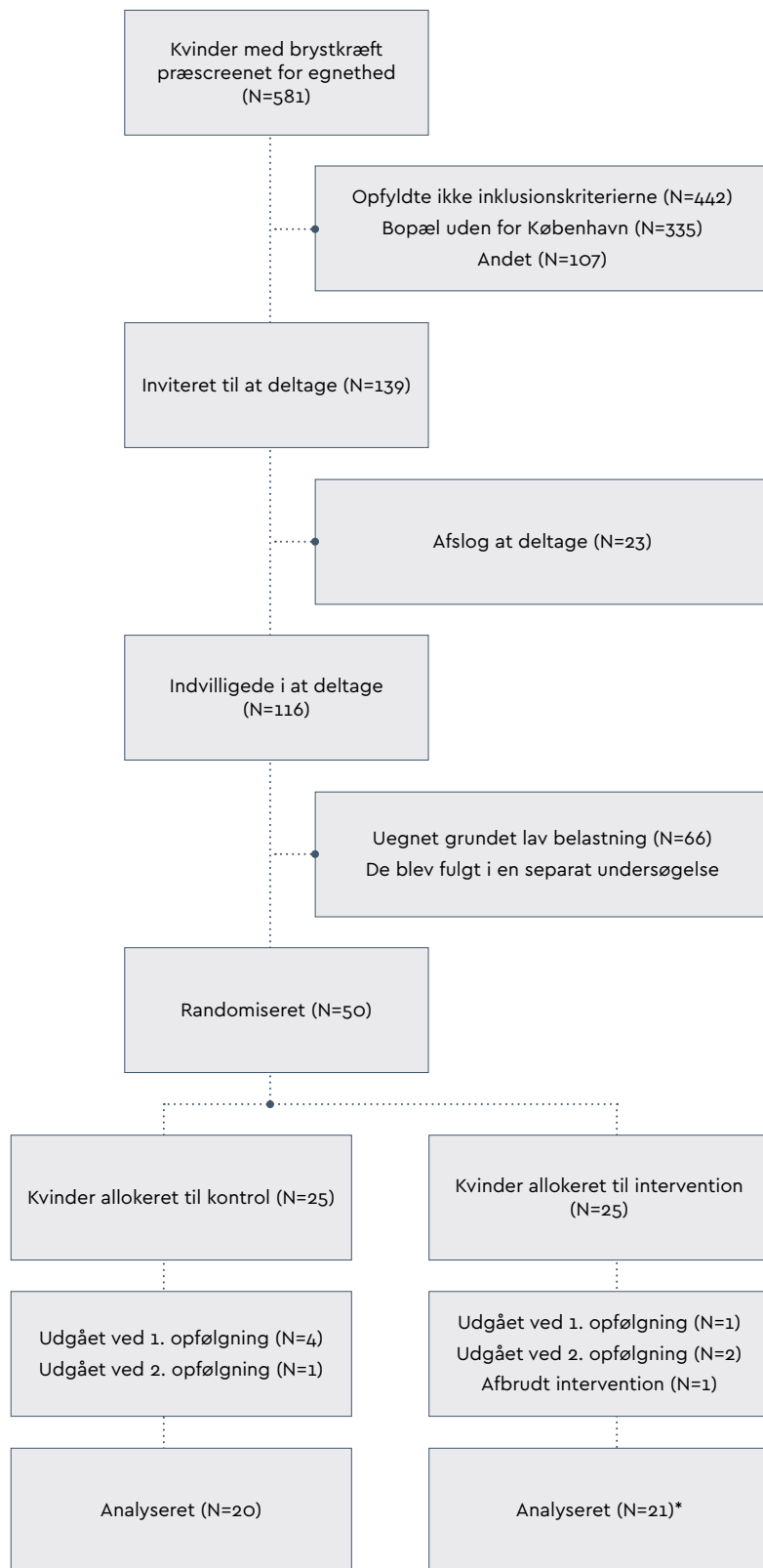
Interventionen er detaljeret beskrevet i en tidligere artikel (23). Formålet med interventionen var at forbedre patientrapporterede psykologiske og fysiske symptomer ved hjælp af symptomscreening og rådgivning fra en klinisk sygeplejerske-navigator. Ud over udfyldelsen af spørgeskemaer ved baseline, seks og 12 måneder rapporterede patienterne i interventionsgruppen psykologiske og fysiske symptomer (belastningstermometer, HADS og QLQ-C30) ved screening en, ni og 18 uger efter operation. En positiv screening blev defineret som en score over normen på ≥ 7 på belastningstermometeret, ≥ 8 for angst og depression eller over normen for de forskellige mål for helbredsrelateret livskvalitet (22) på et hvilket som helst af de fire vurderingstidspunkter og var udgangspunkt for samtale mellem patienten og sygeplejerske-navigatoren.

En erfaren sygeplejerske med speciale i brystkræft stod for navigationen, som omfattede individuel manualiseret rådgivning baseret på strategier fra kognitiv terapi og psykoedukation til at motivere og støtte patienterne i selv at håndtere deres symptomer og gøre brug af eksisterende rehabiliterings tilbud på hospitalet eller Center for Kræft og Sundhed København – det lokale rehabiliteringscenter (23).

Den første samtale foregik personligt, mens de efterfølgende samtaler foregik enten personligt eller telefonisk afhængigt af individuelle behov. Hver samtale omfattede: 1) Empatisk lytning og dialog, 2) fælles empirisk udforskning (patientens private verden og navigatorens professionelle standarder), 3) behovsvurdering ud fra patientrapporterede udfald og dialog med patienten, 4) psykoedukation, 5) opsætning af mål, 6) aftaler og plan for handlinger samt 7) debriefing.

Navigatoren kunne henvise patienten til op til seks individuelle samtaler med en projektpsycholog på Center for Kræft og Sundhed København, som blev gennemført af Kræftens Bekæmpelses rådgiv-

Figur 1. Flowdiagram



* 1 person afbrød interventionen, men er fortsat inkluderet i analyserne.



ningsenhed. Patienterne i interventionsgruppen modtog samme behandling og pleje som beskrevet for kontrolgruppen.

Kontrolgruppe

Patienterne i kontrolgruppen modtog standardbehandling inklusive sygepleje på hospitalets kirurgiske, onkologiske og strålebehandlingsafdelinger. Desuden blev alle patienterne henvist til rehabiliteringscenteret. De fleste patienter, der var i kemoterapi, havde som standard op til 7 kontakter i ambulatoriet eller telefonisk med sygeplejersken på den kirurgiske afdeling og seks til otte på den onkologiske afdeling under den adjuverende behandling, der normalt varede 4-6 måneder. Sygeplejen kunne som standard omfatte rådgivning, psykosocial støtte, smertehåndtering, forebyggelse af kvalme og opkastning, midlertidig brystprotese samt information.

Statistiske analyser

Demografiske forskelle mellem de to undersøgelsesgrupper (intervention og kontrol) ved baseline

blev analyseret med t-test. For at belyse forskellene på tværs af de tre grupper (intervention, kontrol og observation) afbildede vi individuelle patienters forløb for psykologisk belastning, angst og depression over tid fra baseline til opfølgningen efter seks og 12 måneder.

For at belyse gennemførligheden undersøgte vi deltagelsesrater og sammenlignede patienternes oplevelse af interventionen målt med fem spørgsmål vedrørende tilfredshed med standardbehandlingen efter 12 måneder (i interventionsgruppen og kontrolgruppen) og seks spørgsmål vedrørende tilfredshed (kun interventionsgruppen).

For at belyse deskriptive forskelle i scorerne i kontrol- vs. interventionsgruppen ved opfølgning efter seks og 12 måneder beregnede vi gennemsnit, standardafvigelser, procenter og standardiserede effektstørrelser (Cohens d) for alle udfald.

For at vurdere forskelle i score for interventions- vs. kontrolgruppen over tid anvendte vi effekt-modeller for gentagne målinger af kontinuerte udfald (MMRM – mixed-effect models for repeated

Tabel 1. Demografiske og behandlingsrelaterede karakteristika

Demografiske og behandlingsrelaterede karakteristika blandt 50 danske brystkræftbehandlede kvinder fordelt på randomiseringsgrupper og for 64 ikke-randomiserede kvinder i observationsgruppe.

Karakteristika	Kontrolgruppe Antal (%)	Interventionsgruppe Antal (%)	p for forskel i kontrol- vs. interventionsgruppen	Observationsgruppe Antal (%)
Samlet antal	25 (50,0)	25 (50,0)		64
Alder, år, gennemsnit (SD)	55,0 (9,8)	50,9 (12,1)	0,20	58,5
Uddannelse			0,23	
Erhvervsuddannelse	4 (16)	0 (0)		7 (11)
Grundskole eller gymnasium	3 (12)	1 (4)		10 (16)
Videregående uddannelse	18 (72)	24 (96)		45 (70)
Ukendt	0	0		2 (3)
Beskæftigelsesstatus			0,76	
Arbejdsløs eller pensioneret	7 (28)	9 (36)		25 (39)
Ansæt (fuld tid eller deltid)	18 (72)	16 (64)		38 (59)
Ukendt	0	0		1 (2)
Partnerstatus			0,58	
Enlig	9 (36)	10 (40)		29 (45)
Gift eller samboende	16 (64)	15 (60)		33 (52)
Ukendt	0	0		2 (3)
Brystoperationstype			0,56	
Mastektomi	8 (32)	11 (44)		17 (26)
Brystbevarende operation	17 (68)	14 (56)		47 (74)
Aksilindgreb			0,38	
Sentinel node-biopsi	18 (72)	14 (56)		38 (58)
Aksillær lymfeknudedissektion	7 (28)	11 (44)		26 (42)
Kemoterapi	14 (56)	21 (84)	0,06	38 (60)
Strålebehandling	21 (84)	23 (92)	0,66	58 (90)
Endokrin behandling	21 (84)	23 (92)	0,66	57 (89)

Forkortelser: SD: Standardafvigelse (Standard Deviation).

Bemærk: Kvinderne i kontrolgruppen og interventionsgruppen scorede ≥ 7 på belastningstermometeret ved baseline, mens kvinderne i observationsgruppen scorede < 7 .

measures) med scoren som udfald – og med observationstid, baselinescore og behandlingsgruppe som forklaringsvariable og de enkelte patienter som en tilfældig variabel. Et vekselvirkningsled mellem behandlingsgruppe og observationstid blev inkluderet i modellerne.

For at vurdere følsomheden over for manglende observationer blev modellerne tilpasset til tre forskellige versioner af dataene: en med alle tilgængelige data, en udelukkende med patienter med komplette data, og endelig en, hvor manglende observationer blev imputeret ud fra information om gruppeallokering, baselinescore og observationstid.

Der blev udført post hoc-analyser for at vurdere den kliniske betydning af interventionens effekt; andelen af patienter med høj psykologisk symptombyrde (belastning ≥ 7 , angst ≥ 8 , depression ≥ 8) i interventionsgruppen og kontrolgruppen ved henholdsvis baseline og ved opfølgning efter 12 måneder blev sammenlignet ved hjælp af Fishers eksakte test.

For at fastslå, om lav belastning ved baseline hos patienter i observationsgruppen udviklede sig til høj belastning over tid, undersøgte vi forskelle i kontrol- vs. observationsgruppen med samme procedure som for interventions- vs. kontrolgruppen. Konfidensintervaller og p-værdier for forskellene mellem grupperne i udfaldsscore efter seks og 12 måneder blev baseret på en multivariat normalfordeling med et 95 pct. familie-baseret konfidensniveau for hvert udfald for sig (24).

Analyserne blev baseret på intention-to-treat, og alle p-værdier blev sammenlignet ved signifikansniveauet $\alpha = 0,05$. Beregningerne blev gennemført med R-pakker (25,26).

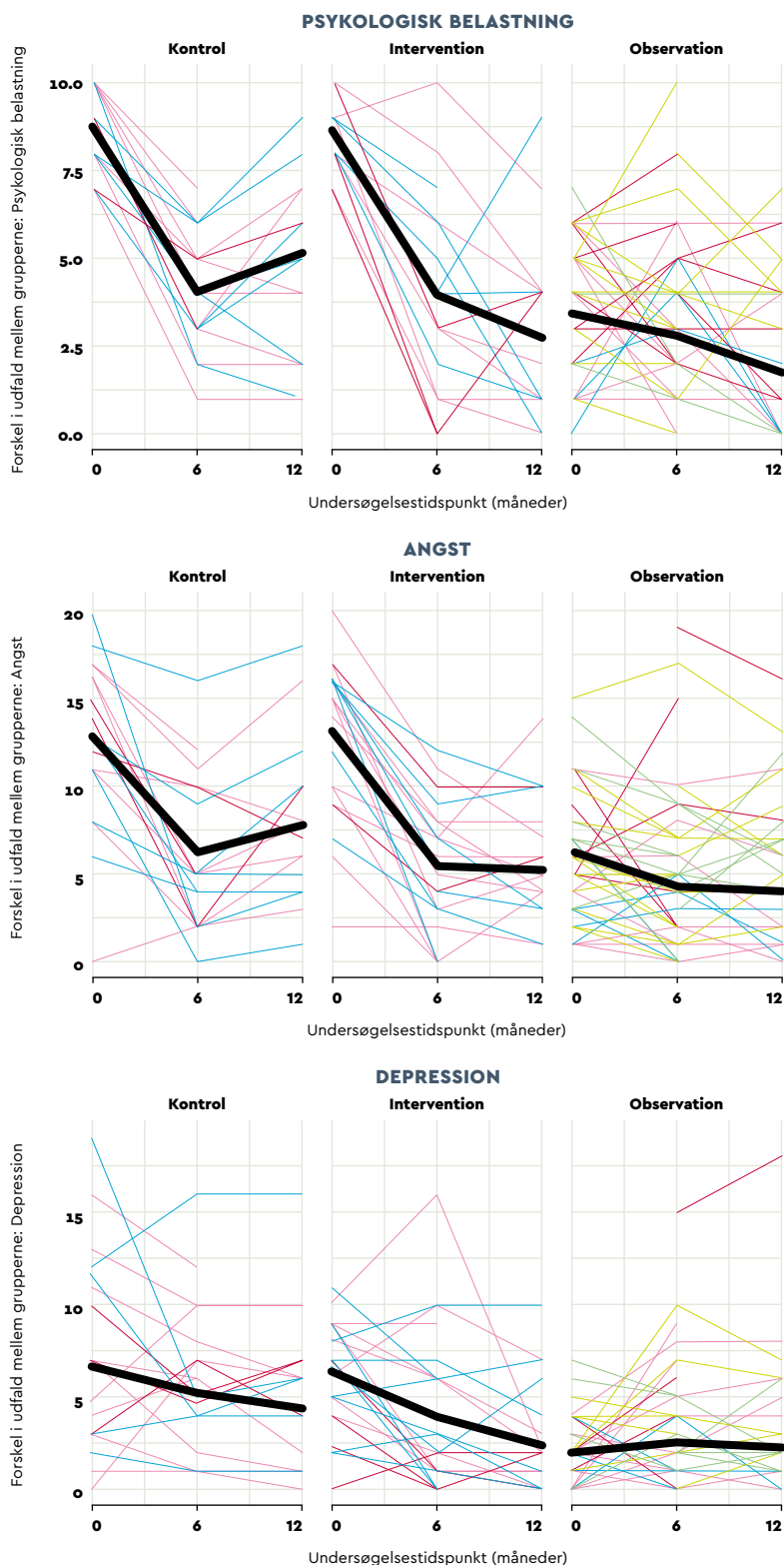
R Resultater

Blandt de 139 inviterede kvinder indvilligede 116 (83 pct.) i at deltage, se figur 1. Der var ingen forskel på interventionsgruppen og kontrolgruppen med hensyn til behandling og sociodemografiske faktorer, se tabel 1.

Deskriptive mønstre for ændring i psykologisk belastning mellem baseline og seks og 12 måneder viste et samlet fald i de første seks måneder i såvel kontrol- som interventionsgruppen, se tabel 2 og figur 2. Belastningen faldt imidlertid løbende hos kvinder i interventionsgruppen indtil 12 måneder, mens der for kontrolgruppen sås en stigning efter seks måneder.

Belastningen hos kvinderne i observationsgruppen var lav ved baseline og var faldet yderligere efter seks og 12 måneder. Angst faldt løbende for interventionsgruppen, mens der for kontrolgruppen sås en stigning efter seks måneder, se tabel 2 og figur 2, og kvinderne i observationsgruppen var

Figur 2. Udvikling i psykologisk behandling, angst og depression



Hver af de farvede linjer på figurerne repræsenterer udviklingen i et specifikt udfald for én patient. De tykke sorte linjer repræsenterer gennemsnitsværdierne.



moderat angst ved baseline og blev mindre angst over tid, se figur 2.

Sværhedsgraden af depression faldt løbende over tid i såvel interventions- som kontrolgruppen, men forblev stabil på lavt niveau hos kvinder i observationsgruppen, se figur 2.

Gennemførlighed

Kvinderne i interventionsgruppen rapporterede signifikant større tilfredshed med behandling og rehabilitering ($p = 0,01$) og havde (omend ikke signifikant) bedre scorer for f.eks. følelse af tryk-
hed end kvinderne i kontrolgruppen, se tabel 3. De forklarede, at sygeplejerske-navigatoren besvarede deres spørgsmål og forstod deres situation, og 81 pct. rapporterede, at navigatoren skabte sammenhæng i deres brystkræftforløb.

De fleste patienter havde to samtaler personligt (interval fra en til elleve) efterfulgt af to til syv telefonsamtaler. Antallet af samtaler afhang i høj grad af de patientbehov, der blev rapporteret ved screeningerne eller identificeret ved dialog med sygeplejerske-navigatoren under interventionsamtalerne.

Der blev drøftet en lang række emner under samtalerne. Angst, søvnproblemer og træthed, bekym-

ringer omkring familien, og fysiske symptomer som kvalme og smerter var de hyppigste.

Patienterne blev i gennemsnit fulgt af navigatoren i 5,8 måneder, dog med mest aktivitet i de første fire måneder.

Alle patienter blev henvist til det lokale rehabiliteringscenter – primært med henblik på træning af arm og skulder, men nogle blev også henvist til f.eks. socialrådgiver, diætist eller yogakurser. Alle patienterne i interventionsgruppen og 20 i kontrolgruppen benyttede centeret. Ni patienter blev henvist til projektpsychologen og deltog i en til seks individuelle samtaler.

Interventionens effekt

Kvinder i interventionsgruppen rapporterede signifikant lavere niveauer af psykologisk belastning, angst og depression efter 12 måneder end kontrolgruppen, se (tabel 2 og tabel 4), men der blev ikke observeret nogen signifikant forskel ved opfølgning efter seks måneder (tabel 4), og der var ingen signifikant effekt på generel helbredsrelateret livskvalitet, fysisk eller emotionel funktion, (tabel 4), eller symptomer hverken ved opfølgning efter seks eller 12 måneder (data ikke vist).

Tabel 2. Forskelle i psykologiske og fysiske symptomer

Deskriptive forskelle i psykologiske og fysiske symptomer mellem kontrol- og interventionsgruppe ved baseline og efter 6 og 12 måneder blandt 50 kvinder med brystkræft.

