

# Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

## Osteoporose – den oversete folkesygdom

**SYGEPLEJERSKER  
HAR NØGLEROLLE I  
OPSPORING**

SIDE 20

**OSTEOPOROSE  
RAMMER IKKE KUN  
GAMLE DAMER**

SIDE 23

**ALENE DIAGNOSEN  
KAN PÅVIRKE FOLK**

SIDE 28

**SYGEPLEJERSKER  
KAN GIVE OPTIMAL  
SMERTEVEJLEDNING**

SIDE 32

**NY PRAKSIS**

**Overvægtige børn.**

Sundhedsplejersker har lokalt overtaget forsvarlig behandling.

SIDE 8

**PEER REVIEWED**

**Apopleksi.**

Rollefordelingen ændrer sig, når den ene ægtefælle bliver afhængig af den anden.

SIDE 40

**FAGLIGT AJOUR**

**Mundgener.**

Kvinder opereret for brystkræft i kemoterapi får ofte smerter i munden.

SIDE 50

**PÅ SPIDSEN**

**Innovation.**

Vær nysgerrig og hold fast i kernefagligheden, når robotterne kommer.

SIDE 75

## 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.

### ANNE KJÆRGAARD DANIELSEN

Ph.d., sygeplejerske, cand.pæd.pæd., MKS (master i klinisk sygepleje). Medlem af DASYS' forskningsråd. Ansat dels som forskningssygeplejerske på Gastroenheden, Herlev og Gentofte Hospital, dels som forskningskonsulent på hele Herlev og Gentofte Hospital. Har i samarbejde med hospitalets forskningsfysioterapeut forskningsunderstøttende og -vejledende funktioner med fokus på klinisk forebyggelse. Erfaring fra hospitalsansættelser i forskellige specialer og på forskellige niveauer og overvejende inden for det kirurgiske område.



### ERIK ELGAARD SØRENSEN

Professor MSO 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.



### ALLAN FLYVBJERG

Direktør, Steno Diabetescenter København. Tidligere overlæge, professor, dr.med. og formand for Diabetesforeningen samt tidligere dekan ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet. Har stået bag op mod 600 videnskabelige publikationer om diabetes og følgesygdomme og har modtaget adskillige internationale priser for sit bidrag til diabetesforskningen.



### 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 Institut for Folkesundhed, ph.d., cand.cur. og sygeplejerske. Leder af Forskningsprogrammet Patientinvolvering ved Aarhus Universitetshospital. Kursusleder for tilvalgsfag i patientinvolvering ved de sundhedsvidenskabelige kandidatuddannelser på Aarhus Universitet. Medlem af en række ekspertråd og videnskabelige udvalg, herunder formand for Novo Nordisk Fondens Komité for Sygeplejeforskning.



Konst. chefredaktør  
**ANNE GRANBORG**  
ang@dsr.dk  
Telefon: 4695 4004

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  
Mobil: 2121 8770

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

Webredaktør  
**CHARLOTTE TROLLE**  
ctr@dsr.dk  
Telefon: 4695 4111

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

Journalist  
**SUSANNE BLOCH KJELDSEN**  
sbk@dsr.dk  
Telefon: 4695 4178

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

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

Journalist  
**BRITT LINDEMANN**  
brl@dsr.dk  
Telefon: 4695 4186

Journalist  
**EMMA TRAM**  
emt@dsr.dk  
Telefon: 4695 4106

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

**Tryk**  
ColorPrint

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

**Manuskriptvejledning, udgivelsesplan m.m.**  
www.sygeplejersken.dk

**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 tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

.....  
Illustration side 1, 4 og 20: Alexey Kashpersky / Grafik og illustration side 9, 13 og 17: Mathias N Justesen / Illustration, foto og grafik side 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 40, 56, 62 og 68: iStock



# OVERBLIK

Ny  
Praksis

## Lokal behandling gavner børnene

**OVERVÆGTIGE BØRN.** "Holbækmodellen" er navnet på en metode, som har gavnnet overvægtige børn i forhold til at opnå forhøjet livskvalitet, mindre mobning, større kropsglæde og mindre appetit. Et ph.d.-projekt har dokumenteret, at behandlingen med succes kan foregå også uden for hospitalets regi, og er derfor nu udbredt til mere end halvdelen af landets kommuner. Sundhedsplejersker tager sig lokalt af børnene og deres familier.

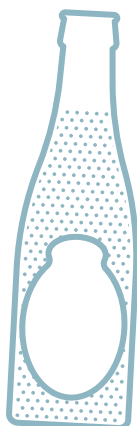
8

LÆS SIDE .....

## Større indsigt i egen lidelse

### ALKOHOL-ABSTINENSER.

Alkoholmisbrug er en kronisk lidelse, hvor den afhængige typisk kommer i gentagne behandlinger. Derfor giver det god mening, når den alkoholaafhængige i samarbejde med en sygeplejerske lærer at vurdere egne abstinenssymptomer og dermed får større indsigt i og medindflydelse på behandlingen.



12

LÆS SIDE .....

## Multidisciplinær behandling virker

**KVINDESYGDOM.** Kvinder med uforklarlige smerter i de ydre kønsorganer får diagnosen vulvodyni. En sammensat behandling, der tager højde for biologiske, psykologiske og sociale forhold, er langsomt blevet indført i Danmark og er blevet formaliseret inden for de seneste 7-8 år. En sygeplejerske med sexologisk uddannelse hjælper de ramte med at håndtere smerten.



16

LÆS SIDE .....



Forsiden er illustreret af **Alexey Kashpersky**, som er en prisvindende ukrainsk digital kunstner, bosiddende i New York, som har specialiseret sig i anatomiske illustrationer. Her er illustreret en osteoporoseramt knoglestruktur.



# Osteoporose bliver ofte opdaget for sent

Flere end en halv million danskere over 50 år har folkesygdommen osteoporose, men kun hver tredje er diagnosticeret med sygdommen, og endnu færre er i medicinsk behandling. Og sygdommen rammer ikke kun kvinder.

Manglende medicinsk behandling er ikke nødvendigvis et problem i sig selv, men måske et udtryk for, at ikke alle med sygdommen bliver opdaget i tide, vurderer en sygeplejeforsker på området.

Patienter med osteoporose diagnosticeres nemlig typisk først, når en patient første gang oplever en lavenergifrakstur, f.eks. brud på håndled eller et rygsammenfald. I den situation bør alarmklokkerne ringe hos sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle, for lavenergifrakture er ofte et af de første tegn på, at patienten lider af osteoporose.

Osteoporose rammer patienterne både fysisk og psykisk, og da de samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med sygdommen løber op i mere end 11 mia. kr. om året, er der mange gode grunde til at satse på opsporing og forebyggelse af sygdommen.

Her kommer sygeplejersker på banen, bl.a. i forhold til at rådgive og oplyse om risikofaktorer og knoglesund livsstil hele livet. F.eks. har rygning, et stort alkoholforbrug og lavt BMI indflydelse på sygdommen. Er sygdommen diagnosticeret, ligger der også en stor sygeplejefaglig opgave i at vejlede patienterne i at leve med sygdommen og f.eks. minimere risikoen for fald.

LÆS SIDE

20



**OBSTIPATION.**

Studie i defæktionsmønstre hos patienter opereret for hoftebrud viser, at to ud af tre patienter fortsat er obstiperede 30 dage efter operationen.

**FORSKNING.**

Aktive undervisningsstrategier kan hjælpe på forståelsen og anvendelsen i praksis, når sygeplejersker skal læse forskningslitteratur på engelsk.

**ULIGHED I SUNDHED.**

Feltarbejde blandt to forskellige sociale klasser i to danske forstæder viser, at der er stor forskel på, hvordan personer fra de forskellige klasser udnytter tilbuddene i sundhedssystemet.

LÆS SIDE ..... 36

# Hverdagslivet forandres efter apopleksi hos en partner

Formålet med dette forskningsprojekt var at undersøge de apopleksiramtes oplevelser af ægtefællers sociale støtte i hverdagslivet og søge indsigt i, hvilken betydning støtten har. En vellykket rehabilitering er afhængig af denne støtte, men få studier beskæftiger sig med de apopleksiramtes egne oplevelser.

Fire personer med apopleksi fortæller, hvordan de oplever deres hverdagsliv og de ændringer, apopleksien har medført i forholdet til ægtefællen. Rehabilitering i eget hjem ændrer rollerne både hos personen med apopleksi og hos ægtefællen. For ægtefællen er det belastende, når manden eller konen kommer hjem. Og for den tidligere patient er det et andet hverdagsliv, der venter, når man er blevet afhængig af ægtefællens velvilje og evne til at hjælpe. Men at være gift forpligter, mener de interviewede. Det er ikke til diskussion, at man tilpasser sig den nye situation. Interviewene antyder dog en asymmetri i ægteskabet samt en tendens til, at ægtefællen påtager sig forælderrollen.

Fundene kan være med til at udvikle den aktuelle rehabiliteringsindsats og tydeliggøre, at hjemmesygeplejersker som en konsekvens må italesætte de ændrede roller og det forandrede hverdagsliv.

LÆS SIDE .....

40

Fagligt Ajour

PÅ SPIDSEN

## Identiteten som smerteplaget hænger ved

Rygsmarter kan af omverdenen opfattes som en persons forsøg på at snyde sig til smertestillende medicin eller offentlige ydelser. For patienten kan beslutningen om operation derfor virke som en endelig accept af smerternes reelle tilstedeværelse og betyde, at patienten ser frem til et nyt liv efter operationen. Et liv, hvor frihed for smerter kan føre til et håb om at leve et normalt liv og være en ressource i familien og på arbejdet. Men sådan går det langtfra altid, viser et ph.d.-projekt.

LÆS SIDE ..... 68

## Opsporing af kritisk syge via teknologi

Et observationsregime til systematisk observation af patienterne er blevet indført på en Fælles Akutmodtagelse ved Odense Universitets-hospital. Regimet skal hjælpe personalet med at opspore kritisk syge patienter, inden patientens tilstand bliver livstruende. I starten mente sygeplejerskerne, at regimet var overflødig, fordi sygeplejerskerne selv var i stand til at vurdere patienterne og iværksætte yderligere observa-tion efter behov. I dag er observationsregimet rutine.

LÆS SIDE ..... 56

## Mange årsager til udeblivelser fra ambulant kontrol

Børn og unge med ADHD udebliver eller melder afbud indenfor et døgn før aftalen, viser en under-søgelse af praksis i et ambulatorie. Undersøgel-sen førte til en nærmere granskning af fænomenet ”udeblivelser”, og resul-taterne pegede på flere problemer. Bl.a. fungerede ADHD-klinikkens admini-strative procedurer ikke optimalt f.eks. omkring sms-påmindelser, og særligt sårbare børn og familier viste sig at have brug for en skærpet og individuelt tilrettelagt indsats, som kan bedre børnenes samlede behand-lingsforløb.

LÆS SIDE ..... 62

☹☹  
Når robot-terne kommer, skal vi ikke være bange, men blot parate.

LÆS SIDE ..... 75

# Kemoterapi kan medføre mundgener

Kvinder med brystkræft kan tilbydes forebyg-gende kemoterapi, men behandlingen kan med-føre mundgener i form af belægninger, smerter, nedsat appetit, vægttab, infektion, forlængelse af behandlingen, nedsat livskvalitet og øgede medicinomkostninger. Et litteraturstudie viser, at der ikke er konsensus om forebyggelse, behan-dling og lindring af mundgener, men at forebyg-gelse og behandling er afhængig af den enkelte sygeplejerskes erfaring. Der er ikke nogen klinisk

retningslinje, der beskriver den aktuelt bedste tilgang til identifikation og lindring af mundge-ner, men emnet er behandlet i litteraturen, dog med fokus på specifikke grupper af patienter – og ikke på kvinder i adjuverende kemoterapi. Brystkræft er den hyppigste kræftform hos dan-ske kvinder, derfor er der behov for yderligere forskning på området.

LÆS SIDE ..... 50

# neria™ soft 90 Subkutan kanyle

*– med klare fordele for dig og dine patienter*

**"Gør det let at indføre kanylen,  
reducerer risiko for stikskader  
og smerte ved anlæggelse"**

**neria™**  
**soft 90**



- Nålebeskyttelse
- Lille dobbeltlumen antikink slange
- Sikkert greb til indføring af nål
- Selvklæbende fiksering
- Intet behov for ekstra fiksering
- Hudvenlig og åndbar
- Tynd kanyle til anlæggelse
- Et lille plastikrør sørger for medicinindgiften
- Længere bæretid

ConvaTec Denmark A/S

Skinderskovvej 32-36 • 2730 Herlev • [convatec.danmark@convatec.com](mailto:convatec.danmark@convatec.com) • [www.convatec.dk](http://www.convatec.dk)

Kundeservice: 48 16 74 74

 **ConvaTec**



# Forsvarlig behandling kan ske lokalt



Overlæge Jens-Christian Holm, Holbæk Sygehus, har sammen med læge Pernille Maria Møllerup dokumenteret, at "Holbækmodellen" også kan anvendes i kommunalt regi.

Sundhedsplejersker i **mere end halvdelen af landets kommuner** har fået træning i at anvende "Holbækmodellen" lokalt.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**  
Foto **CLAUS BECH**

Mindre fedtlever, reduceret blodtryk og nedsat kolesteroltal er nogle af de fysiske ændringer, som børn med overvægt oplever efter at have gennemgået en vellykket behandling for deres overvægt. At børnene også oplever forhøjet livskvalitet, mindre mobning og større kropsglæde, efterlader ingen tvivl om, at det her er rigtig godt for børnene.

Siden 2007 har Holbæk Sygehus med succes brugt en metode til behandling af børn med overvægt, som nu er ved at blive bredt ud til sundhedsplejen i landets kommuner, så flere børn lokalt kan få glæde af behandlingen.

"Vi ved, at tre ud af fire børn kan få reduceret graden af deres overvægt, blodtryk, fedtlever og kolesterol ved at komme til mellem fem og otte konsultationer i løbet af et år og få lagt et skræddersyet program, der passer specifikt til det enkelte barn og familie," forklarer overlæge i pædiatri, Jens-Christian Holm.

Han er forskeren bag metoden, der i folkekommune har fået navnet "Holbækmodellen".

Om behandlingsmetoden kan fungere uden for hospitalssystemet, undersøgte Jens-Christian Holm i et ph.d.-projekt, som han i 2012 startede op sammen med

## Fakta om børn, overvægt og Holbækmodellen

Der er omkring 200.000 børn med overvægt i Danmark, hvoraf ca. 60.000 er svært overvægtige.

Ud af de 3.300 svært overvægtige børn, som har været i behandling gennem de seneste 10 år på Holbæk Sygehus, har halvdelen begyndende eller reelt forhøjet blodtryk, 31 pct. har fedtlever, 28 pct. har forhøjet kolesterol, 15 pct. har forstadier til sukkersyge, og halvdelen har søvnproblemer.

Effekten af Holbækmodellen er dokumenteret i 20 videnskabelige artikler: Behandlingen medfører nedsat fedtlever, blodtryk og kolesterol samt forhøjet livskvalitet, mindre mobning, større kropsglæde og mindre appetit.

Kilde: Jens-Christian Holm.

læge og ph.d.-studerende Pernille Maria Møllerup. Otte kommuner blev inviteret til at deltage (se resultater i faktaboks).

"Ph.d.-projektet viste det samme, som vi havde set på Holbæk Sygehus, og dermed at Holbækmodellen er en gangbar metode at anvende i kommunalt regi også," fortæller Jens-Christian Holm.



Indtil videre har han været med til at træne sundhedsplejersker i 60 ud af landets 98 kommuner i brugen af Holbækmodellen.

### Neutral kommunikation tillader tabuer

Jens-Christian Holm er klar i mælet, når han skal forklare, hvorfor han mener, at Holbækmodellen virker.

”Vi gør det tilladt at tale om tabuer ved at nedtone den medfølelse kommunikation og i stedet dyrke den neutrale kommunikation ved at stille spørgsmål som f.eks. ”er du kræsen?” eller ”hvad spiser du til morgenmad?” uden at vi selv kommer med en reaktion på svaret,” forklarer han.

”På den måde får vi alle de ting at vide, vi har brug for, som ”jeg spiser chokopops hver dag” eller ”jeg drikker sodavand hver dag”.”

Ved den første konsultation identificerer sundhedsplejersken familiens problemer ved at stille 160 spørgsmål og lave en behandlingsplan med typisk op til 20 ændringer, som familien skal følge.

### Kroppens ældgamle hormonsystem kæmper imod

Holbækmodellen har ingen kalorierestriktion og tillader f.eks., at barnet kan spise anden portion aftensmad 20 minutter efter den første portion. Det bunder i, at vores krop kæmper imod en kalorierestriktion ved at forsøge at bevare kroppens fedtmasse.

”Vores ældgamle hormonsystem, som i sin tid sørgede for, at dyrene overlevede om vinteren, er katastrofalt, når mennesker skal tabe sig. Hvis man tror på den gamle lærdom om energibalance – at du skal spise mindre og bevæge dig mere – så kan du godt tro om igen,” siger han.

Med andre ord: Hvis man prøver at tabe sig, vil kroppens hormonsystem forsøge at modregulere det ved at skrue ned for energiforbruget på alle områder, f.eks. energien til at vokse og til at bekæmpe infektioner.

”I stedet for kalorierestriktion handler det om at spise sig mæt med måde i ordentlig mad. F.eks. er havregryn mere nærende og mættende end knækbrød og frugt om eftermiddagen,” forklarer Jens-Christian Holm. ●

## Metode

- 1.001 overvægtige børn 3-18 år (heraf 455 drenge) i otte kommuner blev behandlet i halvandet år for overvægt med Holbækmodellen.
- Højde, vægt og taljemål blev målt ved hver konsultation.

## Resultater

- Tre ud af fire børn (74 pct.) reducerede graden af deres overvægt signifikant, målt som body mass index standard deviation score (BMI SDS).
- Børnenes aldersjusterede taljeomkreds blev reduceret med 3,8 cm for drenge og 5,1 cm for piger, og de oplevede større livskvalitet.

## Konklusion

Kommunebaseret behandling af børn med overvægt kan udføres med succes ved at følge principperne for Holbækmodellen.

## Fakta om BMI SDS

Body mass index (BMI) standard deviation score (SDS) er et vægtmål, som er uafhængigt af alder og køn. Det viser, om et barn bliver mere eller mindre overvægtigt, selvom barnet vokser og udvikler sig.

### Skræddersyet handlingsplan



**1.** Sundhedsplejerske kortlægger familiens problemer relateret til barnets overvægt ved hjælp af 160 spørgsmål og en specifik spørgeteknik. Familien får en skræddersyet handlingsplan på op til 20 punkter, der vejleder om motionsvaner, skærmtid, sukkerafhængighed, kræsenhed, opdragelse og trivsel.



**2.** Familien holder fast i de nye vaner ved at få justeret deres handlingsplan til regelmæssige konsultationer 5-8 gange om året.

### Litteratur:

Mollerup PM, Gamborg M, Trier C, Bøjsøe C, Nielsen TR, Baker JL and Holm JC. A Hospital-based child and adolescent overweight and obesity treatment protocol transferred into a community healthcare setting. *PLOS ONE* 2017; 12(3):1-17.  
Mollerup PM, Nielsen TR, Bøjsøe C, Kloppenborg JT, Baker JL, Holm JC. Quality of life improves in children and adolescents during a community-based overweight and obesity treatment. *Qual Life Res* 2017 (e-publication ahead of print).  
Holm J-C, Gamborg M, Bille DS, Grønnebæk, Ward LC, Faerk J. Chronic Care Treatment of Obese Children and Adolescents. *The International Journal of Pediatric Obesity*. 2011 Aug;6(3-4):188-96. Epub 2011 May 2.

Ida Søholm Petersen, som bliver målt af sundhedsplejerske Mai-Britt Nielsen, synes, at det bedste ved at være i behandling er, at hun har tabt sig.



# Kun hvis familien møder op, kan vi hjælpe

Et lokalt tilbud til børn med overvægt giver flere børn adgang til behandling. **Permanente ændringer af f.eks. kost- og motionsvaner** hjælper familierne.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**  
Foto **CLAUS BECH**

”Er du kræsen, eller kan du spise al slags mad?” spørger sundhedsplejerske Mai-Britt Nielsen.

Ved siden af hende sidder Ida Søholm Petersen på ni år, som er til konsultation i Kalundborg Sundhedshus sammen med sine forældre Mette Søholm Petersen og Casper Petersen.

”Jeg er lidt kræsen,” svarer hun.

”Hvad er det, du ikke kan lide?” spørger Mai-Britt Nielsen.

”Varme grøntsager,” kommer svaret hurtigt.

”OK. Er der noget andet, du ikke kan lide?”

”Ja, næsten alle slags grøntsager undtagen gulerødder, peberfrugt og agurker.”

Sammen med sin familie har Ida Søholm Petersen i to år deltaget i et behandlingsprogram i Kalundborg Kommune for børn med overvægt. Programmet kaldet Holbækmodellen har tidligere kun været udbudt på sygehuse, men bliver nu udbredt til sundhedsplejen i kom-



munerne for at give flere børn adgang til behandlingen.

### Jeg kan ikke tage fri fra arbejde

Det lokale aspekt er med til at hjælpe familierne til at lykkes med behandlingen. Ifølge Mai-Britt Nielsen er afstand nemlig en barriere for nogle familier.

”Første skridt er, at familien møder op, så vi kan starte en dialog. Hvis familien bliver væk, kan vi ikke hjælpe dem,” siger Mai-Britt Nielsen.

For familien Petersen er den korte afstand på fem minutter i bil til Sundhedshuset vigtig:

”De regelmæssige konsultationer gør, at vi kan holde fast i vores vaner. Det har stor betydning, at vi ikke skal tage tidligt fri fra arbejde for at komme til en konsultation. Det var vi nødt til, hvis vi skulle til Holbæk Sygehus, som ligger 45 minutter væk, og det har jeg ikke mulighed for med mit arbejde,” forklarer Mette Søholm Petersen.

Sundhedspersonalets lokalkendskab er også en fordel:

”Vi får gode råd om, hvor vi kan købe sund mad, og hvor Ida kan dyrke motion, som passer til hendes interesser,” siger Mette Søholm Petersen.

### ”Er der en grøn ting på leverpostej?”

Det bedste ved at være med i behandlingsprogrammet er Ida Søholm Petersen ikke i tvivl om:

”At jeg har tabt mig,” siger hun.

I løbet af de seneste to år har familien vænnet sig til at leve på en anden måde, fortæller Casper Petersen.

”F.eks. spiste vi førhen pizza hver søndag. Nu er det fuldkorn, kød og grøntsager til aftensmad.”

Ud over at få hjælp til at spise sundt får familierne vejledning i forhold til motionsvaner, skærmtid, afhængighed af sukker, kræsenhed, opdragelse og trivsel, se eksempel på en punktplan.

”Vi har ændret mange små ting. Bare det at kigge på en leverpostej i supermarkedet: Er der en ”grøn ting” på eller ej? (nøglehulsmærket, der angiver de sundeste fødevarer indenfor en kategori, red.)” forklarer Mette Søholm Petersen.

”F.eks. har vi fået som vane at skrælle gulerødder til aftensmad, at Ida skal spise en rugbrødsmad, når hun kommer hjem fra skole, og at hun kun skal have to portioner aftensmad. Og så er hun begyndt til gymnastik og dans,” beretter Mette Søholm Petersen.

”Selvom ændringerne er blevet permanente, falder vi selvfølgelig i engang imellem,” konstaterer Casper Petersen.

### Barnet skal ikke være et sort får

Mai-Britt Nielsen oplever, at behandlingsmetoden giver rigtig god mening i det daglige arbejde med familierne, og det er der flere årsager til.

”Vi gør det muligt for barnet og familien at snakke om det, der er svært, ved at stille neutrale spørgsmål og ikke være dømmende. Det giver et grundlag for at lave en god plan til familien.”

”Det er også helt centralt, at det er hele familiens ansvar at tage hånd om situationen i hjemmet omkring kost, motion og trivsel, så vi ikke får gjort barnet til et sort får,” forklarer Mai-Britt Nielsen.

Som sundhedsplejerske er det tilfredsstillende at arbejde med en gennemprøvet metode.

## Sådan kan en punktplan se ud

1. Morgen: havregryn eller havregrød m. 1 tsk. sukker, rugfrø, havrefrø, minifras, rugbrød med pålæg (6 pct. fedt) eller ost (13 pct. fedt).
2. Formiddag: En halv mad og gnavegrønt.
3. Frokost: Rugbrød med pålæg (6 pct. fedt) og gnavegrønt.
4. Eftermiddag: Samme som morgen.
5. Aften: Portionsanrettes. Grønt (halvdelen), kød (kvart), kartofler/fuldkornspasta/-ris (kvart).
6. Evt. anden portion efter 20 minutter.
7. Maks. to stykker frugt pr. dag.
8. Sen aften: Evt. ½ rugbrødsmad med pålæg.
9. Slik efter skema.
10. Maks. to timer med iPad, pc, tv efter klokken 17.
11. Daglig motion i 60 minutter. Gå, cykle, trampolin.
12. Gå til to fritidsaktiviteter.

# 5 GODE RÅD

**Forbedring af eksisterende behandling** skal være motivationsfaktor

**Bliv trænet korrekt** i metoden

**Hav tillid** til metoden

**Vær loyal** overfor metoden

**Dan et fagligt netværk** med andre kommuner til sparring og erfaringsudveksling.

”Jeg har fået en god oplæring på sygehuset og et konkret arbejdsredskab med en plan for mine undersøgelser. Og så ved jeg, at det virker, fordi det er videnskabeligt dokumenteret,” siger Mai-Britt Nielsen.

### Motionen skal i fokus

Efter at have svaret på spørgsmål i godt tyve minutter bliver Ida Søholm Petersen vejret og får målt sin fedt- og muskelmasse, højde, talje og hoftebredde.

Mai-Britt Nielsen samler op:

”I har lavet rigtig mange gode tiltag med kosten, så nu skal I koncentrere jer om motionen,” siger hun.

”Cykel- og gåture om torsdagen samt trampolin og dans henover sommeren er glimrende. Men for at komme op på en times motion om dagen, skal der også nogle andre ting ind,” lyder meldingen.

Valget falder på håndbold, og her kender Mai-Britt Nielsen til et hold, som har udendørs håndbold henover sommeren. Ida og hendes mor beslutter at træne sammen i træningscenteret LOOP, der har børnehold.

Inden familien går, har Mai-Britt Nielsen en sidste besked.

”Det går godt nu. Muskelmassen går opad, og fedtmassen går langsomt nedad, så der skal en ekstra indsats til henover sommeren, hvor det nemt kan gå tilbage, og det kan Idas krop ikke tåle,” slår hun fast. ●

# Vurdering af egne alkoholabstinenser skaber tillid



"Brugerinvolvering i behandlingen er vigtig, for den giver brugeren indsigt i egen lidelse samt indflydelse på og medansvar for behandlingen," forklarer sygeplejerske Bjarne Stenger Elholm, leder af Alkolinjen, Alkohol og Samfund.

Når brugeren er med til at vurdere sine egne abstinenser, giver det **tillid til behandleren** og en lyst til at gå videre med behandlingen.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**  
Foto **HENRIK FRYDKJÆR**

”Den største gevinst er, at brugeren bliver sin egen ekspert.”

Sådan fortæller sygeplejerske Bjarne Stenger Elholm om en behandlingsform i alkoholambulatorierne i Københavns Kommune, hvor den alkoholfafhængige sammen med en sygeplejerske på daglig basis vurderer egne abstinenssymptomer og er med til at styre sit eget medicinforbrug (se faktaboks).

Bjarne Stenger Elholm anser det for afgørende at involvere brugeren i behandlingen, fordi alkoholmisbrug er en kronisk lidelse, hvor den afhængige typisk kommer i gentagne behandlinger.

”Det er vigtigt, fordi brugeren kan få en større indsigt i sin egen lidelse og en større medindflydelse på og ansvar for behandlingen,” siger han.

Behandlingsformen kaldes symptomstyret, oversat fra det engelske ”symptom-triggered”, og har været anvendt i Københavns Kommune siden 2008, hvor man netop havde færdiggjort en undersøgelse med den nye metode overfor et traditionelt udtrappingskema med faste medicindoser.

Undersøgelsen viste, at den symptomstyrede behandling var lige så god som den traditionelle, hvad angår medicinforbrug, bivirkninger, tid til tilbagefald og brugertilfredshed.

## En god oplevelse giver lusten til at komme igen

Men hvorfor overhovedet interessere sig for den symptomstyrede behandling, når undersøgelsen nu ikke viste, at den er bedre end den traditionelle?

Det har Bjarne Stenger Elholm et sikkert bud på. Undersøgelsen viste netop, at den symptomstyrede behandling er lige så sikker som den traditionelle. Hvis det lægges sammen med erfaringer fra alkoholambulatorierne i Københavns Kommune, giver metoden klare fordele i forhold til den traditionelle behandling.

”Når brugeren bliver inddraget i selve behandlingen, kan det give et mere realistisk forhold til målsætninger omkring behandlingen og en større tillid til det sted, hvor behandlingen foregår,” forklarer han.

”Hvis du har tillid til dem, der skal hjælpe dig, får du lyst til at komme igen.



Det er meget vigtigt, fordi der er et kæmpestort frafald i alkoholbehandlingen, hvor to ud af tre er væk efter tre måneder.”

### Inspiration hentet fra London

Idéen fik Bjarne Stenger Elholm fra London, hvor professor i afhængighed Michael Gossop, London Kings College, havde udviklet skemaet Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS), som blev brugt til alkoholabstinensbehandling på National Addiction Centre, Maudsley Hospital.

Derfor tog Bjarne Stenger Elholm på en studietur til London sammen med de andre sygeplejersker fra de københavnske alkoholambulatorier.

”Vi fik et indblik i, hvordan englænderne anvender SAWS-metoden i deres alkoholbehandling. Det dannede et vigtigt grundlag for vores egen implementering af metoden i 2008, efter vi havde afsluttet den danske undersøgelse,” fortæller Bjarne Stenger Elholm.

Det engelske skema blev oversat til dansk og efterfølgende valideret i et studie med 120 patienter.

”Jeg mener, at det her er et oplagt ekspertiseområde for sygeplejersker, og jeg kunne se, at der lå nogle udviklingsperspektiver for sygeplejen,” siger han.

### Forebygger delirium tremens

Ifølge erfaringerne fra de københavnske alkoholambulatorier giver den symptomstyret behandling en god start, som på længere sigt kan være med til at motivere og fastholde brugerne i behandling og give en bedre langsigtet behandling.

”Hvis abstinenserne bliver behandlet ordentligt helt fra starten, kan man undgå, at de bliver værre for hver gang, den afhængige skal trappe ud af sit misbrug. Dermed kan man også forebygge, at det kan ende med alvorlige tilstande som delirium tremens og krampeanfald,” forklarer han.

Man anvender abstinensbehandling landet over både på hospitaler og i ambulatorier.

Bjarne Stenger Elholm er i dag leder af Alkolinjen, Alkohol og Samfund. ●

## Fakta

Ubehandlede alkoholabstinenser gør, at abstinenserne bliver værre for hvert tilbagefald, det såkaldte Kindling-fænomen. Årsagen er, at der opstår ubalancer i nervesystemet.

## Metode: Symptomstyret behandling

Sammen med en sygeplejerske scorer den alkoholafhængige dagligt 10 abstinenssymptomer, hver på en skala fra nul til tre: angst/ængstelse, søvnforstyrrelser, hukommelsesbesvær, kvalme, indre uro, rysten, følelse af forvirret, sved, dårligt humør/skidt tilpas, hjertebanken.

Medicin (chlordiazepoxid) bliver udleveret til selvmedicinering efter lægegodkendelse. Brugeren skal derhjemme efter egen vurdering tage tilstrækkelig medicin til, at symptomerne dulmes.

Ved en score på mindre end 12 bliver behandlingen stoppet.

## Undersøgelsen (1)

4.165 alkoholafhængige fik enten symptomstyret eller traditionel alkoholbehandling.

Der sås ingen forskel mellem behandlingerne på mængden af medicin, tid til tilbagefald, bivirkninger eller brugertilfredshed.

## Konklusion

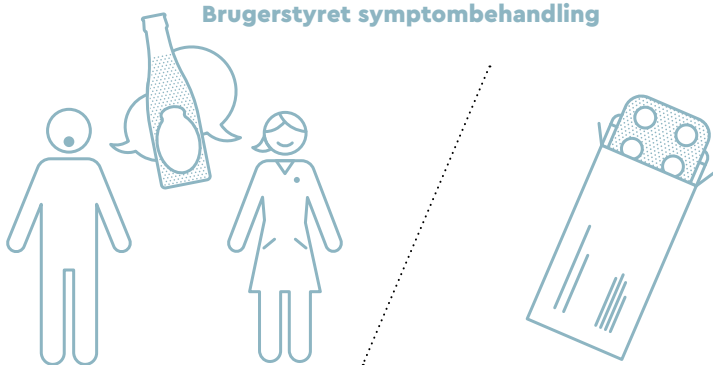
Symptomstyret selvmedicinering er en lige så sikker behandlingsmetode som traditionel behandling med fast nedtrapningsskema.