	Gennemsnitlig score ved baseline				Gennemsnitlig score efter 6 måneder			
	Kontrol		Intervention		Kontrol		Intervention	
	Gennemsnit (SD)	N	Gennemsnit (SD)	N	Gennemsnit (SD)	N	Gennemsnit (SD)	N
Psykologisk belastning	8,7 (1,2)	25	8,6 (0,9)	25	4,0 (1,6)	20	3,9 (2,5)	24
Angst	12,8 (4,5)	24	13,2 (4,3)	25	6,3 (4,3)	21	5,4 (3,7)	24
Depression	6,6 (5,7)	23	6,4 (3,6)	23	5,3 (4,2)	21	3,9 (4,2)	24
EORTC fysisk funktion	95,1 (8,0)	25	92,2 (13,7)	25	82,1 (19,0)	21	86,7 (14,2)	24
EORTC emotionel funktion	49,3 (24,3)	25	50,0 (17,3)	25	74,6 (26,4)	21	70,8 (18,0)	24
EORTC generel helbreds-tilstand	58,0 (26,1)	25	58,6 (19,2)	25	66,7 (16,2)	21	62,5 (22,0)	24

Forkortelser: EORTC: European Organisation for Research and Treatment of Cancer. SD: Standardafvigelse (Standard Deviation).

I modeller for henholdsvis patienter med komplette data og med brug af imputationer var der fortsat en signifikant effekt for belastning og depression, men ikke for angst.

I post hoc-analyser observerede vi en ikke-signifikant højere andel af kvinder med moderat til svær belastning (score ≥ 7) i kontrol- vs. interventionsgruppen ved opfølgningen efter 12 måneder, og der var moderat til svær belastning hos fem kvinder flere i kontrol- vs. interventionsgruppen ved samme opfølgning.

Der blev ikke fundet nogen signifikant forskel for nogen af udfaldene for observations- vs. kontrolgruppen (data ikke vist).



I denne randomiserede pilotundersøgelse fandt vi, at 83 pct. af 139 kvinder indvilligede i at deltage, hvilket indikerer, at interventionen er meningsfuld for kvinder med brystkræft. Kvinder i interventi-

onsgruppen udtrykte signifikant større tilfredshed med behandling og rehabilitering, hvilket indikerer,

at sygeplejerske-navigatoren påvirkede deres oplevelser positivt. Dette fund er i tråd med Wagner et al., som rapporterede, at en sygeplejerske-navigator signifikant forbedrede patienternes oplevelse af kræftbehandling (15).

Kvinder i interventionsgruppen rapporterede signifikant lavere niveauer af psykologisk belastning, angst og depression efter 12 måneder. Vores resultater tyder på, at en intervention, som omfatter en kombination af screening og individuelt tilpasset sygeplejerskenavigation, er gennemførlig for brystkræftpatienter med moderat til svær belastning på diagnosetidspunktet, og at interventionen potentielt kan forbedre håndteringen af psykologiske symptomer.

I tidligere studier af patientnavigation er der ikke fundet nogen signifikant effekt på livskvalitet (15) eller psykologisk belastning (16), måske fordi patienterne blev inkluderet uanset baselinesymptomer, og nogle af patienterne dermed muligvis ikke har haft symptomer at forbedre.

En undtagelse var studiet udført af Carlson et al., som inkluderede patienter med bryst- eller lungekræft uanset belastningsstatus (27). Forfatterne var i stand til at påvise mindsket symptombyrde i inter-



Forskell i score for kontrol- vs. interventionsgruppen efter 6 måneder		Gennemsnitlig score efter 12 måneder				Forskell i score for kontrol- vs. interventionsgruppen efter 12 måneder	
Gennemsnit (SD)	Cohens d	Kontrol		Intervention		Gennemsnit (SD)	Cohens d
		Gennemsnit (SD)	N	Gennemsnit (SD)	N		
0,1 (2,2)	0,04	5,1 (2,7)	19	2,7 (2,5)	21	2,4 (2,6)	0,91
0,8 (3,9)	0,20	7,8 (4,6)	20	5,2 (3,6)	21	2,6 (4,1)	0,64
1,39 (4,2)	0,33	4,4 (4,0)	20	2,2 (2,9)	21	2,2 (3,5)	0,61
-4,5 (16,6)	-0,27	85,7 (12,3)	20	90,1 (12,7)	21	-4,5 (12,5)	-0,36
3,7 (22,3)	0,16	69,1 (24,0)	20	76,6 (18,6)	21	-7,4 (21,4)	-0,34
4,2 (19,5)	0,21	67,5 (20,9)	20	77,5 (19,7)	21	-10,0 (20,3)	-0,49

Table 3. Oplevelse og betydning af sygeplejerske-navigation

Oplevelse og betydning af samt tilfredshed med sygeplejerske-navigation efter 12 måneder blandt 50 danske kvinder behandlet for brystkræft.

Spørgsmål	Kontrol				Intervention			
	Ja i høj grad	Ja i nogen grad	I mindre grad	Nej slet ikke	Ja i høj grad	Ja i nogen grad	I mindre grad	Nej slet ikke
Behandling og rehabilitering	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Er du tryk ved den behandling og rehabilitering, du har deltaget i?	9 (45)	8 (40)	2 (10)	1 (5)	12 (63)	6 (32)	1 (5)	.
Er du tilfreds med den behandling og rehabilitering, du har deltaget i?	5 (25)	10 (50)	3 (15)	2 (10)	14 (74)	5 (26)	.	.
Har du en tro på, at du selv kan gøre noget for at få det bedre?	11 (55)	9 (45)	.	.	16 (76)	5 (24)	.	.
Ved du, hvilke følger du kan forvente?	2 (10)	10 (50)	5 (25)	3 (15)	6 (29)	12 (57)	2 (10)	1 (5)
Får du den hjælp, du har brug for til håndtering af din sygdom og dens følger?	3 (15)	8 (40)	6 (30)	3 (15)	8 (42)	9 (47)	2 (11)	.
Sygeplejerske-navigator					N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Synes du, at sygeplejerske-navigatoren har lyttet til dine bekymringer?					17 (100)			
Synes du, sygeplejerske-navigatoren gør sig umage med at svare på dine spørgsmål?					17 (100)			
Synes du, sygeplejerske-navigatoren har vist forståelse for din situation?					17 (100)			
Har sygeplejerske-navigatoren tilstrækkelig viden om din diagnose og behandling?					16 (94)	1 (6)		
Hjælper sygeplejerske-navigatoren med at skabe sammenhæng i dit brystkræftforløb?					13 (67)	3 (18)		1 (6)
Har sygeplejerske-navigatoren skabt tryk i dit brystkræftforløb?					13 (81)	2 (13)		1 (6)

ventionsgruppen, der blev systematisk screenet for belastning og modtog støtte og henvisning (27).

Anvendelse af belastningstermometeret har vist sig at være valid, tilfredsstillende og gennemførlig til en første screening (10,11,18). Det diskuteres stadig, hvad der er den optimale cut-off-værdi (28). Vi valgte ≥ 7 som score på grundlag af resultater fra et tidligere studie (18).

Patienter, der scorede < 7 , blev ikke randomiseret, men blev fulgt fortløbende. Deres gennemsnitlige score var faldet efter seks måneder og yderligere efter 12 måneder. Eftersom kun to af de 66 kvinder i observationsgruppen senere udviklede et højt belastningsniveau (≥ 7), synes den høje cut-off-værdi at være berettiget, se figur 2.

Et nyligt studie udført af Thalén-Lindström et al. fandt ligeledes, at de fleste patienter med lav angst og depression er stabile over tid, hvilket tyder på, at re-screeninger ikke er nødvendige (29).

Retningslinjerne fra National Comprehensive Cancer Network i USA foreslår løbende screening for psykologisk belastning under hele behandlingen (30). Det kan dog muligvis være tilstrækkeligt at screene for belastning på diagnosetidspunktet for at identificere dem, der vil udvikle høj belastning under behandlingen. Der er behov for yderligere studier for at undersøge dette.

I overensstemmelse med de få tidligere studier af effekten af sygeplejerske-navigation på livskvalitet (15,17,31) fandt vi ingen signifikante forskelle i helbredsrelateret livskvalitet i interventions- vs. kontrolgruppen. En forklaring kan være, at kvinderne med brystkræft kan genvinde et normalt niveau af livskvalitet (32).

Tidligere studier har også vist, at selv om de fleste brystkræftpatienter rapporterer et fald i belastning og angst både under og efter behandling, så oplever nogle et psykisk tilbagefald ved behandlingsafslutning, når de forventes at vende tilbage til en normal hverdag (33). Vi fandt ingen forskel mellem grupperne efter seks måneder, men en signifikant forskel efter 12 måneder.

Adjuverende behandling stoppede ofte inden for seks måneder efter operation. Størstedelen af patienterne i interventionsgruppen havde kun kontakt med navigatoren i op til seks måneder; nogle få holdt kontakten i op til 11 måneder. Reduktionen i belastning selv efter endt intervention kunne tyde på, at sygeplejerske-navigatoren hjalp patienterne med at lære at håndtere deres symptomer aktivt og gøre overgangen til livet efter kræft lettere. Dette fund er i tråd med Wagner et al. (15), som fandt, at navigation reducerede forekomsten af problemer under behandling og forberedte patienterne på fremtidige udfordringer. Vi kan dog ikke udelukke, at den observerede effekt af interventionen kan skyldes en langvarig kontakt med en sygeplejerske-navigator efter behandlingsperioden.

Så vidt vides, er dette den første randomiserede undersøgelse til vurdering af gennemførligheden og effekten af en individuelt tilpasset intervention i form af sygeplejerske-navigation rettet mod kvinder med selvrapporterede moderate til svære psykologiske belastningssymptomer. En styrke ved undersøgelsen er, at populationen var begrænset til brystkræftpatienter med moderat til svær

Tabel 4. Effekt af intervention

Effekt af intervention i form af sygeplejerske-navigation på psykologiske og fysiske symptomer: Intention-to-treat-analyser af beregnede forskelle mellem grupperne ved baseline og efter 6 og 12 måneder blandt 50 kvinder med brystkræft.

	Forskel i score for kontrol- vs. interventionsgruppen med justering for baselinescore							
	6 måneder				12 måneder			
	Beregnet værdi	95 % CI		p	Beregnet værdi	95 % CI		p
Psykologisk belastning	-0,38	-1,95	1,19	0,65	-2,39	-4,00	-0,77	<0,01
Angst	-0,94	-3,32	1,45	0,45	-2,86	-5,32	-0,40	0,02
Depression	-1,24	-3,43	0,95	0,27	-2,41	-4,71	-0,12	0,04
EORTC fysisk funktion	4,09	-4,73	12,91	0,37	3,54	-5,57	12,65	0,46
EORTC emotionel funktion	-1,61	-14,29	11,07	0,81	6,89	-6,16	19,95	0,30
EORTC generel helbredstilstand	-4,25	-16,31	7,81	0,49	9,31	-3,12	21,75	0,14

Forkortelser: EORTC: European Organisation for Research and Treatment of Cancer. CI: Konfidensinterval (Confidence Interval).

Bemærk: De antal deltagere, der har bidraget for hvert udfald på hvert af de angivne tidspunkter, er oplyst i tabel 2.



belastning på diagnosetidspunktet, idet der dermed er fokus på de patienter, der kan have mest gavn af professionel støtte.

Videnskabelige afprøvninger af psykosociale interventioner inden for onkologien er ofte ikke i stand til at vise en signifikant reduktion i symptomerne, og det er blevet foreslået at målrette fremtidige interventioner mod patienterne med størst behov (34). Vores undersøgelses største begrænsning er populationsstørrelsen især i kombination med det relativt store antal statistiske tests, som gør, at vi ikke kan udelukke mulige type 1-fejl.

Desuden boede alle deltagerne i København med nem adgang til rehabilitering på kun ét center, og interventionen blev givet af én sygeplejerske-navigator, hvilket sikrede stringent implementering af interventionsmanualen, men begrænser potentielt generaliserbarheden til brystkræft i landdistrikter.

Der er behov for en undersøgelse i stor skala, før resultaterne kan generaliseres og muliggøre en landsdækkende udbredelse af interventionsmanualen til sygeplejerske-navigatorene på flere kræftafdelinger.

Lovende resultater

Denne pilotundersøgelse viser lovende resultater mht. gennemførligheden inklusive en høj deltagelsesrate og tilfredshed med den individuelt tilpassede intervention i form af sygeplejerske-navigation. Vi fandt ingen signifikant effekt efter seks måneder, mens der 12 måneder efter diagnosen var statistisk signifikant effekt på psykologisk belastning, angst og depression, men ikke på helbredsrelateret livskvalitet.

Vores fund tyder på, at screening for belastning inden operation kombineret med individualiseret navigation udført af en sygeplejespecialist kan være effektivt til identifikation og håndtering af belastning hos de mest sårbare patienter. Fundene bør dog reproducere i en undersøgelse i stor skala med større statistisk styrke udført med flere hospitalsafdelinger, rehabiliteringstilbud og sygeplejerske-navigatorene for at opnå landsdækkende generaliserbarhed. ●



Referencer

1. Andersen KG, Kehlet H: Persistent Pain After Breast Cancer Treatment: A Critical Review of Risk Factors and Strategies for Prevention. *J Pain* 2011;12:725-46.
2. Hidding JT, Beurskens CH, van der Wees PJ et al.: Treatment related impairments in arm and shoulder in patients with breast cancer: a systematic review. *PLoS One* 2014;9:e96748.
3. Bodtcher H, Bidstrup PE, Andersen I et al.: Fatigue trajectories during the first 8 months after breast cancer diagnosis. *Qual Life Res* 2015.
4. Mertz BG, Bistrup PE, Johansen C et al.: Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2011;16:439-43.
5. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J et al.: Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2013;14:721-32.
6. Lundh MH, Lampic C, Nordin K et al.: Sickness absence and disability pension following breast cancer – A population-based matched cohort study. *Breast* 2014;23:844-51.
7. von Heymann-Horan AB, Dalton SO, Dziekanska A et al.: Unmet needs of women with breast cancer during and after primary treatment: a prospective study in Denmark. *Acta Oncol* 2013;52:382-90.
8. Basch E, Deal AM, Kris MG et al.: Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* 2016;34:557-65.
9. Kotronoulas G, Kearney N, Maguire R et al.: What is the value of the routine use of patient-reported outcome measures toward improvement of patient outcomes, processes of care, and health service outcomes in cancer care? A systematic review of controlled trials. *J Clin Oncol* 2014;32:1480-1501.
10. Mitchell AJ: Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. *J Natl Compr Canc Netw* 2010;8:487-94.
11. Mitchell AJ: Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *J Clin Oncol* 2007;25:4670-81.
12. Meijer A, Roseman M, Delisle VC et al.: Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: a systematic review. *J Psychosom Res* 2013;75:1-17.
13. Gilbert JE, Green E, Lankshear S et al.: Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation and model design. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011;20:228-36.
14. Baik SH, Gallo LC, Wells KJ: Patient Navigation in Breast Cancer Treatment and Survivorship: A Systematic Review. *J Clin Oncol* 2016.
15. Wagner EH, Ludman EJ, Aiello Bowles EJ et al.: Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol* 2014;32:12-18.
16. Fiscella K, Whitley E, Hendren S et al.: Patient navigation for breast and colorectal cancer treatment: a randomized trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21:1673-81.
17. Skrutkowski M, Saucier A, Eades M et al.: Impact of a pivot nurse in oncology on patients with lung or breast cancer: symptom distress, fatigue, quality of life, and use of healthcare resources. *Oncol Nurs Forum* 2008;35:948-54.
18. Bidstrup PE, Mertz BG, Dalton SO et al.: Accuracy of the Danish version of the "distress thermometer". *Psychooncology* 2011;21:436-43.
19. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L et al.: Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 1998;82:1904-8.
20. Ploos van Amstel FK, Tol J, Sessink KH et al.: A Specific Distress Cutoff Score Shortly After Breast Cancer Diagnosis. *Cancer Nurs* 2017;40:E35-E40.
21. Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
22. Groenvold M, Klee MC, Sprangers MA et al.: Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *J Clin Epidemiol* 1997;50:441-50.
23. Envold BP, Mertz BG, Kroman N et al.: Tailored nurse navigation for women treated for breast cancer: Design and rationale for a pilot randomized controlled trial. *Acta Oncol* 2016;1-5.
24. Hothorn T, Bretz F, Westfall P: Simultaneous inference in general parametric models. *Biom J* 2008;50:346-63.
25. Harrell F: R package version 3.17 -4; 2016: <https://CRAN.R-project.org/package=Hmisc>.
26. Harrell F: Regression Modelling Strategies; 2016, <http://biostat.mc.vanderbilt.edu/tmp/course.pdf>.
27. Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O et al.: Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2010;28:4884-91.
28. Jacobsen PB: Screening for psychological distress in cancer patients: challenges and opportunities. *J Clin Oncol* 2007;25:4526-27.
29. Thalen-Lindstrom A, Glimelius B, Johansson B: Development of anxiety, depression and health-related quality of life in oncology patients without initial symptoms according to the Hospital Anxiety and Depression Scale - a comparative study. *Acta Oncol* 2017;56:1094-1102.
30. Holland JC, Bultz BD: The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Canc Netw* 2007;5:3-7.
31. Hendren S, Griggs JJ, Epstein R et al.: Randomized controlled trial of patient navigation for newly diagnosed cancer patients: effects on quality of life. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21:1682-90.
32. Peuckmann V, Ekholm O, Rasmussen NK et al.: Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Res Treat* 2007;104:39-46.
33. Henselmans I, Helgeson VS, Seltman H et al.: Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychol* 2010;29:160-68.
34. Faller H, Schuler M, Richard M et al.: Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013;31:782-93.

Har du brug for direkte links til dokumenterne i referencelisten, så findes artiklen også i en digital udgave på dsr.dk/fagogforskning. Her er artiklen forsynet med de links, forfatterne har angivet.

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



ANNE WENNECKE KELLNER

Cand.psych.aut., specialist i psykoterapi, programansvarlig psykolog, Psykiatrisk Center Ballerup.



EVA ØRSTED SERY

Cand.mag., projektleder og centerlederkonsulent, Psykiatrisk Center Ballerup.

eva.oersted.sery@regionh.dk



ESBEN SANDVIK TØNDER

Cand.mag., projektmedarbejder, tidligere ansat på Psykiatrisk Center Ballerup, nu ansat i projekt RoSa, Psykiatrien Region Sjælland.



PAUL GEORGES de VISME

Cand.psych.aut., tidligere ansat på Psykiatrisk Center Ballerup, nu KABS City.

Færre bæltefikseringer som et resultat af uddannelse og intervention

Antallet af bæltefikseringer kan **reduceres signifikant gennem en målrettet indsats**. Indsatsen kræver både øgede ressourcer og opbakning fra ledelsen.

Som en del af regeringens bestræbelser på at halvere brugen af bæltefikseringer i psykiatrien inden 2020 er der i perioden 2015-2017 gennemført SATS-puljefinansierede forsøg med bæltefrie afsnit. Psykiatrisk Center Ballerup (PCB) har deltaget i forsøget som samlet center, der omfatter ni sengeafsnit (heraf fire intensive sengeafsnit), akutmodtagelse samt otte ambulante enheder. I projektperioden er følgende indsatser afprøvet:

- Kognitiv uddannelse af personale på intensive og åbne sengeafsnit samt akutmodtagelse
- Interventionsteam (IVT) til forebyggelse af bæltefikseringer i akutte situationer
- Fysisk aktivitet på intensive afsnit
- Tilgængelige medarbejdere i miljøet (dvs. fællesrum i afsnittet)

RESUME

Som en del af det nationale "Forsøg med Bæltfrie Afsnit" har Psykiatrisk Center Ballerup (PCB) bl.a. implementeret en kognitiv uddannelse og et interventionsteam (IVT). Indsatserne har medvirket til en markant reduktion i brugen af bæltfikseringer. Desuden har de haft betydning for sygeplejen på intensive psykiatriske afsnit i form af nye arbejdsgange og metoder.