### Litteratur:

**1.** Elholm B et al. Alcohol Withdrawal Syndrome: Symptom triggered versus Fixed-Schedule Treatment in an Outpatient Setting. *Alcohol and Alcoholism* 2011;0:1-6. **2.** Elholm B et al. Assessment and detection. A Psychometric Validation of the Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS). *Alcohol and Alcoholism* 2010;45:361-65.

Læs også *Dialog* ”Sygeplejersken kan trænge ind til misbrugeren” i *Fag&Forskning* nr. 1/2017.

### Brugerstyret symptombehandling



**1.** Den alkoholafhængige vurderer dagligt egne symptomer i samarbejde med en sygeplejerske.

**2.** Tilstrækkelig abstinensmedicin udleveres, så brugeren efter behov kan medicinere sig selv. Brugerinvolveringen vækker tillid og fremmer behandlingen.

# Involverede brugere tager alkoholabstinenser alvorligt

Brugerne bliver mødt med anerkendelse og bliver **klædt på til at håndtere egen kroniske lidelse** med symptomstyret alkoholabstinensbehandling.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**  
Foto **HENRIK FRYDKJÆR**

Kvinden er rundt på gulvet, snakker sammenhængende, og sveddråberne pibler frem på panden. Hun har tydeligvis svært ved at være i sig selv: Kroppen bevæger sig rastløst frem og tilbage på stolen, og øjnene flakker rundt i lokalet.

Sygeplejerske Britta Thorsen husker tydeligt den 46-årige kvinde, der for nylig var i ambulans behandling for alkoholabstinenser på Center for Rusmiddelbehandling i Hørsholmsgade, Københavns Kommune.

Hun er en af de mange brugere, som siden 2008 har været behandlet efter et princip, hvor brugerne sammen med sygeplejersken vurderer deres egne abstinenser og får medicin nok med hjem til at kunne medicinere sig selv, så abstinenserne dulmes.

Sygeplejerske Britta Thorsen har oplevet stor tilfredshed hos både behandlere og brugere ved den symptomstyret behandling af alkoholabstinenser.



# 5

## GODE RÅD

**Arrangér et studiebesøg** på et ambulatorie, hvor skemaet bruges.

**Undervis personale** i brugen af skemaet – en dybdegående forståelse af abstinenserne er vigtig.

**Fortæl brugerne om fordelene** ved at ændre praksis.

**Sørg for lægelig tilknytning**, den er vigtig.

**Find nøglepersoner**, som kan bane vejen.

”Føler du angst, f.eks. når du skal ud blandt andre mennesker?” starter Britta Thorsen.

Angst og ængstelighed er den første af en række abstinenssymptomer, som er anført på skemaet.

Kvinden fortæller, at hun er meget angst, når hun skal udenfor hjemmet. Det er ikke noget, hun normalt lider af. Hun giver angst og ængstelighed en score på 3 point.

Britta Thorsen vurderer sammen med kvinden hver af abstinenssymptomerne på en skala fra 0, svarende til ingen abstinenser, til 3, svarende til svære abstinenser. Abstinens nummer 2 på skemaet er søvnforstyrrelser.

”Hun havde ikke sovet i tre døgn og var rigtig skidt tilpas. Ud over angst led hun også af hukommelsesbesvær,

uro, rysten, forvirrethed, kraftig sveden og hjertebanken,” fortæller Britta Thorsen.

### **Brugerne føler, de bliver mødt**

Britta Thorsen har arbejdet med alkoholafvænnning på ambulatorier i Københavns Kommune siden 1998, og hun oplevede en stor tilfredshed hos både behandlere og brugere, da de efter en fireårig forsøgsperiode gik over til den symptomstyrede behandling i 2008.

”Der er mange brugere, som giver udtryk for, at det er rart med den symptomstyrede behandling, fordi deres oplevelse af abstinenserne bliver anerkendt. Man tager deres abstinenser alvorligt og hjælper dem,” siger Britta Thorsen.

Den feedback, jeg får, handler også om, at brugerne føler sig tillidsfulde og trygge ved den måde, de bliver mødt på,” fortæller hun og fortsætter:

”Som sygeplejerske gør det en forskel, at jeg får givet min viden videre, så jeg kan hjælpe brugerne til at få en større forståelse for deres kroniske lidelse med alkoholafhængighed og hjælpe dem til at tage ansvar for den.”

En del af behandlingen er netop en bevidstgørelse om, hvad abstinenser er. Det er vigtigt, fordi langt de fleste brugere i perioder af deres liv vil opleve tilbagefald.

### **Tidligere fik de ikke nok medicin**

I den traditionelle behandling blev patientens abstinenser vurderet af en læge, som derefter ordinerede en startdosis af chlordiazepoxid efter et fast skema uden individuelle hensyn. Her oplevede Britta Thorsen, at abstinensbehandlingen ofte var utilstrækkelig.

”Der var helt klart brugere, som ikke fik nok medicin. Den faste abstinensbehandling skulle vare i otte dage, men for norges vedkommende trak det ud til 14 dage eller tre uger, og det kunne betyde, at de begyndte at drikke igen, fordi de ikke kunne holde det ud,” fortæller hun.

”Med den symptomstyrede behandling har vi mulighed for at give op til den dobbelte dosis af, hvad vi kunne med den

traditionelle. Vi oplever, at brugerne er hurtigere tilbage uden abstinenser, når vi tager symptomerne helt fra starten,” siger hun.

Pointen er, at hvis abstinenserne ikke behandles tilstrækkeligt, kan de trække ud, fordi kroppen ikke får ro til at sove, spise og komme sig. Ved dårligt behandlede abstinenser er der også større risiko for livstruende komplikationer som kramper og delirium tremens.

### **De fleste er trappet ud efter seks dage**

Tilbage til konsultationen med den 46-årige kvinde scorer hun i alt 24 point ud af 30 maksimalt mulige, og det udløser, efter en lægelig vurdering, 16 piller a 25 milligram chlordiazepoxid, som kvinden får med hjem til selvmedicinering.

”Jeg instruerede hende i at tage medicin nok det følgende døgn, så hun ikke fik abstinenser. Det vil typisk sige at tage en pille hver anden time, men det er individuelt, og brugeren skal prøve sig frem.”

Næste dag kommer kvinden ind til konsultation igen på Center for Rusmiddelbehandling. Denne gang scorer hun 16 ud af maksimalt 30 point og får 14 piller med hjem. Abstinenserne bliver scoret dagligt på nær i weekenden, og medicinen justeres efter den forrige dags forbrug.

”Efter tre eller fire døgn bliver scoren som regel væsentlig mindre og behovet for medicin tilsvarende mindre. Efter seks dage er de fleste trappet helt ud,” forklarer Britta Thorsen.

Når den samlede score er mindre end 12, stoppes behandlingen. Hvis scoren stadig er større end 12 efter den sjette ædru dag, skal en læge kontaktes, og differentialdiagnoser overvejes.

Men det er ikke alle, som kan indgå i den symptomstyrede behandling. De bliver enten tilbudt indlæggelse på hospital eller et individuelt nedtrappingskema.

”Man skal kunne samarbejde omkring udfyldelse af skemaet og skal ikke have svære psykiske lidelser eller være afhængig af det stof, vi giver,” siger Britta Thorsen. ☉

# Palette af behandlinger hjælper vulvodyniramte



Christina Damsted Petersen har sin egen gynækologpraksis i København og afleverede i 2009 sin ph.d. om vulvodyni. Hun er formand Dansk Selskab for Vulvalidelser og var med til at stifte selskabet i 2012.

Kvinder med **uforklarlige smerter i de ydre kønsorganer** får diagnosen vulvodyni. Multidisciplinær behandling viser gode resultater.

Tekst **MAYA BILLE**  
Foto **HENRIK FRYDKJÆR**

Det er ikke nyt, at kvinder kan have smerter i underlivet eller de ydre kønsdele. Det kan dokumenteres langt tilbage i tiden. Til gengæld er diagnosen vulvodyni og ikke mindst behandlingsmulighederne for sygdommen først blevet udbredt inden for de seneste 10-20 år i Danmark. Når en kvinde lider af vulvodyni, oplever hun smerter i de ydre kønsorganer i form af brændende, sviende eller skærende smerte. Smerterne bliver ofte oplevet i forbindelse med samleje eller anden berøring. Det er smerter, der kan have store konsekvenser for den enkelte og den ramtes parforhold, fortæller praktiserende gynækolog og ph.d. Christina Damsted Petersen, som siden 2005 har beskæftiget sig indgående med vulvodyni.

”Det er opslidende for kvinderne, og det kan påvirke deres hverdag, når

de f.eks. skal cykle, sidde eller ride. Det kan være svært at fastholde parforhold, og nogle viser tegn på depressive tendenser,” siger hun.

Sammen med sygeplejerske og sexologisk counsellor Gitte Vittrup og sygeplejerske og lektor Birgitte Schantz Laursen fra Sexologisk Forskningscenter på Aalborg Universitetshospital har hun udarbejdet en artikel, der belyser resultaterne af multidisciplinær behandling af vulvodyni med udgangspunkt i Gitte Vittrups sexologiske rådgivning på Sexologisk Ambulatorium på Nordjyllands Hospital i Hjørring (1). Gennemgangen, der ligger til grund for artiklen, viser, at 40 ud af de 61, som har fået den multidisciplinære behandling siden 2009, har opnået få eller ingen smerter ved samleje. I behandlingen arbejdes ud fra en bio-



psyko-social model, hvor der både tages højde for fysisk smerte og den psykoseksuelle påvirkning hos patienten og dennes partner.

### År uden rette behandling

Vulvodyni er langt fra en sjælden sygdom. Der er ikke foretaget danske studier af, hvor mange der lider af vulvodyni, men en svensk undersøgelse peger på, at 10 pct. af de svenske kvinder lider af smertesyndromet. Og det er en bred skare af kvinder, der bliver ramt.

”En del kvinder under 40 lider af vulvodyni, men der er også kvinder i overgangsalderen, som har denne form for smerter. Det er alt fra unge piger, som lige har haft deres seksuelle debut, til kvinder på over 80,” siger Christina Damsted Petersen.

Mange kvinder risikerer at gå længe med lidelsen uden at få den rette behandling. Det skyldes bl.a., at nogle venter med at søge hjælp, eller at de bliver fejldiagnosticeret.

”Nogle går rundt med symptomerne i lang tid. Det kan være svært for patienten at stå i situationen, for der er ikke nogen åbenlys grund til smerterne. Det fører til, at mange patienter kan være kede af det, frustrerede og flove over deres situation,” siger hun.

Der er ikke nogen generel fysisk eller neurologisk årsag til vulvodyni, der først gives som diagnose, når disse årsager er udelukket, fortæller hun. Da årsagen til vulvodyni endnu er ukendt, er der forskel på, hvilken behandling der virker bedst for den enkelte.

”Kvinderne står i en kompliceret situation og føler sig måske ikke mødt. Så man skal nærme sig problematikken fra mange vinkler,” forklarer Christina Damsted Petersen.

### En palette af behandlingsmuligheder

Sammensætningen af behandlingsmuligheder, der tager højde for biologiske, psykologiske og sociale forhold, er baseret på anbefalinger i danske såvel som internationale kliniske retningslinjer. Den multidisciplinære behandling er langsomt blevet indført i Danmark, og i slutningen af 00'erne er den blevet formaliseret. Patienterne bliver først tilset af en gynækolog, som diagnosticerer patienten bl.a. ud fra en smertetest. Gynækologen udelukker neurologiske eller fysiske årsager til kvindens smerter i de ydre kønsdele og giver ud fra dette diagnosen vulvodyni. Den første behandling herefter er desensibilisering ved hjælp af lokalbedøvende midler. Hvis gynækologen finder, at kvinden har en ansændt bækkenbundsmuskulatur, får hun tilbudt behandling hos en fysioterapeut og i nogle tilfælde sexologisk behandling. Og kombinationen af behandlinger tager altid udgangspunkt i patientens behov, siger Christina Damsted Petersen.

”Det er vigtigt, at den multidisciplinære behandling forstås som en palette af behandlingsmuligheder, og at der behandles i et multidisciplinært team,” siger hun.

## Metode

Sygeplejerske og sexologisk counsellor Gitte Vittrup har gennemgået vulvodynipatienternes sexologiske journaler i et retrospectivt kvalitetssikringsprojekt. Resultaterne har hun i samarbejde med gynækolog og ph.d. Christina Damsted Petersen og lektor og sygeplejerske Birgitte Schantz Laursen bearbejdet i artiklen ”Sygeplejerskens rolle i sexologisk behandling af vulvodyni, som led i en multidisciplinær behandlingsstrategi”.

## Resultater

40 ud af de 61 patienter har opnået bedre kommunikation og intimitet og at kunne gennemføre samleje uden eller med et minimum af smerte.

Det er f.eks. ikke alle patienter, som har spændinger i bækkenbunden og dermed gavn af den fysioterapeutiske behandling. Christina Damsted Petersen oplever, at der stadig er meget uvidenhed om vulvodyni, og håber, at artiklen kan udbrede vigtig viden om, hvordan kvinder kan behandles bedst muligt.

”Der er tale om kvinder, som kan have mange kontakter til sundhedsvæsenet, og derfor er det vigtigt, at vi formaliserer behandlingen, så patienterne mødes med viden, forståelse og de rette behandlingsmuligheder. Resultaterne af undersøgelsen i Hjørring viser netop, at der er behov for forskellige fagfolk i behandlingen,” fastslår Christina Damsted Petersen. ●

**Litteratur:** (1) Vittrup G, Petersen CD, Laursen BS. Sygeplejerskens rolle i sexologisk behandling af vulvodyni, som led i en multidisciplinær behandlingsstrategi, 2016, [dsr.dk/fag-og-forskning](http://dsr.dk/fag-og-forskning)

Sadownik LA, Seal BN, Brotto LA. Provoked Vestibulodynia – Women’s Experience of Participating in a Multidisciplinary Vulvodynia Program. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012 Apr;9(4):1086-93.

Find liste over vulvaklinikker på Dansk Selskab for Vulvalidelsers hjemmeside [www.dsvl.dk](http://www.dsvl.dk)

# Patienterne får sensualitetslektier med hjem

Sygeplejerske og sexologisk counsellor Gitte Vittrup hjælper vulvodyniramte med at **håndtere deres smerte** og at opnå at have samleje med få eller ingen smerter.

Tekst **MAYA BILLE**  
Foto **CATHRINE ERTMANN**

”Hvordan går det med dig? Får du givet dig tid til dig selv?” Sygeplejerske og sexologisk counsellor Gitte Vittrup sidder overfor en yngre kvinde, som er i behandling for smertesyndromet vulvodyni. En diagnose, der de senere år har givet anledning til et særligt samarbejde mellem læger, sexologer og fysioterapeuter på vulvaklinikker flere steder i landet. Som klinisk sexolog og gynækologisk sygeplejerske med mere end 20 års erfaring står Gitte Vittrup for den del af den multidisciplinære behandling, der indebærer samtalerapi og psykoedukation; et aspekt i behandlingen af vulvodyni, der i hendes seneste kvalitetssikring har vist sig at have god effekt. Siden 2009 har adskillige kvinder og par været inde og ude ad døren til hendes kontor på Regionshospitalet Nordjylland i Hjørring for at blive behandlet for den smertefulde lidelse.

## Patienterne sætter selv mål for behandling

Gruppen af kvinder, som får konstateret vulvodyni, er bred, men Gitte Vittrup har oplevet, at en del af især de unge kvinder

har et stort kontrolbehov. ”Det kan være svært at tale om det, der sker herfra og ned,” siger hun og holder hånden ud fra midten af maven.

Via samtalerne og psykoedukationen lærer hun kvinderne om deres krop, om at turde være i en seksuel kontekst, og hvordan de kan lære at håndtere smerten. Hun guider dem i at arbejde med deres mål for behandlingen. Mål, de selv definerer.

”Når patienterne kommer her, så er de selv med til at sætte målet for behandlingen. Det kan selvfølgelig justeres op og ned undervejs, men det er patienterne selv, som ved første samtale giver et bud på, hvad de gerne vil have ud af behandlingen,” forklarer Gitte Vittrup.

Målet for patienterne er ikke nødvendigvis at være fuldstændig smertefri, men f.eks. at kunne have samleje med et minimum af smerter og opnå bedre kommunikation og være intim med sin partner, forklarer hun.

## Partner er også med til konsultation

Det er ikke kun enlige kvinder, som sætter sig ved det lille mødebord klemt ind

på Gitte Vittrups kontor. Når kvinden i behandling har en partner, er partneren i udgangspunktet altid med til samtalerne. Og det er også med partneren ved sin side, at kvinden kan opnå det bedste resultat, fortæller Gitte Vittrup.

”Det er vigtigt at have partneren med. For det er i partnerskabet, at problemet er opstået, og det er i partnerskabet, at man bedst løser et seksuelt problem. Manden skal forstå, hvad den her smerteproblematik gør ved ønsker om sex, lyst og nærvær, og hvordan han kan hjælpe det på vej.”

Gitte Vittrup spørger åbent og uformelt og til mere end det seksuelle. På midten af bordet mellem hende og patienten ligger en illustration af ”trivselstrekanten”. Ordene partner, samfund og familie fylder lige meget på hver side. Børn, arbejde og uddannelse kan nemlig være med til at påvirke, hvordan parforhold og seksuallivet har det, og hvordan der kan arbejdes med det, forklarer hun:

”Mange par bliver helt lettede, når vi tager fokus væk fra samleje. De skal i stedet fokusere på at være intime og kærlige. Parrene kan ofte mangle disse

# 3

## GODE RÅD

**Vær ikke bange for samtalen om seksualitet**, den kan være afgørende for den enkelte patient.

**Brug de to første trin af PLISSIT-modellen.** P for permission – tilkendegivelse af, at det er OK at tale om det seksuelle. LI for Limited information – begrænset information. Brug den viden, du har, f.eks. om, at kvinder med smerter ofte trækker sig fra intim kontakt og nærvær med deres partner, og at du ved, at det er muligt at få hjælp.

**Vær opmærksom** på muligheden for at henvise til vulvaklinikker eller lignende specialiserede klinikker.

Find liste over vulvaklinikker på Dansk Selskab for Vulvalidelsers hjemmeside [www.dsvl.dk](http://www.dsvl.dk)

Gitte Vittrup viser patienten de forskellige dilatatorer. Kvinderne med smerter i de ydre kønsdele får dilatatorer med hjem, så de kan øve sig i at have en genstand indført i skeden for at opnå desensibilisering og færre eller ingen smerter ved samleje.



elementer i deres parforhold, da de forbinder det med, at det lægger op til samleje, som pga. kvindens smerter kan være problematisk.”

### **Det fysiske og psykiske spiller sammen**

Gitte Vittrup giver patienten lektier for. Den enlige kvinde skal f.eks. øve sig i at indføre stave af forskellig størrelse i vagina. Par bliver eksempelvis introduceret til en sensualitetsøvelse, hvor samleje ikke er tilladt, og de får til opgave at gå hjem og arbejde på at have fokus på intimitet i parfoldet og øve sig i at give kærtegn.

Gitte Vittrups kombination af sygeplejefaglighed og uddannelse som klinisk sexolog giver hende en forståelse af,

hvordan de fysiske og psykiske aspekter spiller sammen.

”Det kan godt være, at patienten er fysisk klar til samleje, men mentalt er skræmt fra vid og sans. Så er jeg nødt til at arbejde noget mere med at give hende den her tryghed. Det er f.eks. her, at sensualitetsøvelserne kommer ind,” forklarer hun.

Mange af de kvinder, som Gitte Vittrup har haft i behandling, har stram bækkenbundsmuskulatur og får som en del af den multidisciplinære behandling desensibiliserende massage af den tilknyttede fysioterapeut.

”Fysioterapeuten lærer patienten at bruge sin vejtrækning til at slappe af og

håndtere en smerte. Den viden, den bruger jeg jo også, når vi bruger dilatatorer, så på den måde kommer tingene til at hænge sammen.”

### **Tag den svære samtale**

Gitte Vittrup fortæller, at hun stadig oplever, at sundhedsprofessionelle ikke er opmærksomme på de vulvaklinikker, der findes landet over. Hun ved, at det kan være svært at få taget den intime samtale.

”Ikke nok med, at det er tabuiseret, det er også tidskrævende, og så får man det ikke prioriteret i den her fuldstændig forfærdelig travle hverdag, sygeplejersker har.” ●





## Trialog

Trialongen 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.



# Sygeplejersker er vigtige i forebyggelse og behandling

Over en halv million danskere har osteoporose, men kun omkring hver tredje ved det, og endnu færre er i medicinsk behandling. Diagnosen stilles ofte først efter første brud, og sygdommen har store omkostninger for patienter og samfundet. Sygeplejersker spiller en nøglerolle i forebyggelses- og opsporingsarbejdet, men også i behandling af og vejledning om livet med osteoporose.



**METTE JUEL ROTHMANN**

Adjunkt, klinisk sygeplejeforsker, cand.scient.san., ph.d. Ansat i en kombinationsstilling mellem Endokrinologisk Afdeling M og Reumatologisk Afdeling C, Odense Universitetshospital, og Klinisk Institut, Syddansk Universitet, Odense. Har publiceret adskillige forskningsartikler om osteoporose (1,2,3,4).



**CHRISTINA SOMMER**  
Journalist



**LONE THORSTED**

Klinisk vejleder og specialeansvarlig sygeplejerske i kalksygdomme, Medicinsk Endokrinologisk Ambulatorium, Aarhus Universitetshospital. Sundhedsfaglig diplomuddannelse i sundhedsformidling og klinisk uddannelse. Forfatter til kapitlet "Sygepleje til borgere og patienter med osteoporose" i "Somatisk sygdom og sygepleje" (5).

Osteoporose er en af de otte såkaldte folkesygdomme. Men sygdommen bliver alligevel overset blandt en stor gruppe af befolkningen, da den ikke giver symptomer, før et knoglebrud opstår. Det anslås, at 500.000-600.000 danskere over 50 år har osteoporose. Alligevel er kun omkring 167.000 danskere diagnosticeret med osteoporose, og endnu færre er i medicinsk behandling (6).

Det behøver dog ikke at være et problem i sig selv, siger en af landets førende sygeplejeforskere og klinikere på området, Mette Juel Rothmann:



”Ikke alle patienter med osteoporose skal nødvendigvis i medicinsk behandling. Men tallene er nok udtryk for, at der er nogle, vi ikke får ordentlig fat i.”

Grunden til det store antal af ikke diagnosticerede patienter er simpel: Fysiske symptomer på den svindende knoglemasse og følgende tab af knoglestyrke er ikkeeksisterende før første lavenergifraktur som f.eks. et håndledsbrud eller rygsammenfald. Og selv her kan der være langt til en egentlig diagnose, fortæller Mette Juel Rothmann.

”Når en kvinde på omkring 50 år f.eks. kommer ind på akutmodtagelsen med en håndledsfraktur, bør alarmklokkerne hos sygeplejersker og andet personale ringe – specielt hvis der er tale om et lavenergibrud, for det er typisk et af de første tegn på osteoporose. De patienter bør henvises videre til udredning, men desværre viser forskning, at det sjældent sker (7),” påpeger sygeplejeforskeren.

### Knoglesund livsstil og risikofaktorer

Foruden en mere systematisk opfølgning på lavenergifrakturer ligger der en stor opgave i at forebygge osteoporose. Sygdommen kan ramme patienterne hårdt både fysisk og psykisk, og også samfundsøkonomisk er forebyggelse vejen frem, da osteoporose og ikke mindst følgevirkninger anslås at koste kommuner og regioner over 11 mia. kr. om året (8).

Og både sygeplejersker og sundhedsplejersker kan om nogen gøre en stor forskel i det forebyggende og opsporende arbejde, fastslår Mette Juel Rothmann. F.eks. ved at rådgive om knoglesund livsstil hele livet, også over for børn og deres forældre. Men også ved at være opmærksomme på og oplyse patienter og borgere om veldokumenterede risikofaktorer som f.eks.

arvelighed, tidlig overgangsalder og lavt BMI samt rygning og et stort alkoholforbrug (læs også artiklen ”Ikke kun gamle damer”).

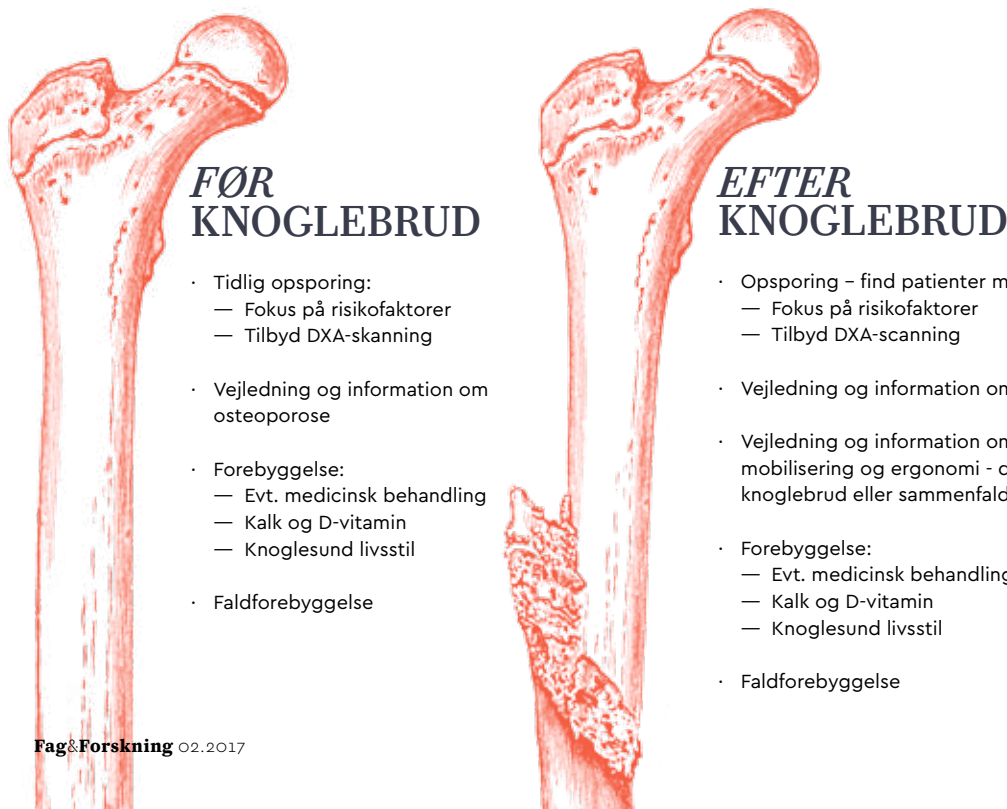
”Risikofaktorer som f.eks. rygning, fysisk inaktivitet og for lidt kalk- og D-vitaminindtag kan patienten selv gøre noget ved – ofte i samarbejde med sundhedsprofessionelle. Arvelighed og alder står derimod ikke til at ændre. Vi har en vigtig opgave i at formidle dette til patienterne,” siger hun og tilføjer:

”Der ligger også en stor sygeplejefaglig opgave i at vejlede og undervise patienter i at leve med osteoporose, f.eks. i forhold til behandling og faldforebyggelse, så vi undgår frakturer.”

Mange af de ovenstående opgaver går igen, når en patient først har en lavenergifraktur. Her er umiddelbar sygepleje efter fraktur og vejledning i smertehåndtering også sygeplejefaglige indsatser, som i høj grad kan hjælpe patienten med at restituere sig bedst og hurtigst muligt. ●

### Det optimale forløb

Et godt forløb for patienter med osteoporose kræver et tæt og informativt samarbejde mellem patientens praktiserende læge, relevante sygehusafdelinger, evt. hjemmesygepleje, osteoporoseskoler, fysioterapeuter og kiropraktorer m.fl.



#### FØR KNOGLEBRUD

- Tidlig opsporing:
  - Fokus på risikofaktorer
  - Tilbyd DXA-skanning
- Vejledning og information om osteoporose
- Forebyggelse:
  - Evt. medicinsk behandling
  - Kalk og D-vitamin
  - Knoglesund livsstil
- Faldforebyggelse

#### EFTER KNOGLEBRUD

- Opsporing – find patienter med lavenergifraktur:
  - Fokus på risikofaktorer
  - Tilbyd DXA-scanning
- Vejledning og information om osteoporose
- Vejledning og information om smertebehandling, mobilisering og ergonomi - dagligdagen efter et knoglebrud eller sammenfald.
- Forebyggelse:
  - Evt. medicinsk behandling
  - Kalk og D-vitamin
  - Knoglesund livsstil
- Faldforebyggelse

Kilde:  
Klinisk sygeplejeforsker  
Mette Juel Rothmann



# Ikke kun gamle damer

388.000 danske kvinder over 50 år anslås at have osteoporose, men flere og flere mænd får også sygdommen. Osteoporose skyldes ofte aldring, men f.eks. kan arv, tidlig overgangsalder, lavt BMI, andre sygdomme, medicin, rygning og et stort alkoholforbrug også øge risikoen.

Osteoporose defineres som en ”systemisk skeletal sygdom karakteriseret ved lav knoglemasse og mikro-arkitektoniske forandringer medførende øget fragilitet (skørhed) og som følge heraf en øget tendens til frakturer” (9).

Selvom knogler er hårde, er de levende og påvirkeligt væv. Der foregår en konstant resorption (nedbrydning, red.) og formation (opbygning, red.) af knoglerne. Balancen i denne proces ændrer sig gennem livet. I barn- og ungdom er balancen positiv, det vil sige, at der opbygges mere knogle, end der nedbrydes. Den maksimale knoglemasse (peak bone mass, red.) nås i den tidlige voksenalder. Herefter tipper balancen, og der bliver således nedbrudt mere knogle, end der opbygges. Kalk og D-vitamin er vigtige byggesten livet igennem, også i voksenlivet, da mangel kan medføre unødigt knogletab.

”Både mænd og kvinder taber knoglemasse efter en vis alder. Vi taber i gennemsnit mellem en halv og en hel pct. om

året. Hvor hurtigt vores knogler bliver tynde, afhænger bl.a. af, hvor meget vi har fået bygget knoglerne op, inden det uundgåelige tab sætter ind,” forklarer Mette Juel Rothmann og uddyber:

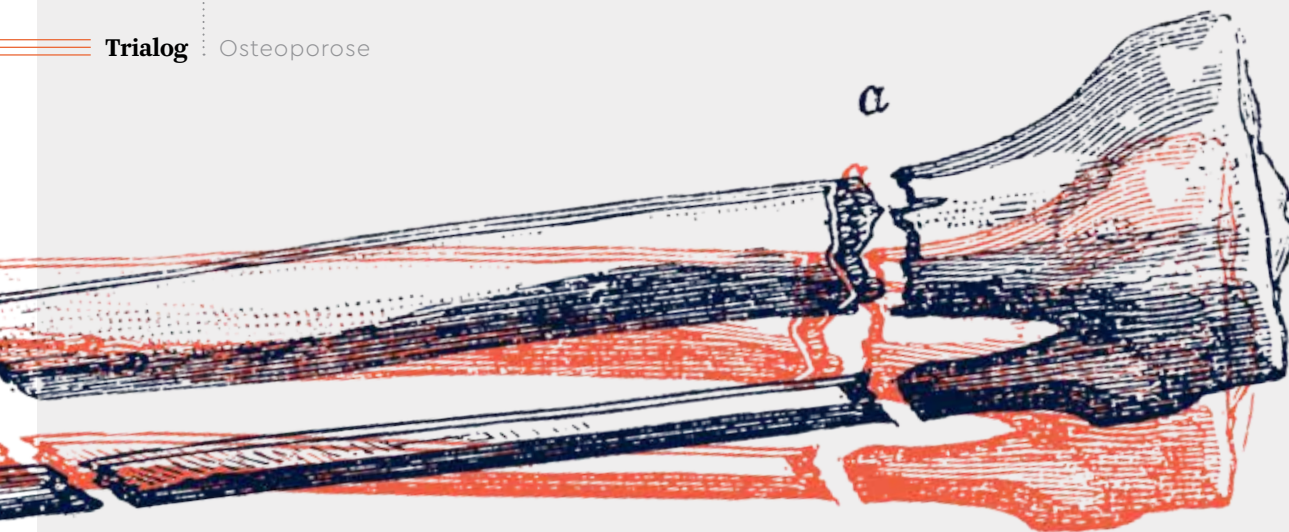
”Groft sagt kan man sige, at risikoen for at udvikle osteoporose også afhænger af, hvor meget knoglemasse vi får sat ind på kontoen som unge, før vi skal trække på det som ældre.”

## Dokumenterede risikofaktorer

Osteoporose rammer hele skelettet, og overordnet deles sygdommen ind i to typer: Primær og sekundær osteoporose. Primær osteoporose er mest udbredt og optræder som en selvstændig sygdom hos især kvinder efter menopausen (postmenopausal osteoporose) eller hos ældre (plus 80 år) mænd og kvinder (senil osteoporose) (10).

”Langt de fleste, der rammes af osteoporose, er postmenopausale kvinder, men at den kun rammer gamle kvinder, er en skrøne. Kønsforskellen kan dog forklares med, at mænds peak bone mass generelt er ca. 5 pct. højere end kvinders. Mænd har heller ikke det hormonelt betingede knogletab, som kvinder får efter overgangsalderen pga. bortfaldet af østrogen,” siger Mette Juel Rothmann.

Under primær osteoporose hører også en række mere sjældne tilstande, f.eks. juvenil- og adult-idiopatisk samt graviditetsrelateret osteoporose (9).



Sekundær osteoporose skyldes, at ydre eller indre faktorer påvirker knogletabet. Ydre faktorer er f.eks. nedsat fysisk aktivitet, som igen nedsætter den fysiske belastning på knoglerne f.eks. pga. neurologiske sygdomme. Men også fejlnæring med mangel på indtag af vigtige næringsstoffer, især kalk og D-vitamin, kan øge risikoen for osteoporose. Det samme kan påvirkning af farmaka og toksiner, eksempelvis tobaksrøg, større mængder alkohol og nogle typer medicin som systemisk glukokortikoidbehandling (9).

”F.eks. øger store doser binyrebarkhormon, som bl.a. KOL-patienter ofte får, risikoen for osteoporose. Disse patienter bør tilbydes undersøgelse af deres knogler, så behandling kan igangsættes tidligt,” siger Mette Juel Rothmann og fortsætter:

”Patienter i binyrebarkhormonbehandling tilbydes antiosteoporotisk behandling allerede ved en T-score på  $-1,0$ , altså ved det, vi kalder osteoponi (let afkalkning af knoglerne, red.)”

Har ens forældre osteoporose, er der omkring 50 pct. risiko for, at man selv får det (11). Andre eksempler på indre faktorer er malabsorption, dvs. manglende absorption af næringsstoffer, som bl.a. ses efter ventrikelresektioner og ved andre gastrointestinale lidelser. Og også ændret hormon- eller cytokinniveau, som ses ved en række sygdomme, kan påvirke knoglevævet negativt (10).

### Manglende systematik hindrer opsporing

Osteoporose er en symptomfri sygdom og diagnosticeres altså ofte først efter en eller flere lavenergifrakturen i især håndled, hofte eller ryg, dvs. brud, som er opstået ved almindelig belastning eller et mindre traume som f.eks. fald på samme niveau. Men også lavenergifrakturen i andre knogler, f.eks. underarm, bækken og ankel, kan være tegn på osteoporose.

”Lidt populært sagt kan man sige, at patienterne kommer med håndledsfrakturer i 50’erne, rygfrakturer i 60’erne og så hoftefrakturerne lidt senere. Patienter, som har fået deres første brud eller sammenfald, har dobbelt så stor risiko for det næste, hvis behandling ikke påbegyndes,” advarer Mette Juel Rothmann og uddyber:

”Kunne vi fange alle ved håndledsfrakturen og derved forebygge de andre frakturer, ville vi være kommet langt, men det sker desværre ikke i dag (7).”

Som eksempel på en undtagelse fremhæver hun Holbæk Sygehus, der i februar 2016 netop blev præmieret for sin syste-

matiske indsats på området (se boksen ”Første brud skal være det sidste”, red.) – noget som dog desværre ikke er kutyme på alle landets akutmodtagelser.

”Samme billede ses nok også på f.eks. medicinske og især ortopædkirurgiske afdelinger. Det kan skyldes mange ting, bl.a. de stadigt accelererede patientforløb. Patienten kommer ind, bliver opereret og skal op og stå og hjem igen så hurtigt som muligt. Her får personalet måske ikke lige fulgt op på risikofaktorer og tidligere brud og henvist patienten videre til osteoporoseudredning. Og der er også grænser for, hvad patienten kan rumme på det tidspunkt, især hvis de har store smerter og er usikre på at skulle hjem,” siger Mette Juel Rothmann.

### Ingen garantier

For at kunne stille diagnosen, før første fraktur indtræder, arbejder man også i Danmark med Verdenssundhedsorganisationen WHO’s definition af osteoporose hos voksne (9). Ved hjælp af en Dual energi X-ray Absorption (DXA)-skanning måler man knoglevævet mineraltæthed (Bone Mineral Density, BMD, red.). Resultatet angives i den såkaldte T-score, og ifølge definitionen har folk osteoporose, hvis de har en T-score på  $\leq -2,5$  i ryg eller hofte. T-scoren afslører dog ikke alt. Den er et udtryk for knoglevævet mineraltæthed, men skanningen kan ikke fortælle noget om knoglens struktur og materiale, som også har betydning for knoglestyrken.

”Sammen med de velkendte risikofaktorer er T-scoren det bedst mulige, vi har lige nu for at kunne forudsige, hvem der

er i risiko for at få brud. Men man kan godt have en pæn T-score og tre rygsammenfald,” siger Mette Juel Rothmann.

Ud fra WHO's definition har 500.000-600.000 danskere over 50 år osteoporose, heraf ca. 388.000 kvinder og ca. 145.000 mænd. Forekomsten stiger i takt med alderen hos begge køn. Hos kvinder er forekomsten betydelig fra 55-årsalderen og især høj blandt de 65+ årige. Blandt mænd ses en væsentlig stigning i osteoporose fra 65+ årsalderen (12).

### Kedelig rekord

I Danmark tilskrives omkring 10.000 hoftefrakturer, 28.700 underarmsbrud og 2.000 rygsammenfald osteoporose årligt, men antallet af rygsammenfald er formentlig større, da mange forbliver udiagnosticerede pga. fejltolkning, få eller ingen symptomer (7). Ifølge en europæisk undersøgelse har Danmark europæisk rekord i hoftenære frakturer (573 brud pr. 100.000 borgere over 50 år, red.) (13). Det er en af de mest omkostningsfulde lidelser målt på både sengedage og dødelighed, og både hoftenære frakturer og rygsammenfald medfører bl.a. også store smerter, tab af mobilitet, afhængighed af pleje og psykisk belastning (14).

”Den europæiske rekord kan måske forklares med etnicitet og forskelle i knoglestruktur, men derudover spiller vores høje levealder og livsstil formentlig også en stor rolle. D-vitaminmangel pga. manglende sollys er måske en del af forklaringen på den øgede hyppighed,” forklarer hun og tilføjer:

”Vi kan ikke kurere osteoporose, så en af vores fornemmeste opgaver er at forebygge og opspore sygdommen så tidligt som muligt for at kunne forebygge eventuelle frakturer.” ●

## Faktorer, som kan øge risiko for og være tegn på osteoporose

- Arvelig disposition i lige linje for osteoporose
- Alder over 80 år
- Kvinder med lav kropsvægt (BMI under 19)
- Tidligere lavenergifrakturer
- Osteogenesis imperfecta
- Abnormt tidlig menopause (før 45. år)
- Systemisk glukokortikoidbehandling
- Rygning
- Stort alkoholforbrug
- Sygdomme associeret med osteoporose, bl.a.:
  - Anorexia nervosa
  - Malabsorption (herunder tidl. gastrektomi)
  - Primær hyperparathyreoidisme
  - Hyperthyreoidisme
  - Organtransplantation
  - Kronisk nyreinsufficiens
  - Langvarig immobilisation
  - Mb. Cushing
  - Mastocytose
  - Rheumatoid artrit
  - Myelomatose
  - Mb. Bechterew
  - Behandling med aromatasehæmmere.

Kilde: (12)

## Første brud skal være det sidste

Holbæk Sygehus har i årevis arbejdet for at sikre, at patienter med osteoporose kommer i behandling så tidligt som muligt. Sygehuset arbejder ud fra, at det første brud skal være det sidste. Og det sker netop ved, at en patient, som kommer ind med tidlige tegn på osteoporose f.eks. som 50-årig med et brud på underarmen, helt systematisk bliver tilbudt en knogle-scanning og rådgivning.

I februar 2016 fik Holbæk Sygehus derfor et sølvdiplom for sit arbejde af Den Internationale Osteoporose Forening, IOF. Anerkendelsen gives bl.a. for et godt samarbejde på tværs af akutafdelingen, ortopædkirurgisk afdeling og medicinsk afdeling, hvor de yder en dokumenteret, systematisk indsats efter danske og internationale retningslinjer. Samtidig sørger de selv for, at patienter med knogleskørhed kommer i behandling og kontrollerer, at behandlingen virker, som den skal.

Kilde: Region Sjælland, februar 2016



# Knoglevenlig livsstil hele livet

Sundhedsplejersker og sygeplejersker i kommuner og på hospitaler bør inddrage knoglevenlig livsstil i deres arbejde med børn og voksne.

Selvom knogletab og risikoen for at udvikle osteoporose er en naturlig del af det at blive gammel, kan man selv gøre meget for at forebygge og bremse unødigt knogletab og dermed udskyde sygdommen. Det er veldokumenteret, at en knoglevenlig livsstil (se boksen "Knoglevenlig livsstil", red.) kan resultere i stærkere knogler og mindre knogletab. Da opbygning af knogler primært foregår, indtil man er 20-30 år, bør især sundhedsplejersker, sygeplejersker i lægekonsultationer og andre steder med hyppig kontakt til børn og unge arbejde systematisk for forebyggelse i form af information, vejledning og dialog.

"Som sygeplejersker kan vi gøre en stor forskel mange steder, især ved at tage de gode inddragende samtaler. Det kan f.eks. være sundhedsplejersken over for et barn og forældre, hvor barnet ikke kan lide mælkeprodukter. Her er det vigtigt at forklare, hvorfor kalk og D-vitamin samt fysisk aktivitet er så vigtigt, også for knoglerne, og ikke mindst vejlede i mulige alternativer," siger Mette Juel Rothmann og supplerer:

"I dag har vi en ung population, der i stigende grad er inaktive og vokser op med cola og burgere. De bevæger sig mindre og får måske ikke kalk og D-vitamin nok. Der tegner sig et skrækscenarie i mit hoved. Det er vigtigt, at vi får ændret den udvikling."

*Og vi kan jo også tage emnet op, hvis vi sidder med en patient med osteoporose - hvordan ser det mon ud med evt. børn og børnebørn?*

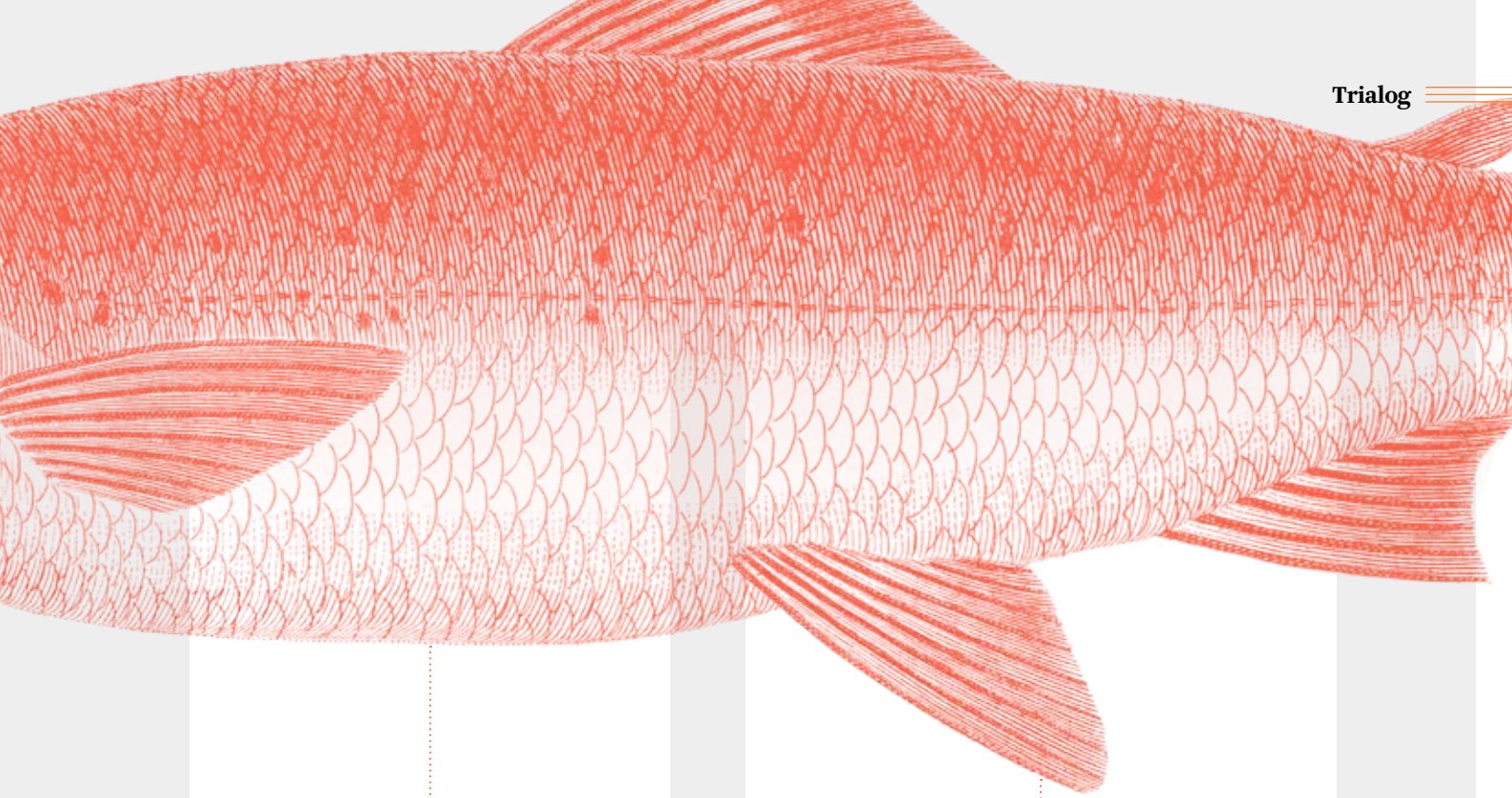
"Helt sikkert, både i forhold til arvelighed og for at skabe opmærksomhed om, hvor stort et potentiale der ligger i at fore-

bygge osteoporose bedre. Vi skal blive mere opsøgende og direkte, så sygdommen får øget opmærksomhed i befolkningen," opfordrer Mette Juel Rothmann.

Også efter en evt. diagnose er knoglevenlig livsstil vigtig. F.eks. viser forskning, at rygere har en forøget risiko for senere hoftebrud på henholdsvis 60 pct. (mænd) og 30 pct. (kvinder) i forhold til aldrig-rygere (15). Rygning har både en direkte og en indirekte effekt på knoglerne. Den indirekte effekt synes at have størst betydning. Rygere er ofte slankere end ikke rygere, hvorved belastningen af deres knogler mindskes. De kvindelige rygere går desuden tidligere i overgangsalderen og mangler herefter østrogenet til at beskytte mod knogledbrydningen.

Sund og varieret kost og fysisk aktivitet er også vigtigt, når man lever med osteoporose.

"Knoglevenlig livsstil kan jo ikke kurere eller stabilisere knoglemassen, men den er medvirkende til, at det naturlige knogletab ikke bliver endnu større, end det allerede er," påpeger Mette Juel Rothmann. ●



## ***KNOGLEVELIG LIVSSTIL***

Risikofaktorer som kalk- og D-vitaminmangel, fysisk inaktivitet, rygning, stort forbrug af alkohol og for lav vægt kan man selv påvirke og dermed forebygge eller bremse udvikling af osteoporose. Knoglevenlig livsstil indebærer:

- Spis sund og varieret kost (jf. Fødevarerstyrelsens 10 kostråd).

- Vær opmærksom på at få nok kalk og D-vitamin (se boks med anbefalinger, red.).

- Vær fysisk aktiv en halv time hver dag. Styrk knoglerne og balancen ved fysisk aktivitet som stavgang, løb, badminton, tennis, styrketræning eller golf. Vægtbærende motion som f.eks. gymnastik, gåture, løb og boldspil fremmer især knogleopbygningen.

- Rygestop. Det er veldokumenteret, at rygere mister mere knoglevæv end ikkerygere. Og rygning øger risikoen for knoglebrud hos personer over 50 år.

- Alkoholforbruget bør ikke overstige Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Kilde: Sundhedsstyrelsen og Fødevarerstyrelsen

## ***EKSTRA KALK OG D-VITAMIN?***

Småtspisende ældre anbefales at tage et multivitamin-mineralpræparat.

- Personer med mørk hud anbefales et dagligt tilskud på 10 mikrogram D-vitamin.

- Personer, som får meget lidt solesponering af huden på grund af meget lidt ophold udendørs eller tildækket påklædning, anbefales et D-vitamin tilskud på 10 mikrogram dagligt.

- Børn anbefales et dagligt tilskud af 10 mikrogram D-vitamin fra 2 uger til 2 år.

- Børn med mørk hud og/eller børn, som går tildækket, anbefales tilskud af D-vitamin på 10 mikrogram dagligt.

- Børn til og med 9 år med allergi over for mælk anbefales et dagligt calciumtilskud på 500 mg. Fra 10 år anbefales at tage et dagligt calciumtilskud på 750 mg.

- Ældre over 70 år, plejehjemsbeboere eller personer med øget risiko for osteoporose anbefales tilskud af D-vitamin på 20 mikrogram kombineret med et dagligt calciumtilskud på 800-1.000 milligram.

Kilde: Sundhedsstyrelsen

# Alene diagnosen kan påvirke folk

At få diagnosen osteoporose kan påvirke den enkelte både fysisk og psykisk. Sygeplejersker har en fornem opgave i at hjælpe patienterne til et godt og aktivt liv med osteoporose både uden eller efter evt. brud.

Hvornår er man syg – før eller efter et knoglebrud? Mange patienter får som beskrevet i artiklen ”Ikke kun gamle damer” side 23 først diagnosen efter en lavenergifrakstur, hvilket i sig selv påvirker patienten fysisk og psykisk. Andre bliver dog diagnosticeret før første brud, og alene det kan skabe uro og bekymring hos nogle, fortæller Mette Juel Rothmann (16).

”Patienter, som får diagnosen stillet uden foregående symptomer og tegn på, at noget kunne være galt, kan blive meget påvirket. Diagnosen betyder jo, at patienten er i øget risiko for at få et knoglebrud eller et sammenfald, men det kan være svært at forholde sig til – for både patienter og personale,” siger hun og tilføjer:

”Generelt må man jo sige, at sygdomsbegrebet har rykket sig. Tidligere behandlede vi folk, når de blev syge, nu behandler vi dem, der er i risiko for at blive det. Den ”raske” periode bliver kortere og kortere, bl.a. fordi vi tilbyder screeninger for mange diagnoser i dag, f.eks. brystkræft. Det er et gode, men kan altså også føre til mange unødige bekymringer.”

For at komme den enkelte patients risiko for fremtidige knoglebrud nærmere kan man desuden bruge forskellige algo-

ritmer, bl.a. FRAX®, som er frit tilgængelige på internettet. Her kan man ved at besvare ni spørgsmål få et estimat for de næste 10 års risiko for osteoporotiske brud og hoftebrud (17).

## Tæppet rives væk

Om et nationalt screeningsprogram for osteoporose af alle danskere over 50 ville være gavnligt, er ifølge sygeplejeforskeren endnu uvist. Men der ville være meget at hente både samfundsøkonomisk og menneskeligt, hvis sundhedsvæsenet blev bedre til systematisk at tilbyde udredning i form af scanning til borgere med en eller flere risikofaktorer.

”Nogle gange falder patienterne endda i kategorien meget syge, f.eks. hvis de har et udiagnosticeret sammenfald, som de slet ikke har kunnet mærke. Det river tæppet væk under mange. Den skrøbelighed og sårbarhed, de lige pludselig får, er slående. Diagnosen kan føles som første skridt på vej i graven, man bliver gammel fra den ene dag til den anden, og ens identitet kan ændres med ét,” siger Mette Juel Rothmann og fortsætter:

”Generelt har vi nok et lidt traditionelt billede af folk med osteoporose: Det er den ældre del af befolkningen. Men der er også en stor gruppe, der arbejder, og som så får de her brud. Det rejser mange spørgsmål – kan man blive i sit job, skal man omskoles etc. Man kan måske ikke opretholde den livsførelse, man har været vant til. Osteoporosepatienter bliver ramt på mange parametre.”

*Hvordan fortæller man patienten: ”Du er sund og rask, men du har osteoporose”?*

”Det er vigtigt at tænke på osteoporose som et kontinuum mellem rask og i risiko og syg med brud. Sygeplejersken skal hele tiden have for øje, hvor patienten er aldersmæssigt og sundhedsmæssigt. Det er altid en individuel vurdering. Den 60-årige med en T-score på minus 2,6, men ingen frakturer, ser



## Nordjylland forebygger 100 hoftebrud

De seneste to år har Region Nordjylland kørt en stor forebyggende indsats i forhold til opsporing og behandling af osteoporose. Indsatsen er sket i tæt samarbejde mellem sygehuse, privat praktiserende læger og kommuner. F.eks. har der været sat øgede ressourcer af til DXA-scanninger på Aalborg Universitetshospital. Akutmodtagelsen har haft øget fokus på at opspore patienter med lavenergibrud, og i kommunerne tilbydes f.eks. alle ældre over 75 år faldforebyggende besøg. Ifølge overlæge, professor dr.med., i endokrinologi ved Aalborg Universitetshospital, Peter Vestergaard, har den systematiske indsats forebygget 100 hoftebrud om året.

Kilde: Danmarks Radio, P1 Morgen, 27. april 2017

jeg f.eks. som rask. Og så gælder det om at formidle risikoen for brud uden at sygeliggøre hende,” siger Mette Juel Rothmann.

### Risiko kontra livskvalitet

Når først diagnosen er kommet lidt på afstand, efterlyser patienterne netop ofte bud på, hvordan de bedst muligt kan leve med osteoporose og passe på sig selv.

”Mange efterlyser redskaber til, hvor langt de kan gå i forhold til f.eks. fysisk aktivitet, når nu de ikke kan mærke sygdommen. Her er der tendens til at gå mere og mere bort fra restriktioner, de har jo en vældig negativ klang, f.eks. at man højst må løfte 5 kg, hvis man har et sammenfald. Har vi evidens for dette, eller er det det bedst mulige skøn? Omvendt må vi heller ikke fralægge os vores sundhedsfaglige ansvar i at vejlede patienterne bedst muligt,” siger Mette Juel Rothmann og uddyber:

”Det er f.eks. u hensigtsmæssigt at løfte tunge ting, hvis man allerede har haft et sammenfald, men selv det kan være svært at tale om, hvis man sidder med en patient, som er vant til at løfte tungt. Igen er det en vurdering fra patient til patient. Vi skal turde tage dialogen med folk, og det er vi blevet bedre til.”

*I bund og grund handler det vel om, at patienter med osteoporose skal være gode mod deres ryg og krop og passe på den, som alle vi andre også skal? Og så er vi tilbage ved, at det i sidste ende er patienterne, der skal beslutte, hvordan de vil leve deres liv? Der er ingen garantier, og patienterne skal også leve og have en god livskvalitet?*

”Lige præcis, vi skal turde tage dialogen om, hvad der betyder noget for patienten kontra risikoen for f.eks. et sammenfald. Og så må vi tale om, hvordan folk bedst muligt kan passe på sig selv, f.eks. bruge specialvest med airbag, hvis de vælger stadig at ride,” siger Mette Juel Rothmann. ●



# Forebyggende medicin møder ofte skepsis

Flertallet af patienter med diagnosticeret osteoporose tilbydes medicinsk behandling, som kan bremse sygdommen. Men mange patienter tyer dog også til alternative behandlingsformer. Den endelige beslutning ligger hos patienten.

Mange patienter med osteoporose kan komme langt i forhold til at bremse knoglesygdommen ved hjælp af knoglevenlig livsstil (se artiklen "Knoglevenlig livsstil hele livet" side 26, red.) Men mange tilbydes medicinsk behandling for at nedsætte risiko for sammenfald og brud. Det tilbud kan nogle dog have svært ved at forholde sig til.

*Jeg oplever ofte, at folk er mere nervøse for bivirkninger i relation til osteoporosemedicin end den medicin, de måske tager for forhøjet kolesterol eller blodtryk. Som behandlere vil vi jo gerne, at de patienter, som vi vurderer vil have gavn af medicin, også tager den. Hvordan formidler vi bedst dette, når patienterne står mellem frygten for bivirkninger og en sygdom, de ikke kan mærke?*

"Der ligger først og fremmest en vigtig lægefaglig opgave i at vurdere, hvornår behandlingen skal sættes i gang samt at finde den rette medicin både i forhold til ønsket effekt og patientens præferencer. Efterfølgende har også sygeplejersker en vigtig rolle i den løbende dialog om, hvad medicinen gør godt for – hvor stor gevinsten er for den enkelte patient i forhold til behandlingen og evt. bivirkninger. Der er tale om risikokommunikation, hvilket kan være vanvittigt svært også for fagfolk. Vi skal naturligvis oplyse om både virkning og mulige bivirkninger, men passe på, vi ikke overdriver dem," advarer Mette Juel Rothmann.

*Flere patienter er i dag meget optagede af de mere alternative behandlingsformer, f.eks. rødkløverekstrakt. Hvordan tænker du vores rolle her, hvor vi jo ud fra god etisk praksis skal informere patienterne, så de er i stand til at træffe et valg?*

"Det kan undre én nogle gange, at folk gerne vil prøve alternative behandlinger, hvor vi ofte slet ikke ved, hvad virkning, bivirkninger og langtidseffekter er. Men her må vi igen sikre den gode dialog og oplyse om, at kosttilskud f.eks. ikke er underlagt samme krav om dokumenteret effekt m.m. Vi skal gøre vores til, at patienterne får tilstrækkelig viden, så de kan tage de valg, de synes, er de rigtige. I sidste ende er det jo op til patienterne selv at beslutte, hvilken behandling de ønsker – medicin eller ej," siger Mette Juel Rothmann.

## To typer medicin

Når først en patient med osteoporose oplever frakturer, især sammenfald i ryg, bliver den medicinske behandling meget vigtig. Overordnet findes der to typer behandlinger: knogleopbyggende og knoglebevarende medicin. Den knogleopbyggende medicin kan gives til patienter med svære sammenfald, hvis de har en T-score på  $\leq -3$  og et sammenfald eller to sammenfald eller flere.

"Det er en anabol behandling, som bygger knoglen lidt op igen og gør den stærkere. Men det er også

en meget dyr behandling, og patienterne skal derfor opfylde nogle helt bestemte kriterier fastsat af Lægemiddelstyrelsen,” siger Mette Juel Rothmann.

Den knogleopbyggende medicin kan øge knoglemængden i ryggen med op til 10 pct. Efter endt behandling er det vigtigt, at patienterne fortsætter med knoglebevarende behandling for at holde på det knoglevæv, de har opbygget. Den knoglebevarende behandling gives typisk i tabletform, men kan også gives som injektion eller infusion afhængigt af, hvad der passer den enkelte patient bedst. Får patienten allerede en del medicin, kan en årlig infusion være at foretrække, ligesom nogle ikke tåler tabletbehandlingen.

”Her er det vigtigt, at patienterne ved, hvor de kan gå hen med deres bekymringer og mulige bivirkninger. Knoglebevarende medicin gives typisk i omgange af fem-syv år, og mange af patienterne er udelukkende tilknyttet almen praksis. Praktiserende læger og konsultationssygeplejersker har derfor en stor opgave i at følge op på knoglevenlig livsstil, bivirkninger, rådgivning om fysioterapi, ergonomi og henvisning til tilbud som patientskoler,” siger Mette Juel Rothmann.

### **Følg anbefalingerne**

Den mest udbredte knoglebevarende behandling af osteoporose er tabletbehandling med bisfosfonater. Bisfosfonater bliver dog optaget meget dårligt fra maven, og det er derfor altafgørende, at tabletterne bliver taget fastende sammen med et stort glas postevand, dvs. om morgenen mindst 30 min. før andre føde- og drikkevarer eller medicin. Tabletten skal tages siddende/stående for at sikre, at tabletten kommer helt ned i mavesækken, og man må ikke lægge sig ned den efterfølgende halve time pga. risiko for irritation af spiserøret. De fleste tåler behandlingen uden gener, men der kan forekomme bivirkninger i form af bl.a. mavesmerter, kvalme, halsbrand, forstoppelse eller diarré.

”Hvis man ikke følger anbefalingerne, har tabletterne i værste fald ingen effekt eller kan give unødigt irritation i spiserøret. Desværre er min fornemmelse, at ikke alle sundhedsprofessionelle kender disse anbefalinger, og det er derfor vigtigt, at vi får formidlet dem,” siger Mette Juel Rothmann.

### **Mange stopper behandlingen**

Desværre giver medicinsk behandling ikke 100 pct. garanti for, at man ikke kan pådrage sig et knoglebrud – de fleste lægemidler fører til en omtrentlig halveret risiko for knoglebrud. En patient kan altså godt være uheldig og pådrage sig en fraktur, selvom man er i behandling.

Man skal dog være opmærksom på, at gentagne frakturer trods behandling kan være udtryk for, at behandlingen ikke virker optimalt og derfor bør revideres af en specialist.

Undersøgelser viser, at en del patienter efter kortere eller længere tid stopper med deres behandling (18). Det kan bl.a. skyldes bekymring for, om behandlingen virker, men også bivirkninger som beskrevet ovenfor eller frygten for samme, ligesom patienternes økonomiske situation også spiller ind.

*Er det tid til at gå til lægen for at få den halv-årige sprøjte i december, vælger nogle den måske fra, fordi der også skal være råd til gaver. Det er et faktum, at der ikke bliver indløst lige så mange recepter, som der udskrives. Hvad skal vi stille op med det?*

”Vi kan jo ikke tvinge folk til at tage medicin, så igen må jeg anbefale den gode oplysende dialog om fordele og ulemper,” siger Mette Juel Rothmann og henviser desuden til de mange patientskoler, som der findes for patienter med osteoporose.

”De er også gode både ud fra et behandlings- og forebyggelsesperspektiv. Men der er desværre ikke ens tilbud landet over. Osteoporoseskolerne findes på nogle hospitaler og i nogle kommuner, men desværre langt fra alle steder.” ●



# Når osteoporose gør ondt

Et sammenfald kan være forbundet med voldsomme smerter, som kan vare i flere måneder. Patienterne kan være svære at nå i ambulans regi, da smerterne i en periode overskygger alt andet. Vigtigt budskab er, at smerterne vil aftage. Sygeplejersker kan i høj grad vejlede i forhold til smertehåndtering og optimal indretning af hverdagen.

Selvom nogle sammenfald slet ikke gør ondt, er mange meget smertefulde. Den akutte smerte kan være meget voldsom i begyndelsen og kræver derfor ofte medicinsk smertelindring. I den mest smertefulde periode kan patienterne have svært ved at overskue særlig meget, og der ligger derfor en stor sundhedsfaglig opgave i at rådgive og vejlede dem om f.eks. smertebehandling og mobilisering.

## Ikke medicinsk smertebehandling

Patienter med smertefulde rygsammenfald kan selv gøre meget for at mindske smerterne, og sygeplejersker i bl.a. ambulatorier, almen praksis og hjemmesygeplejen er oplagte til at tage samtalen om hvordan med patienterne. Følgende punkter er til inspiration og vejledning:

- Er der mistanke om et nyt sammenfald, eller er smerterne af mere kronisk karakter?
- Er der kontakt til egen læge med henblik på smertestillende behandling?
- Har patienten viden om, hvorfor det gør ondt?
- Hvordan er dagligdagen bygget op? Er aktiviteter f.eks. fordelt over døgnet? Hænger det sammen med den smertestillende behandling?
- Er der afveksling mellem små hyppige hvil af ca. 20 min.s varighed og aktiviteter som huslige gøremål eller en lille gåtur?
- Har patienten erfaring med f.eks. varmtvandsbassin, musik og fysioterapi som smertelindring?
- Har patienten behov for hjælpemidler?
- Hvad giver patienten glæde og livskvalitet? Hvordan kan sygeplejersker hjælpe patienten med at holde fast i nogle af disse oplevelser?

Kilde: Klinisk vejleder og specialeansvarlig sygeplejerske i kalksygdomme, Lone Thorsted

”Patienterne står med nogle helt specifikke problematikker i den akutte fase, f.eks. tror mange, at smerterne aldrig vil gå væk, og de er måske også bange for at blive afhængige af den smertestillende medicin,” siger Mette Juel Rothmann.

For mange patienter vil en diagnose dog være første skridt mod bedring.

”Patienter med smertefulde rygsammenfald beskriver det tit som at have en syl siddende i ryggen. Før diagnosen lurer frygten ofte for, at der er noget alvorligt galt – kan det være en diskusprolaps eller cancer? For at kunne håndtere smerterne må patienten først og fremmest vide, hvad der er galt, og hvorfor har man ondt,” siger Mette Juel Rothmann.

Udover en forklaring på, hvorfor det gør så ondt, er det vigtigt at fortælle patienterne, at smerterne oftest svinder efter otte til tolv uger. Derudover er smertebehandling og mobilisering vigtigt.

”Mange er som sagt kede af at skulle tage stærk smertelindrende medicin. Er man ikke vant til det, kan man godt blive lidt utilpas og svimmel, så risikoen for fald er også større. Men tag dialogen med patienterne, her er meget vejledning og pædagogisk arbejde for bl.a. sygeplejersker,” siger Mette Juel Rothmann og tilføjer:

”Det er også vigtigt at huske den non-farmakologiske smertebehandling som varme, visualisering og musik. Tal fald og

faldforebyggelse, og husk at fortælle, at det bliver bedre igen, og at det er vigtigt at bevæge sig det, man kan.”