Den kognitive uddannelse har haft til formål at øge kognitive, deeskalerende og kommunikative kompetencer hos sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt fysioterapeuter på de lukkede afsnit.

IVT tilbyder assistance i opkørte situationer i form af her-og-nu-second-opinion, kollegial sparring ved indlæggelse af patienter med tidligere tvangshistorik, udskiftning i patientkontakten og strukturerede timeouts.

Indsatserne er evalueret via kvalitative interview, spørgeskemaer vedr. kvaliteten af uddannelsen, stress og arbejdstilfredshed, audit og data på bæltfikseringer, fastholdelser og akut beroligende medicin.

Indsatserne har medvirket til et statistisk signifikant fald i antal bæltfikseringer.

Boks 1. Fakta om den kognitive metode

Kognitiv adfærdsmetode har udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi – en internationalt anerkendt psykoterapeutisk behandlingstilgang med høj evidensstøtte. Tilgangen er problem-, korttids- og nutidsorienteret og bygger på et samarbejde med patienten. Grundtanken er, at mennesker ikke plages af tingene, som de er, men af måden, de opfattes på. Fælles for alle psykiske lidelser er således en forvrænget eller uhensigtsmæssig tolkning af begivenheder, som påvirker såvel følelser som adfærd. Behandlingsmålsætningen har såvel et kognitivt som et adfærdsmæssigt fokus.

- Forebyggelse af bæltfikseringer under dobbeltindlæggelse, dvs. når patienten både er indlagt på somatisk afdeling og i psykiatrien, men fysisk befinder sig på det somatiske afsnit.

I projektperioden er der opnået en statistisk signifikant reduktion i antallet af bæltfikseringer i forhold til baseline.

Reduktionen af bæltfikseringer er et resultat af de samlede indsatser, men det mest signifikante fald ses ved implementeringen af den kognitive uddannelse og etableringen af IVT. Ud over de konkrete indsatser er der tre forhold, som har været afgørende for, at det er lykkedes at reducere brugen af bæltfikseringer på PCB:

- Ledelsesfokus på alle niveauer
- Kulturarbejde – hvordan møder vi patienterne, og hvordan skaber vi et mindre restriktivt miljø?
- Datadrevet ledelse – dvs. at antallet af relevante tvangsforanstaltninger er kendt af medarbejdere samt ledere, og udviklingen er fulgt måned for måned.

I det følgende beskrives to indsatser, som i projektperioden har vist størst effekt: uddannelse i kognitiv metode samt etablering af IVT.

Efteruddannelse kan reducere brugen af tvang

Det nationale gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien konkluderede for mere end 10 år siden, at efteruddannelse af det tværfaglige psykiatripersonale inden for kommunikation og konflikthåndtering kan reducere brugen



Det mest signifikante fald ses ved implementeringen af den kognitive uddannelse og etableringen af interventionsteam (IVT).

af tvang (1), ligesom det tidligere er påvist, at indførelsen af kognitiv miljøterapi kan reducere frekvensen af tvangsansvendelse i psykiatrien (2,3,4). På denne baggrund blev det på PCB besluttet at oprette en skræddersyet efteruddannelse i kognitiv adfærdsmetode, kommunikation og konflikt-håndtering for det kliniske personale på såvel åbne som intensive afsnit samt akutmodtagelse, se boks 1. Valget af en lokal uddannelsesindsats på PCB har tjent flere formål:

- At skabe et fælles sprog og en fælles forståelse af patienternes psykopatologi og recoveryproces
- At uddanne alle kliniske medarbejdere frem for at udvælge enkelte, der skal udbrede færdighederne til deres kolleger
- At skræddersy og tilpasse uddannelsen til medarbejdernes arbejdssituation på de lukkede afsnit lokalt på PCB.

Som en medarbejder udtrykker det: "Mange af os har ikke tidligere fået undervisning i den kognitive metode, men har arbejdet ud fra vores intuition og arbejds erfaring gennem mange år i psykiatrien. Men vores arbejde bør jo

ikke være baseret på intuition og det, man har på CV'et, men på konkrete værktøjer.”

Uddannelse tilrettelagt i samarbejde

Forud for udviklingen af uddannelsesforløbet blev der indhentet værdifuld viden i forhold til uddannelsesbehov og ønsker, dels via interview med tværfaglige medarbejdere, dels via observation på de intensive afsnit. Dette skete i tæt samarbejde med såvel medarbejdere som afsnitsledelser. På denne baggrund blev følgende undervisningstemaer valgt:

- Kognitiv allianceopbygning og motivation
- Konflikt håndtering
- Kognitiv forståelse af angst og depression
- Kognitiv forståelse af personlighedsforstyrrelse, vrede, misbrug
- Kognitiv forståelse af psykose/skizofreni og lavt selvværd.

Formidlingen af emnerne er sket gennem interaktiv, dialogbaseret undervisning på små hold a højst 15. Der er anvendt video og hyppige hands on-øvelser i mindre grupper. I alt består uddannelsen af 30 timers undervisning og 10 timers konsoliderende kognitiv sagssupervision i grupper. Supervisionen er fortsat efter selve uddannelsesforløbet. Al undervisning og supervision er gennemført af psykologer. Der er desuden oprettet opfølgingshold for nyansat personale for at imødegå udfordringer med personaleudskiftning på de intensive afsnit. Undervisningen rummer ud over elementer fra kognitiv adfærdsterapi følgende:

- Dialektisk adfærdsterapi
- Accept og mindfulness
- Low arousal.

Nødvendigt at følge op

Hvad den kognitive uddannelsesindsats angår, har en høj medarbejderomsætning på de intensive afsnit gjort det nødvendigt med halvårlige opfølgingshold for at sikre, at nye medarbejdere får den kognitive uddannelse. Endnu en udfordring har bestået i at rulle uddannelse og supervision ud til alle medarbejdere, bl.a. de faste nattevagter. Yderligere har det vist sig afgørende med en kontinuerlig ledelsesinvol-



De virk- somme indsatser har været ledelses- fokus, da- tadrevet ledelse og kulturar- bejde.

vering, når de nye metoder skal implementeres i den kliniske praksis. Som en medarbejder udtrykker det:

”Vi, der har taget uddannelsen, kan arbejde i en fælles retning, men vi er stadig i en fase, hvor vi skal vænne os til at bruge den. Det er jo en metode, som skal støtte os i at arbejde ensrettet, og det er også sådan, jeg tænker, det bliver på sigt. Men det tager tid, og det handler om at bryde vanens magt.”

Løbende evalueringer samt test før og efter uddannelsesindsatsen har vist, at deltagerne generelt har været tilfredse med uddannelsens indhold, niveau, struktur og anvendelighed i forhold til deres praktiske arbejde. Deltagerne har øget deres teoretiske viden om den kognitive tilgang fra start til slut, og deres oplevede stressniveau er faldet. Tidligere undersøgelser har fundet, at relevant uddannelse og supervision kan mindske risikoen for udbrændthed blandt klinisk psykiatrisk personale (5).

Behov for nye relationer i fastlåste situationer

IVT blev implementeret i februar 2016. Evaluering af tidligere bæltefikseringer havde vist, at personalet savnede her-og-nu-second-opinion i opkørte situationer. Desuden var der identificeret behov for at tilbyde patienter en ny relation i fastlåste situationer. De behov skulle IVT matche.

IVT blev udviklet i en tværfaglig arbejdsgruppe bestående af sygeplejersker, afdelingssygeplejersker, psykiatere og personer med brugerbaggrund.

IVT består af to medarbejdere fra det intensive afsnit med længst erfaring med at reducere antallet af bæltefikseringer. Afsnittet har fået tilført tre ekstra medarbejdere for at dække IVT-funktionen i dag- og aften timerne. IVT kan tilkaldes, når et andet afsnit har brug for assistance til at deeskalere og forebygge bæltefiksering eller anden form for tvang, dvs.

- når en patient med tidligere tvangshistorik indlægges
- når der er fare for, at en situation eller en tilstand hos en patient eskaleres
- i akut eskalerede situationer.

Interventionen med tre faser

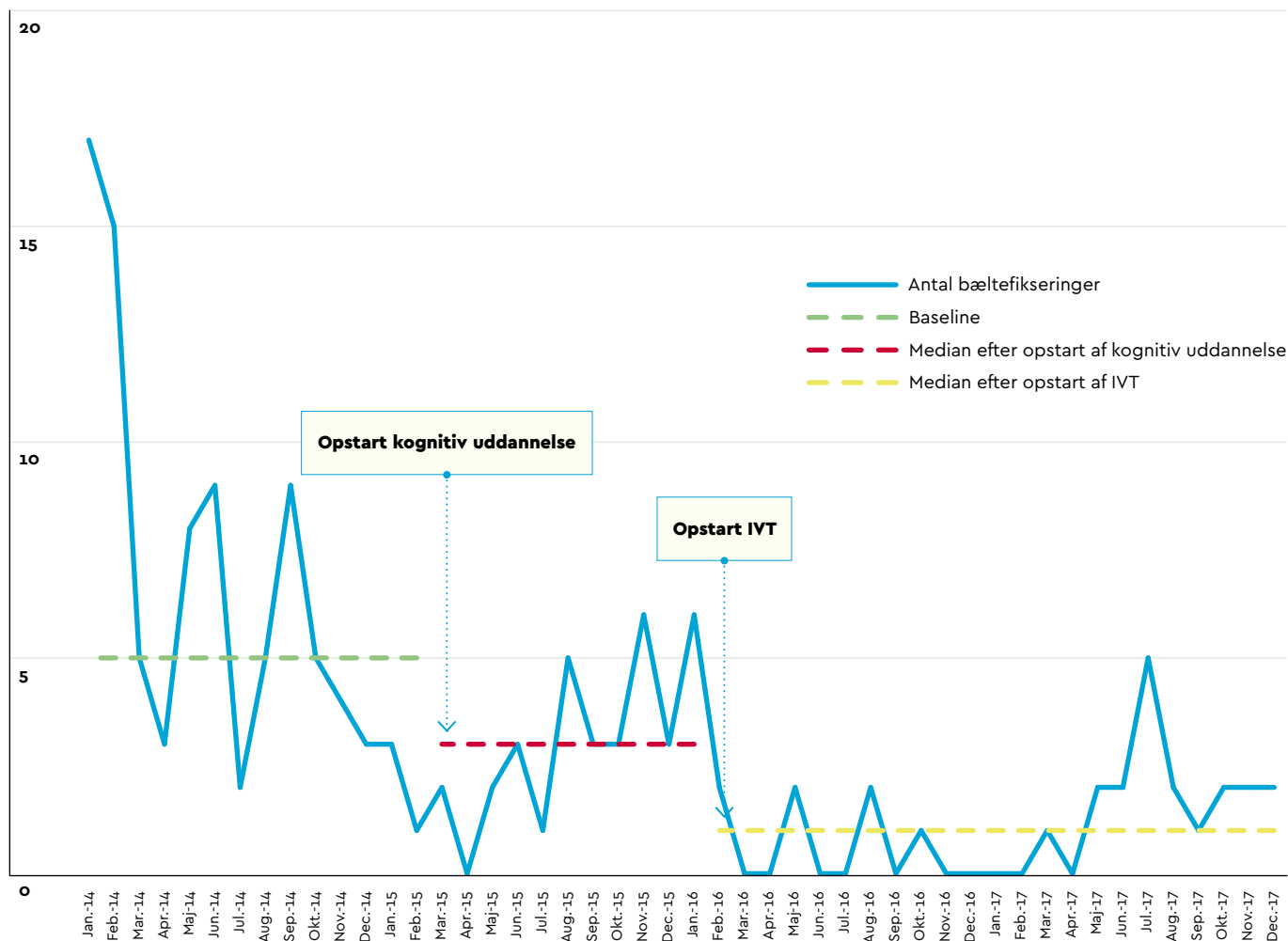
- Før IVT tilkaldes, vurderer personalet på det tilkaldende afsnit risikoniveau via BVC (Brøset Violence Checklist), og om samarbejde er muligt. De anvender f.eks. deeskalerende kommunikation og aktiviteter eller tilbyder p.n.-medicin. Desuden tilbydes patienten en anden kontaktperson. Når der ringes efter IVT, beskrives situationen kort, og opgaverne på afsnittet fordeles.
- Når IVT er på afsnittet, giver den ansvarshavende sygeplejerske en briefing, og der udarbejdes og iværksættes en plan med alternativer til bæltefiksering. Når planen er gennemført, vurderes BVC-niveau igen, og planen justeres. Gennem hele processen kan timeout benyttes, og en psykiater kan tilkaldes. Når et samarbejde mellem patient og personale er etableret, udarbejdes en plan for den videre proces.
- Efter IVT-interventionen evalueres interventionen vha. et såkaldt IVT-skema.

Foreløbige erfaringer med IVT

Indsatsen er evalueret ved brug af følgende metoder:

- IVT-skemaer udfyldt af IVT-personale umiddelbart efter hver intervention
- Spørgeskemaundersøgelse målrettet personale
- Tre patient- og 10 medarbejderinterview
- Observationer foretaget af recovery-mentor på intensivt afsnit.

Figur 1. Antal bæltefikseringer, Psykiatrisk Center Ballerup 2014-2017



En database med IVT-evalueringer fra 1. halvdel af 2017 viste, at IVT i gennemsnit tilkaldes fem gange om ugen, dvs. 131 tilkald på seks måneder. Den intervention, IVT oftest har benyttet i perioden, er at overtage kontakten til patienten. Dette anvendes ved 55 IVT-tilkald. I 36 IVT-tilkald er patienten blevet motiveret til at tage medicin. Aktiviteter og sanseintegration blev anvendt ved hhv. 12 og seks IVT-tilkald. Samarbejde med personalet på det tilkaldende afsnit og udvikling af planer er faste IVT-elementer. I nogle tilfælde blev der brugt tvang under interventionerne. Akut beroligende medicin og fastholdelse blev anvendt ved hhv. 30 og fire IVT-tilkald.

Personalet har fået brugbare erfaringer

Spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet viste, at 63 pct. oplevede, at IVT "i høj grad" eller "i nogen grad" havde "forebygget tvang eller opkørte situationer". Personalet fremhævede bl.a., at IVT giver "ekstra personale i kritiske situationer", har "friske øjne på situationen og ny energi", og "de forbliver rolige og er gode til at deeskalere".

Patienter og personale har også fremhævet ordet "mod" som centralt i karakteristikkene af IVT's styrker. En medarbejder udtalte: "I situationer, hvor vi ville have tænkt, at jeg trækker mig lige to meter tilbage, der går de måske frem og tager en helt almindelig og hyggelig samtale."

Pga. visitationsregler, hvor de mest udadreagerende patienter typisk indlægges på "IVT-afsnittet", har IVT-personalet ofte i forvejen en relation til patienter, de tilkaldes for at hjælpe på andre afsnit.

Timeout i kritiske situationer er et centralt aspekt ved interventionen. Pauserne giver personalet mulighed for at komme

på afstand og se situationen mere klart. Og nogle gange får pausen kritiske situationer til at opløse sig selv. Samarbejdet mellem IVT og de andre afsnit har i begyndelsen været en udfordring, hvor nogen så IVT som ”konkurrenter”.

”Nogle gange har du følelsen af at blive overruled,” udtalte en medarbejder fra et tilkaldende afsnit. Fælles træning på tværs af afsnit i IVT’s arbejdsmetoder kunne muligvis have forebygget denne oplevelse af intern konkurrence.

På et organisatorisk plan legemliggør IVT centrets ambition om at reducere brugen af tvang og en ledelsesmæssig opbakning omkring en ny kultur, hvor alternativer skal prøves, før bæltet tages i brug.

Færre bæltefikseringer og færre tilfælde af arbejdsskader

I projektperioden er antallet af bæltefikseringer reduceret fra 85 episoder årligt i 2014 til 19 episoder i 2017, uden at der er sket en statistisk signifikant stigning i brugen af andre fastholdelsesmetoder (se figur 1 på forrige side). I 2015 og 2016 er reduktionen af bæltefikseringer sket uden en statistisk signifikant stigning i anvendelsen af akut beroligende medicin. Dog har der fra maj 2017 været en statistisk signifikant stigning i brugen af akut beroligende medicin på centerniveau.

Antallet af registrerede arbejdsskader som følge af vold og trusler er i projektperiodens to første år faldet, og hyppigheden af ”oplevet vold og oplevede trusler” er også faldet, når data fra marts 2017 sammenlignes med baseline (2014). Der ses endvidere en lille, men dog positiv udvikling i den generelle medarbejdertilfredshed. I sidste halvår af 2017 ses et øget antal arbejdsskader, og udviklingen i hyppigheden af oplevet vold og oplevede trusler er ikke entydigt positiv sammenlignet med baseline.

Godt resultat har lang forhistorie

Implementeringen af IVT samt uddannelse af medarbejdere i kognitiv metode har skabt et markant fald i brugen af bæltefikseringer på PCB. Arbejdet med at forebygge bæltefikseringer tog imidlertid sin begyndelse allerede i 2013 i form af ledelsesprioritering og kulturarbejde, se boks 2, og antallet af bæltefikseringer faldt fra 329 episoder i 2013 til 85 episoder i 2014. I den periode har de virksomme indsatser været ledelsesfokus, datadrevet ledelse og kulturarbejde.

Resultaterne i dette projekt skal derfor ses i lyset af dette forudgående arbejde. Endvidere er disse indsatser fortsat ind i projektperioden, og de har været grundlaget for, at det er lykkedes at skabe en yderligere reduktion i brugen af bæltefikseringer.

Det har vist sig muligt at nedbringe antallet af bæltefikseringer markant. Idet stigningen i akut beroligende medicin først ses fra maj 2017, kan vi konkludere, at det er muligt at anvende betydeligt færre bæltefikseringer, uden at disse erstattes af andre tvangsformer. Men at opnå et niveau på 10-20 bæltefikseringer om året har ikke været muligt under de eksisterende betingelser uden en stigning i anvendelsen af akut beroligende medicin i den sidste del af projektperio-



I projektperioden er antallet af bæltefikseringer reduceret fra 85 episoder årligt i 2014 til 19 episoder i 2017.

den. At nå dette niveau og samtidig sikre et godt arbejdsmiljø, god behandling og trykthed for både patienter og medarbejdere vil kræve yderligere tilførsel af personaleressourcer.

Selvom der ikke kan ses et fald i medarbejdertilfredshed eller en stigning i registrerede arbejdsskader i projektets to første år, stiller reduktion af bæltefikseringer store krav til medarbejdernes kompetencer og udholdenhed. Ambitionen om at bringe antallet af bæltefikseringer ned til et absolut minimum skal derfor ses i sammenhæng med de fysiske og følelsesmæssige belastninger, personalet stilles overfor, og patienternes oplevelse af, hvad der er mindste middel i den konkrete situation, hvor tvang bringes i anvendelse. ☉

Boks 2. Fakta om forebyggelse af tvang 2013-2014

Arbejdet med forebyggelse af tvang tog sin begyndelse i 2013-2014. Udover ledelsesprioritering og -prioritering bestod indsatsen af følgende konkrete tiltag på de intensive afsnit:

- Tværfaglige handleplaner for patienter med gentagne bæltefikseringer
- Samarbejdsaftaler på alle patienter
- Færre restriktioner
- Akut medicinplan
- Ingen bæltefiksering ved tvangsernæring
- Ingen frivillig bæltefiksering
- Nyt haveanlæg
- Etablering af Front-Office: Et kontor- og loungemøbel i fællesmiljøet, så patienter lettere kan komme i kontakt med personalet
- Evaluering af bæltefikseringer med deltagelse af ledelsen.