### Smertehåndtering i hverdagen

Patienter med smertefulde sammenfald har brug for vejledning og information, men har ofte ikke overskud til at opsøge det. Hvordan sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle bedst kan opfylde disse behov, er Mette Juel Rothmann ved at undersøge i et aktuelt forskningsprojekt, som forhåbentlig resulterer i udviklingen af en app. Her skal patienterne kunne søge mere viden om smerterne, f.eks. vha. vidnesbyrd fra andre patienter, og de skal også kunne søge viden om, hvordan de kan hjælpes med både medicinsk og ikke medicinsk smertelindring (se også boksen ”Ikke medicinsk smertelindring”, red.).

”Som sygeplejersker kunne vi gøre en endnu større forskel i forhold til smertelindring, hvis vi blev bedre til at samarbejde på tværs f.eks. mellem ambulatorier og almen praksis, men også med f.eks. fysioterapeuter. Vi kan komme langt, hvis vi bliver bedre til at oplyse og drage omsorg for denne patientgruppe ved at være til stede og vejlede dem i at håndtere smerterne i dagligdagen, når de har behov for det,” siger Mette Juel Rothmann. Hun tilføjer, at mange patienter desværre ikke oplever, at den støtte er til stede:

”De falder mellem mange stole og orker ikke at være så opsøgende. Pludselig kan de ikke gøre de ting, som de har kunnet før, så måske skal dagligdagen brydes op og planlægges anderledes i en periode – f.eks. kan nogle med fordel skrælle kartofler om formiddagen, da det viser sig, de er for trætte i ryggen om eftermiddagen.”

I den forbindelse er det f.eks. vigtigt, at patienterne får en ordentlig forklaring på, hvorfor det giver mening at hvile sig 5-10 minutter på sofaen en gang imellem – at et hvil for nogle kan gøre en stor forskel, da rygmuskulaturen får lov til at slappe fuldstændigt af. Mange patienter efterlyser også vejledning i, hvordan de bedst håndterer bivirkninger ved den smertestillende medicin som forstoppelse, svimmelhed, kvalme og madlede, hvilket i nogle tilfælde fører til, at patienterne helt holder op med at tage medicinen og dermed får unødigt ondt og bliver mere immobile og hæmmede i dagligdagen.

”Som sygeplejersker er vi jo bl.a. uddannet i at hjælpe patienter med at håndtere smerter – uanset hvor vi arbejder henne, har vi viden, vi kan bidrage med i et tværfagligt team. Det er vigtigt, at vi hjælper disse patienter. Forskning viser, at de desværre taber livskvalitet på alle parametre, og jo længere tid der går, før de kommer i gang igen, jo sværere bliver det at komme tilbage og genvinde styrke og livsglæde,” siger Mette Juel Rothmann. ●



# Falder mellem mange stole

Trods sin udbredelse og status som folkesygdom findes der endnu ikke en national strategi for forebyggelse, pleje og behandling af osteoporose. Som resultat havner patienterne ofte mellem mange stole, og der er store regionale og kommunale forskelle i både forebyggelses- og behandlingstilbud.



Hvis der kommer en midaldrende patient med en lavenergifraktur i en af landets akutmodtagelser, er det som tidligere beskrevet ikke en selvfølge, at patienten sendes videre til udredning for osteoporose. Og heller ikke en hoftefraktur på en af landets ortopædkirurgiske afdelinger fører automatisk til udredning for knoglesygdommen. ”Desværre,” siger Mette Juel Rothmann:

”Der er meget stor forskel på, hvordan man samarbejder på tværs af afdelinger rundt omkring i landet. Vi er så siloopdelte, at det er svært at få ting til at gå på tværs. Jeg er f.eks. i dialog med mine kolleger på ortopædkirurgisk afdeling, her er det primære fokus, at knoglen skal hele. Det skal og gør den også hos patienter med osteoporose, men at osteoporose kan være den bagvedliggende årsag, det fokuserer de ikke så meget på. Det kunne være interessant, hvis vi kunne få gang i mere systematisk erfaringsudveksling.”

*På nogle afdelinger anbefaler man ældre med hoftefrakturer at tage kalk og D-vitamin?*

”Ja, men i den forbindelse er timingen altafgørende. Mange ældre mennesker ender med at få forstoppelse, hvis de følger anbefalingen, det er måske ikke her, men først lidt senere, de skal begynde på kalk og D-vitamin. Mange hoftefrakturer skyldes fald, og bliver det noteret, henvises de ældre ofte til geriatrisk afdeling til faldudredning, hvor osteoporose også indgår i undersøgelsen, så

det er et skridt i den rigtige retning, men langtfra nok,” siger hun.

Og selv i de tilfælde, hvor patienten bliver opfordret til at gå til egen læge efter udskrivelse pga. konkret mistanke om osteoporose, er der mange patienter, som ikke får gjort det.

”Forløbene er så accelererede i dag, patienterne får så mange informationer med hjem og har svært ved at huske dem alle, medmindre der bliver fulgt systematisk op på det. Mange patienter står meget alene med det hele efter udskrivelse. De har måske ikke hjemmesygepleje og ved heller ikke, hvem de skal henvende sig til ud over egen læge for at få udskrevet smertestillende – og hva’ så?” spørger Mette Juel Rothmann.

Der er også stor forskel på kommunernes håndtering af fald og faldforebyggelse, som også er et vigtigt indsatsområde i forhold til osteoporosepatienter.

”Mit indtryk er, at fald og faldforebyggelse drukner lidt i primær sektor. Men osteoporosepatienter findes mange steder, og vi har hver især blik for forskellige ting som fagpersoner. Og jeg synes, at vi alle har en pligt til at tænke på det lange forløb, og hvordan vi sammen kan forbedre patientforløbene. Vi mangler formelle samarbejder, der forpligter – ikke kun i forhold til osteoporosepatienter, men også mange andre patientgrupper,” siger Mette Juel Rothmann. ●





### Referencer

- 1.** Rothmann MJ, Müller S, Friis-Holmberg T, Høiberg M, Gram J, Hermann AP, Bech M, Barkmann R, Gluer C, Brixen K, Hass Rubin K. To decline screening for osteoporosis (ROSE Risk-stratified Osteoporosis Strategy Evaluation): A study on non-participation in screening. – Submitter til Osteoporosis International Marts 2017. **2.** Rothmann M, Ammentorp J, Beck M, Barkmann R, Glüer C, Hermann AP. Self-perceived fracture risk: Factors underlying women's perception of risk for osteoporotic fractures: The Risk-stratified Osteoporosis Strategy Evaluation study (ROSE). *Osteoporosis International* 2015, Volume 26, Issue 2, pp 689-97. **3.** Rothmann M, Huniche L, Ammentorp J, Bech M, Barkmann R, Glüer C, Hermann AP. Women's Perspectives on Screening for Osteoporosis (ROSE Risk-stratified Osteoporosis Strategy Evaluation), *Arch Osteoporos*, 2014, vol. 9(1):192. **4.** Rothmann M. Women's perspectives on screening for osteoporosis. A study based on methodologies from across the sciences. Ph.d.-afhandling. Syddansk Universitet Odense, 2014. **5.** Lykke E (red.) *Sygepleje*. Munksgaard. 2016. **6.** Fakta om knogleskørhed. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/kampagner/knas-med-knoglerne/fakta> Onlineversion 24. april 2017. **7.** Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, Kyer C, Cooper C; IOF Fracture Working Group. Capture the Fracture: A Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporosis International*, 2013. Aug;24(8):2135-52. doi: 10.1007/s00198-013-2348-z. Epub 2013 Apr 16. **8.** Hansen L, Mathiesen AS, Vestergaard P, Ehlers LH og Petersen KD. A health economic analysis of osteoporotic fractures; who carries the burden? *Archives of Osteoporosis*; 2013; 8(1-2):126. **9.** Dansk Knoglemedicinsk Selskab. Osteoporose. Definition og afgrænsning. [http://wp.dkms.dk/wp-content/uploads/2013/06/Baggrund\\_1-Osteoporose\\_definition.pdf](http://wp.dkms.dk/wp-content/uploads/2013/06/Baggrund_1-Osteoporose_definition.pdf) Onlineversion 24. april 2017. **10.** Dansk Knoglemedicinsk Selskab. Typer af osteoporose. <http://wp.dkms.dk> 24. april 2017. **11.** Pocock NA, Eisman JA, Hopper JL, Yeates MG, Sambrook PN, Eberl S. Genetic determinants of bone mass in adults. A twin study. *J Clin Invest* 1987; 80(3):706-10. **12.** Dansk Knoglemedicinsk Selskab. Osteoporose. Epidemiologi. <http://wp.dkms.dk> 24. April 2017. **13.** Kanis JA, Borgström F, Compston J, Dreinhöfer K, Nolte E, Jonsson L, Lems WF, McCloskey EV, Rizzoli R og Stenmark J. SCOPE: A scorecard for osteoporosis in Europe. *Arch Osteoporos*, 2013, vol. 8:144 **14.** Hernlund E, Svedbom A, Ivergård M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, McCloskey EV, Jonsson B, Kanis JA. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). *Archives of Osteoporosis* 2013; 8:136. **15.** Osteoporose. Forebyggelse, diagnostik og behandling. Sundhedsstyrelsen. 2001. **16.** Reventlow S. Risikopfattelse og osteoporose hos kvinder i alderen 60-70 år. En kvalitativ undersøgelse af risikooplevelse, kulturelle forestillinger, kropslige opfattelser og kropspraksis. Doktordisputats. Københavns Universitet. 2008. **17.** [www.shef.ac.uk/FRAX](http://www.shef.ac.uk/FRAX) > "Calculation Tool" > Denmark **18.** Hansen C, Pedersen BD, Konradsen H og Abrahamsen B. Anti-osteoporotic therapy in Denmark – predictors and demographics of poor refill compliance and poor persistence. *Osteoporosis International* 2013 Jul;24(7):2079-97.



# The Journal Club

*Fag&Forsknings Journal Club er Sygeplejerskens genvej til den nyeste, internationale sygeplejeforskning. Lige som i de journal clubs, der findes på mange arbejdspladser, præsenterer vi udvalgte artikler fra verdens førende, videnskabelige tidsskrifter. Det sker med klar kildeangivelse, så du nemt kan læse videre på egen hånd eller dele artiklen med dine kolleger.*

## DENNE GANG KAN DU LÆSE OM

**Obstipation:** To ud af tre patienter opereret for hoftebrud var obstiperede i en periode efter operationen, og en stor del af gruppen var fortsat obstiperede 30 dage efter operationen.

**Forskning:** Aktive undervisningsstrategier som f.eks. rollespil og diskussioner understøttet af solid adfærdsmæssig teori eller uddannelsesteori kan øge sygeplejerskers forståelse for og anvendelse af videnskabelig forskning.

**Ulighed i sundhed:** Personer fra den højere middelklasse søgte sundhedssystemet og havde et forbrug af sundhedsydelser, der havde rod i opfordringer fra sundhedssystemet. Personer fra den lavere arbejderklasse søgte derimod sjældent hjælp i sundhedssystemet.

## VIL DIN JOURNAL CLUB BIDRAGE?

Artiklerne i Fag&Forsknings Journal Club bliver udvalgt i samarbejde med lokale journal clubs på arbejdspladser over hele landet. Din journal club er også velkommen til at foreslå artikler, vi kan omtale. Send en mail til fagredaktør Jette Bagh på [redaktionen@dsrc.dk](mailto:redaktionen@dsrc.dk).

# Patienter med hoftebrud i risiko for obstipation efter operation

*Obstipation. Flere end to ud af tre patienter med hoftebrud var obstiperet i den første periode efter operation, og størstedelen af denne gruppe var stadig obstiperet efter 30 dage.*



Trads M, Pedersen PU. **Constipation and defecation pattern the first 30 days after hip fracture.** Int J Nurs Pract. 2015 Oct.21(5):598-604.

**Introduktion:** Obstipation er ofte et overset aspekt i sygeplejen. Risikoen for postoperative komplikationer øges ved obstipation, og obstipation kan ligeledes forlænge indlæggelsen. Obstipation forårsager ubehag for patienterne, ligesom tilstanden nedsætter deres livskvalitet. Generelt er sygeplejerskers viden ikke op to date, når det gælder forebyggelse og behandling af obstipation. Formålet med undersøgelsen var at beskrive varigheden og ændringen i patienters normale defæktionsmønster og incidensen af obstipation under indlæggelsen og frem til 30 dage efter operation for hoftebrud.

**Metode:** Et prospektivt deskriptivt design. Der blev inkluderet 106 patienter med hoftebrud fra et dansk regionalt hospital. Ved indlæggelsen, udskrivelsen og 30 dage efter operation blev følgende data indsamlet: Patienternes normale og aktuelle defæktionsmønster, defæktionskonsistensen, og om de havde oplevet problemer med defæktionen. Bristol Stool Scale samt en skala udviklet af Rasmussen blev anvendt i studiet.

**Resultater:** Ved patienter med hoftebrud viste det sig, at 69 pct. rapporterede, at de var obstiperet den første periode efter operationen. Efter 30 dage var der stadig 62 pct., som var obstiperet. Det normale defæktionsmønster var reetableret efter ca. 10 dage, dog havde 23 pct. af patienterne ikke normalt defæktionsmønster indenfor de første 30 dage efter operation.

**Diskussion:** Dette studie blev angivet til at være det første studie, der viste defæktionsmønster hos patienter med hoftebrud de første 30 dage efter operati-

on. Det var en styrke for studiet, at det var den samme sygeplejespecialist, der indsamlede data. Derimod var det en svaghed ved studiet, at patienterne skulle huske 30 dage tilbage i forbindelse med dataindsamling. **Konsekvenser for praksis:** Den danske undersøgelse henleder opmærksomheden på, at sygeplejersker udvikler relevante initiativer med henblik på at reducere antallet af patienter med postoperativ obstipation. ●



**Sygeplejersker bør udvikle relevante initiativer med henblik på at reducere antallet af patienter med postoperativ obstipation.**

*Kirsten Specht, postdoc, ph.d., MPH, klinisk sygeplejespecialist, Ortopædkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge.*



# Lær at læse og forstå videnskabelig forskning

*Forskning. Det kan være vanskeligt at læse forskningslitteratur på engelsk, men aktive undervisningsstrategier kan hjælpe på forståelsen og dermed anvendelsen i praksis.*



Hines S, Ramsbotham J, Coyer F. **Interventions for improving the research literacy of nurses: a systematic review.** JBI Database System Rev Implement Rep. 2016 Feb;14(2):256-94. doi: 10.11124/jbisrir-2016-2378.

**Introduktion:** Formålet med dette systematiske review var at undersøge effekten af forskellige interventioner, der kan øge sygeplejerskers færdigheder i forhold til at læse og forstå videnskabelig forskning.

**Metode:** Det systematiske review har fulgt en systematisk tretrins søgeproces for at identificere relevant litteratur, herunder både RCT-studier, kvasi-eksperimentelle studier, før- og efterstudier osv. Følgende PICO er anvendt for at strukturere søgningen samt angive in- og eksklusionskriterier: Population: Sygeplejersker. Interventioner: Uddannelsesprogrammer og andre interventioner og tiltag, der har fokus på at øge sygeplejerskers forståelse og brug af videnskabelig forskning. Comparator: Ingen uddannelsesprogrammer eller interventioner. Outcome: Sygeplejerskers brug af videnskabelige forskningsresultater i klinisk praksis, sygeplejerskers evne til at kritisk vurdere forskningslitteratur, sygeplejerskers forståelse af videnskabelige forskningsresultater målt på både subjektive og objektive skalaer.

Den inkluderede litteratur er kritisk vurderet samt ekstraheret uafhængigt af to personer ved et standardiseret vurderingsinstrument udviklet af The Joanna Briggs Institute kaldet Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (JBI-MASARI). Der er ikke foretaget metaanalyser, da de inkluderede studier var for heterogene, og pooling af data dermed ikke var muligt.

**Resultater:** I alt syv studier blev identificeret og afrapporteret narrativt i det systematiske review. Studierne peger på, at online- eller face to face-interventioner, hvor der anvendes aktive undervis-

## Selve formålet og fokus i det systematiske review er vel nok det mest spændende ved dette arbejde.

ningsstrategier såsom rollespil og diskussioner, som er underbygget af en solid adfærdsmæssig teori eller uddannelsesteori, kan øge sygeplejerskers forståelse for og anvendelse af videnskabelig forskning.

**Diskussion:** Selve formålet og fokus i det systematiske review er vel nok det mest spændende ved dette arbejde. Nemlig fokus på sygeplejerskers forståelse for og brug af videnskabelig forskning i klinisk praksis. Det er ikke nyt, at mange sygeplejersker giver udtryk for, at de har meget svært ved at forstå og anvende forskningsresultater. I Danmark kan vi endvidere supplere med en sproglig barriere i form af, at hovedparten af forskningslitteraturen publiceres på engelsk, som det for mange er svært at læse.

**Konsekvenser for praksis:** Resultaterne i reviewet er som sådan ikke overraskende, men dette review kan være med til at sætte fornyet fokus på hele problematikken omkring og vigtigheden af knowledge transfer, og hvordan vi bedst muligt kan håndtere dette, så forskningsresultater når ud til alle. Et spændende review med en spændende vinkel! ●

*Sasja Jul Håkonsen, sygeplejerske, cand.cur., ph.d.-studerende, videnskabelig medarbejder Center for Kliniske Retningslinjer - Clearinghouse. Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet.*

# Forskellige sociale klasser bruger sundhedsvæsenet forskelligt

*Ulighed i sundhed. Brug af sundhedsydelser er forankret i hverdagslivet og bl.a. afhængig af klassetilhørsforhold, viser feltarbejde i to forstæder.*



Merrild CH, Risør MB, Vedsted P, Andersen RS. Class, **Social Suffering, and Health Consumerism**. Med Anthropol. 2016 Nov-Dec;35(6):517-28.

**Introduktion:** På trods af det danske velfærdssystem er man i Danmark vidne til en øget social ulighed, og en undersøgelse har betegnet det som et usynligt klassesamfund. Mange studier har vist, at personer fra lavere sociale klasser oftere får kræft, og at der er større risiko for, at de også dør af sygdommen. Undersøgelser har peget på, at personer fra lavere sociale klasser udskyder at søge læge, når der opstår symptomer på kræft. Formålet med studiet var at undersøge, hvilken betydning den sociale klasse har, når det gælder opsøgning af ydelser i sundhedsvæsenet og bekymringer for sygdom.

**Metode:** 12 måneders feltarbejde blandt to forskellige sociale klasser i to forskellige forstæder i Danmark. Der blev udvalgt seks nøgleinformanter fra hver forstad.

**Resultater:** Studiet fandt, at personer fra den højere middelklasse søgte sundhedssystemet og havde et forbrug af sundhedsydelser, der havde rod i opfordringer fra sundhedssystemet. Derimod kunne sundhedssystemet have svært ved at rumme den lave arbejderklasse, som sjældent søgte hjælp i sundhedsvæsenet. Dette havde sammenhæng med de udfordringer, denne gruppe havde af både fysisk og social karakter, men også når det gjaldt at indordne sig under de politiske beslutninger i forhold til, hvordan sundhedssystemet fungerede.

**Diskussion:** Økonomisk forskel er blot et aspekt af social ulighed, men sundhedstilstand, kropsbevidst-

hed, livsformer og livsstil manifesterer på samme måde social ulighed. Faktorerne viser kontrasterne i hverdagslivet, og hvordan de sociale klasser adskiller sig.



**Økonomisk forskel er blot et aspekt af social ulighed, men sundhedstilstand, kropsbevidsthed, livsformer og livsstil manifesterer på samme måde social ulighed.**

**Konsekvenser for praksis:** I strategien for sundhedsfremme bliver det foreslået, at empowerment og patientinddragelse er væsentlige faktorer i arbejdet med at udligne de store sociale uligheder i sundhed. Med resultaterne fra denne undersøgelse bliver det påpeget, at der er behov for at tænke innovativt i bestræbelserne på at opnå reel lighed i sundhed i Danmark. ●

*Kirsten Specht, postdoc, ph.d., MPH, klinisk sygeplejесpecialist, Ortopædkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge.*

## BORGERE RAMT AF APOPLEKSI OPLEVER AFHÆNGIGHED AF ÆGTEFÆLLENS SOCIALE STØTTE

**BAGGRUND.** Få studier belyser apopleksiramtes subjektive perspektiv på oplevelser af social støtte fra ægtefællen i hverdagslivet.

**FORMÅL.** Med henblik på at tilrettelægge rehabiliteringsindsatsen bedst muligt er formålet at undersøge, hvilken betydning den aktuelle udvikling, hvor rehabiliteringsopgaver inddrager pårørende, har for de apopleksiramte.

**METODE.** Generering af data gennem semistrukturerede interview med udgangspunkt i en fænomenologisk hermeneutisk forståelsesramme med en kvalitativ tilgang i form af en Ricoeur-inspireret analysemodel.

# Afhængig af ægtefællens sociale støtte



### Apopleksi.

Der er risiko for asymmetri i ægteskabet, når rollefordelingen ændrer sig på grund af den ene ægtefælles afhængighed af den anden.



**RESULTATER.** Gennem strukturanalysen blev der fundet ét centralt tværgående hovedtema: De apopleksiramte oplevede at være afhængige af social støtte fra ægtefællen. Den oplevede afhængighed viser sig i fem temaer: 1) Naturligt, at ægtefæller overtager, 2) Ændret rollefordeling, 3) At være sårbar og afhængig, 4) At føle sig som en byrde og 5) Identitet og ny selvforståelse. Temaerne afspejler, at den sociale støtte fra ægtefællen afføder ambivalente følelser hos den apopleksiramte; der forekommer en følelse af dobbelthed ved at modtage ægtefællens sociale støtte.

**KONKLUSIONER.** Det er vigtigt, at der ydes en familieorienteret rehabilitering, hvor såvel den apopleksiramtes som ægtefællens behov og ressourcer bliver medtænkt, da anden forskning samtidig peger på, at ægtefæller til apopleksiramte har en øget tendens til depression og andre psykosociale gener, samt at netop ægtefæller er vigtige for en vellykket rehabilitering.

# I

## Introduktion

Ægtefællers betydningsfulde rolle under apopleksiramtes rehabiliteringsforløb er beskrevet i videnskabelige undersøgelser (1-3), sundhedsvæsenets anbefalinger (4-6) samt i de sundhedsprofessionelles

erfaringer (7). Ægtefællerne anses som værende betydningsfulde, da de yder social støtte ved at bidrage med emotionel og praktisk hjælp til den apopleksiramte gennem rehabiliteringsprocessen (2,3). Den positive betydning, rollen tillægges af fagprofessionelle, efterlader imidlertid spørgsmål til de apopleksiramtes perspektiver på, at ægtefællen aktivt inkluderes som aktør i rehabiliteringsforløbet.

Feltet synes overraskende sparsomt belyst, da kun et fåtal af kvalitative studier belyser apopleksiramtes subjektive perspektiv på oplevelser af social støtte fra ægtefællen i hverdagslivet (8,9). Dette synes særligt bemærkelsesværdigt, da arbejdet med rehabilitering i et bio-psyko-socialt perspektiv som anbefalet af Verdenssundhedsorganisationen WHO og den danske Sundhedsstyrelse kræver aktiv brugerinddragelse og medindflydelse (6,10).

I dette lys stiler fagprofessionelle mod, at den apopleksiramte indtager en rolle som samarbejdspartner i rehabiliteringsprocessen, hvor den enkelte aktør aktivt bidrager med viden om eget hverdagsliv, værdier, ønsker og muligheder. Dermed opnår fagprofessionelle mulighed for at målrette rehabiliteringsindsatsen til at understøtte patientens vanlige hverdagsliv. Tilsvarende vil patientens bidrag under planlægningsmøder, hvor der bl.a. formuleres mål for rehabiliteringen, skabe betingelser for at udforme individuelle og for patienten meningsfulde forløb (6). De apopleksiramtes forståelse og subjektivt

erfarede behov for støtte i hverdagslivet danner således grundlag for en succesfuld rehabilitering (4,11).

### Fokus på patientperspektivet

Succesfuld rehabilitering kan ses i lyset af samfundsøkonomiske, fagprofessionelle eller patientperspektiver (6). I denne artikel fokuseres på sidstnævnte, hvor et succesfuldt rehabiliteringsforløb fra patientens perspektiv særligt knytter an til hverdagslivet og den apopleksiramtes oplevelse af værdighed og meningsfuldhed, hvormed roller i familie og netværk bliver centrale omdrejningspunkter i vurderingen (12,13). Succesfuld rehabilitering bliver i dette lys særligt udfordret, når en apopleksi medfører kognitive svigt, og den meget væsentlige formidlingsrolle i forhold til at tilrettelægge et individuelt forløb derfor kan forskydes til den pårørende, der samtidig overtager stedfortrædende autonomi fra patienten med henblik på at optimere udbyttet af rehabiliteringsindsatsen (1,4,14,15).

### Oplevelsen af ægtefællens støtte belyses

I de senere år er der i Danmark såvel som internationalt indsamlet betydelige erfaringer med accelerere-

## FORFATTERE



### TRINE ROSE KOEFOED

Uddannet sygeplejerske 2011, cand. cur. 2014. Har erfaringer fra neurologisk afdeling og siden 2015 ansat på afsnit for Hjerne- og Nervesygdomme, Kolding Sygehus.

trine-rose@hotmail.com



### LENA AADAL

Uddannet sygeplejerske 1987, SD 1997, sidefag i medicinsk antropologi i 1997, cand.cur. 2002, ph.d. 2010. Siden 2003 ansat på Regionshospitalet Hammel Neurocenter, siden 2011 som forskningsansvarlig sygeplejerske.



de forløb, hvor dele af rehabiliteringen og behandling forskydes fra hospitalerne til apopleksiramtes eget hjem (16). Dermed efterlades ægtefællerne med det primære ansvar tidligere i rehabiliteringsforløbet end hidtil (16). Undersøgelser påpeger, at udskrivelse ofte er forbundet med stor utryghed for både apopleksiramte og ægtefæller. Det er især en stor belastning for ægtefællen, når de apopleksiramte udskrives til eget hjem (6,11,17). Forskning dokumenterer, at ægtefæller til apopleksiramte oplever, at de praktiske ting i hjemmet forskydes til dem fra den ene dag til den anden (11). De pårørendes situation kendetegnes endvidere af, at de overvældes af en række svære følelsesmæssige og eksistentielle dilemmaer, hvor de bl.a. har svært ved at forholde sig til de kognitive, adfærds- og emotionelle forandringer, som de apopleksiramte kan have (11,17,18).

Da 70 pct. af patienter med apopleksi udskrives fra hospitalet eller genoptræningsenheden til eget hjem hos ægtefællen, synes det derfor væsentligt at få indblik i apopleksiramtes oplevelser af social støtte fra ægtefællen, så medinddragelse sker som reflekteret del af en optimering af den samlede rehabiliteringsindsats (16).

Med henblik på at tilrettelægge rehabiliteringsindsatsen bedst muligt er det relevant at undersøge, om den aktuelle udvikling, hvor rehabiliteringsopgaver inddrager pårørende, har betydning for patientens oplevelse af autonomi og selvbillede. Derfor er formålet at belyse apopleksiramtes oplevelse af social støtte fra ægtefællen, samt hvilken betydning den sociale støtte tillægges i hverdagslivet. Social støtte ydet af en pårørende skal i denne sammenhæng forstås ud fra Houses definition af begrebet, som indbefatter følgende fire elementer: Emotionel støtte, instrumentel støtte, informationsstøtte og vurderende støtte (19,20).

## M

### Metoder

Da belysning af patientens oplevelser i egen livsverden fremstår centralt, tages der udgangspunkt i en fænomenologisk hermeneutisk forståelsesramme med en kvalitativ tilgang i form af en Ricoeur-inspireret analysemodel. Data blev genereret under semistrukturerede interview. Følgende temaer indgik i interviewguiden: 1. Personlige og sociale baggrundsplysninger, 2. Sygdomsforløbet, 3. Hverdagslivet derhjemme og 4. Forholdet til ægtefællen før apopleksien og nu.

Interviewene blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet verbatim af førsteforfatter. Interviewenes varighed var en halv til en hel time. Efter informanternes ønske blev tre af interviewene

gennemført i informanternes hjem og ét på en genoptræningsenhed. Med sigte på at opnå de apopleksiramtes egen udlægning blev det prioriteret, at ægtefællen ikke var til stede under interviewet.

### Fire inklusionskriterier

Da undersøgelser antyder særlige belastninger for samlevende og dermed et afhængighedsforhold med personer med apopleksi, er følgende inklusionskriterier valgt:

- Over 60 år
- Ramt af apopleksi efterfulgt af moderate til svære funktionsændringer
- Kan udtrykke sig verbalt
- Være gift eller samboende

Fire personer med apopleksi, se tabel 1, underskrev en samtykkeerklæring om deltagelse og blev efterfølgende interviewet.

### Helhedsforståelse af interviewet

Databearbejdning og analyse blev gennemført med udgangspunkt i en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang inspireret af Ricoeurs fortolkningsteori (21). Ricoeurs analyse og fortolkningsproces beskrives i tre niveauer: Naiv læsning, strukturanalyse og kritisk analyse (22). Under den naive læsning blev der ved hjælp af spørgsmål til de transskriberede interview skabt et overblik over samt en helhedsforståelse af tekstens indhold (22,23). Efterfølgende påbegyndtes strukturanalysen, hvor tekstens struktur afdækkes i en dialektisk proces mellem forklaring og forståelse (22,23). For at danne sig en helhedsforståelse blev teksten derfor struktureret efter meningsenheder "hvad der siges" og betydningsenheder "hvad der tales om", hvilket betegnes som et stadie mellem naiv fortolkning (overfladefortolkning) og en kritisk fortolkning (dybdefortolkning) (22). For at danne overblik over samt skabe struktur på dette analysetrin blev der udarbejdet et analyseark, se tabel 2, der havde til hensigt at fremstille meningsenheder, betydningsenheder samt identificere temaer.

**Tabel 1.** Oplysninger om deltagere i undersøgelsen

Navn	Køn	Alder	År efter apopleksi	Modtager hjemmehjælp *)
A	Kvinde	67 år	7 år	Nej
B	Mand	73 år	2 år	Nej
C	Mand	65 år	1 år	Ja
D	Mand	75 år	1 år	Ja

\*) Modtager praktisk og personlig hjælp jf. Serviceloven

Under den kritiske fortolkning blev tekstens betydninger yderligere forklaret og forstået under inddragelse af relevant teori, litteratur samt forskning med sigte på analysens validitet, da sandsynlighedslogikken i valideringsproceduren blev bekræftet af andres fund (22). En litteratursøgning, der kunne belyse strukturanalysens temaer, blev gennemført for at bevare en åben og induktiv tilgang til datamaterialet som fordret i den fænomenologiske tradition (24).

### Etiske retningslinjer fulgt

Interview er et moralsk foretagende. Derfor efterlever undersøgelsen de ”Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden” herunder anonymitet, informeret samtykke samt informanternes ret til at trække samtykke tilbage uden konsekvenser for videre forløb (25). Undersøgelsen falder uden for anmeldelsespligten til Videnskabetisk Komité. Jævnfør gældende regler for studerende (26) er undersøgelsen ikke anmeldt til datatilsynet.



Resultatafsnittet afspejler den kritiske analyse, men for at øge analyseprocessens transparens vil der under præsentationen blive inddraget eksempler på underliggende citater, der blev identificeret under strukturana-

lysen. Nedenfor præsenteres de temaer, der var gennemgående i datamaterialet.

### Afhængig af social støtte fra ægtefællen

Igennem strukturanalysen blev der fundet ét centralt og tværgående hovedtema: De apopleksiramte oplevede at være ”Afhængige af social støtte fra ægtefællen”. Det centrale og tværgående indebærer, at den afhængighed, som oplevedes, forårsager og spiller ind på andre fænomener og aspekter, der også forekom i datamaterialet. Disse fænomener og aspekter præsenteres i følgende fem temaer: 1. Naturligt, at ægtefæller overtager, 2. Ændret rollefordeling, 3. At være sårbar og afhængig, 4. At føle sig som en byrde og 5. Identitet og ny selvforståelse (se figur 1).

De udvalgte temaer var gennemgående i datamaterialet, men betragtes ikke som værende isolerede, da der samtidig er interne relationer, der forbinder dem.

Overordnet afspejlede temaerne, at den sociale støtte fra ægtefællen afføder ambivalente følelser hos den apopleksiramte, hvormed der forekom en følelse af dobbelthed ved at modtage ægtefællens sociale støtte. På den ene side blev støtten fra ægtefællen oplevet som en naturlig ting, der automatisk blev iværksat, hvorved der ikke blev stillet spørgs-

**Tabel 2.** Menings- og betydningsenheder samt temaer

Meningsenheder Hvad siges der?	Betydningsenheder Hvad tales der om?	Hovedtemaer	Undertemaer
<b>A:</b> "Det skete helt naturligt, at han hjalp, hvor jeg ikke selv kunne. Det var ikke sådan, at vi aftalte, at nu skulle han hjælpe mig med det og det. Nej, det skete helt naturligt"	Ægtefællen støtter, der hvor hun ikke selv kan.	Afhængig af social støtte fra ægtefællen.	Ændret rollefordeling.
<b>A:</b> "Jamen, det var rengøring og tøjvask ... Sådan hvad man nu ellers går og laver ... Skift af sengetøj og ... Alt, hvad jeg ellers plejede at lave."	Ægtefællen overtager de praktiske huslige ting, som den apopleksiramte klarede før.		
<b>B:</b> "Der var flere ting, der blev anderledes derhjemme efterfølgende. Jeg kunne jo ikke det, jeg kunne før, og det kæmper jeg stadig med. Derfor bliver min kone nødt til at hjælpe mig"	Ægtefællen må hjælpe med den praktiske støtte efter udskrivelsen.		
<b>B:</b> "Jeg kunne jo ikke ret meget, og det blev automatisk læsset over på min kone"	Ægtefællen overtager flere ting i hjemmet, da han ikke selv formår at gøre det mere.		
<b>C:</b> "Der er jo rigtig mange ting, som er besværlige med en hånd. F.eks. at knappe bukserne. Og spise blødkogt æg med én hånd med den æggeskal, der fiser rundt i bæggeret. Der er rigtig mange ting. Åbne jakken. Så det plejer jeg at få hjælp til"	Oplever sin situation som besværlig.  Får støtte fra ægtefællen til de ting, han ikke formår.		
<b>D:</b> "Det betyder da meget, at min kone kan hjælpe mig, for ellers kunne jeg jo ikke være herhjemme"	Oplever støtten fra ægtefællen som essentiel for at kunne blive i eget hjem.		
<b>D:</b> "Hun hjælper med forskellige ting. Altså smøre franskbrød og rugbrød. Kød skærer hun i stykker, for det kan jeg ikke med den her hånd her. Forskellige ting"	Ægtefællen er en praktisk støtte efter udskrivelsen, så han kan klare hverdagens gøremål.		

mål ved ægtefællens nye rolle som omsorgsgiver. På den anden side blev den sociale støtte fra ægtefællen oplevet som unaturlig pga. ændrede rollefordelinger, følelsen af at være en byrde og ikke mindst ændret





identitet som følge af den oplevede afhængighed af ægtefællen.

### 1. Naturligt, at ægtefællen overtager

Apopleksiramte syntes at opleve, at det var naturligt at få social støtte fra ægtefællen. De oplevede, at ægtefællerne overtog de praktiske ting i hjemmet samt hjælp med personlige gøremål, når de ikke selv havde de fornødne ressourcer.

**A:** "Det skete helt naturligt, at han hjalp, hvor jeg ikke selv kunne. Det var ikke sådan, at vi aftalte, at nu skulle han hjælpe mig med det og det. Nej det skete helt naturligt."

K.E. Løgstrup beskriver i "Den etiske fordring" (27), at mennesket lever i et elementært afhængighedsforhold af hinanden, og ud fra dette afhængighedsforhold udspringer det tavse krav om, at vi skal tage vare på hinanden. Den etiske fordring, at vi skal tage vare på den anden, er indlejret i mennesket (28). Dette giver en dybere forståelse for de apopleksiramtes oplevelse af naturligheden i, at ægtefællen overtog det, de ikke længere selv kunne. De apopleksiramte havde tillid til, at deres ægtefæller ville efterleve denne fordring, da de ikke udtrykker

bekymringer omkring den opgaveglidning, der sker i hjemmet, men derimod betragter den som naturlig.

Løgstrup beskriver tillid som noget fundamentalt: "Det hører vort menneskeliv til, at vi normalt mødes med en naturlig tillid til hinanden" (27). Datamaterialet afspejlede således, at ægtefællerne imødekam denne tillid, da de apopleksiramte værdsatte og udtrykte, at ægtefællerne havde stor betydning for, at deres hverdag kunne håndteres.

**D:** "Det betyder da meget, at min kone kan hjælpe mig, for ellers kunne jeg jo ikke være herhjemme."

Den etiske fordring indebærer desuden, at det enkelte menneske er forpligtet til at gøre det gode mod den anden og samtidig forvente, at den anden også vil gøre det gode (27). Imidlertid kan de apopleksiramte mangle de fornødne ressourcer til at tage vare på den anden, i dette tilfælde ægtefællen, pga. funktionsændringer efter apopleksien. Dette peger hen imod, at de apopleksiramte er begrænsede i muligheden for at opretholde et symmetrisk forhold til deres ægtefælle. Denne asymmetri synes bl.a. at komme til udtryk som en ændret rollefordeling i ægteskabet.

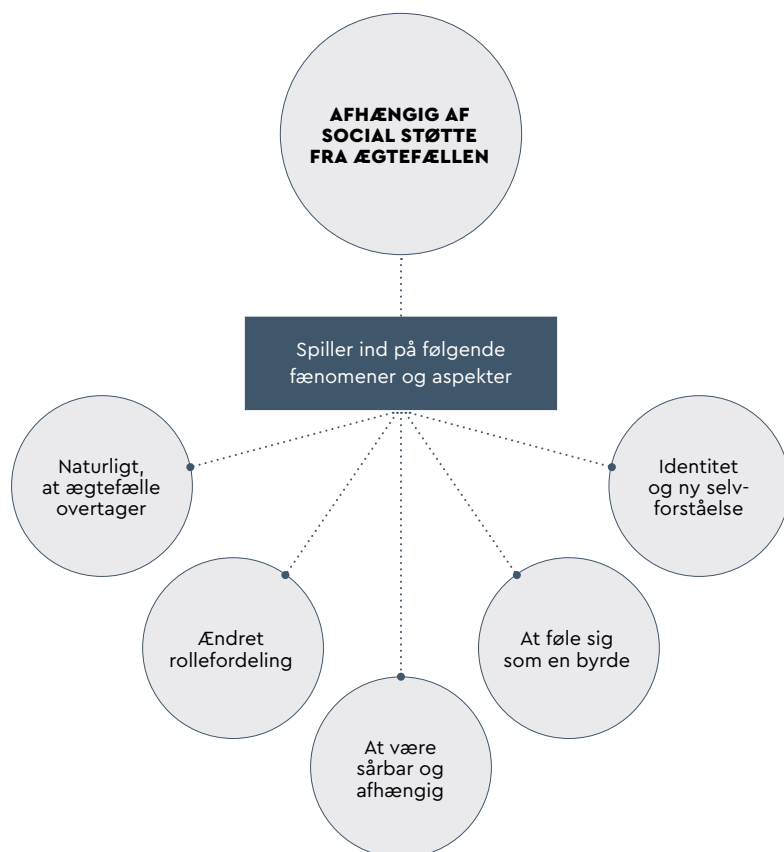
### 2. Ændret rollefordeling

De apopleksiramte oplevede, at de fik social støtte via praktisk hjælp fra ægtefællen i hverdagen. Denne hjælp bestod overvejende af to ting: Hjælp til huslige pligter samt hjælp til personlig pleje. Dette peger på, at der sker en opgaveglidning og forandring i ægteparrets arbejdsopgaver, hvor ægtefællen træder til på nye måder, hvilket også influerer på parrets indbyrdes forhold. De apopleksiramte antydede at opleve deres ægteskabelige forhold som et barn-voksen-forhold, hvor ægtefællen påtog sig forældre-rolle over for den apopleksiramte.

**C:** "Jeg oplever mig selv som værende et teenagebarn i ægteskabet. Det handler om, at hun er tryk, så hun ved, at jeg ikke kommer ud i noget. Så det er vigtigt for hende, at jeg ved, at jeg ikke må lave nogen numre, når jeg er alene, altså noget, vi ikke har aftalt, jeg må."

Derved syntes rollefordelingen ændret i ægteskabet og relationen asymmetrisk. For at få en dybere forståelse for dette undersøges dynamikken i ægteskabet, når den ene rammes af apopleksi. Til at belyse dette har Johan S. Rolland (29) i sit virke som psykiater forsket i familier, som rammes af kronisk sygdom. Han deler kroniske sygdomme op i akut debut, såsom apopleksi, og gradvist indsættende debut (29). Han påpeger i den forbindelse, at en akut debut kræver en hurtig ændring af familieforholdet, hvilket er en stor udfordring. Dette kræver, at familien er i stand til at tolerere sygdommens konsekvenser og udfald, samt at de forhenværende roller i familien er fleksible (29).

Figur 1. Overblik over temaerne i undersøgelsen



De sværeste rolleændringer sker i familien, når den syge har både kognitive og motoriske følger af sygdommen. Dette kan være tilfældet efter apopleksi, hvor sandsynligheden for kognitive og motoriske svigt er til stede (16). Ovenstående kan give en dybere forståelse for apopleksiramtes oplevelse af et barn-voksen-ansvarsforhold. Den ændrede rollefordeling syntes i disse tilfælde ikke at være foregået hensigtsmæssigt, da der ikke har været den fornødne fleksibilitet til at indtage nye roller i ægteskabet (29).

Ifølge Rolland er det afgørende, at familien er god til at benytte sig af eksterne ressourcer i netværket eller blandt sundhedsprofessionelle, for at forholdet kan blive fleksibelt og fungere hensigtsmæssigt (29). Denne undersøgelse antyder således, at de fornødne eksterne ressourcer enten ikke har været attraktive eller ikke har været tilgængelige for parrene.

### 3. At være sårbar og afhængig

De apopleksiramte oplevede, at ægtefællen bidrog med social støtte i form af emotionel støtte. Dette afspejles, hvor ægtefællen blev anset som en god samtalepartner, viste omsorg og gav tryghed.

**A:** *"Jeg kan godt selv vaske vinduerne indenfor. Der har været en periode, hvor jeg ikke kunne, men nu kan jeg igen. Så må jeg jo gøre det. Så følger min mand med mig rundt. Så hvis jeg falder, så kan han lige nå at gribe mig. Det er sådan et slags teamwork."*

Det at føle omsorg og tryghed er en af de grundlæggende ting, som mennesket skal føle, før det kan eksistere i verden (30). Henriksen og Vetlesen (30) pointerer i deres bog om omsorgens etik:

"At være menneske vil sige at være henvist til andres omsorg" (30), hvor trygheden udgør en del af denne omsorg. For at forstå dette må mennesker helt grundlæggende anses som sårbare og afhængige. Sårbarheden forudsætter, at der er knyttet bånd til andre, hvilket de apopleksiramte og ægtefællerne i nærværende undersøgelse har, da de har været gift i mange år. Uden at knytte bånd kan mennesket ikke overleve (30). Én ting er at have brug for andre og dermed være afhængig af andres omsorg, som det ses i de apopleksiramtes tilfælde. Noget andet er, om dette behov bliver imødekommet, og om personen virkelig bliver set i sin sårbarhed, da sårbarheden gør os afhængige af andre (30). På denne baggrund erfarer de apopleksiramte, at de blev set i deres sårbarhed, og at dette behov blev imødekommet via omsorg, tryghed og samtaler med ægtefællen. Endvidere at dette havde betydning for de apopleksiramtes oplevelse som mennesker (30). Dog er de apopleksiramte i en sårbar situation, da det at være afhængig indebærer en risiko for ikke at vinde genklang, ikke at blive set af den eller dem, vi er afhængige af støtte og omsorg fra, hvilket medfører, at afhængigheden gør menneskelivet skrøbeligt (30). At



## Skønt den sociale støtte havde stor og positiv betydning for den apopleksiramte, indikerede analysen også, at det for den apopleksiramte kunne opleves som en udfordring at acceptere afhængigheden af social støtte fra deres ægtefælle i hverdagen.

ægtefællen til stadighed formår at se sårbarheden, bidrager således til opretholdelsen af et værdigt liv.

### 4. At føle sig som en byrde

Et andet tema afspejler, at de apopleksiramte følte sig som en byrde for ægtefællen. Dette fund ligger i forlængelse af tidligere undersøgelser, som netop peger på, at apopleksiramte føler sig som en byrde, da de er afhængige af ægtefællen og dennes hjælp i hverdagen (31).

**C:** *"Jeg kan godt nogle gange føle mig som en byrde. Det er ud fra, at der er nogle af de ting, jeg har gjort før, som har været mine arbejdsområder, at det kan jeg ikke klare mere. Det er jo meget, hun skal klare så."*

Ved at anskue synspunktet ud fra et ideologisk perspektiv om uafhængighed søges en dybere forståelse for de apopleksiramtes oplevelse. Henriksen og Vetlesen (30) beskriver, at vi som mennesker anskuer autonomi som den øverste værdi i etikken, hvor selvhjulpethed anses som grundlæggende for det ideelle liv, dvs. at være uafhængige af andre mennesker, hvilket er en forudsætning for individets realisering af frihed (30). Når man, som strukturanalysen antyder, er afhængig af andre mennesker, så udgør man en hindring og er til last for den anden (30). I dette lys er det nærliggende, at de apopleksiramte følte sig som en byrde for ægtefællen.

Endvidere påpeger Henriksen og Vetlesen (30), at afhængighed af andres hjælp for den afhængige kan føles som uværdigt, navnlig hvis vedkommende ikke kan gengælde. Dette forhold er kendetegnende hos de apopleksiramte, der har et behov for hjælp og ikke har vanlige forudsætninger for at bidrage til relationen. Oplevelsen af uværdighed synes således afspejlet i, at de apopleksiramte prøvede at gøre så mange ting som muligt selv for at genvinde autonomi og uafhængighed.

**C:** "Men det skal ikke være sådan, at hun skal være sygeplejerske for mig, når jeg er hjemme. Så jeg prøver at gøre så meget så muligt selv."

Dette kan anskues ud fra, at menneskets identitet er bygget op omkring evnen til at klare sig selv. De apopleksiramtes stræben efter selvhjulpnehed er i dette lys grundlæggende.

### 5. Identitet og ny selvforståelse

Skønt den sociale støtte havde stor og positiv betydning for den apopleksiramte, indikerede analysen også, at det for den apopleksiramte kunne opleves som en udfordring at acceptere afhængigheden af social støtte fra deres ægtefælle i hverdagen. Dette ses både eksplicit og implicit i analysen og forekom hos alle de apopleksiramte. Herved kom oplevelsen af den apopleksiramtes selvforståelse og identitet i spil.

**C:** "Ja, i det hele taget den der rolle som handikappet, at der er noget, man ikke kan og ikke må."

De havde svært ved at identificere sig med en ændret rolle som handikappet. De apopleksiramte kæmper en langvarig kamp med deres forskellige kropslige, følelsesmæssige og mentale forandringer i et forsøg på at finde et nuværende selv (32). Gennem analysen ses identiteten ikke som nogen fast størrelse, den blev skabt igennem den måde, hvorpå de apopleksiramte beskrev sig selv. Disse var karakteriseret ved foranderlige, tvetydige og sammensatte selvrepræsentationer, hvor de fortalte, at de var de samme personer, som de altid har været, men samtidig erkendte, at de også havde forandret sig. Set fra en fænomenologisk synsvinkel kan der beskrives et oplevelsesmæssigt selv og et narrativt selv.

Det oplevelsesmæssige selv knytter sig til de omskiftelige oplevelser og erfaringer, som erhverves igennem hele livet, og som ikke kan ændres. Det narrative selv, der også udvikles livet igennem, involverer et komplekst socialt samspil. Det knytter sig til værdier, idealer og mål og er betinget af det fællesskab, man er en del af (32). Når en person rammes af apopleksi, opleves en ændring af det narrative selv, da ens værdier, idealer og mål må revurderes pga. fysiske, sensoriske og kognitive følger. Samtidig er de en del af et fællesskab, som kan opfatte personen på en anderledes måde end før apopleksien. Det oplevelsesmæssige selv og det narrative selv supplerer hinanden (32). Med denne forståelse sker der en forhandling af de apopleksiramtes identitet, hvilket også fremkom i nærværende undersøgelse. Identiteten syntes at være i spil, så længe de apopleksiramte erfarede og erkendte, at de ikke kunne det samme som før og ikke havde den samme ydre fremtræden.

**B:** "Jeg kunne jo ikke det, jeg kunne før, og det har jeg kæmpet for og kæmper stadig for og med. Jeg mener jo selv, jeg næsten kan det hele."

Betydningen af den ydre fremtræden fremstod særlig tydelig, når de apopleksiramte fortalte om deres afhængighed af social støtte fra deres ægtefælle. De apopleksiramte må derfor justere deres narrative selv, hvilket indebærer en justering af deres egen opfattelse af sig selv og deres identitet. Ovenstående giver en dybere forståelse for, hvorfor de apopleksiramte oplevede nødvendigheden af social støtte fra ægtefællen som svær at acceptere, da den indebærer processer mod at forene sig med en ny identitet og selvforståelse.

**D**

Diskussion

Den benyttede Ricoeur-inspirerede analysemetode er efterhånden anerkendt i sygeplejeforskning, da det er veldokumenteret, at den er velegnet til at opnå forståelse om det levede liv (22). Analyse-

processen fremstår transparent via figurer over identificerede tematikker samt fortløbende inddragelse af datamaterialet i form af apopleksiramtes udtalelser. Fundenes gyldighed sættes i spil ved inddragelse af kendt forskning og teori, hvormed der opnås en dybere forståelse for de apopleksiramtes levede liv. Fundene må betragtes med forsigtighed, da der kan rejses tvivl om datamætning med fire informanter (24). Endvidere må informanternes køn, tre mænd og en kvinde, tages i betragtning i forhold til fundene set i lyset af, at Kvignes og Kirkevolds forskning peger på, at der er kønsspecifikke forskelle i oplevelsen af apopleksis konsekvenser for hverdagslivet (13), hvilket andet forskning også indikerer (33). Ligeledes er der spredning blandt informanterne ift. tidsrum efter apopleksien, hvilket kan antages at influere på fundene, da man ud fra et krisepsykologisk perspektiv opfatter sin situation forskelligt over tid (33). Da den kritiske analyse og diskussion viser kohærens og konvergens (sammenhæng og lighed) med allerede kendt viden, vurderes undersøgelsens fund at have ekstern validitet. Den kan dermed bidrage til forståelsen af dobbeltheden i oplevelsen af social støtte blandt ægtefæller i sammenlignelige kontekster.

### Kompleks og tvetydig afhængighed

Undersøgelsens fund indikerer, at afhængighed af ægtefællen er et komplekst og tvetydigt felt. På den ene side er de apopleksiramte afhængige af den sociale støtte fra ægtefællen og ser det som naturligt at få denne støtte. På den anden side har denne af-



hængighed også konsekvenser for bl.a. de apopleksiramtes selvforståelse, en asymmetrisk rollefordeling i ægteskabet samt følelsen af at være en byrde, fund som også genfindes i andre studier (31,34).

At afhængighed af ægtefællen anses som naturligt, påpeges også i anden forskning (35). Denne undersøgelse belyser oplevelser på tværs af køn, men eksisterende forskning beskriver, at der kan forekomme kønsforskelle. Kvinder synes at have sværere ved at give slip på arbejdsopgaver i hjemmet, mens mænd tilsyneladende lettere kan fralægge sig ansvaret for de arbejdsopgaver, de havde inden apopleksiens indtræden (36,37).

Denne undersøgelse antyder ikke, at de apopleksiramte oplever, at deres ægtefæller mistrives i rollen som den primære omsorgsnyder. Dette er bemærkelsesværdigt, da eksisterende viden viser, at ægtefæller oplever en alvorlig omsorgsbyrde, som kan medføre depression og nedsat tilfredshed med tilværelsen (6,18). Forskelligheden kan være tilfældig, men må også betragtes i lyset af mulige kognitive følger efter apopleksien, hvorved der kan forekomme erkendelses- og følelsesmæssige symptomer, som bl.a. svigtende sygdomserkendelse og indsigt samt manglende empati (38). I lighed med et andet studie afspejler analysen et ændret samspil, herunder et mor/barn forhold, hvor den apopleksiramte frustreres af restriktioner, som ægtefællen sætter for aktiviteter (39).

Ovenstående indikerer vigtigheden af, at der ydes en familieorienteret rehabilitering, hvor såvel den apopleksiramtes som ægtefællens behov og ressourcer medtænkes, navnlig da forskning samtidig peger på, at ægtefæller til apopleksiramte har en øget tendens til depression og andre psykosociale gener (18), samt at netop ægtefæller er vigtige for en vellykket rehabilitering (1,14,15).

Ligeledes indikerer fundene, at de kognitive funktionsændringer og dermed evnen til samspil og autonomi hos de apopleksiramte fordrer særlig opmærksomhed i bestræbelserne på at opnå en vellykket rehabilitering. Disse funktionsændringer begrænser patientens muligheder for samarbejde, hvormed opgaven forskydes og delegeres til ægtefællen. De apopleksiramtes selvforståelse og identitet ændres, når de rammes af en apopleksi, hvilket genfindes i anden forskningslitteratur (40). Dermed fremstår et område i rehabiliteringsindsatsen som værende i risiko for at blive overset af de sundhedsprofessionelle, fordi fokus initialt primært er rettet mod genvinding af tabte funktioner og hverdagslivets praktiske gøremål (6). Derfor kan de sundhedsprofessionelles bevidsthed om eksistentielle dilemmaer, der udvikler sig over tid, være betydningsfulde i forhold til at støtte den apopleksiramte under rehabiliteringsprocessen (34).

## K

### Konklusion

Borgere ramt af apopleksi oplever, at de er afhængige af ægtefællernes sociale støtte i hverdagen, da ægtefællerne medvirker til, at hverdagslivet kan håndteres i hjemmet på det praktiske plan samtidig med, at

de giver de apopleksiramte tryk og omsorg. Afhængigheden af ægtefællen synes at blive oplevet tvetydigt hos de apopleksiramte. På den ene side værdsætter de den sociale støtte fra ægtefællen og anser den for at være betydningsfuld og naturlig. Samtidig har den sociale støtte betydning og konsekvenser for deres selvforståelse, identitet og relationen i ægteskabet, herunder følelsen af at være en byrde for ægtefællen. Oplevelsen af at være en byrde samt det at forene sig med en ny identitet og selvforståelse afspejler eksistentielle dilemmaer, som bl.a. forårsages af de apopleksiramtes afhængighed af ægtefællen.

De apopleksiramte anser det for naturligt at få social støtte fra ægtefællen, hvilket kan forstås i lyset af det at være menneske og at være i et parforhold. Dette medfører asymmetri i ægteskabet, da de apopleksiramte har vanskeligt ved at gøre gengæld. Der antydes en asymmetri i ægteskabet pga. ændrede rollefordelinger, hvor der kan være en tendens til, at ægtefællen påtager sig en forældrerolle. En asymmetri, der er uhensigtsmæssig for den apopleksiramte, ægtefællen og rehabiliteringsprocessen.

### Særlig opmærksomhed fordres

Det synes betydningsfuldt for rehabiliteringen, at der er særlig opmærksomhed på eventuelle kognitive skader efter apopleksien, da disse kan influere på patientens evne til at vurdere egne begrænsninger og på det sociale samspil med ægtefællen. I forlængelse heraf opstår der mulige divergenser mellem de apopleksiramte og deres ægtefællers oplevelser af selv samme roller og situationer i hjemmet, hvilket antages at forstærke såvel afhængighed som belastning af ægtefællen. ●

Har du brug for direkte links til dokumenterne i referencelisten, så findes artiklen også i en digital udgave på [dsr.dk/fagogforskning](http://dsr.dk/fagogforskning). Her er artiklen forsynet med de links, forfatteren har angivet.

## Referencer

1. Salter K, Foley N, Teasell R. Social support interventions and mood status post stroke: a review. *Int J Nurs Stud* 2010 05;47:616-25.
2. Kruithof WJ, van Mierlo ML, Visser-Meily JMA, van Heugten CM, Post MWM. Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life – a systematic review. *Patient Educ Couns* 2013;93(2):169.
3. Meijer R, van Limbeek J, Kriek B, Ihnenfeldt D, Vermeulen M, de Haan R. Prognostic social factors in the subacute phase after a stroke for the discharge destination from the hospital stroke-unit. A systematic review of the literature. *Disabil Rehabil* 2004 Feb 18;26(4):191-7.
4. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge*. Sundhedsstyrelsen; 2012.
5. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. *En analyse af ældre medicinske patienters forløb – på tværs af kommuner og regioner*; 2009.
6. Sundhedsstyrelsen. *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering: hovedrapport*. Sundhedsstyrelsen; 2011.
7. Larsen T. *Hjemmetræning af apopleksipatienter – en medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2005.
8. Pound P, Gompertz P, Ebrahim S. Social and practical strategies described by people living at home with stroke. *HEALTH SOC CARE COMMUNITY* 1999 03;7(2):120-8.
9. Sumathipala K, Radcliffe E, Sadler E, Wolfe CDA, and McKeivitt C. Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Chronic illness* 2012;8(1):31.
10. Marselisborgcentret. *ICF – den danske vejledning og eksempler fra praksis: international klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredtstilstand*. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
11. Navne LE, Wiuff MB. *Opgavefordeling mellem borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering*. København: Dansk SundhedsInstitut; 2011.
12. Borg T. *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering: et socialpsykologisk studie: ph.d.-afhandling december 2002*, Institut for Sociale Forhold og Organisation. Aalborg Universitet. Aarhus: Center for Sundhed, Menneske og Kultur, Institut for Filosofi, Aarhus Universitet; 2003.
13. Kvigne K, Kirkevoild M, Gjengedal E. *Fighting back – struggling to continue life and preserve the self following a stroke*. Health care for women international – LA English 2004;25(4):370.
14. Argyle M. Benefits produced by supportive social relationships. In: Veiel HOF, Baumann U, editors. *The Meaning and measurement of social support: Papers from an international symposium held in May 1990 at the Werner Reimers Foundation in Bad Homburg New York*: Hemisphere Publishing Corporation; 1991.
15. Glass TA, Maddox GL. *The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition*. *Soc Sci Med* 1992;34(11):1249.
16. Forchhammer H. *Rehabilitering*. In: Andersen G, editor. *Apopleksi: sygdom, behandling og organisation*. København: Munksgaard Danmark; 2012.
17. Grant JS, Glandon GL, Elliott TR, Giger JN, Weaver M. Problems and associated feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the second and third month postdischarge. *Topics in stroke rehabilitation – LA English* 2006;13(3):66.
18. Visser-Meily A, Post M, van de Port I, van Heugten C, van den Bos T. Psychosocial functioning of spouses in the chronic phase after stroke: improvement or deterioration between 1 and 3 years after stroke? *Patient Educ Couns* 2008;73(1):153.
19. Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med* 1999 3;48(5):661-73.
20. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Social Networks and Social Support*. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4. ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008. p. 189-210.
21. Ricœur P, Hermansen M, Rendtorff JD editors. *En hermeneutisk brobygger*. Aarhus: Klim; 2002.
22. Dreyer P. *Fortællingen*. In: Graubæk A, editor. *Patientologi: at være patient*. København: Gyldendals Bogklubber; 2010. p. 91-103.
23. Ricœur P. *Fortolkningsteori*. København: Vinten; 1979.
24. Kvale S. *Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzel; 2008.
25. *Ethical Guidelines for Nursing Research in the Nordic Countries; Ethiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden*. Revideret udgave ed. Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden; 2003.
26. Justitsministeriet. *Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om undtagelse fra pligten til anmeldelse af visse behandlinger, som foretages for en privat dataansvarlig*. 2012.
27. Løgstrup KE. *Den kendsgerning, hvoraf den tause fordring udspringer*. Den etiske fordring. København: Gyldendals Bogklubber; 2008. p. 17-39.
28. Løgstrup KE. *1905-1981. Den etiske fordring*. København: Gyldendal; 1956.
29. Rolland JS. *Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework*. *Family process – LA English* 1987;26(2):203.
30. Henriksen J, Vetlesen AJ. *Omsorgens etik: grundlag, værdier og etiske teorier i arbejdet med mennesker*. 1. udgave ed. København: Hans Reitzel; 2004.
31. Erikson A, Park M, Tham K. *Belonging: a qualitative, longitudinal study of what matters for persons after stroke during the one year of rehabilitation*. *J Rehabil Med* 2010 Oct;42(9):831-8.
32. Gallagher S, Zahavi D. *Bevidsthedens fænomenologi: en indføring i bevidsthedsfilosofi og kognitionsforskning*. København: Gyldendal; 2010.
33. Guldin M. *Sorg-reaktioner: ny forståelse og behandling*. *Klin Sygepleje* 2007; Årg. 21, nr. 2 (2007):45-50.
34. Kirkevoild M. *The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account*. *ANS. Advances in nursing science – LA English* 2010;33(1):E27.
35. Silva JK, Vila VSC, Ribeiro MFM, Vandenbergh L. *Survivors' perspective of life after stroke*.
36. Clarke P, Black SE. *Quality of Life Following Stroke: Negotiating Disability, Identity, and Resources*. *Journal of Applied Gerontology* 2005;24(4):319-36.
37. Karraker A, Latham K. *In Sickness and In Health? Physical Illness as a Risk Factor for Marital Dissolution in Later Life*. *Journal of Health and Social Behavior* 2015;56(3):420-35.
38. Udesen H, Bruhn P. *Apopleksi i højre side af hjernen – neuropsykologiske symptomer: Glostrup Hospital*.
39. Graven C, Sansonetti D, Moloczij N, Cadilhac D, Joubert L. *Stroke survivor and carer perspectives of the concept of recovery: a qualitative study*. *Disabil Rehabil* 2013;35(7):578-85.
40. Pallesen H. *Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke*. *Disabil Rehabil* 2013 Apr 30.



## Laparoskopiske instrumenter

Alt, du behøver, i én Mölnlycke® procedurepakke

Vores specialister arbejder tæt sammen med jer om at finde frem til og vurdere den bedste løsning til jer fra vores nye laparoskopiske instrumentsortiment og vores øvrige kirurgiske produkter. Resultatet? Jeres egen kundetilpassede laparoskopiske løsning med alt, hvad I behøver, til hver enkel specifik procedure i én enkel, bekvem og omkostningseffektiv pakke.

Du kan købe instrumenterne på tre forskellige måder:

- Enkeltpakket
- Alle nødvendige trokarer og laparoskopiske instrumenter i én pakke
- Alle engangsinstrumenter til et givent indgreb i én Mölnlycke procedurepakke.

Læs mere på [www.molnlycke.dk](http://www.molnlycke.dk)

Mölnlycke Health Care ApS, Gydevang 33, 3450 Allerød. Tlf.: 48 168 268. [info.dk@molnlycke.com](mailto:info.dk@molnlycke.com)  
Mölnlycke varemærke, navn og logo er registreret globalt til en eller flere virksomheder i Mölnlycke Health Care Gruppen.  
©2017 Mölnlycke Health Care AB. Alle rettigheder forbeholdes. DKSU0071703

  
**Mölnlycke®**



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](http://dsr.dk/manuskriptvejledning).



**BENTE DALSGAARD**

Sygeplejerske, SD, sundheds- og forebyggelseskonsulent, Viborg Kommune. Deltager aktuelt i forskningsprogrammet "Patienten i front – Forskning i Centrum", Forskningsenhed i Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital.



**MARLENE ÆGDIUSSEN JENSEN**

Sygeplejerske, MKS, Aarhus Universitet, klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske, Onkologisk Dagafsnit. Deltager aktuelt i forskningsprogrammet "Patienten i front – Forskning i Centrum", Forskningsenhed i Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital.

maaj@rn.dk



**PREBEN ULRICH PEDERSEN**

Sygeplejerske, ph.d., professor (MSO), Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for medicin og sundhedsteknologi, Aalborg Universitet, Forskningsenhed i Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital.

# Effektiv mundpleje reducerer skadelige mundgener

Et litteraturstudie viser, at mundgener hos kvinder med brystkræft er **en hyppig bivirkning under** og efter adjuverende kemoterapi.

Der konstateres hvert år 4.800 nye tilfælde af brystkræft blandt kvinder i Danmark (1). Brystkræft udgør ca. 30 pct. af alle nye kræfttilfælde og er dermed den hyppigste kræftform blandt danske kvinder (1). Incidensen af brystkræft har gennem de seneste ca. 50 år været støt stigende, men er stagneret i slutningen af sidste årti (1). Med introduktionen af landsdækkende screening fra 2008-2009 er der igen konstateret en stigning i antallet af nydiagnosticerede tilfælde, men det forventes, at denne stigning er midlertidig (1). Ca. 40 pct. af tilfældene ses hos kvinder under 60 år (1).

Primærbehandlingen for brystkræft er operation, og der blev i 2014 opereret ca. 3.800 kvinder.

Kvinderne får efter operation for brystkræft efterbehandling med kemoterapi, antihormonel behandling og/eller behandling med antistoffet Trastuzumab ofte forudgået af stråleterapi (2).

Antallet af patienter til primær operation har været relativt stabilt, og samme stabile tendens gør sig gældende for antallet af strålebehandlede kvinder. I forhold til behandling med kemoterapi er der i hele landet sket markante stigninger i perioden 2003-2007. Således er antallet af kvinder, som modtager antihormonel

behandling, steget med ca. 86 pct., og antallet af kvinder behandlet med kemoterapi er steget med ca. 25 pct. (1).