Debat!

Hvordan arbejder I med at reducere brug af bæltefiksering på din arbejdsplads?

Udtrykket "vanens magt" bliver brugt i artiklen. Hvilke vaner har I, som det er svært at få bugt med?

Hvordan kan en høj medarbejderomsætning i psykiatrien bringes ned?

Referencer

1. Kvalitetsafdelingen i Århus Amt. Det nationale gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien: slutrapporter 2006. Bind 1. Tilgængelig via: <http://dpsnet.dk/wp-content/uploads/2015/01/evalueringsrapport.pdf> Besøgt d. 04.07.2018 **2.** Lykke J, Austin SF, Mertz Møller M. Kognitiv miljøterapi og tvang i behandling af dobbelt-diagnose. *Ugeskrift for Læger* 2008;170(5):339-43. **3.** Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V. Mechanical Restraint – Which In-terventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care* 2011;48:83-94. **4.** Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Siersma VD, Brandt-Christensen M. Compar-ing the effect of non-medical mechanical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway. *Nordic Journal of Psychiatry* 2015;69(6):433-43. **5.** Ewers P, Bradshaw T, McGovern J, Ewers B. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Journal of Advanced Nursing* 2002;37(5):470-76.

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



JANNIE CHRISTINA FRØLUND

Sygeplejerske 2004 fra Vejle Amts Sygeplejerskole, cand.cur. fra Aarhus Universitet i 2008. Klinisk sygeplejespecialist ved Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt.

jannie.christina.froelund@rsyd.dk



HELEN BRUUN

Sygeplejerske 1997 fra Vejle Amts Sygeplejerskole, cand.scient.san. fra Syddansk Universitet i 2009. Kvalitetskoordinator ved Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt.

Det relationelle aspekt er vigtigst i et patientforløb

Professionelle og patienter har forskellige meninger om, **hvad der er vigtigt i et patientforløb**, viser en spørgeskemaundersøgelse.

Pleje og behandling skal tilpasses den enkeltes behov. Men hvad er vigtigst for patienterne, og kan vi som professionelle vide det? Patienters behov varierer og er afhængige af sygdom, patientens oplevelse af sygdommen m.m. Ofte baseres pleje og behandling på de professionelles egne antagelser om, hvad de tror, patienterne ønsker (1). Studier viser imidlertid, at sygeplejersker og patienter har en tendens til at evaluere patienternes behov forskelligt. Nogle studier viser, at sygeplejersker ofte vurderer patienters fysiske og emotionelle behov højere end patienterne (2), mens andre studier viser, at sygeplejerskerne undervurderer patienternes behov (3).

Det samme gør sig gældende for læger, hvor f.eks. et internationalt studie med 182 kvinder med brystkræft viste, at lægen

RESUME

De professionelle i sundhedsvæsenet baserer ofte pleje og behandling på baggrund af deres egne antagelser om, hvad de tror, patienterne ønsker. Derfor er det vigtigt at undersøge, hvad patienterne mener er vigtigst, og hvad de professionelle tror er vigtigst for patienterne for at fremhæve eventuelle forskelle og ligheder.

Svaret herpå blev fundet ved en spørgeskemaundersøgelse på Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus, med

deltagelse af 109 patienter og 158 professionelle, heriblandt sygeplejersker, læger, ledere og sekretærer.

Resultaterne viser, at patienter, uanset om de er akut indlagte eller ambulante, og de professionelle er enige i rangering af, hvor vigtige forskellige elementer i et patientforløb er.

Der er dog enkelte forskelle. Patienterne vurderer bl.a. det relationelle højest, mens de professionelle vurderer pa-

tientinddragelse højest. Endvidere er der forskel på betydningen af, at journalen er letlæselig. Dette vurderer patienterne markant højere end de professionelle.

Undersøgelsens resultat viser, at det er vigtigt, at hver enkelt patient bliver spurgt, hvad der er vigtigst for ham/hende, så pleje og behandling bliver baseret på patienternes ønsker og behov og ikke på de professionelle antagelser.

havde en formodning om, at 71 pct. af kvinderne ønskede at beholde deres bryst, mens kun 7 pct. af kvinderne i realiteten ønskede dette (4).

Synet på patienten er ændret

Tidligere blev patienten set som et objekt for behandling, hvor patienten afgav autonomi og underlagde sig lægens beslutning om behandling. I dag er dette syn ændret, og patienterne bliver i højere grad behandlet som individuelle subjekter, hvis oplevelser og erfaringer er nødvendige at inddrage. Studier viser, at individuel patientinddragelse kan være med til at forbedre kvaliteten af behandlingen, forhøje livskvaliteten hos patienter, forbedre kompliance og øge patientsikkerheden (5).

Patienternes behov og prioriteter er vigtige at få afdækket og sat i relation til patientens livssituation, da patientens liv bliver påvirket af de endelige behandlingsvalg (1). Derfor er det vigtigt at undersøge, hvad patienterne mener er vigtigst, og hvad de professionelle tror er vigtigst for patienterne med henblik på at fremhæve eventuelle forskelle og ligheder.

Formålet med dette studie er at undersøge og sammenligne, hvordan patienter og professionelle rangerer og prioriterer 25 udsagn omhandlede vigtige dele af et patientforløb.

Metode

Deltagere

Patienter og professionelle på Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus. Medicinsk Afdeling består af et akut visitationsafsnit med skadestue (28 senge), to sengeafsnit (44 senge) og seks ambulatorier. Årligt er der ca. 5.750 indlæggelser og 58.000 ambulante kontakter.

Inklusionskriterier

- Patienter, som var indlagt eller havde et ambulante forløb i perioden 1. februar til 1. marts 2017
- Professionelle herunder sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, læger, ledere og sekretærer. De bliver i det følgende omtalt under fællesbetegnelsen professionelle. Enkelte steder, hvor det er relevant,



En fagligt god behandling er et af de mest centrale udsagn og bliver prioriteret højt af patienterne.

bliver det gjort klart, hvilken faggruppe deltagerne tilhører.

Eksklusionskriterier

- Patienter, som ikke forstod og talte dansk
- Patienter, som ikke selv kunne udfylde spørgeskemaet

Spørgeskema

Spørgeskemaet var udarbejdet på baggrund af foreliggende litteratur og primært inspireret af tidligere spørgeskemaundersøgelser om patienters behov (2,3,4), en kvalitativ undersøgelse af hvad der er vigtigst for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet (6) og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, LUP (7). Spørgeskemaet var inddelt med overskrifter i seks temaer, se boks 1.

For at gøre spørgeskemaet brugervenligt var der fokus på layout i forhold til læse- og overskuelighed. Spørgeskemaet blev afprø-

Boks 1. Spørgeskemaets seks temaer

- Relationen mellem patient og professionel med tre udsagn
- Organisering af patientforløb med ni udsagn
- Patientinddragelse med tre udsagn
- Kommunikation med fire udsagn
- Hverdagsliv med tre udsagn
- Fysiske rammer med tre udsagn

vet og valideret i et pilotstudie blandt to patienter og to professionelle for at sikre skemaets forståelighed, systematik og logiske opbygning. Patienter og professionelle blev bedt om at forholde sig kritisk og kommentere spørgeskemaet. Hensigten med valideringen var at få indtryk af de eventuelle mangler, misforståelser og tvivlsspørgsmål, de oplevede i forbindelse med at udfylde spørgeskemaet. På baggrund af valideringen blev enkelte spørgsmål ændret.

Spørgeskemaet indeholdt 25 udsagn (se tabel 1), der hver især var vigtige i et patientforløb. Patienter og professionelle blev bedt om at rangere de 25 udsagn på en skala fra 1-10, hvor 10 var det vigtigste. Til slut blev deltagerne bedt om at prioritere tre af de 25 udsagn, som de oplevede som de vigtigste. Hensigten med prioriteringerne var at give indsigt i, hvad der er det vigtigste i et patientforløb. Der var desuden afsat plads til eventuelle uddybende kommentarer.

Etiske overvejelser

Patienterne blev spurgt om deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen af sygeplejersker fra klinisk praksis, som ikke var direkte involveret i undersø-

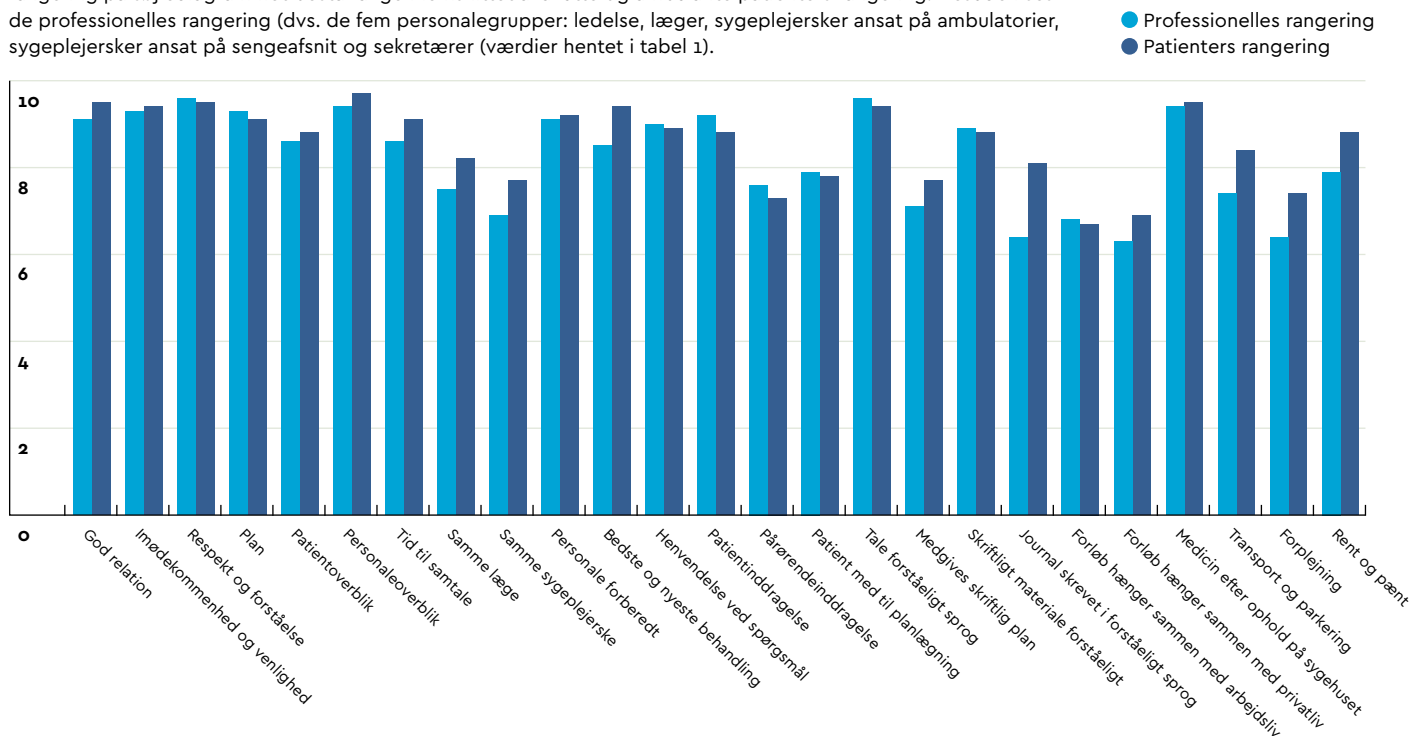
Tabel 1. Spørgeskema med 25 udsagn

25 udsagn, som hver især er vigtige i et patientforløb. Værdierne er udtryk for patienternes hhv. de professionelles rangering på en skala fra 1-10 samt den procentvise fordeling af gruppernes prioritering af udsagnene.

Udsagn	Patienters rangering på skala 1-10 (Se figur 1)	Procentvis prioritering af patienters udsagn (Se figur 2)	Professionelles rangering på skala 1-10 (Se figur 1)	Procentvis prioritering af professionelles udsagn (Se figur 2)
At der er en god relation mellem sygeplejerske/læge og patient	9,5	67	9,1	31
At blive mødt med imødekommenhed og venlighed	9,4	27	9,3	15
At blive mødt med respekt og forståelse	9,5	37	9,6	45
At der er en plan for forløb og evt. behandling	9,1	14	9,3	29
At patienten har overblik over forløb og evt. behandling	8,8	5	8,6	12
At læge og sygeplejerske har overblik over forløb	9,7	18	9,4	22
At der er sat tilstrækkelig med tid af til samtale	9,1	7	8,6	11
At patienten møder den samme læge	8,2	14	7,5	5
At patienten møder den samme sygeplejerske	7,7	4	6,9	2
At læge og sygeplejerske har forberedt sig og læst journalen	9,2	14	9,1	17
At patienten bliver tilbudt den bedste og nyeste behandling	9,4	32	8,5	19
At patienten ved, hvor vedkommende skal henvende sig ved spørgsmål	8,9	1	9,0	7
At patienten bliver inddraget i beslutninger og stillingtagen til behandling	8,8	20	9,2	51
At patientens pårørende bliver inddraget i beslutninger og stillingtagen til behandling	7,3	5	7,6	3
At patienten er med til at planlægge forløbet	7,8	2	7,9	4
At der bliver talt i et forståeligt sprog	9,4	28	9,6	27
At der bliver givet en skriftlig plan over forløb og behandling med hjem	7,7	6	7,1	2
At skriftligt patientmateriale er skrevet i et letforståeligt sprog	8,8	2	8,9	0
At journalen er skrevet i et letforståeligt sprog	8,1	1	6,4	0
At forløbet hænger sammen med arbejdslivet	6,7	6	6,8	1
At forløbet hænger sammen med privatlivet, herunder børn, fester, rejser m.m.	6,9	5	6,3	2
At patienten ved, hvilken medicin vedkommende skal have efter ophold på sygehuset	9,5	8	9,4	10
At det er let at komme til sygehuset, herunder transport og parkering	8,4	1	7,4	2
At forplejningen er god	7,4	1	6,4	0
At der er rent og pænt på sygehuset	8,8	0	7,9	2

Figur 1. Rangering af 25 udsagn på en skala fra 1-10

Søjlediagrammet viser resultater af undersøgelsen med rangering af 25 udsagn på en skala fra 1 til 10. Patienternes rangering på søjlediagrammet består af gennemsnittet af akutte og ambulante patienters rangering. Desuden ses de professionelle rangering (dvs. de fem personalegrupper: ledelse, læger, sygeplejersker ansat på ambulatorier, sygeplejersker ansat på sengeafsnit og sekretærer (værdier hentet i tabel 1).



gelsen. Information om undersøgelsen blev givet både mundtligt og skriftligt. De professionelle blev spurgt om deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen på personale- og ledelsesmøder og ved lægekonerferencer. Der indgik ikke personfølsomme data i spørgeskemaet, hvorfor undersøgelsen ikke blev anmeldt til Datatilsynet. Data blev behandlet fortroligt og opbevaret forsvarligt.

Resultater

I alt indkom 267 besvarelser; 109 fra patienter og 158 fra professionelle. Svarprocenten blandt personalet var på 52.

45 besvarelser (24 hos patienter og 21 hos de professionelle) manglede prioritering af de tre vigtigste udsagn. Årsagen hertil var i flere tilfælde beskrevet og skulle findes i problematikken med at prioritere udsagn, der alle syntes lige vigtige.

Resultaterne af undersøgelsen er baseret på den samlede gruppe patienter og professionelle oplevelse af, hvad der er vigtigst for patienterne. Resultaterne er således indsamlet på tværs af sygdomsgrupper med tilhørende forskellige forventninger og behov.

Data er gennemgået og valideret af to uafhængige interessenter.

Flere samstemmende rangeringer af udsagn

Den gennemsnitlige rangering ligger for de 25 udsagn i intervallet fra 6,3 til 9,7 for både patienter og professionelle. Rangering på skalaen fra 1 til 10 fremgår af figur 1.



Det vigtigste for patienterne er relationen til de professionelle, som de rangerer højest.

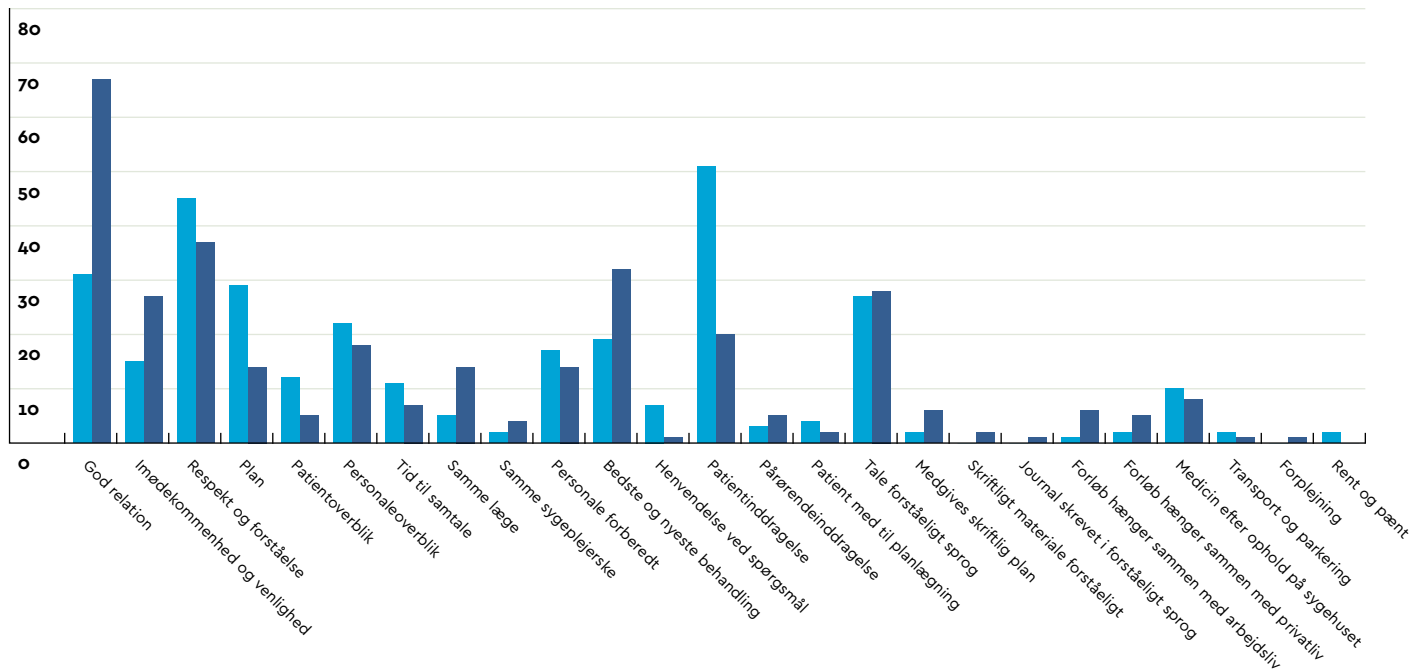
Ambulante og akut indlagte patienter er generelt meget enige i rangeringen. Den største spredning er på 1 point (6,1-7,1) på udsagnet om, at behandlingen skal hænge sammen med arbejdslivet. Dette vægter de ambulante patienter højere end de indlagte. Desuden er der forskel i rangeringen af vigtigheden af gode parkeringsforhold, forplejning og sygehusets fysiske forhold. Her rangeres det højere hos de akut indlagte patienter end hos de ambulante patienter. Ellers er spredningen mellem 0 og 0,5 på alle øvrige udsagn.