Siden 1977 har Den Danske Brystkræftgruppe (DBCG) koordineret brystkræftbehandlingen i Danmark, inkluderende diagnostik, kirurgi, patologi og onkologi (2). DBCG fastsætter retningslinjer for den primære behandling, og disse retningslinjer danner grundlag for kræftbehandling for patienter med brystkræft på alle centre i Danmark. Det adjuverende regime med kemoterapi for behandlingen af brystkræft består af en kombination af tre forskellige præparater, Epirubicin, Cyclofosamid og Docetaxel (2). Dette behandlingsregime blev indført på danske hospitaler i 2007 (3).

### **Mundgener er en almindelig bivirkning**

En af de hyppigste bivirkninger ved behandling med kemoterapi er mundgener (4). Mundgenerne kan resultere i mucositis, der defineres som en beskadigelse af slimhinden i munden, og kan for patienten resultere i belægninger og smerter i munden (4).

Mucositis kan medføre nedsat fødeindtag og et øget behov for smertestillende medicin (5). Der er desuden øget risiko for lokal eller systemisk infektion, specielt hvis mucositis opstår i samme tidsrum som en eventuel neutropen tilstand, dvs. en tilstand med et unormalt lavt antal hvide blodlegemer. Mucositis kan give tør mund, dårlig ånde, påvirket fødeindtag, smags-



## **Brystkræft udgør ca. 30 pct. af alle nye kræfttilfælde og er dermed den hyppigste kræftform blandt danske kvinder.**

ligesom indlæggelse kan forlænges. Den gennemsnitlige pris for behandling af mucositis er beregnet til ca. 12.000 kr. pr. patient afhængigt af graden af mucositis (8). Samlet set kan mucositis udsætte eller forlænge patientens behandling og rekonvalescensperiode (7,8).

I litteraturen rapporteres der stor forskel på forekomsten af mucositis hos patienterne, og incidensen varierer fra 10 pct. op til 100 pct. af patienterne, som udvikler mucositis under deres kemoterapi (3,7-9). Den store spredning i incidensen kan skyldes, at der i opgørelserne indgår flere forskellige patientkategorier, bl.a. patienter med hæmatologisk cancer, patienter, der gennemgår stamcelletransplantation, patienter med hovedhals-cancer samt patienter i strålebehandling. Litteraturen repræsenterer forskellige verdensdele og lande, og incidensen af mucositis er vekslende (6-10). Der er i praksis og i litteraturen forskellige forslag om, hvordan man kan og skal forebygge, lindre og/eller reducere mucositis (9,11).

Mundgener optræder også, uden at tilstanden har udviklet sig til mucositis, men det er ikke rapporteret, hvor mange kvinder med brystkræft i kemoterapi, som udvikler mundgener under behandlingen, derfor vil mundgener i det efterfølgende dække alle gener, patienterne rapporterede, uanset om der er diagnosticeret mucositis.

### **Der mangler en klinisk retningslinje**

Sygeplejerskers vejledning har stor betydning i forhold til at forebygge, lindre og/eller reducere mundgener. Dette forudsætter, at sygeplejersker har indsigt i og viden om problemets omfang og relevante tiltag, der kan virke forbyggende

ændringer, smerter, talebesvær og social isolation (6). Endvidere har mucositis stor indflydelse på patienternes hverdagsliv og opleves af patienterne som en af de værste bivirkninger ved kemoterapi. Nedsat fødeindtagelse pga. mucositis er en faktor, der i høj grad påvirker patienternes livskvalitet negativt (6,7).

Derudover øger mucositis de samlede omkostninger til medicin,

## **RESUME**

Der findes nationale og internationale retningslinjer om mundgener, som alle er relateret til forskellige diagnosegrupper og behandlingsregimer. Ingen af retningslinjerne er dog målrettet mundgener hos kvinder med brystkræft i adjuverende kemoterapi.

Mundgener opstår som en af de hyppigste bivirkninger ved behandling med kemoterapi efter operation. Mundgenerne kan resultere i mucositis, der defineres som en beskadigelse af slimhinden i munden og kan resultere i belægninger og smerter i munden hos patienten.

Mucositis kan medføre nedsat fødeindtag og et øget behov for smertestillende medicin, og der er desuden øget risiko for lokal eller systemisk infektion. Desuden øger mucositis de samlede omkostninger til medicin, ligesom indlæggelsen kan forlænges.

En litteraturgennemgang viser, at der findes studier om mundgener hos kræftpatienter i kemoterapi. Men ingen undersøgelser er udført specifikt hos kvinder med brystkræft i adjuverende kemoterapi. Dette tyder på, at der er brug for forskning inden for området mundgener hos kvinder med brystkræft.

og/eller lindrende. Sygeplejersker skal derfor være i stand til at identificere patienter i risiko for at udvikle mundgener og kunne foreslå relevante tiltag til at forebygge, lindre eller reducere mundgener (6).

Der foreligger ikke konsensus om vejledning og supplerende behandling af mucositis til patienter i kemoterapi, idet der ikke foreligger en klinisk retningslinje for området. Patienterne får således vejledning om mundpleje, og interventioner bliver iværksat afhængigt af den enkelte sygeplejerskes erfaring. Formålet med denne litteraturgennemgang er:

- At identificere incidensen af mundgener hos kvinder med brystkræft, som får adjuverende kemoterapi
- At identificere, om der er tiltag, der kan forebygge, lindre og/eller reducere mundgener som følge af kemoterapi.

### Litteratursøgning skal give svaret

I samarbejde med en forskningsbibliotekar blev der i august 2015 udført en litteratursøgning. I litteratursøgningen opstilles inklusionskriterier i forhold til patientkategori, intervention og outcome. Der blev foretaget litteratursøgning i søgebaserne PubMed, CINAHL og EMBASE. I PubMed blev der anvendt Meshtermer, og i CINAHL og Embase blev søgeordene adjuvant chemotherapy, docetaxel, mammae cancer, brystkræft, stomatitis, mucositis. Inklusionskriterierne var følgende:

- Studier, der rapporterer incidensen af mundgener hos kvinder med brystkræft, som får adjuverende kemoterapi med det cytotoxiske stof Taxotere.
- Sprog skal være dansk, svensk, norsk eller engelsk.
- Studier, som tester effekten af interventioner, der forebygger, lindrer eller reducerer mundgener.
- Systematiske oversigtsartikler.

Litteratursøgningen i PubMed gav 147 artikler, i CINAHL fremkom 32 artikler, og i EMBASE 483 hits, i alt 662 hits.

Titler og abstracts i de resterende studier blev gennemlæst af to af forfatterne MÆJ og BD. I alt syv artikler rapporterede incidensen af mundgener hos kvinder med brystkræft i adjuverende kemoterapi



## Mucositis kan give tør mund, dårlig ånde, påvirket fødeindtag, smagsændringer, smerter, talebesvær og social isolation.

kvinder med brystkræft, som får adjuverende kemoterapi. Forskerne har udført en gennemgang af 1.143 journaler hos danske kvinder med brystkræft, som modtog adjuverende kemoterapi med Docetaxel. De fandt, at 75 pct. af kvinderne oplevede mundgener under behandlingen, og at halvdelen af kvinderne oplevede mundgener i svær grad.

Saito et al. (12) fandt, at 40 pct. af kvinderne med brystkræft i adjuverende kemoterapi udviklede mundgener.

Fem oversigtsartikler rapporterer, at 40-80 pct. af patienterne med forskellige kræftdiagnoser i kemoterapeutisk behandling udvikler mundgener. Det fremgår, at mundgener er en betydningsfuld bivirkning hos patienter i kemoterapi, da generne kan medføre dosisreduktion af kemoterapi og udsettelse af behandlingen (10,11).

### Regelmæssig mundpleje har effekt

Saito et al. (12) har gennemført et randomiseret studie, hvori patienterne blev inddelt i to grupper. Den ene gruppe var kontrolgruppe, mens den anden fik professionel mundpleje til forebyggelse af mucositis. Studiet inkluderede 26 kvinder med brystkræft i adjuverende kemoterapi, og forskerne fandt, at 40 pct. af kvinderne udviklede mucositis. Dog var resultatet af studiet, at regelmæssig og effektiv, professionel mundpleje reducerer forekomsten af mucositis.

Nonfarmakologiske interventioner kan forebygge og lindre mundgener hos patienter med kræft, som får kemoterapi. God mundhygiejne med anvendelse af tandbørstning med blød tandbørste mindst to gange om dagen med anvendelse af tandtråd og mundskyl med antiinflammatorisk, analgetisk, antipyretisk og antimikrobielle egenskaber har vist signifikant effekt i forebyggelsen af mundgener (9). Brown og Wingard (13) har beskrevet vigtigheden af, at sygeplejersken har udvidet viden om at kunne vurdere risikofaktorer hos patienten og hermed være med til at forebygge og reducere mundgener. Denne vurdering skal ifølge forskerne (13) ske før behandling og gentages løbende gennem behandlingsforløbet. Patienten skal ifølge Brown og Wingard (13) undervises i mundpleje og optimal teknik til tandbørstning, hvorved mundgener kan forebygges, lindres og reduceres.

### Mundgener er ikke et veldefineret begreb

Den fundne litteratur har primært beskæftiget sig med patienter med forskellige cancerdiagnoser, hoved-hals-cancer, hæmatologiske kræftsygdomme samt pa-





tienter, som får strålebehandling. Litteraturgennemgangen har bidraget til indsigt i de store udfordringer, mundgener kan medføre for patienter i kemoterapi.

Metodisk kan det være problematisk at gennemføre en litteratursøgning, da mundgener ikke er et veldefineret begreb. Vi anvendte "mucositis/stomatitis" som søgeord i litteratursøgningen, men mundgener dækker mere end dette. Begrebet mundgener anvendes ikke i litteraturen, men derimod anvendes specifikke symptomer som smerter, tørhed, belægninger, smagsændringer m.fl.

Der findes ikke en præcis definition af mundgener, og "mundgener" kan variere fra land til land. Man kan dog konstatere, at betegnelsen mundgener sjældent anvendes i litteraturen, så man må formode, at litteratursøgningen kunne give flere resultater, hvis søgningen ikke var afgrænset til "mucositis/stomatitis".

Et andet problem opstår, når de videnskabelige artiklers emneord (keywords) ikke stemmer overens med artiklens resultater. Vi anvendte Docetaxel/Taxotere som søgeord i søgestrategien, men forfatteren kan have brugt ordet kemoterapi i stedet, hvilket kan have medvirket til et sparsomt resultat af litteratursøgningen. Vi valgte dog denne afgrænsning for at være så specifikke som muligt, da kvinder, som er opereret for brystkræft i Danmark, får adjuverende kemoterapi med Docetaxel/Taxotere. Dette behandlingsregime er fastsat af Danish Breast Cancer Group (DBCG) og bruges til brystkræftbehandling i hele Danmark. Regimet har været anvendt siden 2007.

Generelt ser området ud til at være sparsomt undersøgt, og litteraturgennemgangen har ikke kunnet finde evidens for mulige interventioner. Det har ikke været muligt at finde litteratur, der beskriver præcist, hvordan mundgener kan forebygges, lindres og/eller reduceres for kvinder med brystkræft, i adjuverende kemoterapi.

### Brug for mere forskning

Litteraturgennemgangen viser, at der findes studier om mundgener hos kræftpatienter i kemoterapi. Men ingen undersøgelser er udført specifikt hos kvinder med brystkræft i adjuverende kemoterapi. Dette tyder på, at der er brug for forskning inden for området mundgener hos kvinder med brystkræft.

Flere undersøgelser anbefaler, at patienter i risiko for at udvikle mundgener identificeres, så den rette behandling kan tilbydes. Sygeplejersker har en vigtig rolle i at forebygge, lindre og reducere mundgener, da de har en tæt kontakt med og kan observere patienten i behandlingsforløbet. En anden vigtig faktor er at udvikle det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker for på den måde at sikre den rette behandling af mundgenerne.

Man kan på baggrund af litteraturgennemgangen konkludere, at mundgener har mange facetter og er en betydningsfuld bivirkning for patienten, da generne påvirker patientens livskvalitet i negativ retning. ●

### Referencer

1. <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sygdomme/cancerregisteret>
2. <http://www.dbcg.dk/>
3. Eckhoff L, Nielsen M, Møller S & Knoop A 2011. TAXTOX – a retrospective study regarding the side effects of Docetaxel given as part of the adjuvant treatment to patients with primary breast cancer in Denmark from 2007 to 2009. *Acta Oncologica*;50:1075-82.
4. Jomar RT, Bispo VRS. The most common nursing diagnosis among adults/seniors hospitalized with cancer: integrative review. *Ecancermedicalscience* 2014;8:462.
5. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oralcomplications/HealthProfessional/page5>
6. Borbasi S et al. 2002. More than a sore mouth: Patients' experience of oral mucositis. *Oncology Nursing Forum*, vol. 29(7):1051-57.
7. Keefe D 2006. *Mucositis Management in Patients with Cancer. Supportive Cancer Therapy*, Vol. 3, No 3, 154-57.
8. Farrington M, Cullen L & Dawson C. Evidence-Based Oral Care for Oral Mucositis. *Head and Neck Nursing* 2013 Summer;31(3):6-15.
9. Campos M & Aarestrup F. Oral mucositis in cancer treatment. Natural history, prevention and treatment. *Mol Clin Oncol*. May 2014;2(3):337-40.
10. Chen H. Patients' Experiences and Perceptions of Chemotherapy-Induced oral Mucositis in a Day Unit. *Cancer Nursing*; 2008; Vol. 31, No. (5): 363-9.
11. McGuire D, Fulton J & Park J et al. Systematic review of basic oral care for the management of all mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer* 2013;(21):3165-77.
12. Saito H et al. Effects of professional oral health care on reducing the risk of chemotherapy-induced oral mucositis. *Support Care Cancer* 2014;(22):2935-40.
13. Brown C, Wingard J. Clinical consequences of oral mucositis. *Seminars in Oncology Nursing*, 2004;Vol 20(1):16-21.

**Hvordan sikrer I en sund mundstatus hos mennesker i behandling med kemoterapi?**

**Hvordan involverer I patienten i rapportering af mundgener?**

**Kan I nævne særlige procedurer eller tiltag, som I anvender til forebyggelse og lindring af mundgener?**

**Tabel 1.** Beskrivelse af inkluderede studier

Forfatter, år for publicering og land	Beskrivelse af den deltagende population	Metode/ Dataindsamling	Forekomst af mundgener	Resultat/konklusion/ interventioner
Eckhoff, Nielsen, Møller, Knoop. 2011, Danmark	1.143 danske patienter med brystkræft fra 13 onkologiske afdelinger i Danmark. Patienterne har alle fået tre serier med Epirubicin og Cyclofosamid og mindst en serie Docetaxel adjuverende	Gennemgang af data i DBCG's database	50 pct. - 75 pct. angav grad 2 eller mere. (Der findes i alt fem. De går fra grad 1-5)	Der foreslås, at der sker yderligere registrering af bivirkninger både hæmatologiske og nonhæmatologiske
Keefe. 2006, Australien	Patienter med forskellige kræftdiagnoser	Oversigtsartikel	Svær mucositis hos ca. 10 pct. af patienterne i kemoterapi	Mucositis er en betydningsfuld bivirkning at være opmærksom på hos patienter i kemoterapi. Mucositis kan medføre dosisreduktion og er skyld i en lavere helbredelse. Mucositis koster sundhedsvæsenet store summer. Kan medføre systemiske infektioner og være livstruende. Patienterne oplever mucositis som den mest belastende bivirkning. Grad 3-4 mucositis medfører længere indlæggelser, øget forekomst af komplikationer, økonomi og dødsfald
Farrington, Cullen, Dawson. 2013, USA	Patienter med forskellige kræftdiagnoser	Oversigtsartikel	Mindst 40 pct. af patienter med kræft oplever mucositis	Mucositis er en smertefuld bivirkning til kræftbehandling, påvirker et stort antal patienter, en belastende bivirkning, øget risiko for infektion, større udgift for sundhedsvæsenet. Mucositis kan medføre, at behandling udsættes, ringere overlevelse. Mucositis er den væreste bivirkning for patienterne. Intensiv mundpleje kan reducere forekomsten og ubehaget, en billig intervention. Beskriver forskellige metoder til mundpleje.
Kragelund, Larsen, Futtrup. 2013, Danmark	Generel befolkning	Oversigtsartikel	Anvendelse af antimykotika	Flere faktorer, der disponerer til oral candidose. Anvendelse af Fluconazol og interaktioner. Tabel med lægemidler, der interagerer med Fluconazol
Campos, Aarestrup. 2014, Brasilien	Patienter med kræft i kemoterapi	Oversigtsartikel	40-80 pct. af patienter i kemoterapi oplever mucositis	Mucositis betragtes som den mest alvorlige ikke hæmatologiske bivirkning, påvirker fødeindtag, smertefuld, livskvalitet, udsættelse af behandling, overlevelse. Beskriver symptomer på mucositis og mundpleje før kemoterapi. Metoder til mundpleje
McGuire, Fulton, Park. 2013, USA	Patienter med kræft	Oversigtsartikel	Guidelines, Good Clinical Practice. De 52 artikler er kategoriseret i syv interventioner	Redegør for mundpleje og vigtigheden af god mundhygiejne
Saito, Watanabe, Sato et al. 2014, Japan	Patienter med brystkræft i adjuverende kemoterapi	Randomiseret, kontrolleret studie	40 pct. af patienter i kemoterapi. To grupper patienter - den ene gruppe får Professional oral health care (POHC)	Regelmæssig og effektiv POHC reducerer oral mucositis
Chen. 2008, Taaiwan	Patienter med brystkræft og colorektal kræft	Prospektiv, noneksperimentiel, cross-sectional designet undersøgelse	75 pct. af patienter oplevede oral mucositis (OM)	Afdækket omfanget af OM og symptomer hos patienter med kræft. Nedsat livskvalitet
McGuire D et al. 2013, Berlin	Patienter, der får enten kemoterapi eller stråleterapi	Oversigtsartikel		Formålet er at evaluere og gennemgå forskning om mundplejeinterventioner mhp. at revidere og opdatere gældende retningslinjer for forebyggelse og behandling af OM til patienter, der er i kemoterapi eller stråleterapi

Brown, Charlton G, Wingard, John, 2004. Washington	Patienter, der får kemoterapi, stråleterapi, stamcelletransplantation	Oversigtsartikel (gennemgang af journaler, websites og bøger)	400.000 patienter om året udvikler mundgener pga. kræftbehandling. 40 pct. af dem, der får kemoterapi, udvikler mundgener	Formålet er at identificere de kliniske manifestationer, risikofaktorer, komplikationer pga. mundgener og en vurdering af håndteringen af mundgener i praksis. Konklusion: Sygeplejersker skal have en udvidet viden om mundgener
Lalla, Rajesh V et al. 2014 Connecticut	Patienter med kræft	Systematisk oversigtsartikel		Den opdaterede MASCC/ISOO clinical practice guidelines for mucositis (22 guidelines for oral mucositis) vil være en hjælp til at forbedre behandlingen af oral mucositis (OM) i klinikken
Goldberg, Stuart L, Chiang, Laura, et al. 2004 USA	Patienter, der får kemoterapi	Spørgeskemaundersøgelse	OM blev beskrevet som den 6.-væreste bivirkning til kemoterapi og værre end angst	Patienternes oplevelse af OM pga. kemoterapi. Spørgeskema (seks demografiske spørgsmål, seks spørgsmål om bivirkninger til kemoterapi)
Foltz, Gaines, Gullatte, 1996 USA	59 patienter i kemoterapi	Retrospektiv deskriptivt design	66 pct. har smagsændringer, 45 pct. af patienterne har øm mund	Har i dette studie fået rapporteret samme bivirkninger som tidligere studier. Oplevede, at dagbogen var effektiv til at opsamle data vedr. patientens oplevede bivirkninger
Dodd M, Facione N, Dibble S et al. 1996 USA	127 patienter i kemoterapi	Et observationsstudie inkl. interview og spørgeskema	30-69 pct. af patienter afhængigt af metode, der anvendes til at undersøge med	Forskelligartede undersøgelsesmetoder (seks metoder) til at klarlægge problemet med mundgener giver forskellige resultater
Sones S, Fey E, 2002 USA	Patienter i kemoterapi og stråleterapi	Oversigtsartikel	Mucositis er det største problem for patienter i cancerbehandling	Problemet med mucositis er stort, hvorfor det bør udløse yderligere undersøgelser
Borbasi S, Cameron K et al. 2002 Australien	Seks patienter i intensiv kemoterapi, autolog stamcelletransplantation	Interview	Alle patienter i studiet var generet af mundgener. Dysfunktion af munden er ligeledes et stort problem for patienterne	Undersøgelsen har vist, at plejepersonale skal tillægge mundgener større betydning. Livskvalitet påvirkes af mucositis
Raber-Durlacher J et al. 2000 Holland	150 patienter med forskellige solide tumorer, der fik kemoterapi	Retrospektiv journalgennemgang	31 pct. af patienterne oplevede mucositis	Risikofaktorer for udvikling af mucositis er beskrevet i artiklen
Sadler G et al. 2003 USA	Patienter, der får kemoterapi og/eller stråleterapi mod hoved-hals-kræft	Oversigtsartikel over artikler vedr. håndtering af mundgener pga. kemoterapi		Håndtering af mundproblemer hos patienter med kræft
Cheng K. 2006 Hongkong	38 indlagte patienter + 50 ambulante patienter i cancerbehandling	Deskriptiv cross-sectional spørgeskemaundersøgelse		Livskvalitet påvirkes af mucositis
Naidu M et al. 2004 Indien	Patienter, der får stråleterapi og kemoterapi	Oversigtsartikel	40 pct. af patienterne, der modtager behandling, får mundgener	Behandling af mucositis er begrænset, hvorfor forebyggelse er vigtigt. Antioxidanter kan forebygge mucositis. Vigtigt med flere undersøgelser af den psykologiske tilstand. Selv om mucositis ikke er en livstruende tilstand, vil det have stor betydning for resultatet af kræftbehandlingen



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](http://dsr.dk/manuskriptvejledning).



**LISE EWALD REKVAD**

Klinisk sygeplejespecialist, MKS, ansat på FAM, Odense Universitetshospital

[lise.rekvad@rsyd.dk](mailto:lise.rekvad@rsyd.dk)



**THOMAS SCHMIDT**

Civilingeniør, postdoc, ansat på SDU Sundhedsteknologi, Mærsk Mc-Kinney Møller Institutet, Odense



**INGE SCHJØDTZ BERTELSEN**

Uddannelsesansvarlig sygeplejerske, ansat på FAM, Odense Universitetshospital

*Projektet, der førte til et nyt observationsregime, blev udført af artiklens forfattere i samarbejde med professor Annmarie Touborg Lassen og under vejledning af professor Uffe Kock Wiil fra Syddansk Universitet.*

# Nyt observationsregime identificerer kritisk syge patienter

Implementering af et nyt observationsregime førte til **en række forbedringer af praksis**, som ikke indgik i det oprindelige observationsprojekt på Fælles Akutmodtagelse ved Odense Universitetshospital.

Danske studier viser, at en del patienter på sengeafdelinger har en uopdaget eller underbehandlet akut kritisk sygdom (1,2). Studierne finder, at en meget stor del af patienterne udviser tidlige advarselssignaler (early-warning signs), altså tegn på fysiologisk ustabilitet i op til 6-8 timer før hjertestop (ibid.).

I rapporten "Observation af patienter på sygehuse" (3) udgivet af bl.a. Patientombuddet konkluderes, at en systematisk observation af vitale parametre vil gøre det muligt at identificere og reagere på akut kritisk sygdom, før situationen bliver livstruende.

På trods af at der gennem mange år har været arbejdet med tidlig opsporing af akut opstået kritisk sygdom i det danske sundhedsvæsen, viser danske studier (4,5), at der fortsat er meget stor variation i monitoreringspraksis hos sygeplejerskerne på afdelingerne, både i den systematiske observation og i reaktionen på kritiske fund (ibid.). Rapporten "Observation af patienter på sygehuse" (3) finder, at der er flere udfordringer i forhold til, at implementere systematisk observation af vitalparametre. Blandt personalet består udfordringerne af travlhed, manglende lyst til forandring, mangel på uddannelse, manglende dokumentation og/eller manglende ledelsesopfølgning. Derudover finder rapporten, at mangel på overvågningsudstyr og it-systemer, som understøtter observationsindsatsen, også resulterer i manglende implementering (3).

### Målinger var mangelfulde

På Fælles Akutmodtagelse ved Odense Universitetshospital (FAM-OUH) viste en gennemgang af utilsigtede hændelser i 2011, at sygeplejerskernes målinger af vitalparametre var mangelfulde og i høj grad baseret på den enkelte sygeplejerskes egen vurdering af patienten, hvilket var helt i overensstemmelse med fund fra andre steder i landet på daværende tidspunkt (2,4).

I forbindelse med etableringen af FAM-OUH i 2012 besluttede man derfor at ud-



## Danske studier viser, at der fortsat er meget stor variation i monitoreringspraksis hos sygeplejerskerne på afdelingerne.

observation af patienterne endnu mere håndterbar for personalet.

### Bud på nye værktøjer

Formålet med denne artikel er at dele de erfaringer, vi har haft med implementering og tilpasning af det nye observationsregime samt at give et bud på, hvordan udvikling af nye it-baserede monitoreringsværktøjer kan hjælpe personalet med kritiske observationsfund i fremtiden.

### Alle patienter triageres ved modtagelsen

Ved ankomsten til FAM-OUH bliver alle patienter triageret af en sygeplejerske. Den initiale modtagelse udgøres af triage, som består af en systematisk vurdering og prioritering af patienter ud fra fastlagte målinger af vitalparametre og kliniske observationer inden den første lægekontakt (6). På baggrund af triagen får patienten tildelt en farve, der beskriver, hvor kritisk patientens tilstand er, og hvor hurtigt patienten skal tilses af en læge, se figur 1.

Ved den første lægekontakt efter triagering får patienten tildelt et observationsregime, der angiver, hvor ofte patienten skal have målt vitalparametre. Hvert observationsregime har en farve: blå, grøn, gul eller rød svarende til triageringen. De kritisk syge patienter, de røde og orange, bliver obser-

vikle et system til systematisk observation af vitalparametre baseret på en lægefaglig vurdering af den enkelte patient. Systemet fik navnet "Observationsregimet". Forhåbningen var, at man via observationsregimet i højere grad ville identificere og reagere på akut kritisk sygdom, før patientens tilstand blev livstruende.

Under implementeringen af det nye observationsregime har et forskningsprojekt haft fokus på at evaluere brugen af observationsregimet samt se på, hvilke muligheder patientmonitoreringsudstyret har i forhold til at udvikle nye systemer, der i fremtiden kan gøre den systematiske

## RESUME

Indførelsen af et nyt observationsregime på Fælles Akutmodtagelse på Odense Universitetshospital har ført til øget observation af patienterne, bedre opfølgning på kritiske observationer og bedre dokumentation.

Alle sengepladser blev indrettet med patientmonitører og pc til dokumentation, hvilket betød, at monitoreringen var let tilgængelig, og at dokumentationen kunne foregå direkte i patientjournalen.

Da opfølgningen på kritiske observationsfund viste sig ikke at være optimal, blev patientmonitørerne efterfølgende tilpasset den enkelte patient gennem udvikling af nye farve-

profiler. Dette skete som videreudvikling af de farveprofiler, ankomende patienter til afdelingen bliver tildelt gennem triageringen. Her beskriver en tildelt farve, hvor kritisk patientens tilstand er, og hvor hurtigt en patient skal tilses af en læge.

I starten undrede en del af sygeplejerskerne sig over de nye observationsregimer. De mente, at der var større sikkerhed i, at de selv vurderede patientens behov for observation fremfor at følge et system med fastlagte tidspunkter og intervaller. Utilsigtede hændelser og forskning viste imidlertid, at der var behov for systematisk overvågning af patienterne.

veret oftere end de mindre kritisk syge, de grønne. Forskellen på triageringen og observationsregimet er, at triageringen har fokus på, hvor hurtigt patienten skal tilses af læge, hvorimod observationsregimet har fokus på, hvor ofte patienten skal have målt vitale parametre, se figur 2.

**Projekt blev større end forventet**

Da idéen til udvikling af et system til systematisk overvågning af patienter opstod, havde vi (L.E. Rekvad & I.S. Bertelsen) ikke forventet, at projektet ville udvikle sig i det omfang, det gjorde. Derfor lå der fra start ikke nogen plan for implementering. Men efterhånden som projektet skred frem, blev vi mere bevidste om at anvende de overordnede linjer i forbedringsmodellen og PDSA-cirklerne, Plan-Do-Study-Act (7). Det har betydet, at vi har planlagt et tiltag, afprøvet og testet det og efterfølgende tilpasset det for så igen at afprøve det. I denne proces har plejepersonalet været en uvurderlig hjælp. De kender både den kliniske praksis og patienterne, hvilket har betydet, at de har kunnet stille de kritiske spørgsmål, der var nødvendige for løbende at tilpasse observationsregimet til den kliniske praksis.

Implementeringen af observationsregimet blev indledt med præsentation og undervisning på personalemøder samt opsætning af plakater i afdelingen. Efterfølgende var ledelse og styregruppe dagligt i klinisk praksis for at lave opfølgning og bedside-undervisning. Personalet fik udleveret lommekort med scoring af patienten på den ene side og observationsintervallet på den anden side.

**Undren over nye observationsregimer**

I starten undrede en del af sygeplejerskerne sig over de nye observationsregimer. De mente, at der var større sikkerhed i, at de selv vurderede patientens behov for observation fremfor at følge et system med fastlagte tidspunkter og intervaller. Utilsigtede hændelser og forskning (3) viste imidlertid, at der var behov for systematisk overvågning af patienterne. Derfor fortsatte projektet. Der var flere diskussioner på personalemøder, mere undervisning og ikke mindst mere opfølgning i hverdagen. I styregruppen var der flere sygeplejersker, som også arbejdede i den kliniske praksis. Det betød, at plejepersonalet hele tiden havde mulighed for at få afklaret spørgsmål og fremføre kritik, som styregruppen efterfølgende brugte til at tilpasse observationsregimet til klinisk praksis. F.eks. blev de faste tidspunkter for observation rykket, så de ikke lå i de travleste tidspunkter på dagen.

Et af de store diskussionsemner var netop manglen på tid. FAM var nystartet, hvilket betød, at de fysiske rammer var nye, mange rutiner var ændret, der kom flere patienter end på den gamle modtagelse/skadestue, og der blev ansat mange nye sygeplejersker. Ansættelsen af de mange sygeplejersker blev imidlertid en uventet hjælp i implementeringen af observationsregimet.

**En naturlig del af arbejdet**

Observationsregimet var en del af introduktions- og uddannelsesprogrammet, hvilket resulterede i, at de nyansatte sygeplejersker anvendte observa-

**Figur 1.** Triageskema med tilhørende grænseværdier

	<b>1 Rød</b> Livstruende	<b>2 Orange</b> Haster	<b>3 Gul</b> Haster mindre	<b>4 Grøn</b> Haster ikke	<b>5 Blå</b> Fast Track
<b>A</b>	Ikke fri luftvej Inspiratorisk stridor	Truet luftvej	Fri luftvej	Fri luftvej	Upåvirkede Fast Track patienter får som udgangspunkt ikke målt vitale parametre.  Ved ændring i patientens tilstand vurderes behovet for måling af vitale parametre og fortsat observation.
<b>B</b>	SpO <sub>2</sub> < 80% uden O <sub>2</sub> SpO <sub>2</sub> < 90% med O <sub>2</sub> RF > 35 eller < 8	SpO <sub>2</sub> < 90% uden O <sub>2</sub> SpO <sub>2</sub> < 95% med O <sub>2</sub> RF > 30	SpO <sub>2</sub> < 95% uden O <sub>2</sub> RF > 25	SpO <sub>2</sub> ≥ 95% uden O <sub>2</sub> RF: 8 – 25	
<b>C</b>	Puls > 140 BT <sub>sys</sub> < 80 mmHg	Puls > 120 eller Puls < 40 BT <sub>sys</sub> < 90 mmHg	Puls > 110 eller Puls < 50 BT <sub>sys</sub> < 90 mmHg	Puls: 50 – 110 BT <sub>sys</sub> ≥ 90 mmHg	
<b>D</b>	GCS ≤ 8	GCS: 9 – 13	GCS = 14	GCS = 15	
<b>E</b>	Tp < 32° C	Tp < 40° C Tp: 32 – 34° C	Tp < 38° C Tp < 35° C	Tp: 35 – 38° C	
<b>For patienter med kendt KOL nedsættes saturations-grænsen med 5%</b>					
<b>B</b>	SpO <sub>2</sub> < 75% uden O <sub>2</sub> SpO <sub>2</sub> < 85% med O <sub>2</sub>	SpO <sub>2</sub> < 85% uden O <sub>2</sub> SpO <sub>2</sub> < 90% med O <sub>2</sub>	SpO <sub>2</sub> < 90% uden O <sub>2</sub>	SpO <sub>2</sub> ≥ 90% uden O <sub>2</sub>	

RF = Respirationsfrekvens, GCS = Glasgow Coma Scale, SpO<sub>2</sub> = Perifer kapillær iltmætning.