De professionelle rangering spænder vidt fra 3,5 til 9,6. Plejepersonalet er stort set enige uanset speciale, og forskellene ses derfor mellem faggrupperne. Forskellene mellem patienter og professionelle ses primært, når der differentieres blandt personalegrupperne. Blandt de professionelle er læger og plejepersonale længst fra hinanden. Lægerne rangerer lavest og plejepersonalet højest. Patienternes rangering placerer sig i den høje ende nærmest plejepersonalet.

Figur 2. Prioritering af de tre vigtigste udsagn

De akutte og de ambulante patienters procentvise prioritering er samlet til patienters prioritering. De professionelle (sekretærer, læger, ledelse, ambulante sygeplejersker og akutte sygeplejersker) er samlet til de professionelle prioritering vist i procent (værdier hentet i tabel 1).

- Pct., professionelles prioritering af tre vigtigste udsagn
- Pct., patienters prioritering af tre vigtigste udsagn



I forhold til prioritering af de tre vigtigste udsagn er der primært fem udsagn, som bliver prioriteret højest af begge grupper, se figur 2 og tabel 2. Tre af de fem udsagn er samstemmende, omend de ikke bliver prioriteret lige højt.

Relationen er vigtigst

Det relationelle bliver rangeret og prioriteret meget højt af både patienter og professionelle. De tre udsagn, som handler om det relationelle, rangerer alle over 9.

For både patienter og professionelle gælder også, at de relationelle udsagn bliver prioriteret som en-to af de tre vigtigste udsagn.

Forskel i mundtlig og skriftlig kommunikation

Patienter og professionelle rangerer og prioriterer kommunikation højt. Patienterne prioriterer højt, at der bliver talt i et forståeligt sprog (9,4). Det er de professionelle enige i og prioriterer det ligeledes højt (9,6). I forhold til den skriftlige kommunikation, herunder at journalen er skrevet i et letforståeligt sprog, ser vi den største forskel. Patienterne rangerer det til 8,1, sygeplejerskerne rangerer det til 6,9, mens lægerne kun rangerer det til 4,0 (yngre læger har rangeret 3,5 og overlæger 4,5).

Inddragelse er vigtig, men vurderes forskelligt

Patienter og professionelle er nogenlunde enige om vigtigheden af patientinddragelse.

Patienterne rangerer det til 8,8, og de professionelle til 9,2. Men der er markant forskel mellem professionelle og patienter i forhold til, hvorvidt patientinddragelse er et af de tre vigtigste udsagn. 20 pct. af patienterne har valgt patientinddragelse som én af de tre vigtigste parametre. I forhold til de professionelle er der internt stor forskel i vurderingen. Blandt ledelsen er det 71 pct., der vurderer det som en af de vigtigste, 55 pct. af plejepersonalet, 40 pct. af sekretærene og 24 pct. af lægerne anser patientinddragelse som det vigtigste.

Den bedste behandling rangerer højt

En faglig god behandling bliver rangeret højt af patienterne (9,4) og de professionelle (8,5). Når patienterne skal vurdere, hvilke udsagn der er vigtigst, er dette også meget højt prioriteret. Således har 32 pct. af patienterne prioriteret det mod 20 pct. af de professionelle.

Første undersøgelse af sin art

Så vidt vi ved, er dette den første undersøgelse, som sammenligner, hvad patienterne synes er vigtigst, og hvad de professionelle, herunder sygeplejersker, læger, ledelse og sekretærer, tror er vigtigst for patienterne. Tidligere undersøgelser har udelukkende fokuseret på patienter og sygeplejersker (2,3) eller patienter og læger (4) og har

således ikke forholdt sig til flere faggrupper. I de følgende afsnit sættes undersøgelsens resultater i relation til relevante og tidligere fremhævede studier.

Overraskende enighed patienterne imellem

Overordnet er der enighed om, hvad der er vigtigst patienterne imellem, og hvor vigtige de forskellige udsagn er, uanset om patienterne er akut indlagte eller i ambulans forløb. Antagelsen om, at alle patienters behov varierer og er afhængige af sygdom, patientens oplevelse af sygdommen m.m. (1) kommer således ikke til udtryk i denne undersøgelse. Dette understøttes i en lignende undersøgelse (3), hvor der ikke er forskel på, hvad de medicinske og kirurgiske patienter synes er vigtigst.

Relationen mellem patient og professionel er vigtigst

Relationen mellem patient og professionel er det vigtigste. Patienterne rangerer relationen til de professionelle højest (9,5). Samtidig har 67 pct. prioriteret udsagnene vedrørende relationen mellem patient og professionel som et af de tre vigtigste udsagn. Dette understøttes i et kvalitativt studie, der omhandler patienters behov i mødet med sundhedsvæsenet (5). Her fremgår det, at uanset hvilken sygdom patienten har, så er relationen universel. Denne vurdering kan sammenlignes med et andet studie, hvor patienterne primært ønskede, at der var fokus på den menneskelige relation, samtalen med de professionelle og respekt patient og professionel imellem (7).

Al kommunikation skal være forståelig

Både patienter og professionelle rangerer kommunikation højt. Det er vigtigt, at der bliver talt og skrevet i et forståeligt sprog. Når det kommer til patientjournalen, er der dog en betydelig forskel i rangeringen. Her finder patienterne det vigtigt (8,1), at patientjournalen er skrevet i et forståeligt sprog, mens sygeplejersker tror, det er lidt mindre vigtigt (6,9), og lægerne tror, det er det udsagn, der er mindst vigtigt for patienterne (3,5 fra yngre læger og 4,5 fra overlæger). Det giver stof til eftertanke og indikerer, at lægerne primært ser journalen som et arbejdsredskab. Det står i kontrast til patienternes vurdering, der indikerer, at de læser deres journal og prioriterer forståeligheden af denne højt.

Det Nationale Program for Kvalitet på Sundhedsområdet, der bl.a. vil prioritere, at alle borgere får hurtigere og nemmere adgang til oplysninger i egen journal (9), er således i overensstemmelse med patienternes ønsker.

Differentiering af patientinddragelse nødvendigt

Både patienter og professionelle rangerer patientinddragelse højt. 8,8 for patienter og 9,2 for de professionelle. Når de skal prioritere, om det er et af

de tre vigtigste elementer i et patientforløb, er der imidlertid uoverensstemmelse. Blandt patienterne er det kun 20 pct., som finder patientinddragelse vigtigst, mens over halvdelen af de professionelle vurderer det som vigtigst. Det bliver vurderet højest af ledelsen, hvor 71 pct. finder det vigtigst.

Dette er i overensstemmelse med et andet studie, der fandt, at de professionelle finder patientinddragelse vigtigst, hvormod ingen af patienterne gjorde (3). Studier har vist, at når patienter bliver syge, ændres deres behov for at blive inddraget i behandlingen sig markant. De oplever ikke at have forudsætningerne for at træffe beslutninger om eventuel behandling (3). Dette understreger, at der er et behov for differentiering af patientinddragelse, så der bliver taget udgangspunkt i den enkeltes præferencer og behov.

God faglig behandling er det absolut vigtigste

En fagligt god behandling er et af de mest centrale udsagn og bliver rangeret som et af de højeste af patienterne (9,4). Når patienterne skal vurdere, hvilke udsagn der er vigtigst, er dette også med i top 5, hvormod andre udsagn er prioriteret højere af de professionelle. Det er i overensstemmelse med resultater fra en interviewundersøgelse foretaget i 2015 blandt danske kronisk syge patienter, som viser, at patienterne vurderer, at en god faglig behandling er det absolut vigtigste (6).

Patienters behov er universelle

Der er naturligvis begrænsninger ved at spørge patienter og professionelle om, hvad der er vigtigst. Vi ved ikke, om patienterne prioriterede ud fra deres nuværende situation eller ud fra, om de har fået opfyldt deres behov eller ej. Samtidig er det uvist, om de professionelle har rangeret ud fra, hvad de tror, patienter prioriterer som værende vigtigst, eller om de prioriterer ud fra, hvordan de selv ville prioritere, hvis de var patienter.

Der er inden projektets afvikling gennemført en pilotundersøgelse af spørgeskemaernes anvendelighed, men alligevel ses ukomplette besvarelser. Det kan indi-

Tabel 2. Højest prioriterede udsagn

De fem højest prioriterede udsagn hos henholdsvis patienter og professionelle. Tallene viser, hvor mange procent patienter henholdsvis professionelle, der har valgt udsagnet som ét af de tre vigtigste.

	Patienters top 5	Professionelles top 5	
1	God relation (67 pct.)	Patientinddragelse (51 pct.)	1
2	Respekt (37 pct.)	Respekt (45 pct.)	2
3	Bedste og nyeste behandling (32 pct.)	God relation (31 pct.)	3
4	Tale forståeligt (28 pct.)	Plan for forløb (29 pct.)	4
5	Imødekommenhed (27 pct.)	Tale forståeligt (27 pct.)	5

kere, at der muligvis ikke har været tilstrækkeligt med information dels til plejepersonalet, som udleverede spørgeskemaerne, dels til patienterne, som skulle besvare dem.

Det er vigtigt at bemærke, at patienterne i undersøgelsen havde overskud og mulighed for selv at svare. Patienter, som var for afkræftede eller ikke i stand til at svare af anden årsag, blev ekskluderet. Dette kan selvfølgelig give et misvisende indblik i patienternes vurdering af, hvad der er vigtigst. I undersøgelsen fremgår ingen oplysninger om køn, alder og sygdom med henblik på at sikre anonymisering. Derfor må resultaterne selvfølgelig analyseres ud fra dette. Imidlertid viser studier, at patienters behov er universelle og ikke afhængige af alder, køn, kultur eller sygdom (10).

Essentielt at tage udgangspunkt i den enkelte patient

Undersøgelsen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse med 109 patienter og 158 professionelle. Overordnet er der enighed imellem patienter og professionelle om, hvad der er vigtigst i et patientforløb. Det relationelle aspekt vurderes uden sammenligning som det vigtigste i et patientforløb. Undersøgelsen viser også, at vi som professionelle ikke altid kan vurdere og vide, hvad der er vigtigst for patienterne.

Det er således essentielt at tage udgangspunkt i den enkelte patient. Derfor har vi taget initiativ til at spørge alle patienter, hvad der er vigtigt for dem. Der er lavet plakater, lommekort m.m. for at sætte fokus på det. Hvad der er vigtigt for patienten bliver ført ind i journalen, og vi tager udgangspunkt i dette i pleje og behandling af patienten. ●



Hvad, tror I, er vigtigst for patienterne?

Hvordan sikrer I jer, at I ved, hvad der er vigtigst for patienterne?

Hvordan inddrager I patienterne i pleje og behandling?

Referencer

1. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*; 12:501-08. **2.** Farrell G. How accurately do nurses perceive patients' needs? A comparison of general and psychiatric settings. *J Adv Nurs* 1991;16(9):1062-70. **3.** Hallström I, Elander G. A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses. *Scand J Caring Sci*; 2001;15:228-34. **4.** Sepucha KR, et al. Developing instruments to measure the quality of decisions: Early results for a set of symptom-driven decisions. *Patient Educ Counsel*.2008;73(3):504-10. **5.** Holen M. Medinddragelse og lighed - en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital. Forskerskole i Livslang Læring, Center for Sundhedsfremmeforskning, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet 2011. **6.** Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne af Danske Regioner. Hvad er vigtigt for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet? En undersøgelse af seks forskellige patientgrupper samt deres pårørendes oplevelser af, hvad der er vigtigt for dem, når de har kontakt med det danske sundhedsvæsen. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Udarbejdet marts 2015. **7.** Enheden for Brugerundersøgelser: Baggrund og metode for den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, København 2011. **8.** Berterö C. Living with leukaemia. *Studies on quality of life, interaction and caring*. Linköping University, Sweden. *Medical Diss. No 511*. 1996. **9.** Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. April 2015. **10.** Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS). Sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse - En kvalitativ undersøgelse. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS); København, august 2013.

FORBRUGSFORENINGEN

Studieklar?

Køb ind med rabat

www.dsr.dk/rabatter



HOTEL KOLDINGFJORD

Efterårs getaway?

Book et weekendophold for
2 til medlemspris

www.dsr.dk/rabatter



BAUTA FORSIKRING

Forsikring til medlemspris

For både bil, børn og banjo

www.dsr.dk/rabatter



WEBSHOP

Klar til efteråret?

Køb regntøj til medlemspris

www.dsr.dk/webshop

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.

Plejemiljøet har betydning for sundhed og trivsel

Hospitalsstuer og plejeboliger kan med **bevidsthed om betydningen af et sundhedsfremmende miljø** indrettes, så det fremmer trivsel, autonomi og en patientsikker pleje.



HELLE WIJK

Sygeplejerske 1982, docent, ph.d. i geriatrisk medicin 2001, professor i sygepleje ved Göteborgs Universitet 2018, sygeplejerske ved Sahlgrenska Universitetssygehus, Göteborg.

helle.wijk@fhs.gu.se

Foto **YANAN LI**/Silviahemmet

RESUME

Der er øget bevidsthed om plejemiljøets betydning for sundheden. Det kommer tydeligt til udtryk i plejeprogrammer, i nationale retningslinjer og standarder, som i dag i højere grad tager højde for aspekter af det fysiske miljøets betydning for god plejekvalitet. Desuden findes der flere forskningsartikler, som understreger betydningen af arkitektur og design.

Et eksempel på ny viden er betydningen af et tilgængeligt og tydeligt plejemiljø, som er let at tolke og forstå. Desuden betydningen af et miljø hvor det er muligt at være

privat, og sidst, men ikke mindst et miljø, der er æstetisk tiltalende og viser respekt og hensyn til besøgende.

Hvis ny forskningsviden skal komme patienter og personale til gode, kræver det, at den implementeres i praksis. Et vigtigt udgangspunkt er dialogen mellem repræsentanter for pleje, arkitektur, design og kultur, og at de forskellige bidrag supplerer hinanden ud fra en fælles vision om, hvilke tiltag der fremmer sundhed og trivsel. I artiklen diskuteres, hvordan de forskellige aspekter i miljøet påvirker hinanden og skal ses i en sådan sammenhæng.

Miljøets betydning for trivsel og rehabilitering blev fremhævet allerede i 1800-tallet af sygeplejersken Florence Nightingale (1), som mente, at variationsrige, æstetisk tiltalende miljøer med adgang til dagslys og udsigt til naturen stimulerer og hjælper med at holde folk friske. Hendes systematiske arbejde og nøjagtige dokumentation af miljøets betydning viste tydeligt, at miljøets udformning er en del af plejen. Hun var tidlig til at forstå og beskrive betydningen af forskellige aspekter i patientens omgivelser såsom farver, lys og et hygiejnisk miljø, men også den sociale dimension af plejen i form af nærheden til sygeplejersken og interaktion med patienten. Hun påpegede også relationen mellem plejemiljø og patient-sikkerhed, og at hver patient fik adgang til frisk luft som bidrag til sundheden.

Respekt for integritet og involvering

Ny viden og udvikling inden for medicin, sygepleje og teknologi bidrager til høj overlevelse inden for en række sygdomme, hvilket igen medfører længere levetid for mennesker verden over. Medicinske fremskridt har også bidraget til bedre funktionalitet og livskvalitet inden for mange områder. En vigtig del af dette arbejde er et plejemiljø, der udformes, så det giver de rette forudsætninger for behandling, rehabilitering, gode møder mellem patient, pårørende og personale og en sikker og sundhedsfremmende pleje.

Det er i dag tydeligt, at miljøet på sygehuse, plejehjem og i hjemmet for dem, der stadig kan plejes der, skal designes med udgangspunkt i patientens og de pårørendes behov, og at miljøet skal være præget af respekt for integritet og involvering. Vi mangler dog stadig evidensbaseret viden om, hvordan dette bedst kan ske.

Fysisk miljø skal understøtte personalets indsats

Forskning viser, at miljøer, der er designede med udgangspunkt i brugerens behov, har en positiv indvirkning på sundheden (2). Det handler

både om det fysiske og det psykosociale miljø, og hvordan de interagerer med hinanden. Ved sygdom er vi afhængige af støtte, både fra de mennesker, vi omgiver os med, og af selve de omgivelser, vi befinder os i. På trods af individuelle behov er der også generelle faktorer at tage hensyn til. Det handler om, at miljøet både skal være roligt med mulighed for at være privat og samtidig have plads til sociale relationer og aktivitet (3).

F.eks. ved vi, at miljøer, der opleves som indbydende, med nærhed til personalet og et logisk rumligt design, fremmer genkendelse, tryghed og omtanke. Valgmuligheder i et fleksibelt miljø er vigtige for vores behov for både at kunne trække os tilbage for at hvile og samtidig være sociale med andre, når det passer os. Naturens helbredende kraft er meget omtalt, og praktiske eksempler på dette er, at man i dag på en helt anden måde end tidligere lægger stor vægt på udsyn til naturen fra patientstuen eller boligen og mulighed for at kunne nyde naturen fra balkoner, terrasser og haver. Men det er ikke nok, at der er en have – det skal være let at komme ud i den, når man har lyst, uden at være nødt til at bede om hjælp. Et rehabiliterende miljø omfatter både personalets formelle kompetence og deres

reelle evner til at motivere til sundhed. Det fysiske miljø skal understøtte personalets indsats.

Behov for et støttende miljø er forskellige

Når vi bliver afhængige af andre på grund af sygdom, fremgår det tydeligt, hvor vigtigt miljøet omkring os er. Hvis vi f.eks. får nedsat syn på grund af en infektion, en ulykke eller høj alder, mærker vi hurtigt konsekvensen af dette i hverdagen, hvor det påvirker vores trivsel. Det omgivende miljø kan kompensere for dette via bevist implementering af gode lysforhold og en kontrastrig farvesætning, som kompenserer for den funktionsnedsættelse, det nedsatte syn medfører.

Forskning understreger vigtigheden af at designe plejemiljøet, så det giver en følelse af et hjem via en indbydende entré, hvor besøgende mødes af omtanke både i designet og i interaktionen med personalet. Betydningen af en atmosfære af gæstfrihed er også blevet fremhævet, f.eks. via et bord, der er dækket med en god kande varm kaffe og flot porcelæn, så man frit kan drikke kaffe, når man har lyst. Sidst, men ikke mindst er muligheden for at vælge, hvornår man har lyst til at være social og interagere med andre eller nyde ensomheden og muligheden for selvfordybelse af stor betydning for trivslen (4).

De forskellige former for pleje uden for sygehuset er i hastig vækst. Det gælder for primærplejen, dvs. at plejen flytter tættere på patienterne med modtagelser og hjemmesygepleje, og for den integrerede pleje, som omfatter sygehuspleje, dagcenter og primærplejen (5), samt det faktum, at det private hjem har udviklet sig til at være et betydningsfuldt sted til avancerede plejeindsatser.

Dette får konsekvenser for det fysiske miljø, da et professionelt teamarbejde skal kunne ske på en patientsikker måde. Der skal udvises hensyn i to aspekter; dels skal det private hjem respekteres som det sted til socialt samvær og privatliv, som det faktisk er, og dels skal det samtidig udgøre arbejdsmiljøet for det professionelle plejeteam

Silvia Bo er designet, så beboerne føler sig hjemme og trygge. Ved hjælp af stærke farvekontraster fremtræder sofaen mod baggrunde og gulvet, så man lokkes til at sætte sig og ...



med behov for en stadig højere grad af medicinsk-tekniske apparater. Inden for kommunens plejevirkosomhed taler man om vigtigheden af små plejehjem til fremme af kontinuitet, relation, personlige møder og en hjemlig følelse.

Personcentreret design af plejemiljøet er væsentligt

Personcentreret pleje er kendetegnet ved, at man lægger stor vægt på relationer mellem mennesker, og at man udviser ægte interesse for at lære hinanden at kende (6). Planlægningen af et personcentreret miljø tager udgangspunkt i, at man inden for rammerne af en livshistorie deler, hvad personen vælger og bedømmer som betydningsfuldt i sammenhængen. Det forudsætter, at der findes en interesseret modtager, som lytter til patientens information om, hvad der er besværligt i miljøet, og som har mandat og vilje til at foretage tilpasninger i miljøet.

Tanker omkring personcentreret blev fremsat allerede i starten af 1960'erne af Carl Rogers, filosof og forsker, som mente, at den person, som søger hjælp, er ekspert i sig selv, og terapeuten fremmer personens selvindsigt (7). Disse tanker blev videreudviklet inden for ældre- og demensplejen af Kitwood (8), psykolog og forsker, som mente, at personcentreret bygger



Køkken og spisebord understøtter selvstændighed og trivsel ved at have faste stole og god belysning.

på den værdi, et menneske tillægges af andre i social sammenhæng og i relationer, hvilket forudsætter respekt og tillid.

En af pionererne, når det gælder om at prøve at forstå betydningen af, at miljøet imødekommer og støtter alle personers unikke muligheder, var Powell Lawton. Han var forsker i samfundsmedicin og udviklede The Ecological Model of Aging (9) i begyndelsen af 1970'erne.

Lawton mente, at muligheden for at bruge sine mentale evner, udføre daglige aktiviteter og føle et engagement for at være med i forskellige aktiviteter alene eller sammen med andre, er en del af den enkeltes personlige kompetence, som har stor betydning for oplevelsen af sundhed og velvære. Lawton mente desuden, at der er en direkte relation mellem muligheden for at udnytte sin personlige kompetence og den støtte eller forhindring, som



Miljøets betydning for trivsel og rehabilitering blev fremhævet allerede i 1800-tallet af sygeplejersken Florence Nightingale.

omgivelserne udgør. I hvor høj grad det er lykkedes at tilpasse omgivelserne til personlige forudsætninger, kommer til udtryk som velvære og selvstændig adfærd eller som afhængighed.

Forudsætninger i miljøet med betydning for velværet

Fysiske forudsætninger i miljøet kan have stor betydning for velværet ved at bekræfte og respektere patientens behov. På en enestue er det nemt at arrangere, at dem, der er morgentrætte, får lov til at hvile lidt længere, samt at dem, der har svært ved at sove, kan have lampen tændt, selvom det er sent. På samme måde giver enkeltværelser mulighed for ro på afdelingen, så man kan hvile, lytte til musik og føre private samtaler, og der kan dokumenteres sammen med patienten.

Måltidsmiljøet er et andet område, der har betydning for rehabilitering. Det kan være en befrielse ikke at være nødt til at spise sammen med andre, hvis funktionsnedsættelser betyder, at man risikerer at spilde. Kvalme efter cytostatikabehandling kan blive et stort problem, hvis middagen skal spises til lugten af stegt mad og kraftige dufte. Men et stimulerende måltidsmiljø i godt selskab kan også have en positiv effekt, hvis man er deprimeret og har nedsat appetit.

Det kan opleves som respektløst og nonchalant at befinde sig i et fragmentarisk forvirrende miljø, når man er afhængig af andre på grund af sygdom. Også tidligere oplevelser inden for plejen kan skabe positive eller negative forventninger og oplevelser af miljøet. Hvis det sidste besøg i en modtagelse skete i flotte, hygiejniske lokaler i et professionelt og varmt møde med personalet, er det den forestilling, vi har med i bagagen ved lignende situationer. Hvis grunden til besøget på sygehuset er akut, har rummets design sandsynligvis mindre betydning, end hvis det drejer sig om at hjælpe et familiemedlem med at flytte ind på et plejehjem.

Forskning i plejemiljøets betydning er i vækst

Forskning inden for plejemiljøet er i kraftig vækst og i fokus i både pleje og arkitektur på nationalt og internationalt plan. Miljøet er en central del af plejen, uanset om det handler om intensive og højteknologiske miljøer, den psykiatriske afdeling eller ældreboliger. Vi taler om miljøet ud fra to supplerende perspektiver, det fysiske og det psykosociale, hvor forskningen omfatter begge dimensioner i form af rummet, hvor vi befinder os, og de forventninger, relationer, aktiviteter og møder, vi har med mennesker der.

Farver, lys, lyd, symboler og æstetik har betydning for, hvordan vi oplever miljøet omkring os, og natur, udsigt og kunst i miljøet studeres i relation til oplevelsen af et personcentreret pleje- og arbejdsmiljø (3).



Et eksempel på, hvordan man kan støtte ældres muligheder for at komme rundt og orientere sig, er at bruge farver og symboler i dagligstuer og spisesal.

af tidligere erfaringer og vurderinger (12). Ting i omgivelserne, der kan genkendes, f.eks. smukke blomster og kunst, kan bidrage til en følelse af kontrol og hjemlighed (13).

Høj alder er ofte forbundet med fysiske og kognitive funktionsnedsættelser som nedsat syn og hørelse (14). Svigtende helbred og funktionsevner påvirker muligheden for at klare basale hverdagsaktiviteter og er medvirkende årsag til, at ældre flytter i plejebolig (Socialstyrelsen, 15,16). Det medfører, at mange personer, som bor i plejebolig i dag, har flere funktionsnedsættelser og diagnoser med stor betydning i hverdagen (16,17). Det er derfor en stor udfordring at skabe plejemiljøer, som er støttende for personer med forskellige slags funktionsnedsættelser, da personer med svigtende helbred ofte tilbringer hoveddelen af deres tid i plejeboligen (18).

Bevidst udformet fysisk miljø kan have en positiv effekt

Et bevidst udformet fysisk miljø kan støtte ældre med svigtende helbred og have en positiv effekt på deres helbred og trivsel (19). Studier har vist, at aspekter i miljøet som f.eks. tilstrækkelig belysning og sikre gangveje kan gøre det lettere for de ældre selvstændigt at bevæge sig, hvor de vil (20,21). Et eksempel på, hvordan man kan støtte ældres muligheder for at komme rundt og orientere sig, er at bruge farver og symboler i dagligstuer og spisesal. Samtidig er det værd at bemærke, at adgang til naturen har en positiv effekt på ældres oplevelse af tilværelsen (22,23,24,25). Andre eksempler er brug af små boliger, som giver en følelse af et hjem og bidrager til sociale relationer og aktiviteter hos personer med demens (26,27).

Ingen evaluering efter ibrugtagning

På trods af at vi i dag har en del viden om det fysiske miljøes betydning for ældre, ved man ikke så meget om ældreboligens designkvalitet, delvist fordi de ikke er blevet evalueret efter, at de er taget i brug. Derfor sker der heller ingen tilbagemelding til de professioner, der er involverede i planlægning og opførelse af plejeboliger. Der mangler derfor viden om, hvordan det fysiske

miljø fungerer i praksis, og hvordan faktorer i miljøet kan opfylde behov hos de ældre, der bor der. En af årsagerne til dette kan være en begrænsning i antallet af valide metoder til at vurdere kvaliteten af det fysiske miljø i plejeboliger (28).

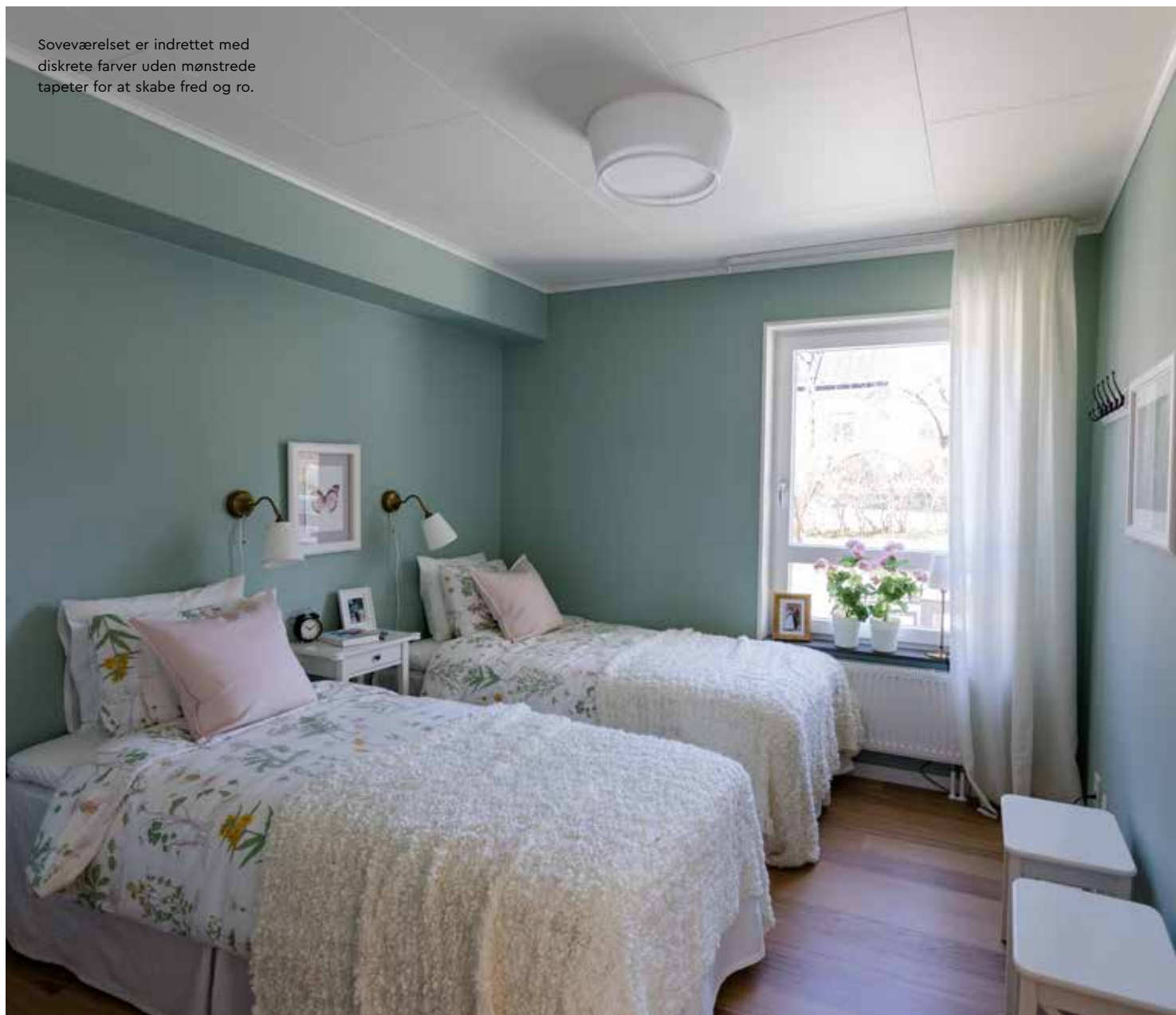
Forskningsprojekt undersøgte kvaliteten

Der er gennemført et forskningsprojekt med det formål at undersøge forholdet mellem kvaliteten af det fysiske miljø i plejeboliger og trivsel og aktiviteter. Indledningsvist foretog vi en oversættelse og kulturel tilpasning af et engelsk instrument, the Sheffield Care Environment Assessment Matrix (SCEAM) (29), som vurderer kvaliteten af det fysiske miljø i plejeboliger. Processen resulterede i et valideret og reliabilitetstestet instrument (30).

Instrumentet, den svenske version af the Sheffield Care Environment Assessment Matrix (S-SCEAM), er baseret på personcentrering og indeholder aspekter i det fysiske miljø, som har stor betydning for ældre. F.eks. måles det, i hvilken udstrækning boligen understøtter de ældres tryghed, sikkerhed, trivsel og privatliv. Aspekter i miljøet, som støtter personer med kognitive funktionsnedsættelser, er et andet eksempel, og det kan handle om, at miljøet er nemt at



Soveværelset er indrettet med diskrete farver uden mønstrede tapeter for at skabe fred og ro.



forstå i form af tydelige skilte, farvekontraster eller andre referencepunkter.

Store variationer i kvaliteten af det fysiske miljø

I projektet blev der indsamlet data om 20 svenske plejeboliger med varierende bygningsudformning, byggeår, organisationsform og geografisk placering. Der blev anvendt flere forskellige dataindsamlingsmetoder, f.eks. spørgeskema, interview og observationer, og S-SCEAM bruges til at bedømme fysiske miljøaspekter. Resultatet viste, at der var store variationer, hvad angår kvaliteten af det fysiske miljø, ifølge vurderinger med S-SCEAM, både plejeboligerne imellem og i en og samme bolig (31).

I de fleste boliger var de private lejligheder godt tilpassede til de ældres behov med skridsikre gulvmaterialer, armstøtter på badeværelser og mulighed for at have personlige møbler og andre ting med hjemmefra. Derimod var der mangler i designet udendørs, og flere boliger havde hverken have eller udeplads.

Mange af plejeboligerne havde en god standard, når det gælder sikkerhed og lysindfald, men havde begrænsede muligheder for, at de ældre kunne være private i dagligstuer og spiserum, hvor både beboere, besøgende og personale passerer forbi.

Projektet har også genereret mere viden om forholdet mellem fysisk miljø og ældres aktiviteter. I to plejeboliger blev disse faktorer studeret ved hjælp af flere metoder, og resultatet viste, at de ældre en stor del af dagen var alene i lejligheden. Flere faktorer i miljøet viste sig at have betydning for de ældres brug af boligen, f.eks. tærskler og lukkede døre (32).

Overordnet set oplever vi en stigende interesse for og bevidsthed om det fysiske miljøes betydning for god pleje. Det er vigtigt, at der pågår forskning inden for området, at resultatet af forskningen implementeres i designdialog og planlægning, og at nye miljøer vurderes i forhold til, hvordan det fysiske miljø har bidraget til plejeresultatet. Det er først, når dette bliver praksis, at vi kan lære mere om, hvilken gavn det fysiske miljø har for sundhed, trivsel og forebyggelse af skader. ●

Silvia Bo i Stockholm er et bosted tilpasset par, hvor den ene part er dement. Konceptet bygger på, at boligen ligger i nær tilslutning til et dagcenter, hvor personen med demens kan tilbringe dagen, mens partneren er væk.





Se på jeres arbejdsplads med patient- eller beboerøjne. Hvordan vil I beskrive det, I ser?

Hvordan vurderer I miljøet i forhold til venlighed, trivsel og sundhedsfremme?

Hvad kan efter jeres mening fremme fysisk og psykosocial trivsel i miljøet?

Referencer

1. Nightingale, F. *Notes on nursing*. New York: Dover publications: (Original 1860)1969.
2. Ulrich RS, Zimring C, Joseph A, Quan X, Choudhary R. *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A once-in-a-lifetime opportunity*. Concord, CA: The Centre for Health Design; 2004.
3. Wijk H (Red). *Vårdmiljöns betydelse*, Lund: Studentlitteratur; 2014.
4. Edvardsson, D. *Atmosphere in care settings: towards a broader understanding of the phenomenon*: Umeå: Institutionen för omvårdnad, Univ.; 2005.
5. Brovall M, Koinberg I, Falk H, Wijk H. Patients' experience of important factors in the healthcare environment in oncology care. *Int. J of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8, Published online Aug 6, 2013.
6. Ekman I (Red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber; 2014.
7. Rogers C. *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable; 1961.
8. Kitwood T. *Dementia reconsidered - The person comes first*. London: Open University Press; 1997.
9. Lawton MP. Competence, environmental press, and the adaptation of older people. I: Lawton MP et al. (red.) *Aging and the environment. Theoretical approaches*. London: Springer Publishing Company; 1973.
10. Edvardsson D, Sandman P-O, Rasmussen BH. *Sensing an atmosphere of ease: a tentative theory of supportive care settings*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2005;(19):344-53.
11. Harris PB, McBride G, Ross C, Curtis L. *A place to heal: Environmental sources of satisfaction among hospital patients*. *Journal of Applied Social Psychology* 2002;(32):1276-99.
12. Williams AM, Dawson S, Kristjansson LJ. *Exploring the relationship between personal control and the hospital environment*. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17(12):1601-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02188.x
13. Edvardsson D. *Atmosphere in care settings : towards a broader understanding of the phenomenon*: Umeå: Institutionen för omvårdnad, Univ., 2005.
14. World Health Organization. *Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012*.
15. Socialstyrelsen. *Bostad i särskilt boende är den enskildes hem*. Stockholm: Socialstyrelsen 2011.
16. Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen 2015.
17. Schram MT, Frijters D, van de Lisdonk EH, Ploemacher J, de Craen AJ, de Waal MW, Schellevis FG. *Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly*. *Journal of Clinical Epidemiology* 2008; 61(11), 1104-12. doi: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.021.
18. Rowles GD, Bernard M. *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*. New York: Springer 2013.
19. Joseph A, Choi YS, Quan X. *Impact of the Physical Environment of Residential Health, Care, and Support Facilities (RHCSF) on Staff and Residents. A Systematic Review of the Literature*. *Environment and Behavior* 2015, 0013916515597027.
20. Brawley EC. *Environmental design for Alzheimer's disease: A quality of life issue*. *Aging and Mental Health* 2001;5(2):79-83. doi: 10.1080/13607860120044846.
21. Marquardt G. *Wayfinding for people with dementia: A review of the role of architectural design*. *HERD: Health Environments Research and Design Journal* 2011;4(2):75-90.
22. Bengtsson A. *From experiences of the outdoors to the design of healthcare environments: A phenomenological case study at nursing homes (Doctoral thesis)*. Swedish University of Agricultural Sciences, Alnarp, Sweden 2015.
23. Rappe E, Kivelä SL. *Effects of garden visits on long-term care residents as related to depression*. *HortTechnology* 2005;15(2):298-303.
24. Rappe E, Kivelä SL, Rita H. *Visiting outdoor green environments positively impacts self-rated health among older people in long-term care*. *HortTechnology*. 2006;16(1):55-9.
25. Raske M. *Nursing home quality of life: study of an enabling garden*. *Journal of Gerontology and Social Work* 2010;53(4):336-51. doi: 10.1080/01634371003741482
26. Lee SY, Chaudhury H, Lee S. *Effect of physical environment of the behaviors of residents with dementia: A comparison between a small-group unit and a traditional care unit*. *Journal of Civil Engineering and Architecture* 2014; vol. 8, no.11 (Serial No 84):1353-63.
27. Verbeek H, Zwakhalen SMG, Van Rossum E, Ambergen T, Kempen GJM, Hamers JPH. *Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: A quasi-experimental study*. *International Psychogeriatrics* 2014;26(4):657-68. doi: 10.1017/S1041610213002512
28. Elf M, Nordin S, Wijk H, McKee K. *A scoping review of measurement instruments for assessing the quality of physical healthcare environments 2015*. Manuscript submitted for publication.
29. Parker C, Barnes S, McKee K, Morgan K, Torrington J, Tregenza P. *Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people*. *Ageing and Society* 2004; 24(6):941-62. doi: 10.1017/S0144686x04002387
30. Nordin S, McKee K, Wijk H. *Assessing the physical environment of older people's residential care facilities: development of the Swedish version of the Sheffield Care Environment Assessment Matrix (S-SCEAM)*. *BMC Geriatrics* 2015;15:3.
31. Nordin S, McKee K, Wijk H, Elf M. *Exploring environmental variation in residential care facilities for older people*. *Health Environments Research & Design Journal* 2016. Doi: 10.1177/1937586716648703
32. Nordin S, McKee K, Wallinder M, von Koch L, Wijk H, Elf M. (2016). *The physical environment, activity and interaction in residential care facilities for older people: a comparative case study*. Accepted for publication in *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



SUSANNE NYGAARD NIELSEN

Sygeplejerske 1992, SD 2014, MKS 2017, specialeansvarlig sygeplejerske, Ortopædkirurgi, Regionshospitalet Viborg.

susanne.N.Nielsen@viborg.rm.dk




RAYMOND KOLBÆK

Sygeplejerske, ph.d., forskningslektor, Center for Forskning i Klinisk Sygepleje – Hospitalsenhed Midt, Viborg.