**Figur 2.** Observationsregimer

Observationsregime	1 Rødt	2 Orange	3 Gult	4 Grønt	5 Blåt
Observation af vitale værdier	Kontinuerlig observation  Temp.-måling hver 4. time	Kontinuerlig observation  Temp.-måling hver 4. time	Hver 2. time i 24 timer, herefter hver 4. time  Temp.-måling kl. 06 og kl. 22	Hver 4. time i 24 timer, herefter hver 8. time  Temp.-måling kl. 06 og kl. 22	Efter ordination  Efter ordination
Tidspunkt	Kl. 06, kl. 07, kl. 08, ...	Kl. 06, kl. 07, kl. 08, ...	Kl. 06, kl. 08, kl. 10, ...	Kl. 06, kl. 10, kl. 14, ...	Efter ordination
Dokumentation i COSMIC	Minimum hver time	Minimum hver time	Ved hver observation	Ved hver observation	Ved hver observation

Observationsregimerne udstikker retningslinjer for hyppighed af observation og tidspunkt samt krav til dokumentation.

tionsregimet som en naturlig del af deres arbejde. De gav udtryk for, at de oplevede, at systematikken i observationsregimet hjalp dem med at skabe overblik over dagen. Efterhånden som gruppen af sygeplejersker, der anvendte observationsregimet, blev større, begyndte flere at anvende det. I dag er observationsregimet en integreret del af arbejdet.

De fysiske rammer på den nystartede modtagelse var også med til at gøre implementeringen lettere. Alle sengepladser var indrettet med patientmonitoren og pc til dokumentation, hvilket betød, at monitoreringen var let tilgængelig, og dokumentationen kunne foregå direkte i patientjournalen. Patientmonitorerne kunne indstilles til automatisk blodtryksmåling med fastlagte intervaller, hvilket betød, at monitorering af patienterne kunne foregå automatisk og kontinuerligt hos de dårligste patienter.

På sygeplejekontorerne var der opsat en overvågningsskærm med overblik over alle patientmonitoren. I starten var sygeplejerskerne bekymrede for, om patienterne kun ville blive fjernovervåget, og at plejepersonalet ville holde op med at vurdere patienterne klinisk. En analyse af de opsamlede målinger fra forskningsprojektet viste imidlertid, at observationsregimet i sig selv ikke var den afgørende faktor for, hvordan patienter blev monitoreret. Faktisk blev der foretaget en del målinger uden for observationsregimet (8). Det indikerede, at sygeplejerskerne reagerede på deres kliniske observationer og ikke kun på de systematiske målinger fra observationsregimet, men også at monitorering bruges som et ekstra sæt øjne på patienten.

### Nødvendig tilpasning af observationsregimet

På trods af at patientmonitoreringen blev væsentlig bedre, viste en journalaudit, at opfølgningen på de kritiske observationsfund fortsat var for dårlig. Derfor blev der udført et kvalitativt studie af de tekniske og organisatoriske udfordringer ved identifikation af risikopatienter. Fundene pegede på, at patientmonitorernes manglende tilpasning til den enkelte patient var en del af problemet (9). Patientmonitorerne var indstillet med standard alarmer og ikke tilpasset det observationsregime, som patienten var tildelt. Det resulterede i, at de kritisk syge patienter udløste mange alarmer. Da personalet kunne slå alarmerne fra via overvågningsskærmen på sygeplejerskekontoret, fik de mange alarmer desværre den konsekvens, at alarmer blev slået fra, uden at personalet reelt registrerede, hvad alarmerne drejede sig om, så kritiske alarmer blev overset.

Derfor blev der udviklet profiler til patientmonitorerne svarende til alle observationsregimer, således at en orange patient, der betragtes som kritisk syg,

automatisk fik målt blodtryk oftere samtidig med, at alarmgrænserne var sat bredere, så der ikke kom så mange fejlalarmer.

### Nye alarmer tilpasses individuelt

En analyse af de indsamlede observationer af patienterne viste, at indførelsen af de nye farveprofiler medførte en reduktion i alarmer fra kritisk syge patienter, men en stigning i alarmer fra mindre alvorligt syge patienter (10). Derfor er det besluttet, at såfremt en patient har fejlalarmer, f.eks. pga. kendt hypertension, skal sygeplejersken i samråd med lægen tilpasse alarmerne efter den enkelte patient. Desuden er der lavet ekstra profiler med specielle alarmgrænser for f.eks. børn og patienter med KOL.

Implementering og tilpasning af farveprofilerne resulterede i, at sygeplejerskerne blev mere opmærksomme på løbende tilpasning af observationsregimet i forhold til patientens tilstand, så de undgik fejlalarmer. Såfremt en patient fik det bedre, kunne observationsregimet på baggrund af en lægelig ordination nedjusteres, hvorimod sygeplejersken altid kunne opjustere patientens observationsregime på baggrund af bekymring. Observationsregimet ordineres i patientjournalen, og alle observationer af vitale parametre dokumenteres af sygeplejersken i den elektroniske patientjournal. Dokumentationen sker i henhold til observationsregimet, så hvis patienten observeres hver 2. time, dokumenteres alle værdier hver 2. time.

Efterfølgende har vi undersøgt, hvor mange målinger der automatisk registreres hver klokke time før indførelsen af far-

veprofilerne (nov. 2013 – april 2014), versus efter indførelsen af farveprofilerne (nov. 2014 – april 2015), se figur 3.

Af figuren fremgår, at farveprofilerne har haft en positiv indflydelse på antallet af målinger på patientmonitorerne (1.718.347 målinger i 2014-15 vs. 1.599.049 målinger i 2013-14), og at dette specielt gør sig gældende om natten.

### Tilbagemeldinger en uvurderlig faktor

Rapporten ”Observation af patienter på sygehuse” (3) beskrev, at der var flere udfordringer i forhold til at implementere systematisk observation af vitalparametre, bl.a. travlhed, manglende lyst til forandring, mangel på uddannelse og/eller ledelsesopfølgning, mangel på overvågningsudstyr og it-systemer, som understøtter observationsindsatsen, samt manglende dokumentation (3).

I implementeringsprocessen har vi forsøgt at minimere disse faktorer ved at uddanne personalet, tilpasse de fysiske rammer og have kontinuerlig ledelsesopfølgning. Men fremfor alt er det vores opfattelse, at plejepersonalets tilbagemeldinger har været en uvurderlig faktor i implementeringsprocessen.

Via forskningen har vi haft adgang til detaljerede informationer om, i hvor høj grad observationsregimet blev brugt, og om patienter generelt monitoreres mere. Journalaudit viser, at de nye observationsregimer med farveprofiler på patientmonitorerne har resulteret i øget, systematisk observation af vitale parametre og bedre opfølgning på observationer af kritisk syge patienter. Desuden har implementeringen af observationsregimet og farveprofilerne resulteret i, at den skriftlige dokumentation af vitale parametre er blevet betydeligt bedre.

Der er fortsat udfordringer med at få det samlede overblik over patientens vitale parametre og ikke mindst deres udvikling, sådan som man kender det fra f.eks. anæsthesiskemaer. Derfor har der sideløbende med implementerin-

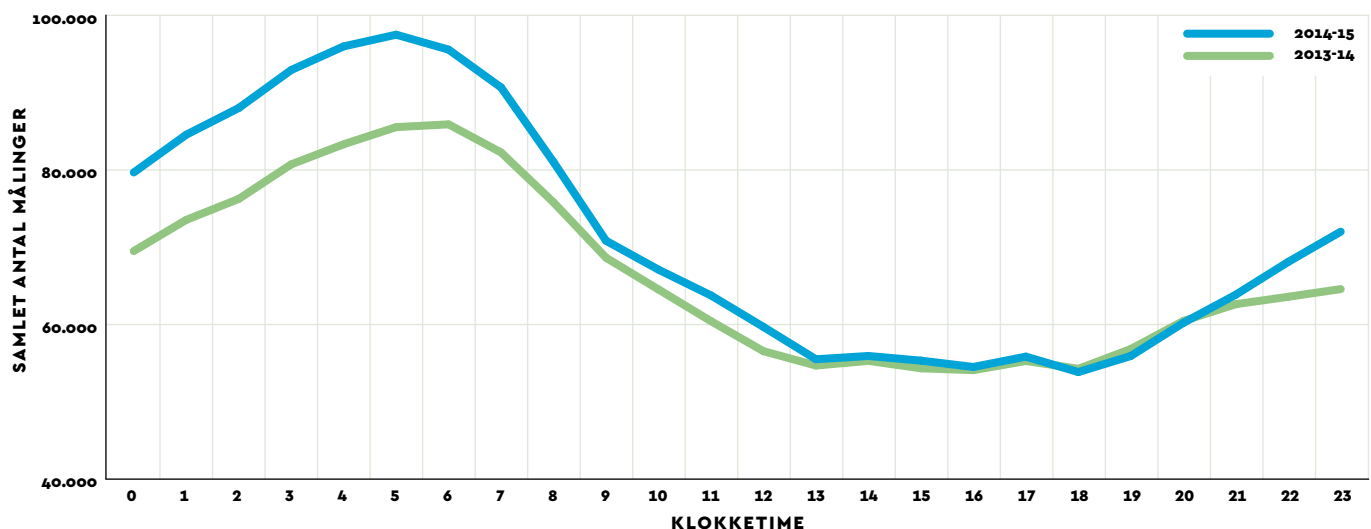
gen været arbejdet på udviklingen af en prototype på et forbedret monitoreringssystem, som gør det muligt for klinikerne at følge udvikling og tilstand på monitorerede patienter mere intuitivt.

### Systemet tegner lovende

Et bærende element i det nye monitoreringssystem er anvendelsen af den scoring og det observationsregime, som allerede er kendt på afdelingen, dog med brug af samtlige målinger fra afdelingens patientmonitører, som automatisk indfanges og visualiseres ved brug af de kendte farver – modsat den nuværende praksis, som ofte baserer sig på spotmålinger. For hver monitoreret patient udtrækkes samtlige målinger foretaget med patientmonitøren over de seneste 24 timer, og de vises i blokke af voksende længde som gennemsnitsfarven for det pågældende tidsrum, se figur 4. Systemet er blevet evalueret i en række workshops og tegner lovende i forhold til at lette overblikket over monitorerede patienter.

De sidste fem års arbejde har vist os, at vi ikke er i mål endnu. Men implementeringsprocessen har givet mange gode og faglige diskussioner om den sygepleje, vi udfører. ●

Figur 3. Antal før- og efterregistrerede målinger



Antal registrerede målinger fra patientmonitører på afdelingen før og efter indførelse af nye observationsregimer.



Figur 4. Udsnit af nyt patientovervågningssystem



Udsnit af nyt patientovervågningssystem, som anvender farvekodning fra det anvendte triagesystem til at angive klassifikation af målinger i et givet tidsrum. F.eks. ses, at Jane Doe på VEST 4 er tildelt grønt observationsregime. Målingerne i den seneste time og for 1-2 timer siden var gennemsnitligt grønne. For 2-4 og 4-8 timer siden var målingerne gennemsnitligt gule osv. Grå farve indikerer, at målinger er foretaget med monitoren i det pågældende tidsrum. Brugeren har mulighed for at gå mere i dybden med målingerne ved at trække en patientboks over i "Indblik"-kolonnen th.

*Hvordan kan sygeplejersker motiveres til at foretage systematisk observation af patienternes vitale parametre?*

*Hvad tænker I om faste observationsregimer? Vil de hæmme eller fremme sygeplejerskers evne til at reagere på kritiske observationsfund?*

*Hvordan kan teknologiske løsninger være med til at sikre systematiske observationer af patienterne?*

## Referencer

1. Franklin C, Mathew J. Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest analyzing responses of physicians and nurses in the hour before the event. *Crit Care Med.* 1994. **2.** Sharples PM, Storey A, Aynsley-Green A, Eyre JA. Confidential inquiry into the quality of care before intensive care unit admission. *BMJ.* 1998. **3.** Bommersholdt ME. Tamarapport om observation af patienter på sygehus. *Patientombudet;* 2014. **4.** Fuhrmann L, Lippert A, Perner A et al. Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards. *Resuscitation.* 2008. **5.** Engel C, Rasmussen L, Nielsen J et al. Potentielt forebyggelige dødsfald på et mellemstort centralsygehus. *Ugeskrift for Læger.* 2007. **6.** Lauritzen M, Skriver C, Bach V. Triage manual Ekstern infonet Region Syddanmark 2011. **7.** Bro F, Ravn B, Vedsted P. Gennembrudsmodellen er en metode til at skabe forandringer. *Ugeskrift for Læger.* 2010. **8.** Schmidt T, Bech CLN et al. Factors related to monitoring during admission of acute patients *Journal of Clinical Monitoring and Computing* 2016. **9.** Schmidt T, Wiil UK. Identifying patients at risk of deterioration in the Joint Emergency Department Cognition, *Technology & Work: Springer Link;* 22 February 2015. **10.** Bech CLN, Schmidt T, Glud M, Wiil UK, Lassen AT. Triage specific patient monitoring greatly impacts the number of alarming events in the Emergency Department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.* 2015 (23). A42.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatter Lise Ewald Rekvad.



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](http://dsr.dk/manuskriptvejledning).



### GITTE VANDBORG RASMUSSEN

Uddannet sygeplejerske 1997, klinisk vejleder 2003, ansat på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center siden 1998, ansat på ADHD-klinikken for børn og unge siden 2008. Læser til master i sundhedsantropologi ved Aarhus Universitet.

[gittersm@gmail.com](mailto:gittersm@gmail.com)



### SANNE LEMCKE

Uddannet sygeplejerske 1984, sundhedsplejerske 2001, Master of Public Health 2009, ph.d. fra Aarhus Universitet 2014. Siden 2013 forskningsplejerske på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Aarhus Universitetshospital Risskov. Har primært arbejdet på pædiatriske og psykiatriske afdelinger.

# Familier til børn med ADHD kan hjælpes til at møde op i ambulatoriet

SMS-påmindelser kan minimere udeblivelser i sundhedsvæsenet. Men en undersøgelse af praksis i en klinik for børn og unge med ADHD **afslørede en række væsentlige fejlkilder** ved håndteringen af SMS-systemet.

## RESUME

Da personalet i ADHD-klinikken for børn og unge på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Risskov satte sig for at analysere, hvordan de kunne forebygge udeblivelser, viste der sig to overordnede temaer: Personalets håndtering af systemet bag påmindelser via SMS samt håndtering af udfordringen for familier, hvor påmindelser via SMS ikke fører til det ønskede resultat.

Udeblivelser fra behandling er en kilde til frustration for personalet, og for at få nærmere kendskab til mulige årsager til udeblivelserne igangsatte personalet et projekt, hvor der blev gennemført en litteratursøgning, analyse af data om fremmøde fra EPJ og interview med tre mødre til børn, som var udeblevet.

Kun til knap en tredjedel af de indkaldte patienter var der afsendt en SMS-påmindelse om mødetidspunkt, og ingen

kunne dokumentere, om beskederne var modtaget. Desuden manglede der faste arbejdsgange, som sikrede opfølgning på indsamling af samtykke til SMS-påmindelser og opdaterede telefonnumre på patienterne.

For en mindre gruppe af familier var en SMS-påmindelse ikke tilstrækkelig til at sikre patientens fremmøde.

Ifølge andre undersøgelser er påmindelser om mødetidspunkter det mest omkostningseffektive middel til at sikre fremmøde, hvorfor projektets resultat satte gang i overvejelser om, hvad der kunne gøres for at optimere udnyttelsen af SMS-påmindelser.

En opfølgende undersøgelse, om ændrede procedurer har haft en effekt, er imidlertid blevet udskudt, da en ny mulig fejlkilde er dukket op: Nu modtager patienter på 15+ år deres indkaldelser via e-Boks.

Udeblivelser i sundhedsvæsenet er til diskussion i de danske medier, og forsøg med pålæg af gebyr ved udeblivelse indenfor den offentlige sygehussektor er en realitet på to hospitalsafdelinger i Region Midtjylland.

Også i ADHD-klinikken for børn og unge kender vi til problematikken med udeblivelser. ADHD-klinikken følger børn og unge i medikamentel behandling for ADHD (se boks 1) og er en del af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland (BUC) (se boks 2).

Udeblivelser og sene afbud har været en daglig frustrationskilde i ADHD-klinikken. I en travl og hektisk hverdag præget af et ønske om at få tingene til at glide og med stadigt større arbejdspress blev der mere og mere fokus på problemerne med udeblivelse.

Blandt personalet var der mange forslag til løsninger, men ADHD-klinikken valgte først at lade en sygeplejerske undersøge problematikken. Projektet blev gennemført i samarbejde med forskningsafsnittet på BUC.

Formålet med projektet var dels at belyse omfanget af og årsagerne til udeblivelserne i ADHD-klinikken, dels at undersøge, om der fandtes national eller international litteratur om problemstillingen. I det følgende beskrives væsentlige pointer fra projektets tilblivelse, herunder metode, indhold og diskussion.

### Antal udeblivelser skulle ned

Personalet i ADHD-klinikken havde et ønske om at nedbringe antallet af udeblivelser for at sikre den bedst mulige kontinuitet og kvalitet i behandlingen af børnene og for at få bedre mulighed for at planlægge arbejdstiden.

Erfaringen fra klinikken viser, at det ofte er børn af særligt sårbare familier, der udebliver. Som følge af udeblivelserne risikerer børnene at få det dårligere, fordi deres medikamentelle behandling ikke bliver reguleret, og de relevante voksne ikke modtager vejledning vedrørende barnets vanskeligheder. Ved projektstart var proceduren, at forældrene blev kontaktet telefonisk, såfremt et barn udeblev fra ADHD-klinikken uden afbud. Hvis familien derefter fortsat



**Det vurderes, at de børn, der ikke møder op til de planlagte kontroller, generelt er mere syge end de børn, der møder op.**

### Boks 1. ADHD er en udviklingsforstyrrelse

ADHD er en udviklingsforstyrrelse, som viser sig med symptomer i form af nedsat koncentrationsevne, nedsat impuls kontrol samt hyperaktivitet. Ca. 3-5 pct. af danske børn i skolealderen har ADHD, flere drenge end piger. Det vil i praksis sige, at der i en dansk skoleklasse sidder 1-2 elever med ADHD. Behandlingen efter endt udredning er i første omgang pædagogisk, og i sværere tilfælde kan medicinering med centralstimulerende eller anden ADHD-medicin iværksættes.

udeblev uden afbud, blev barnet udskrevet, medicinen blev seponeret, og der blev lavet underretning til socialforvaltningen.

Projektet kom til at indeholde en søgning af eksisterende litteratur om problemet samt tiltag til at imødegå udeblivelser. Derefter udarbejdede vi en opgørelse over problemets omfang i ADHD-klinikken, og vi undersøgte BUC's samt ADHD-klinikken interne procedurer omkring booking og håndtering af udeblivelser. Desuden blev der foretaget tre telefoninterview med mødre til udeblevne børn og unge i ADHD-klinikken (se boks 3).

### Litteratur skal belyse fænomenet

Med litteraturgennemgangen var ønsket at belyse, hvad man ved om fænomenet udeblivelser i sundhedsvæsenet, primært i psykiatrien, og hvor stort problemet er på et mere generelt plan.

Med hjælp fra forskningsbiblioteket ved Psykiatrisk Hospital, Risskov, blev der søgt

## Boks 2. ADHD-klinikken

ADHD-klinikken for børn og unge er en del af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Risskov. Her følges ca. 700 børn og unge i alderen 7-21 år. Primære opgaver er halvårlig medicinkontrol samt i mange af sagerne udvidet samarbejde med eksterne samarbejdspartnere som skole, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) og socialforvaltning. Derudover videreudredning ved behov. I klinikken er ansat sygeplejersker, læger og socialrådgivere. Målgruppen er børn og unge udredt med ADHD, hvor kompleksiteten i sagen er så stor, at behandlingen ikke kan følges hos egen læge. Sagerne er ofte kendetegnede ved svær komorbiditet, sociale problemer i hjemmet og/eller komplekse medicinske problemstillinger.

litteratur i relevante databaser. Søgningen i databaserne PubMed, Cinahl, Psychinfo samt Web of Science resulterede i 548 artikler. Artiklerne blev sorteret på baggrund af overskrifter og, hvor det var relevant, også abstracts. 47 artikler danner baggrund for litteraturstudiet. Den anvendte litteratur stammer primært fra England og USA, men det er også lykkedes at finde danske undersøgelser om emnet.

Udeblivelser blandt børn og unge i psykiatrien er af flere beskrevet som en særlig kompleks problemstilling. Flere af forskerne foreslår, at man frem for at se på enkelte prædiktorer, der indikerer, at en patient vil udeblive, ser på de barrierer/forhindringer, der er til stede i den enkelte familie som helhed. På den baggrund bør indsatsen skræddersys til hver enkelt familie – om nødvendigt på tværs af sektorer og eventuelt i samarbejde med det sociale system (1). Engelske forskere foreslår på den baggrund en udskiftning af det vanlige engelske begreb DNA (Did Not Attend) med begrebet WNB (Was Not Brought), når det handler om udeblivelser blandt børn og unge (2).

Litteraturen giver ikke noget klart svar på, hvem der udebliver, dog nævnes de socialt udsatte patienter af flere forfattere som en risikogruppe. I et dansk studie af Kofoed et al. refereres til engelske undersøgelser, der viser, at hvert tredje udeblevne barn er kendt i det sociale system (3). Det vurderes, at de børn, der ikke møder op til de planlagte kontroller, generelt er mere syge end de børn, der møder op.

I litteraturen er der overvejende enighed om, at forglemmelser og administrative fejl er en væsentlig årsag til udeblivelser. I tråd med dette viser det sig, at påmindelser virker. Det være sig i form af brev, telefonopkald eller SMS-påmindelse (4). Flere studier viser, at SMS-påmindelse er det mest omkostningseffektive tiltag til forebyggelse af udeblivelser. Derudover påpeges det fra flere sider, at der mangler undersøgelser af den interne administrations betydning for forekomsten af udeblivelser (2). For hele området gælder det dog, at det er svært at sammenligne undersøgelsesresultater pga. stor variation i de anvendte undersøgelsesmetoder samt forskellene på sundhedssystemerne internationalt.

### Knap hver femte udeblev

På baggrund af registreringer gennem fem måneder af udeblivelser og sene afbud (indenfor et døgn) i ADHD-klinikken fandt vi, at udeblivelsesprocenten i gennemsnit i den periode var 16,3 pr. måned, se figur 1.

Til sammenligning fandt undersøgelser i et dansk somatisk børneambulatorium en udeblivelsesprocent på henholdsvis 9,5 og 10. (3,5). En undersøgelse i en dansk ADHD-klinik for voksne viste, at hele 42 pct. af patienterne udeblev fra tre eller flere samtaler i løbet af et år (6), og en undersøgelse af forholdene i engelsk børne- og ungdomspsykiatri fandt en udeblivelsesprocent på 15,6. (7).

### Relevant at se på procedurer

I forbindelse med gennemgangen af listerne med registrerede udeblivelser blev vi opmærksomme på, at det også var muligt at trække tal vedrørende afsendte SMS-påmindelser. Ved en gennemgang af disse oplysninger fandt vi, at der blot var afsendt SMS-påmindelse til 28 pct. af de indkaldte patienter i den førnævnte femmåneders periode. Det er det antal påmindelser, som systemet angiver at have sendt. Det er uvist, hvor mange af beskederne der er modtaget af patienterne. På dette tidspunkt i projektet blev det meget relevant at se nærmere på ADHD-klinikens og det samlede BUC's procedurer for booking, indkaldelser, SMS-afsendelse samt forebyggelse og håndtering af udeblivelser. Dette er gjort via interview med sekretærer og andre medarbejdere med indsigt i systemet. Temaet er desuden drøftet med behandlerne fra ADHD-klinikken.



## Litteraturen understreger, at interne administrative fejl må ses som en væsentlig årsag til udeblivelser i sundhedsvæsenet.

### Væsentlige fejlkilder identificeret

Der er fundet en række væsentlige fejlkilder ved håndteringen af SMS-systemet. Væsentligst er, at der skal foreligge mundtligt eller skriftligt samtykke fra patienten forud for anvendelsen af SMS-systemet. Samtykkeerklæringen sendes med ved første indkaldelsesbrev fra klinikken, men returneres desværre i ringe grad. Der var på undersøgelsestidspunktet ikke faste arbejdsgange, der sikrede, at samtykket kom retur, ligesom der ikke var korrekte procedurer for efterfølgende opdatering af telefonnumre i den elektroniske patientjournal (EPJ) til SMS-service. En yderst væsentlig fejlkilde blev identificeret, idet behandlerne fejlagtigt opdaterede nye telefonnumre i et felt i EPJ, der ikke samarbejder med SMS-systemet. En anden væsentlig fejlkilde, der blev identificeret, var, at sekretæren manuelt ved hver booking og indkaldelse skal



vinge af i EPJ, at familien ønsker SMS-påmindelse, også selv om der foreligger samtykke til SMS-påmindelse, og telefonnummeret er opdateret og ajourført.

### Interview bidrog med nye vinkler

For at belyse familiernes perspektiv på problematikken omkring udeblivelser blev der udført tre telefoninterview med mødre til udeblevne unge patienter. Interviewene tjente som udmærket illustration af flere af de temaer, der i forvejen var fokus på i projektet. Desuden bidrog de i kraft af mødrenes overvejelser med nye vinkler på problemerne med udeblivelser.

Alle interviewede mødre nævnte SMS-påmindelse som det første, da de blev spurgt til råds om at nedbringe udeblivelsesraten i ADHD-klinikken. Kun en af dem var koblet på SMS-systemet, de to andre kendte ikke tilbuddet om SMS-påmindelse. Derudover beskrev de eksempler på interne, administrative fejl i ADHD-klinikkens procedurer omkring indkaldelse og booking, hvilket i flere tilfælde har resulteret i udeblivelser.

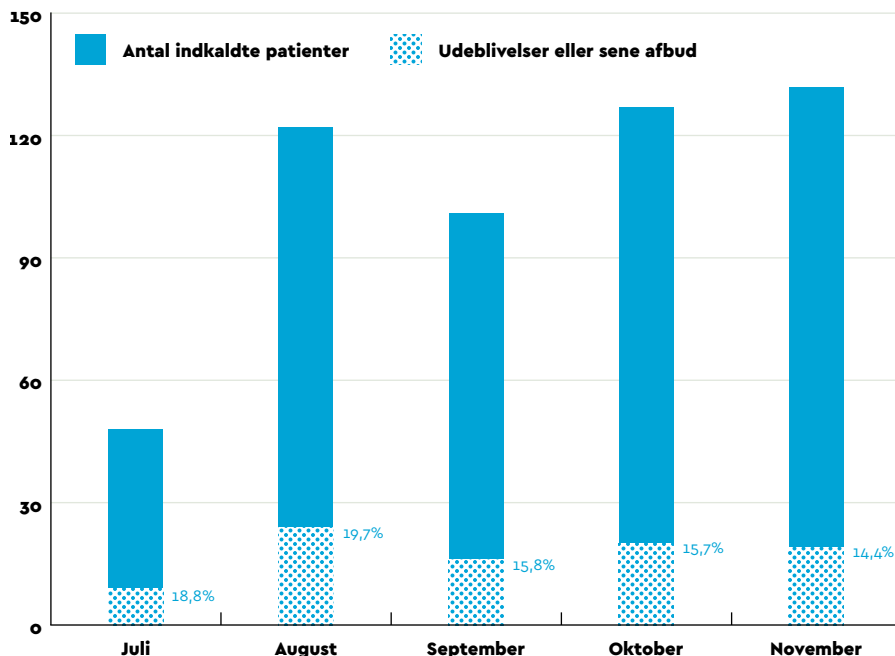
Interviewene illustrerer, hvordan det, der kan virke motiverende i forhold til fremmøde hos den ene patient, kan have den stik modsatte effekt hos den anden patient. Venteværelset opleves af en mor som en motiverende faktor, da hun forbinder det med hygge og god stemning. I modsætning hertil overvejer en anden mor, hvorvidt det at skulle sidde i venteværelset og "udstille" sin ADHD kan være skyld i udeblivelser hos børn og unge, der har det svært med deres diagnose. En bekræftelse af, at forebyggelsen af udeblivelser i ADHD-klinikken kan kræve en individuelt tilrettelagt indsats.

### Påmindelser via SMS er mest omkostningseffektivt

Kun de væsentligste komponenter i projektet er medtaget i denne artikel. Vi vil forsøge at opsummere og sammenfatte de resultater, projektet har vist.

Figur 1. Antal udeblivelser

Udeblivelser i ADHD-klinikken i efteråret 2014



### Boks 3. Projekt

I forbindelse med projektet blev følgende gennemført:

- Et litteraturstudie af publicerede artikler og rapporter fundet i nationale og internationale databaser
- Analyse af registrerede oplysninger om udeblivelser i klinikken
- Interview med ansatte i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center
- Interview med forældre til udeblevne børn
- Formidling af resultaterne via en projektrapport, præsentation til relevante faggrupper og en poster på ICN-konferencen i 2017

Der er udarbejdet flere undersøgelser, der viser, at påmindelse i form af breve, telefonopkald eller SMS virker, og Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) konkluderer, at SMS-påmindelse er den mest omkostningseffektive indsats i forhold til forebyggelse af udeblivelser. I forbindelse med projektet blev det konstateret, at ADHD-klinikkens SMS-system ikke fungerede optimalt. Der er beskrevet store fejlkilder i procedurerne omkring håndteringen af SMS-systemet, hvilket betyder, at der kun er afsendt SMS-påmindelse til 28 pct. af de indkaldte patienter. Det er uvist, hvor mange af beskederne der er modtaget af de rette patienter. Den manglende udnyttelse af SMS-systemet kan være en af grundene til problemerne med udeblivelser i ADHD-klinikken.

Ønsket om et mere velfungerende SMS-system blev bragt på banen af de interviewede mødre. Fra interviewdelen udsprang flere relevante idéer til optimering af nuværende SMS-system, som mødrene ønsker udviklet. Der ønskes f.eks. mulighed for at få beskeden sendt til to telefonnumre, direkte booking i forældrenes elektroniske kalender samt diskretion af ordlyden, så det ikke afsløres, at den unge følges i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

### Administrative fejl har betydning

Litteraturen understreger, at interne administrative fejl må ses som en væsentlig årsag til udeblivelser i sundhedsvæsenet. Ud over de nævnte fejlkilder i anvendel-

sen af SMS-systemet anses også håndtering af booking og indkaldelser generelt, opdatering af adresser, telefonnumre osv. som områder, det vil være relevant at se nærmere på for at forebygge udeblivelser. Fra interviewdelen fortæller en mor, at hun havde oplevet at møde op til samtale med indkaldelsen i hånden, men at behandleren var på ferie. En anden mor havde oplevet at blive gjort opmærksom på, at hendes dreng var udeblevet ved seneste konsultation, men hun havde aldrig modtaget en indkaldelse. Et velfungerende SMS-system vil i kraft af påmindelsesfunktionen kunne tjene som en slags ekstra sikkerhedsnet for andre interne administrative fejl, f.eks. indkaldelser, der ikke er modtaget.

#### Alternativer til SMS nødvendige

I de familier, hvor en SMS-påmindelse ikke er tilstrækkelig til at sikre patientens fremmøde, bør familiens behov for støtte til fremmøde drøftes med familien. Eksterne samarbejdspartnere som skole og socialforvaltning kan eventuelt involveres (1). Indsatsen kan være stor eller lille, i nogle tilfælde kan en lille belønning til barnet, f.eks. juice til samtalen, være det afgørende. En mor, som blev interviewet, havde en fast aftale med sit barn om en fælles hygge-fridag efter kontrol i ADHD-klinikken, hvilket moderen omtalte som afgørende for barnets motivation. I andre tilfælde har vi fra ADHD-klinikkens side samarbejdet med socialforvaltningen om, at forældrene støttes til at få børnene bragt til kontrol. Eksemplet fra interviewdelen vedrørende venteværelset illustrerer desuden vigtigheden af en individuel tilgang. Denne individuelle og bredt baserede indsats vil ofte være mere krævende ressourcemæssigt. Spørgsmålet er dog, om ikke det betaler sig at støtte patienterne og deres familier til at fastholde fremmødet. De seneste forskningsresultater fra Rockwool Fonden understøtter denne tese (8), idet de viser, at en voksen med ubehandlet ADHD i gennemsnit koster samfundet 150.000 kr. pr. år.

#### To overordnede temaer har betydning

På baggrund af projektet konkluderer vi, at forebyggelse af udeblivelser i ADHD-klinikken har to overordnede temaer: Det ene omhandler SMS-systemet og administrative procedurer. I de fleste familier vil SMS-påmindelse være nok til at sikre fremmøde eller rettidigt afbud. En grundig gennemgang af procedurerne for SMS-påmindelse og generelle administrative procedurer anbefales. Det andet tema er rettet mod de familier, der fortsat har problemer med udeblivelser på trods af SMS-påmindelse. Her kan behandleren i samarbejde med familien og eventuelle eksterne samarbejdspartnere skræddersy en løsning, der kommer den enkelte families behov for støtte i møde.