Sundheds- kompetence – et begreb med betydning for patient- involvering

Forudsætningen for **patientinvolvering** er, at **patienten kan komme til orde og kan forstå og anvende den viden**, som opnås i dialog med sundhedspersonalet.

 Patienter bliver i stigende grad involveret i deres behandling som følge af udviklingen, der understøttes af politikere, sundhedsprofessionelle og patienter (1). Men for mange patienter er det imidlertid vanskeligt at forholde sig til patientinddragelse, fordi sundhedsinformationen ikke er tilpasset den enkeltes sundhedskompetence.

Sundhedskompetence er den danske betegnelse for det engelske begreb Health Literacy (HL), der er defineret som individets evne til at tilegne sig, forstå og anvende sundhedsrelateret information (2). Der findes ingen dansk oversættelse af Health Literacy, men sundhedskompetence er foreslået som det bedst dækkende begreb af Sundhedsstyrelsen i 2009 og sidenhen af Dansk Sprognævn i 2013 (3), se boks 1.

Funktionel HL præsenterer det laveste niveau, hvor udviklingen fra lavere til højere niveau giver mulighed for større autonomi og empowerment.

Sundhedsinformation er vanskelig at forstå for nogen

I nordiske og europæiske sammenhænge ses en spirende interesse for forskning i sundhedskompetence med flere deskriptive studier (4,5). Studierne peger på, at der er sammenhæng mellem ulighed i sundhed og lav sundhedskompetence. Forskningsresultater viser, at mennesker med et lavt uddannelsesniveau har dårligere sundhedskompetence end mennesker med et højt uddannelsesniveau og dermed sværere ved aktivt engagere sig i en dialog med sundhedspersonalet (5).

Et studie blandt 29.000 danskere viser, at ca. 20 pct. oplever problemer med at forstå sundhedsinformation og indgå i dialog med de sundhedsprofessionelle (5). Blandt ældre, personer med lav socioøkonomisk position og personer med anden etnisk baggrund end dansk ligger resultatet på ca. 20-40 pct. I lighed med resultater fra et større europæisk studie, hvor otte europæiske lande indgik, peger gennemsnitsresultater på, at ca. 47 pct. af befolkningen har begrænsede sundhedskompetencer, hvoraf 12 pct. rammer et niveau, der er utilstrækkeligt (4).

Resultater fra undersøgelserne må opfattes som barrierer for optimal udnyttelse af sundhedsydelser.

Lav sundhedskompetence har negative konsekvenser

Lav sundhedskompetence forbindes med øget hospitalisering, større forbrug af akutfunktioner, mindre anvendelse af forebyggelsesinitiativer, mindre tilbøjelighed til at følge en behandlingsplan, forkert indtag af medicin og blandt ældre generelt dårligere helbredsstatus samt øget dødelighed (6). Sundhedskompetence betragtes ikke som statisk, idet patientens situation er afhængig

Boks 1. Health Literacy tre niveauer

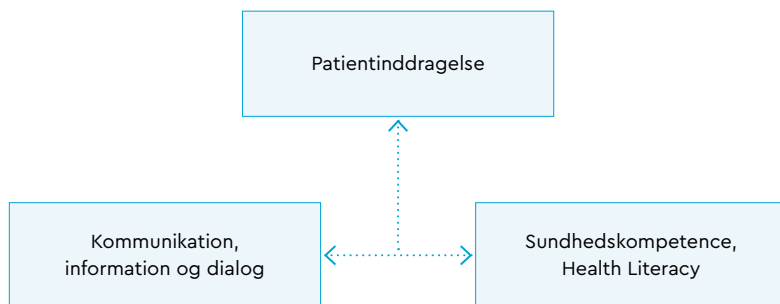
- Funktionel Health Literacy: Tilegne sig/forstå viden
- Interaktiv Health Literacy: Vurdere den tilegnede viden
- Kritisk Health Literacy: Handle på denne viden

Kilde: (2)

af omgivelser og omstændigheder. Øget stressniveau hos patienter under sygdom og indlæggelse gør det ofte vanskeligere at omsætte sundhedsinformation og træffe sundhedsrelaterede beslutninger. Derfor kan en person, der generelt har tilstrækkelig sundhedskompetence, udmærket have gavn af information og undervisning i et letforståeligt sprog.

Kontakten med sundhedsvæsenet er i stigende grad kendetegnet ved korte indlæggelsesforløb og øget ambulant aktivitet. Skal det forenes med patientinddragelse, er det centralt, at kommunikationen er tilpasset den enkelte patients sundhedskompetence. Anvendelse af sundhedskommunikation, der tilpasses patienters forskellige behov, før den kan forstås og omsættes til handling, synes derfor at få større betydning i takt med øget fokus på patientinddragelse (7), se boks 2.

Boks 2. Sammenhængen mellem patientinddragelse, kommunikation og sundhedskompetence



Kommunikation, der tager afsæt i patientens sundhedskompetence, har betydning for patientens mulighed for at være involveret i behandlingen.

Angst blokerer

for kommunikationen – en case

En ung kvinde er mødt ind til et dagkirurgisk indgreb, og ved modtagelsen er hun tydeligt nervøs, hvilket hun bekræfter ved forespørgsel. Der spørges ind til, om hun har nogle spørgsmål til det udleverede informationsmateriale eller til den information, hun har fået præambulant. Hun fortæller, at hun ikke kan huske så meget af det, der er blevet fortalt, og hun har svært ved at anvende det udleverede skriftlige materiale, da hun er ordblind. Og lige nu er hun så bange for det forestående, at hun er parat til at forlade stedet.

RESUME

Patientinvolvering og patientcenteret behandling har stigende fokus i den danske og internationale sundhedsdiskurs. Det er begreber, der i klinisk praksis stiller krav til den enkelte patient og sundhedspersonalet.

Patienter stilles over for en stigende mængde kompleks sundhedsinformation, hvilket sjældent harmonerer med

den enkeltes Health Literacy (sundhedskompetence).

I et masterprojekt undersøges sygeplejerskers erfaring med kommunikation, der understøtter patientens sundhedskompetence. Fund fra en kvalitativ semistruktureret interviewundersøgelse med fem informanter viser, at kendskab til begrebet sundhedskom-

petence er minimalt, og at den kommunikative praksis i høj grad fremstår informationsstyret.

Sundhedskompetence er centralt for at øge patientinvolvering, give bedre patientoplevelser, større patientsikkerhed og mere tilfredsstillende faglige resultater med færre omkostninger.

Dette er ikke et enestående eksempel på, at patienter har udfordringer med at forstå og omsætte den stadigt stigende strøm af information. Hvis sundhedsprofessionelle havde afdækket patientens sundhedskompetence og skræddersyet informationen herefter, kunne situationen have set anderledes ud. Der findes redskaber i form af spørgeskema til måling af sundhedskompetence, bl.a. TOFHLA (8). Manglen på et egnet screeningsinstrument har indtil videre betydet, at man i Danmark ikke har inkluderet sådanne spørgsmål i klinisk praksis. Hvorvidt patienter skal testes via et spørgeskema inden dialog, kan diskuteres. Sundhedskompetence kan tilnærmelsesvis afdækkes ved at spørge ind til patientens interesser, sociale liv, erhverv, forventninger, symptomer, hvad ved patienten, og hvor er der søgt viden. Derved fås et indblik i patientens forudsætninger for at forstå det, vi ønsker at kommunikere om.

En barriere for patientinddragelse

Med afsæt i disse perspektiver er det centralt, at sygeplejersker erkender, at mange patienter i mødet med sygehusvæsenet har lav sundhedskompetence. Det kan være en barriere for patientinddragelse, øge sandsynligheden for indlæggelse og føre til utilfredsstillende kommunikation med sundhedsprofessionelle. Om sygeplejersker forsøger at understøtte patientens sundhedskompetence, når de kommunikerer, kan der herske tvivl om (9).

Hvis sygeplejersker mangler viden om eller overestimerer patientens sundhedskompetence, hvordan kan de så kommunikere med afsæt i patientens præferencer? Spørgsmålet gav afsæt til at undersøge sygeplejerskers viden om sundhedskompetence.

Sygeplejerskers erfaring med kommunikation undersøges

Masterprojektet fokuserede på sundhedsprofessionelles stadige undren over patienternes lave kompliance i forhold til den information, de havde modtaget. Formålet var derfor at undersøge, hvilke erfaringer sygeplejersker i ortopedkirurgiske afsnit

har med kommunikation, der antages at understøtte patientens sundhedskompetence, når målet er at inddrage patienten.

Problemformulering

Hvilke erfaringer har sygeplejersker med kommunikation, der understøtter patientens sundhedskompetence i en kontekst, hvor ambitionen er patientinddragelse?

Der blev foretaget en systematisk litteratursøgning med henblik på at udvælge litteratur, som kunne bidrage til besvarelse af problemformuleringen. Litteratursøgningen blev udført i de sundhedsvidenskabelige databaser: PubMed, Cinahl, SveMed, Scopus og Web of Science. Databaserne blev valgt, fordi problemfeltet både er relateret til det sygeplejefaglige og det medicinske forskningsfelt.

Litteratursøgningen blev udført i samarbejde med en bibliotekar ved hospitalets fagbibliotek for at sikre en god og fyldestgørende søgning ud fra PICO-modellen, se boks 3.

Forskningen er i en startfase

Den systematiske litteraturgennemgang klarlægger, at forskning om sundhedskompetence med afsæt i sygeplejersperspektivet endnu kun er i en startfase med få publicerede studier. De udgøres primært af kvalitative studier samt et mindre antal tværnsnitsundersøgelser. Mange af de fremkomne hits i Cinahl har relevante titler for dette projekts problemstilling, men litteraturen viser sig i mange tilfælde at bestå af mindre indlæg i tidsskrifter, ikke af studier.

De valgte artikler i dette projekt fordeler sig på et tværnsnitsstudie og fire kvalitative studier. Artiklerne har primært fokus på undersøgelse af sygeplejerskers viden om sundhedskompetence, anvendelse af kommunikationsteknikker og opfattelse af barrierer for sundhedskompetence og patientinddragelse.

Boks 3. Litteratursøgning

Hvilke erfaringer har sygeplejersker med kommunikation, der understøtter patienters sundhedskompetence i en kontekst, hvor ambitionen er patientinddragelse?

PICO	P	I	Co
	Patient Population Problem	Interest	Context
	"Nurses"[Mesh] "Nurse-Patient Relations"[Mesh] "Nursing Staff"nurse*	"Health Literacy" [Mesh] health literacy* "Health Communication"[Mesh] communicatio*	patient participat* decision making [Mesh] patient involve* patient engage* patient empower* self-efficacy[Mesh]
Databaser:	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier	
PubMed 57 Cinahl 49 SveMed 36 Scopus 10 Web of Science 38	<ul style="list-style-type: none"> Fokus på sygeplejersperspektivet Sygeplejerskers viden, færdigheder, opfattelser af sundhedskompetence/kommunikation Patientinddragelse Hospitalskontekst Nordiske/vestlige lande + Australien Artikler fra 2007 	<ul style="list-style-type: none"> Artikler, der ikke relaterer sig til sygepleje Artikler med fokus på patientperspektivet Artikler med fokus på børn 	

Boks 4. Oversigt over informanter

Alder (År)	Køn	Anciennitet (År)	Ortopædkirurgisk erfaring (År)	Uddannelse
33	Kvinde	4	2	Basis
40	Kvinde	15	15	Basis + kvalitetskonsulent
44	Kvinde	13	13	Basis + klinisk vejleder
52	Kvinde	21	9	Basis
56	Kvinde	31	14	Basis + diplomuddannelse

De fem inkluderede artikler blev anvendt som baggrund for at udarbejde interviewguide og til diskussion af resultater.

Interview med fem sygeplejersker

Projektet blev gennemført som semistrukturerede interview med fem sygeplejersker på to ortopædkirurgiske afsnit i to forskellige sygehusenheder. Informanterne blev udvalgt af lederne ud fra kriterier, der kunne give en varieret, nuanceret og dybdegående beskrivelse af fænomenet.

Følgende inklusionskriterier blev valgt: sygeplejersker med forskellig alder, anciennitet, uddannelse, om muligt forskelligt køn og sygeplejersker fra forskellige kulturelle miljøer. Denne heterogenitet fremmer undersøgelsens troværdighed. Eksklusionskriterier: sygeplejersker, som ikke har patientkontakt.

Ved hjælp af en interviewguide blev der bl.a. spurgt:

- Oplever du nogle gange, at patienterne har svært ved at forstå det, du siger?
- Hvordan opdager du det?
- Hvad gør du så?
- Hvordan indleder du dine samtaler med patienter?
- Gør du noget undervejs for at afdække, om patienten ved, hvad du taler om?
- Hvordan afslutter du dine samtaler?

Informanterne fik mundtlig og skriftlig information om undersøgelsens formål og underskrev en samtykkeerklæring.

De inkluderede sygeplejersker er alle kvinder mellem 33-56 år, deres anciennitet er mellem fire og 31 år med erfaring fra ortopædkirurgisk afdeling på 2-15 år. En sygeplejerske har suppleret sin uddannelse med en sundhedsfaglig diplomuddannelse og er forløbskoordinator, en er uddannet og aktiv klinisk vejleder, og en er kvalitetskonsulent. De resterende informanter har basisuddannelse som sygeplejerske, se boks 4.

Begrebet sundhedskompetence er ukendt

Empirien viste, at informanterne ikke kendte til begrebet sundhedskompetence, og at de udtrykte en uklar og uhomogen forståelse af begrebet patientinddragelse. Alle informanter tilkendegav dog, at de havde oplevet, at patienterne kunne have svært ved at forstå og anvende den givne information. Generelt var der en positiv indstilling til at involvere patienter i behandlingen, og informanterne havde en opfattelse af, at dette blev praktiseret både af dem selv og i deres respektive afsnit.

Informanterne havde den oplevelse, at de korte patientforløb havde betydning for, hvordan der blev kommunikeret med patienterne: ”Jo kortere, de bliver, jo mere skal vi jo tale og have informeret, og jo mere skal de igenem på kort tid.”

Kommunikationen tog afsæt i sygeplejerskens dagsorden med mange informationer, der skal formidles: ”Man kan jo sige, at vores forløb er hurtige, og det gør jo, at jeg jo selvfølgelig kommer med en dagsorden.”

Empirien efterlader det indtryk, at dialogen, hvor patienten skal klædes på til den kommende behandling, primært fremstår styret af den information, sygeplejerskerne skal af med, og i mindre grad er baseret på, om patienterne har forstået og kan anvende informationen. At have fokus på patientens nonverbale sprog synes at være et af de primære afsæt for kommunikationen: ”Jeg synes egentlig, jeg får meget ud af at se på dem, og så spørger jeg, er der noget, du er i tvivl om, eller skal vi lige gentage det her?”

Empirien synes at afspejle, at det er sygeplejerskens vurdering, der afgør, hvad patienten kan rumme, og hvor meget der skal informeres om: ”Man kan jo lynhurtigt fornemme, om patienten kan koncentrere sig, synes jeg. Hvis de flakker i blikket og roder rundt, så ja, o.k., så er det ikke lige nu, så venter vi lige lidt.”

At finde ud af, om det faktisk forholder sig, som sygeplejersken har vurderet, synes ikke at være en del af rutinen og kendetegner ikke gængs praksis.

Analysen viste, at en styrkelse af patientens sundhedskompetence som bidrag til øget patientinddragelse blev hæmmet af manglende viden og forståelse af begrebets betydning blandt de interviewede sygeplejersker. Dette hindrer anvendelsen af en systematisk kommunikation, der tager afsæt i patientens præferencer. Hvis afsættet for kommunikationen derimod indledes med forventningsafstemning samt med at spørge ind til, hvad patienten ved, kan dialogen tage afsæt i patientens sundhedskompetence.

I forhold til sundhedskompetence er information det helt basale niveau, som ikke siger noget om handlekraft og egentlig anvendelse af den viden, patienten har fået under forløbet. Med andre ord får sygeplejersken ikke taget hånd om det første niveau, funktionel Health Literacy. Når sygeplejersker næsten udelukkende koncentrerer sig om at informere, kan man

ikke tale om at arbejde med patientinddragelse eller sundhedskompetence på et særligt højt niveau, se boks 5.

Sygeplejersker vil gerne inddrage patienten

Med afsæt i disse perspektiver sammenholdt med det stadigt stigende fokus på patientinddragelse både i Danmark og internationalt synes en dialogisk kommunikation at spille en central rolle i forhold til at understøtte patientens sundhedskompetence og involvere patienten i egen behandling.

Forskning viser, at sygeplejersker gerne vil inddrage patienter i behandlingen, men ofte kommunikerer ud fra en relation, der tager afsæt i et biomedicinsk paradigme (10). Relationen er kendetegnet ved, at det er sygeplejersken, der tager initiativ, vurderer omfanget af patientens problemer og finder løsningsmuligheder. Behandlerperspektivet bliver styrende, hvorved patienten henvises til en passiv rolle med forventning om at efterleve behandlingsanvisningerne. Denne form for relation giver vanskeligheder, fordi patientens perspektiver dermed ikke opdages og synliggøres. Forskning viser desuden, at patienter med lav sundhedskompetence føler sig mere usikre

og oplever flere barrierer i interaktionen med de sundhedsprofessionelle (11).

Kommunikation skal styrke patientens sundhedskompetence

Hvis patienten skal udvikle tillid til og deltage aktivt i beslutninger indenfor rammerne af evidensbaseret praksis, skal sygeplejerskens opmærksomhed rettes mod systematisk anvendelse af kommunikation, der styrker patientens sundhedskompetence (12).

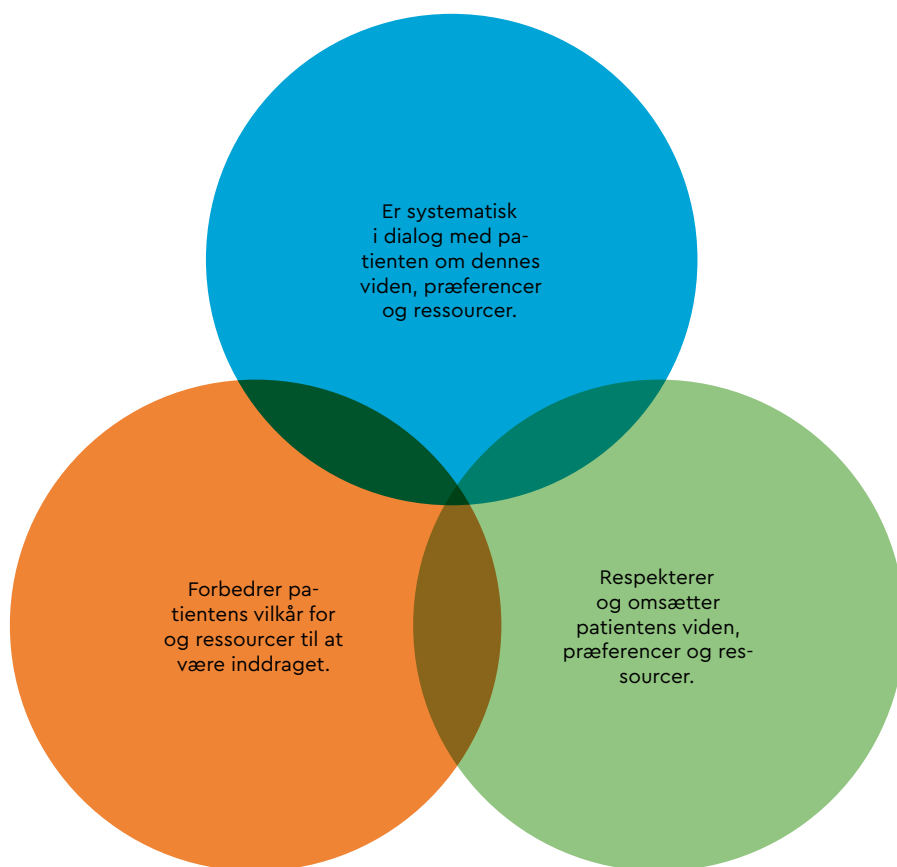
Der opstår et kommunikativt dilemma, som påvirker idealet om patientinddragelse, når det professionelle fokus er at sikre evidensbaserede, korte, informationsintense og omkostningseffektive behandlingsforløb. Der er forskel på at formidle information og kommunikere patientinvolverende.

Projektet afdækkede et behov for at forbedre praksis. Dette kan ske ved, at der skabes betingelser for systematisk at arbejde med dialogisk kommunikation, som giver mulighed for, at patientens sundhedskompetence kan sættes i spil. Set i lyset af de komprimerede patientforløb synes sundhedskompetence at være et relevant begreb, som sygeplejersker skal kende og tage hensyn til i plejen. Projektet viste imidlertid, at begrebet endnu er ukendt blandt informanterne. Det indikerer et behov for viden om begrebets betydning og en forbedring af sygeplejerskers kommunikationsfærdigheder, så de kan medvirke til at forbedre klinisk praksis og honorere patienternes krav om øget inddragelse i egen behandling.

Sådan kan sundhedskompetence understøttes

Eksisterende forskning anbefaler patientcentreret kommunikation, hvor der anvendes billeder eller digitale medier til at understøtte patientinvolvering (13). I skriftligt materiale bør illustrationer, billeder og video anvendes til at fremhæve vigtige informationer, og fagudtryk bør undgås. I den mundtlige kommunikation bør der informeres i et tilpasset tempo, og sygeplejersken kan med fordel anvende teknikken Teach-back. Her beder sygeplejersken patienten om med egne ord at genfortælle, hvad sygeplejersken lige har fortalt eller undervist i. Metoden giver en vis sikkerhed for, at patienten har forstået informatio-

Boks 5. Patientinddragelse



De tre elementer i individuel patientinddragelse og deres indbyrdes relation.

Kilde: (15)



nen, og giver sygeplejersken mulighed for eventuelt at præcisere nogle oplysninger. Dette skal ikke ses som en test af patientens viden, men som en test af, hvor godt man som sygeplejerske har formidlet sit budskab. Man kan f.eks. sige: "Vi har talt om mange ting i dag, kan du nævne nogle ting, som du har fået afklaret, for at du kan komme videre herfra"? se boks 6.

Pårørende spiller også en rolle, og systematisk inddragelse af de pårørende i flere patientforløb er en mulighed. Hensigten er at klæde de pårørende bedre på og etablere et samarbejde for reelt at styrke patientens sundhedskompetence, idet de pårørende ofte står med problemerne i hjemmet, f.eks. om hvordan en behandlingsplan skal følges.

Litteraturen angiver beslutningsstøtteværktøjer og Patient-Reported Outcome Measures (PROM) som relevante redskaber, der positivt bidrager til patientinddragelse (14). Redskaber der med afsæt i patienters værdier og præferencer danner grundlag for at involvere patienten i behandlingen.

Patientinvolvering forudsætter viden om begrebet

Sundhedskompetence er et begreb, som sygeplejefprofessionen kommer til at beskæftige sig med, idet patientinvolvering forudsætter viden om begrebet. Konkrete forslag om, hvordan sygeplejersker tilegner sig kommunikationsfærdigheder, der understøtter sundhedskompetence, må til debat. Mange tiltag bliver udviklet nationalt og internationalt, og begrebet er en del af sygeplejerskeuddannelsens curriculum.

Hvordan sygeplejefprofessionen og andre sundhedsprofessioner kan blive klogere på sundhedskompetence som et middel til øget medbestemmelse i egen behandling, må i fokus i fremtiden, når målet er, at patienterne skal involveres i deres egen behandling. ●

Tak til Helle Haslund, sygeplejerske, medicinsk antropolog, MAH og ph.d., Aalborg Universitetshospital, for vejledning og sparring under udarbejdelse af masterspecialet.

Boks 6. Fem gode råd til at understøtte patientens sundhedskompetence

1. Tal langsomt
2. Undgå fagudtryk
3. Anvend teach-back (patienten genfortæller dele af samtalsindhold)
4. Begræns informationsmængden
5. Anvend digitale og visuelle medier.

Hvordan vil I på jeres arbejdsplads forklare, hvad Health Literacy/sundhedskompetence dækker over?

Hvordan arbejder I med begrebet?

Hvad er det sværeste ved at tænke sundhedskompetence ind i dialogen med patienten?

Referencer

1. Region Hovedstaden. Plan for borgernes sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen. Region Hovedstaden; 2015.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. 2006.
3. Madsen MH, Højgaard B, Albæk J. Health literacy – Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner. 2009.
4. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015 Dec;25(6):1053-58.
5. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open* 2016 Jan 14;6(1): e009627-2015-009627.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2011 Mar;(199):1-941.
7. Støier L, Pilpel Mercebach C, Aydin H, Pedersen HP, Sax Røgind J. "Vi skal ikke ha' det samme!" – brugerinddragelse til forbedring af et patientforløb. *Klinisk Sygepleje* 2014 04;28(2):59-72.
8. Norgaard O, Sorensen K, Maindal HT, Kayser L. Måling af patientens sundhedskompetence kan bedre kommunikation i sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for læger online* 2014; 6. januar.
9. Dickens C, Lambert BL, Cromwell T, Piano MR. Nurse overestimation of patients' health literacy. *J Health Commun* 2013;18 Suppl 1:62-9.
10. Zoffmann V, Kirkevold M, Harder I. En personcentreret kommunikations- og refleksionsmodel: fælles beslutningstagning i plejen af patienter med kroniske sygdomme. *Klin Sygepleje* 2009;23(3):41-60.
11. Henselmans I, Heijmans M, Rademakers J, van Dulmen S. Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support. *Health Expect* 2015 Dec;18(6):2375-88.
12. Toronto CE, Weatherford B. Registered Nurses' Experiences with Individuals with Low Health Literacy: A Qualitative Descriptive Study. *J Nurses Prof Dev* 2016 Jan-Feb;32(1):8-14.
13. Coulter A. Patient engagement – what works? *J Ambul Care Manage* 2012 Apr-Jun;35(2):80-9.
14. Nielsen BK, Lomborg K, Munch-Hansen T, Riiskjær E. Indikator mål for "patientinddragelse" – teoretiske og metodiske overvejelser. 2015.
15. Jönsson ABR. Sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse: en kvalitativ undersøgelse. Kbh.: Videncenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet; 2013.
16. Nygaard Nielsen S. Hvilke erfaringer har sygeplejersker med kommunikation, der understøtter den ortopedkirurgiske patients sundhedskompetence? 2017; Available at: http://ph.au.dk/fileadmin/user_upload/75SusanneNygaardNielsen2017.pdf

Den akut syge patient med apopleksi har brug for psykisk omsorg

Apopleksi. På baggrund af et systematisk litteraturstudie med fem kvalitative artikler anbefaler et bachelorprojekt seks tiltag, der kan øge den psykiske omsorg for patienten.

LOUISE KALLESØE HANSEN, sygeplejerske; louise.kallesoe@hotmail.com
SIMONE VESTERGAARD ESKILDSSEN, sygeplejerske
ANNE BETH CHRISTIANSEN, sygeplejerske
ANN LYKKEGAARD SØRENSEN, sygeplejerske, cand.scient.san., ph.d., underviser på UC Nordjylland

Baggrund. Apopleksi rammer 12.500 personer om året. Under den akutte indlæggelse er patienten ofte præget af krise og oplever et behov for psykisk omsorg fra sygeplejersken. Varetages den psykiske omsorg ikke, kan det have konsekvenser for patientens videre forløb i form af længere indlæggelsesforløb, forsinket rehabilitering og risiko for udvikling af post-stroke depression.

Formål. Dette studie undersøger, hvilke præferencer og oplevelser patienten med apopleksi har i forhold til psykisk omsorg, og nævner anbefalinger for, hvordan sygeplejersker kan imødekomme præferencerne.

Metode. Studiet er et systematisk litteraturstudie, hvor fem kvalitative artikler blev identificeret ud fra in- og eksklusionskriterier. Studierne var baseret på i alt 71 patienters udsagn. Den teoretiske ramme for studiet bestod af sociologen Aaron Antonovskys teori om salutogenese samt dele af sygeplejeteoretikeren Joyce Travelbees teori om mellem menneskelige aspekter.

Fundene blev efterfølgende analyseret ud fra Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analyse.

Resultater. Analysen resulterede i tre gennemgående temaer: Information og kommunikation, Relationer samt Psykisk omsorg i fysisk pleje. På baggrund af temaerne og diskussionen er der udformet seks konkrete anbefalinger, som sygeplejersker kan anvende i plejen for at opfylde patientens præferencer. Nøgleordene er individualitet, øget fokus på den non-verbale kommunikation, øget patientinddragelse i plejen og en rolig atmosfære.

Konklusion. For at den psykiske omsorg kan lykkes, skal den være rettet mod individuelle behov. Det kræver, at sygeplejersken besidder store kommunikative og empatiske evner samt har en forståelse for krisetilstande og mestringsstrategier.

Bachelorprojektet "Psykisk omsorg til patienter med apopleksi" kan fås ved henvendelse til Louise Kallesøe Hansen.

Udskrivningssygeplejerske gavner alle parter

Udskrivning. Der var god effekt af at ansætte en udskrivningssygeplejerske på hjertemedicinsk afdeling, viser et mindre studie.

ANNETTE KOLDBORG, sygeplejerske, master i ledelse og organisationsudvikling, aka@regionsjaelland.dk
CHARLOTTE GEORGI-JENSEN, klinisk udviklings- og sygeplejerske

Baggrund. Ved indlæggelsesforløb med efterfølgende behov for hjælp eller støtte i hjemmet er sygehuset forpligtet til at levere oplysninger til kommunen om indlæggelsesforløb, plan og behov for hjælp efter udskrivelse. Pr. 2015 videregives oplysningerne via to elektroniske skabeloner (Plejeforløbsplan og Udskrivningsrapport). Data fra en stikprøveundersøgelse på 43 patienter i foråret 2015 viste, at der kun i 39 pct. af udskrivelserne var sendt relevant information fra afdelingen til kommunen via skabelonerne. Som årsag angav sygeplejerskerne manglende tid og viden om opgaven.

Formål: At undersøge, hvilken betydning det har for kvaliteten af tværsektorielle patientforløb, at planlægningen varetages eller superviseres af en udskrivnings- og sygeplejerske, som er en sygeplejerske med klinisk erfaring fra primær sektor og indgående kendskab til Sundhedsaftalen.

Metode. Kvalitative interviews med 10 patienter/pårørende og 10 sygeplejersker før og efter ansættelse af en udskrivnings- og sygeplejerske. Kvantitative data

i form af antal korrekt udfyldte skabeloner afsendt i 44 uger.

Resultater. Patient- og pårørendeinterview resulterede i tre temaer: Tryghed, medinddragelse og behovsvurdering. Ved interview med sygeplejersker fremkom syv temaer: Tidsforbrug, samarbejde med kommune, prioritering, patient-/pårørendeinddragelse, arbejdsmiljø, kontinuitet samt viden om Sundhedsaftalen.

Audit af afsendte og korrekt udfyldte skabeloner efter 44 uger viste en stigning fra 39 pct. til 95 pct. af samtlige udskrivelser fra afdelingen.

Konklusion. Ansættelsen af udskrivnings- og sygeplejersken har haft væsentlig betydning for kvaliteten af de tværsektorielle patientforløb. Patienterne og pårørende oplever større grad af tryghed, medinddragelse og enighed ved vurdering af behovet for hjælp i hjemmet. Sygeplejerskerne oplever styrkede kompetencer og faglighed, prioritering af opgaven, mindre tidsforbrug samt mulighed for hjælp og supervision. Samarbejde med både patient, pårørende og kommune oplever de som bedre og mere konstruktivt.



Et slag for de tværfaglige forskningsmiljøer

Sygeplejersker, som forsker, må satse på at indgå i tværfaglige forskningsmiljøer, for mange problemstillinger er komplekse og kalder på en indsats fra mere end én faggruppe.



INGER MARGRETE D. SIEMSEN, anæstesisygeplejerske, MVO, ph.d., sundhedsfaglig chefkonsulent

I min tid som ph.d.-studerende med en grunduddannelse som sygeplejerske udførte jeg i egen forståelse klinisk forskning med fokus på kvalitet og patientsikkerhed. Jeg tænkte ikke over, at jeg udførte sygeplejeforskning, og det har gennem mine 30 år som sygeplejerske undret mig, at vi inden for vores, bevares, unikke og fantastiske fag har brug for at benytte termen ”sygeplejeforskning”.

Alle os, som har fokus på f.eks. klinisk forskning, forskning i sundhedsfremme og forebyggelse samt sundhedstjenesteforskning, varetager sundhedsvidenskabelig forskning. Det er forskning, der bidrager til mere sundhed og livskvalitet, og som er med til at sikre, at patienterne og borgerne på tværs af sektorer får stillet den rette diagnose på det rette tidspunkt. Desuden sikrer det, at forebyggelse, pleje, behandling, rehabilitering og palliation udføres på et evidensbaseret fagligt og etisk grundlag med høj grad af sammenhæng, kvalitet, patientsikkerhed og tryghed for patienter og pårørende.

De problemstillinger, vi møder i klinisk praksis, og som vi vælger at have fokus på i forskningen, har en stadigt stigende grad af kompleksitet. De forskningsspørgsmål, vi stiller uanset faglig baggrund, er derfor også komplekse, og svarene på de komplekse forskningsspørgsmål kalder i min optik således på tværfaglig sundhedsvidenskabelig forskning, som bygger på et ligeværdigt, tværfagligt samarbejde.

Måske er det her, skoen trykker; vi opfatter ikke os selv som ligeværdige med f.eks. læger, som forsker?

Sygeplejersker, som forsker, kan vælge at satse på monofaglige fællesskaber eller på tværfaglige fællesskaber og miljøer. Tværfagligheden kan i nogets optik risikere at udvande vores endnu unge forskningstradition, men på den anden side vil jeg være ærgerlig over, at vi som forskende sygeplejersker forpupper os og dermed udelukker os og vores fag fra de eksisterende stærke tværfaglige forskningsmiljøer. Jeg mener, vi bør være tværfagligt inviterende i vores forskning og dermed også i vores forskningsterminologi.



Jeg mener, vi bør være tværfagligt inviterende i vores forskning og dermed også i vores forskningsterminologi.

Jeg er med på, at sygeplejersker varetager forskning indenfor vores fags metoder, teorier og værdier, men det er vi jo ikke alene om. Den type forskning varetages også af andre faggrupper, f.eks. sociologer og antropologer. Er der også tale om sygeplejeforskning, når andre faggrupper forsker i vores fag?

Jeg deler fuldt ud Dansk Selskab for Sygeplejeforskningens vision om ”at fremme forskning inden for sygepleje til gavn for menneskers sundhed og evne til at leve med sygdom”. Selskabet blev oprettet i slutningen af 1970’erne. Måske er tiden moden til at ændre navnet?

Vi risikerer i hvert fald, at andre faggrupper ryster på hovedet ad os, når vi bruger termen sygeplejeforskning i en tid, hvor vi bør have fokus på at øge vores tværfaglige forskningssamarbejde til gavn for patienter og pårørende. ●

AQUACEL® Foam

Den komplette alt-i-en skumbandage med et AQUACEL® sårkontaktlag, baseret på Hydrofiber®-teknologi.

Moderat væskende



Primær bandage

Sekundær bandage



AQUACEL® Foam skumbandager er designet til håndtering af en lang række væskende kroniske og akutte sår, herunder diabetiske fodsår, traumatiske sår og postoperative sår.

 <p>Kan klippes til ønsket størrelse og form¹</p>	 <p>Klæberen fæstner ikke på handsker eller sig selv¹</p>	 <p>Nem at påsætte og aftage¹</p>
 <p>Vandtæt og tåler brusebad^{1,2}</p>	 <p>Barriere mod virus og bakterier^{1,2}</p>	 <p>Kan sidde i op til 7 dage</p>
 <p>Blød, skånsom, fleksibel og formbar¹</p>	 <p>Effektiv under kompression^{1,3}</p>	



Beskyttende top lag

Blød skumpude

AQUACEL® sårkontaktlag

Skånsom silikoneklæber

POWERED BY


I et multicenterstudie af AQUACEL® Foam skumbandager fandt klinikerne⁴:

93 %
positiv sårudvikling

77 %
forbedring i den omkringliggende huds tilstand

90 %
fremragende eller god væskehåndtering

51 %
færre bandageskift

*Som påvist in vitro. ¹Der henvises til indlægssedlen for AQUACEL® Foam bandage for den fuldstændige brugsanvisning.

1. Healthy Volunteer Study Report, Protocol CW 0207 11 A736. Data on file, ConvaTec Inc. 2. AQUACEL® foam Dressing – Waterproofness, Bacterial and Viral Barrier Testing, WHRI3538 MSO69 Data on file, ConvaTec Inc. 3. WHRI3770 TA286 A Comparison of the In vitro Bio-Physical Performance Characteristics of Silicone Foam Dressings used in Wound Management. Data on file, ConvaTec. 4. Positive clinical and patient outcomes with a next generation foam dressing, Tickle.J. Wounds UK, EWMA Special, 2016.