#### Skærpet fokus på procedurer

Efter projektets afslutning i april 2015 har det affødt skærpet fokus på procedurerne omkring SMS-påmindelse i hele BUC. Der er trykt plakater, som informerer patienterne og forældrene om muligheden for at få SMS-på-



## Projektet og den øgede fokus på emnet i ADHD-klinikken har gjort, at dialogen med familierne om dette emne er mere åben og direkte, hvilket optimerer mulighederne for en individuel indsats.

mindelser, og disse er distribueret til op-hængning i venteværelserne på alle afsnit. Projektet og det øgede fokus på emnet i ADHD-klinikken har gjort, at dialogen med familierne om dette emne er mere åben og direkte, hvilket optimerer mulighederne for en individuel indsats. Der er desuden gjort en målrettet indsats for at identificere de mere belastede familier, som har brug for særlig støtte bl.a. til at sikre fremmøde. Der arbejdes fortsat på at udvikle denne indsats inden for de givne økonomiske rammer.

#### Ny og større mulig fejlkilde fundet

Planen var at udarbejde fornyede målinger af udeblivelsesprocenten i ADHD-klinikken efter iværksættelse af nævnte tiltag. Undersøgelsen er imidlertid udsat, idet en ny større fejlkilde er dukket op. Unge patienter på 15+ år modtager nu kun deres indkaldelse i e-Boks, hvilket personalet i ADHD-klinikken oplever som en (ikke-dokumenteret) faktor, der øger antallet af udeblivelser. ●

#### Referencer

1. Benway CB, Hamrin V, McMahon TJ. Initial appointment nonattendance in child and family mental health clinics. *Am J Orthopsychiatry* 2003;73(4):419-28.
2. Arai L, Stapley S, Roberts H. "Did Not Attend" in children 0-10: a scoping review. *Child Care Health Dev* 2014;40(6):797-805.
3. Koføed P, Mølgaard Hansen L, Ammentorp J. Påmindelsesbreve reducerer udeblivelser i et børneambulatorium: et opfølgingsstudie. *Ugeskr Laeger* 2009;171(17):1375-79.
4. Eriksen M, Kjellberg J. Nedbringelse af udeblivelser i sundhedsvæsenet: Internationalt litteraturstudie. [www.kora.dk](http://www.kora.dk) 2013 august.
5. Kruse LV, Hansen LG, Olesen C. Non-attendance at a pediatric outpatient clinic. SMS text messaging improves attendance. *Ugeskr Laeger* 2009;171(17):1372.
6. Soendergaard HM, Thomsen PH, Pedersen P et al. Treatment dropout and missed appointments among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: associations with patient- and disorder-related factors. *J Clin Psychiatry* 2016;77(2):232-39.
7. Mitchell AJ, Selmes T. A comparative survey of missed initial and follow-up appointments to psychiatric specialties in the United Kingdom. *Psychiatr Serv* 2007;58(6):868-71.
8. Daley D, Jacobsen HJ, Lange AM et al. Private and Social Costs of ADHD: cost analysis. *Nyt fra Rockwool Fondens Forskningsenhed*. 2014 september.



*Hvordan kan I sætte udeblivelser på dagsordenen, og hvilke etiske dilemmaer skal I overveje i den forbindelse?*

*Hvordan kan I tænke brugerinddragelse ind i debatten om udeblivelser i sundhedssektoren?*

*Hvilke forslag har I mht. at løse problemerne omkring den gruppe patienter, som udebliver på trods af påmindelse og eventuelt bøder?*



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](http://dsr.dk/manuskriptvejledning).

# Usynlige smerter bliver ikke taget alvorligt

Patienter med rygsmerter oplever mangel på anerkendelse af deres sygdomsproblematikker. **Men bedre kommunikation om smerternes betydning** kan virke sundhedsfremmende.



**JANNE BRAMMER DAMSGAARD**

Uddannet sygeplejerske 1997, cand. cur. 2004, ph.d. 2016. Foredragsholder "Praksis for Omsorg", beskikket censor.

[jannedamsgaard@webspeed.dk](mailto:jannedamsgaard@webspeed.dk)

Denne artikel bygger på resultaterne fra min ph.d.-afhandling (1), hvor jeg har undersøgt, hvordan patienter, der skal have foretaget rygoperation, oplever deres sygdoms- og indlæggelsesforløb.

Resultaterne viser, at patienterne kæmper med komplekse udfordringer af eksistentiel karakter, som kan være svære at kommunikere om, og som derfor kan risikere at træde i anden række eller helt at blive sprunget over i en effektiv og travl ortopædkirurgisk hverdag. Dvs. alt det, der påvirker os mennesker i hverdagen, i livet og i tilværelsen med familie, venner og job, former og farver vores oplevelse af, hvordan vi har det. At inddrage dét, der hænder for os, er derfor afgørende, hvis vi som sundhedsprofessionelle ønsker, at patienterne skal opnå et sundhedsfremmende og meningsfuldt indlæggelsesforløb. Et for ensidigt fokus på kroppen som biologisk enhed betyder, at interpersonelle, psykosociale og sociokulturelle sygdomsproblematiske overses.



## Det viser sig, at dét at lide af en sygdom, der ikke er synlig for det blotte øje, er en udfordring for patienterne.

### RESUME

Sundhedsprofessionelle bør arbejde ud fra en holistisk og psykosocial forståelse af, hvad pleje og behandling er. Et ph.d.-projekt viser, at patienter, som skal have foretaget en deseoperation, kæmper med komplekse udfordringer af eksistentiel karakter, som kan være vanskelige at kommunikere med sundhedspersonalet om. Derfor risikerer problemerne at træde i anden række eller at forblive helt oversete i en effektiv og travl ortopædkirurgisk hverdag.

Gennem observationer og interview med patienter på et hospital i Region Midtjylland beskriver patienter, hvordan de oplevede deres sygdomssituation, deres indlæggelsesforløb og deres interaktion med de sundhedsprofessionelle.

Undersøgelsen afslørede mange sygdomsoplevelser, men sammenfattede, at patienter med rygsmerter, der ikke kan ses med det blotte øje, oplever at kæmpe med en følelse af mangel på anerkendelse af deres sygdomsproblematiske.

Patienternes hverdagsoplevelser mødes af en biomedicinsk forståelse, der hovedsagelig fokuserer på fysiske problemer. Men dette er ikke nødvendigvis fokus for patienterne, som giver udtryk for, at de føler sig som objekter i en behandlingsproces.

Undersøgelsen konkluderer, at i forståelsen af patientens livsforandrende oplevelser er det vigtigt, at sundhedsprofessionelle inkluderer patientens hverdagsliv.

Artiklen har til hensigt at rette fokus mod områder af eksistentiel karakter, der har betydning for patienters oplevelse af meningsfuldhed og dermed sundhed. På den baggrund argumenteres for, hvordan vi som sundhedsprofessionelle kan indgå i samtalerne med patienterne om det. Der lægges desuden op til refleksion over, hvordan vi kan forbedre kompetencerne på området.

### Patienterne føler sig ikke forstået

Gennem tiden har patienter og organisationer peget på lange, ukoordinerede og udmattende sygdomsforløb med store personlige omkostninger. Nogle oplever ligefrem, at de ikke tages alvorligt, men mødes med insinuationer om psykologiske problemer, eller at de forsøger at snyde sig til mere medicin og offentlige goder. Studier viser, at livet med smerter kan være så kaotisk og traumatisk, at patienter kan være i fare for en egentlig depression (2,3).

Det er forståeligt, at mennesker med smerter oplever eksistentielle udfordringer, og inden for ortopædkirurgien viser det sig, at patienter, der skal have foretaget en såkaldt deseoperation, som ofte er sidste mulighed, kan være særlig hårdt ramt. De har haft kontakt med mange instanser, de har været til utallige konsultationer, og de har indgået i forudgående behandlinger – ofte uden succes.

Sundhedssystemet er opmærksom på det og har reageret ved at udforme evidensbaserede anbefalinger, og man har søgt at koordinere patientforløbene både tværfagligt og tværsektorielt, så de er blevet mere systematiske og effektive.

Men på trods af tiltagene viser det sig, at patienter fortsætter med at pege på udfordringer med sundhedssystemet og de sundhedsprofessionelle i forhold til behandling, information, magtesløshed, følelser af mistillid og oplevelser af at skulle retfærdiggøre smerteoplevelser og af ikke at blive forstået.

### Interview suppleret med observationer

Undersøgelsens data blev indsamlet gennem interview suppleret med observationer. I bearbejdningen af data anvendtes den franske filosof Paul

Ricoeurs fænomenologisk-hermeneutiske fortolkningsteori (4). Undersøgelsen foregik på et hospital i Region Midtjylland. Observationerne blev udført for at kvalificere interviewene og blev foretaget på sengeafdeling, patienthotel, ambulatorie, operationsstue, opvågning samt informationsmøder.

Der blev udført semistrukturerede interview med 10 patienter. Interviewene bestod af åbne spørgsmål, der gav patienterne mulighed for at beskrive, hvordan de oplevede deres sygdomssituation, indlæggelsesforløb og interaktion med de sundhedsprofessionelle. Hver patient blev interviewet to gange, første gang under indlæggelsen få dage efter operationen og anden gang i deres eget hjem ca. to måneder efter udskrivelsen.

Undersøgelsens resultater viser, at patienterne bringer mange sygdomsoplevelser med sig. Rygsmerter kan ikke ses med det blotte øje, hvilket betyder, at patienterne ofte kæmper med en følelse af mangel på anerkendelse af deres sygdomsproblematikker.

Identiteten som patient med rygsmerter kan "sætte sig fast" og komme til at definere patienterne. Det får den konsekvens, at det efter en rygoperation kan være svært at finde ud af, hvordan der skabes en ny meningsfuld hverdag.

Den slags psykosociale og eksistentielle oplevelser er vigtige at få sat fokus på i kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle.

### **Skaber mening ud fra oplevelser af sammenhæng**

Når man bliver bedt om at fortælle om sine oplevelser, giver det god mening som det første at gøre rede for, hvad der går forud for den situation, man befinder sig i nu. Det stemmer overens med Paul Ricoeurs idéer om at skabe mening ud fra oplevelser af sammenhæng i fortid, nutid og fremtid.

Ifølge Ricoeur er et godt liv og dét at være menneske forbundet med sammenhængende og meningsfulde minder med oplevelser, der er med til at skabe et forståeligt fundament for livet nu og for positive forventninger til fremtiden (5).



## **Tillidsfulde relationer kan bibringe patienterne følelser af håb, som i sig selv er terapeutisk helende. Det modsatte kan føre til øget følelse af magtesløshed, forvirring og frustration.**

### **Usynlig sygdom er en udfordring**

Det viser sig, at det at lide af en sygdom, der ikke er synlig for det blotte øje, er en udfordring for patienterne. At der ikke er synlige tegn, kan bevirke, at de føler, at deres sygdom ikke bliver anerkendt som et reelt problem. I den sammenhæng bliver nogle patienter særligt følsomme og opmærksomme på, hvad andre tænker. Uovervejede bemærkninger eller insinuationer om, at smerterne ikke er så alvorlige, som patienterne giver udtryk for, kan føre til følelser af usikkerhed og magtesløshed. Patienterne føler sig krænkede, bliver usikre og mister troen på deres egen dømmekraft – nogle beskriver, hvordan det ligefrem kan medføre, at de mister troen på sig selv, og begynder at tvivle på, om smerterne er noget, de bilder sig ind. Utroværdighed er derfor en følelse, som patienterne forbinder med deres sygdomsoplevelser.

### **Patienter bør mødes med anerkendelse**

Vi ved, at kommunikationen med de sundhedsprofessionelle er meget vigtig for patienterne, og i den sammenhæng er det afgørende, at patienterne mødes med anerkendelse. Patienter beretter om, at en positiv interaktion ligefrem kan have en smertestillende effekt ved, at de sundhedsprofessionelle lytter og skaber mulighed for, at de kan fortælle om områder, der har betydning for dem.

Men alt for ofte oplever patienterne, at de sundhedsprofessionelle er presset på tid, hvorved møderne næsten udelukkende kommer til at dreje sig om medicin eller om, hvordan en behandling skal foregå. En patient udtrykte sig således:

"Det bør være sådan, at når nogen spørger, hvordan du har det, så er man villig til at lytte. Det ville være rart med en lille snak. Men det er mest: Har du

I min undersøgelse havde patienterne fokus på sygdomsforløbet forud for diagnosen, på beslutningen om operation og på udskrivelsen og den efterfølgende hverdag.

### **Smerten påvirker selvopfattelsen**

Patienterne fortalte om, at smerterne var omdrejningspunkt for alt, hvad de foretog sig. Mange patienter havde været plaget af smerter gennem flere år, og det havde haft negativ indflydelse på deres hverdag i forhold til arbejde, familie og relationer til venner.

Smerterne havde ført til forandring i måden, hvorpå de opfattede sig selv, idet det viste sig, at smerterne var kommet til at definere dem som menneske. De var blevet usikre på sig selv, og i den kontekst var det afgørende, at andre ikke direkte kunne se og dermed forstå den situation, de befandt sig i.

Utallige besøg ved mange sundhedsprofessionelle bidrog til usikkerheden. Patienterne fortalte om forløb, der var kendetegnet ved divergerende udtalelser om deres sygdomsproblematik. De oplevede, at sundhedsprofessionelle mest havde været interesseret i deres tilstand som patienter, ikke i dem som personer.



feber, har du smerter? Det burde være i orden at sige: ”Ved du hvad, jeg har det ikke godt, der er noget, jeg ikke har fået sat på plads””

Min undersøgelse viser, at patienternes hverdagsoplevelser mødes af en biomedicinsk forståelse, der hovedsageligt fokuserer på fysiske problematikker. Men dét er ikke nødvendigvis fokus for patienten – hver patient møder sygdom på sin egen måde.

Set fra dette perspektiv bliver det lettere at forstå, hvorfor patienter igen og igen udtrykker, at de sundhedsprofessionelle ikke er interesseret i dem som mennesker, men at de føler sig som objekter i en behandlingsproces. Det biomedicinske perspektiv tager ikke det faktum i betragtning, at patienters sygdomserfaringer er skabt ud af en kompleks virkelighed, hvor dialog og relationelle forhold er essentielle i forhold til at identificere individuelle behov og præferencer.

### **Beslutning om operation er et vendepunkt**

Det at få en diagnose og at blive anbefalet en operation opleves af mange patienter som et vendepunkt. Tilbud om operation bevirker, at patienter føler sig forstået og oplever fornyet håb om en fremtid uden smerter. Det associeres med sundhedssystemets legitimering af deres sygdomsproblematik og med, at lægerne ved, hvad de skal gøre ved den.

Nogle patienter beskriver endda samtaler med de sundhedsprofessionelle som så intense, at de oplever det som at befinde sig i en boble, hvor den hektiske travlhed på hospitalet for et øjeblik forsvinder.

For patienterne er beslutningen om operation afgørende og synonym med håb for en fremtid med færre smerter. De oplever det som en tung byrde, der bliver løftet af deres skuldre. Hvor de før har måttet tage en dag ad gangen, føler de sig nu i stand til at se muligheder for en lysere fremtid. De håber på at kunne genoptage hverdagen, som den var, før smerterne indtrådte.

Den tyske filosof Axel Honneth (6) skriver om vigtigheden af at føle sig anerkendt som menneske og omvendt om, hvordan mangel på anerkendelse opleves. Honneth refererer til bogen ”Invisible Man” af Ralph Ellison (7), hvor hovedpersonen føler sig ydmyget, fordi han igen og igen oplever, at andre mennesker ser lige igennem ham. Usynligheden er ikke en fysisk tilstand, han er ikke usynlig (bogstavelig talt). Han oplever, at andre mennesker afviser ham, og det er dét, der får ham til at føle sig usynlig, se boks 1.

Overføres tankerne til patientperspektivet, bliver det lettere at forstå, hvorfor det at få en diagnose og blive tilbudt en operation kan føles som en lettelse og være afgørende for patienterne. I hverdags sproget er der indlejret accept og ikke-accept, så når patienterne føler sig mistænkeliggjort og har svært ved at få en diagnose, såres de set i forhold til deres positive forståelse af sig selv. De oplever at forsvinde som person, ikke rent fysisk, men de føler sig som sociale ikke-eksistenser.

### **Operation giver håb om færre smerter**

At leve med smerte kan være voldsomt destruktivt fysisk såvel som psykisk for både personen selv og for familien. At gennemgå operation igangsætter håb om et liv med færre smerter

og medfører på samme tid frygt i forhold til operationens resultat og for, hvordan fremtiden skal blive. At være en patient, der måske gennem længere tid har været plaget af smerter, har gennemgået operation og nu er udskrevet, har mange fysiske og psykosociale udfordringer at skulle forholde sig til (8,9).

Nogle patienter formår at inkorporere deres smerter i hverdagen, mens andre gennemgår et komplekst forløb, der involverer ekstraordinære faser af turbulens og bekymringer (10).

### **Håb for fremtiden er vigtigt**

Ifølge sygeplejerske og sociolog Afaf Meleis er sundhed ikke kun at være fysisk rask. Meningsfulde oplevelser og håb for fremtiden er vigtige elementer. Det er essentielt at føle, at der er forståelig og meningsfuld forbindelse mellem begivenheder i livet (11). For patienter, som har følt sig mistænkeliggjort, og som har kæmpet en kamp om anerkendelse, betyder det, at stabilitet, normalitet og håb er afgørende.

Derfor er det vigtigt, at sundhedsprofessionelle er opmærksomme på, at patienter befinder sig i en periode bestående af forandring, og her er det essentielt, at de professionelle formår at etablere relationer, der kan være med til at skabe en følelse af sammenhæng. Tillidsfulde relationer kan bibringe patienterne følelser af håb, som i sig selv er terapeutisk helende. Det modsatte kan føre til øget følelse af magtesløshed, forvirring og frustration.

### **At være fortrolig med smerterne**

Nogle patienter er i stand til at sige ”det her er så godt, som det kan blive”. For andre har smerterne og sygdomsforløbet været så indgribende, at de har svært ved at genfinde sig selv og dermed være i stand til at reetablere deres rolle som rask forælder, partner eller kollega. Oplevelserne har været så overvældende, at patienterne har udviklet en form for fortrolighed med smerterne, de er kommet til at identificere sig med rollen som patient.

Ifølge den tyske sociolog Hartmut Rosa er vores oplevelser afgørende for formning af vores identitet (12). Min undersøgelse

#### **Boks 1. Om at føle sig usynlig**

”Jeg er en usynlig mand. Nej, jeg er ikke et spøgelse af den slags, der hjemsøgte Edgar Allan Poe; heller ikke et ektoplasma af dem, De kender fra Hollywood-film. Jeg er et menneske af stof, af kød og ben, fibre og væsker – og man kan endog sige, at jeg har en sjæl. Jeg er usynlig, må De vide, ganske simpelt fordi folk nægter at se mig ... Når folk nærmer sig, ser de kun mine omgivelser, sig selv eller brudstykker af deres fantasi – ja, de ser alt og intet undtagen mig.”

Kilde: Ralph Ellison (1914-1994):  
”Usynlig mand” (1947/1970).

gelse viser, at det for nogle patienter er følelser af mistænkeliggørelse og magtesløshed, der er resonansbund for deres selvbillede; smerterne har karakteriseret deres liv i mange år, hvorimod fremtiden er uforudsigelig, ukendt og usikker.

Et godt liv er således forbundet med det, der betyder noget for os som menneske eller som patient, altså med meningsfulde sociale relationer, med meningsfulde oplevelser, der skaber vores identitet. Sådanne oplevelser udfolder sig i og er koblet til vores hverdagsliv, de er modvægten til følelser af magtesløshed, tomhed og usikkerhed.

At føle sig rask er altså ikke nødvendigvis ensbetydende med fravær af smerte, men er nærmere et spørgsmål om at befinde sig på et acceptabelt niveau i forhold til symptomer og kongruens mellem tidligere, nuværende og fremtidige forventninger.

#### **Lev livet meningsfuldt**

At komme sig efter sygdom involverer således at finde måder, hvorpå man kan blive i stand til at leve livet på en meningsfuld måde. Det involverer både struktur og proces. Her gør sundhedspersonale meget ud af at vise, at der er styr på procedurer. Patienter inviteres til informationsmøder, og der udleveres informationsmateriale, som afspejler overblik, systematik og orden.

Min undersøgelse viser, at der er behov for, at vi i interaktionen med patienterne inddrager mere tænkning i processer. Ensidig fokus på struktur, dvs. på procedurer, på at handle osv., kan medvirke til følelser af at blive reduceret til passive subjekter, der bare skal absorbere information.

#### **Vejleder kan lette forløbet**

At drage omsorg for patienter, som har været plaget af smerter, dvs. af længerevarende sygdom, er således mere end at gøre/at handle og må kombineres med sans for at være og at blive. Med andre ord må de sundhedsprofessionelle indgå i aktive, meningsdannende læringsprocesser med patienterne og forfølge og udforske deres oplevelser i forhold til det, der betyder noget for dem.



**I forståelsen af patientens livsforandrende oplevelser er det vigtigt, at sundhedsprofessionelle inkluderer patientens hverdagsliv.**





Tilstedeværelse af en gennemgående empatisk og sensitiv person, der kan støtte patienten, er derfor en afgørende ressource gennem patientens indlæggelsesforløb. En vejleder kan facilitere forløbet fra start til slut; en interesseret og erfaren sundhedsprofessionel kan lette forløbet ved at være guidende sparringspartner.

I forståelsen af patientens livsforandrende oplevelser er det vigtigt, at sundhedsprofessionelle inkluderer patientens hverdagsliv. At inddrage patienternes rejse fra før diagnose og til efter udskrivelse er synonymt med at blive respekteret som menneske. På den måde viser de sundhedsprofessionelle, at de anerkender patienten.

### Empatiske sanser må tunes

På baggrund af resultaterne i mit ph.d.-studie er det derfor afgørende, at sundhedsprofessionelle arbejder ud fra en holistisk, psykosocial forståelse af, hvad pleje- og behandling er. Hvis sundhedsprofessionelle ønsker at virkeliggøre dette, kræver det, at de tuner deres empatiske sanser, så de kan forstå og indgå i dialog om det, der er vigtigt og giver mening for patienterne. Indtil da er vores behandling, pleje og omsorg ikke tilendebragt. ●



**Hvordan arbejder I med relationen til og kommunikationen med patienten på din arbejdsplads?**

●  
**Hvad er en meningsfuld hverdag for dig?**

●  
**Hvorfor er patientens hverdagsliv vigtigt i sygeplejen?**

●  
**Hvordan inddrager I patientens hverdagsliv i plejen og behandlingen?**

### Referencer

**1.** Janne Brammer Damsgaard. *A struggle for recognition and meaning. A phenomenological-hermeneutic study of the illness trajectory of patients undergoing spinal fusion surgery.* Aarhus University, Denmark: Section for Nursing Science, Department of Public Health, Aarhus University; 2016. **2.** Abbott AD, Tyni-Lenne R, Hedlund R. *Leg pain and psychological variables predict outcome 2-3 years after lumbar fusion surgery.* *European Spine Journal* 2011;20:1626-34. **3.** Rolving N. *Cognitive-behavioural therapy for lumbar spinal fusion patients. A clinical and economic evaluation.* Aarhus: Health, Aarhus University; 2015. **4.** Hermansen M, Rendtorff JD, editor. *En hermeneutisk brobygger. Tekster af Paul Ricoeur. 1.th ed.* Aarhus N: Forlaget Klim; 2002. **5.** Ricoeur P. *The course of recognition. 1st ed.* United States of America: First Harvard University Press; 2005. **6.** Honneth A. *Recognition. I – Axel Honneth. Invisibility: on the epistemology of »recognition.«* *Proceedings of the Aristotelian Society, Supplementary Volumes, Wiley* 2001;75:111-26. **7.** Ellison R. *Usynlig mand.* Haslev, Denmark: Nordisk Bogproduktion A.S.; 1970. **8.** Cain CH, Neuwirth E, Bellows J, Zuber C, Green J. *Patients Experiences of Transitioning From Hospital to Home: An Ethnographic Quality Improvement Project.* *Hospital Medicine* 2012;7(5):382-87. **9.** Berg SK, Zwisler A, Pedersen BD, Haase K, Sibilitz KL. *Patient experiences of recovery after heart valve replacement: suffering weakness, struggling to resume normality.* *BMC Nursing* 2013;12(23). **10.** Kralik D, Koch T, Price K, Howard N. *Chronic illness self-management: taking action to create order.* *Journal of Clinical Nursing* 2002;13:259-67. **11.** Meleis AI & Trangenstein PA. *Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission.* In: Meleis AI, editor. *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* New York: Springer Publishing Company, LLC; 2010. p. 65-72. **12.** Rosa H. *Fremmedgørelse og acceleration.* København: Hans Reitzels Forlag; 2014.



## JENS-CHRISTIAN HOLM - DET NYE PARADIGME

Behandling af svært overvægtige børn  
ved JENS-CHRISTIAN HOLM

Vist i  
Generation XL på DR1  
og  
BBC World Health Check



Jens-Christian Holm udbyder kurser til behandling af svært overvægtige børn og unge. Kurserne er en introduktion til, samt kompetenceudvikling af, den pædagogiske metode, som medfører vægttab hos 75 – 85 procent af de svært overvægtige børn og unge, samt fald i fedtlever, blodtryk, kolesterol og forældre overvægt. Årsagen til den effektive behandling med anvendelse af 5 timer pr. barn pr. år er den direkte og effektive kommunikation, som på een gang kommunikerer alvoren bag problemstillingerne, men som samtidig drager omsorg for de problemstillinger som ofte er vanskelige.

**Kursus 1:** Introduktionskursus. Vægtregulation, komplikationer til overvægt, behandlingsmetode, pædagogik.

29. og 30. aug 2017. Hotel Scandic, Brøndby  
24. og 25. okt 2017. Hotel Scandic, Brøndby  
5. og 6. dec 2017. Hotel Scandic, Brøndby

**Kursus 2:** Opfølgingskursus. Forventninger til behandlingsforløb, kropssammensætning, justering på behandling, relapse, drop out, normalisering, afslutninger.

21. og 22. nov 2017. Hotel Scandic, Brøndby

**Kursus 3:** Nuancering, empati, kommunikationsflow, autenticitet, selv-identifikation, forventninger, udfordringer, perspektiv. Behandlingens direkte og indirekte effekter. Paradigmeskiftet.

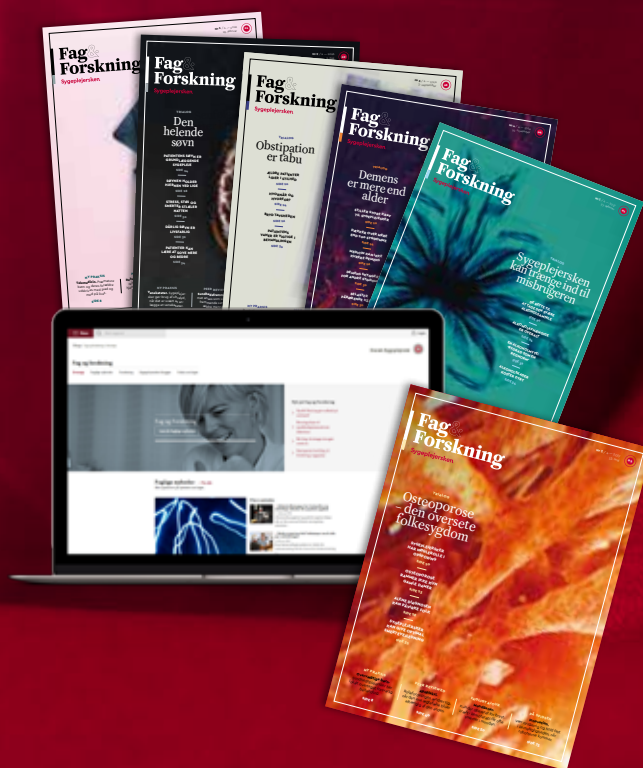
6. og 7. juni 2017. Hotel Scandic, Ringsted

Se [www.jenschristianholm.dk](http://www.jenschristianholm.dk)  
Mail [overvaegt.behandling@gmail.com](mailto:overvaegt.behandling@gmail.com)  
Facebook Jens-Christian Holm  
Twitter JC\_Holm

# Fag & Forskning

udkommer igen den  
4. september 2017.

Indtil da mødes  
vi på nettet.



## Find flere faglige artikler på [dsr.dk/fagogforskning](http://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](http://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](http://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*.

# Vær ikke bange, når robotterne kommer

Begreberne "teknofili" og "teknofobi" beskriver modpoler af overdreven begejstring og overdreven frygt rettet mod teknologiske løsninger. Men sygeplejersker må stille sig undersøgende og nysgerrige overfor ny teknologi og frem for alt holde fast i kernefagligheden.



EVA HOFFMANN, lektor, cand.cur., UC SYD, Sygeplejerskeuddannelsen

En efterhånden gammel reklame fra et veletableret kaffefirma stiller det retoriske spørgsmål: "Hvilken kaffe byder du uventede gæster?"

I en verden præget af et eksplosivt forandringstempo vil sygeplejersker også i fremtiden kunne forvente mange både ventede og uventede gæster, herunder robotter. Robotterne er i denne sammenhæng symbolet på fremtidige teknologiske løsninger.

Når robotterne kommer, er det vigtigt, at sundhedsvæsenet er leveringsdygtige i sygeplejersker, som ikke kun byder på kaffe. Sygeplejerskerne må nemlig hverken være så teknologisk lalleglade, at de med armene højt hævet over hovedet byder robotter og andet teknologisk godtfolk ukritisk velkommen, eller være så bange for nye teknologiske løsninger, at de i panik låser døren, smider nøglen væk og gemmer sig under patientens seng af frygt for at byde den teknologiske fremtid indenfor. Begrebet "teknofili" og begrebets modpol "teknofobi" beskriver netop disse modpoler af overdreven begejstring og overdreven frygt rettet mod teknologiske løsninger.

Når ventede eller uventede gæster dukker op, bør sygeplejerskens kernefaglighed ideelt set lægge sig dér lige midt imellem de to modpoler. Sygeplejersken må, væbnet med en kritisk sans, der er båret frem af grundlæggende omsorg for patienten sparret med en solid og velfunderet faglighed, træde frem i døren og udvise god, gammeldags sund fornuft.

Fælles for banebrydende teknologiske opfindelser som f.eks. bilen, tv'et, computeren og internettet er, at disse opfindelser har ændret vores liv, og at hver af disse løsninger i deres historiske samtid netop blev budt velkommen med både begejstring og et vist forbehold af de mennesker, som skulle leve side om side med dem. En broget velkomst, der som bekendt også gælder mere samtidige teknologiske opfindelser som spiserobotter, skyltoiletter og GPS-løsninger.

Teknologiske løsninger er nemlig ikke neutrale, og det er aftagerne, heriblandt sygeplejersker, knugende bevidste om. Vi ved det! At teknologier i nogle tilfælde kan være en kærkommen gave, mens de i andre tilfælde gemmer på skjulte agendaer, der kan gøre varme hænder kolde og snige skjulte dagsordner ind ad bagdøren. Det er her, sygeplejersken med den kritisk velfunderede sunde fornuft for alvor må træde i karakter. Sygeple-



**Teknologiske løsninger er ikke neutrale, og det er aftagerne, heriblandt sygeplejersker, knugende bevidste om. Vi ved det!**

jerskens opgave bliver at byde robotterne velkomne med et nøgternt overblik, der kan afgøre, hvorvidt gæsten er velkommen eller ej. Før døren smækkes op på vid gab, bør sygeplejersken sammen med andre sundhedsprofessionelle stille sig undersøgende og nysgerrig overfor motivet for gæstens entré. Er formålet at spare penge? At effektivisere? At gøre patientens liv bedre? Eller er formålet at gøre den sundhedsprofessionelles liv bedre? Måske er der lykkeligvis sammenfald mellem disse begrundelser, eller måske er der noget helt andet på spil? Idealet må være, at det aldrig er teknologien, der skal styre os mennesker, men os mennesker der styrer teknologien.

Når robotterne kommer, skal vi ikke være bange, men blot parate. ☉

## MIKS SOM DU VIL AF POPULÆRE MODELLER TIL ARBEJDE OG FRITID

# SPAR 50%

Spar mange penge på vores i forvejen lave priser - uden at gå på kompromis med kvalitet og komfort!

Model 25360 Garda  
Damesandal med velcrolukning.  
Skind med indersål af ruskind  
Farve: Navy - Hvid - Sort  
Størrelse: 36 - 42  
Normalpris 799,-



Model 25370 Padova  
Superlet dame sneakers  
med snøre  
Farve: Sort - Hvid  
Størrelse: 36 - 42  
Normalpris 399,-



Model 25290 - Parma  
Damesandal med bagrem og  
velcrolukning - indersål af  
ruskind.  
Farve: Rød - Blå - Hvid - Sort  
Størrelse: 36 - 42  
Normalpris 399,-

Model 25090 - Paris  
Damesandal med velcrolukning.  
Skind med indersål af ruskind.  
Farve: Grå/blå - Sort  
Størrelse: 36 - 42  
Normalpris 799,-



2 PAR KUN  
**800,-**

Se flere  
KANON  
tilbud på  
[praxiswear.dk](http://praxiswear.dk)

Modell 25180 - Monaco  
Sandaler til damer og herrer med  
velcrolukning - indersål af ruskind.  
Farver: Hvid - Sort  
Størrelse: 36 - 46  
Normalpris 399,-



2 PAR KUN  
**600,-**



"Da denne model er lille i størrelsen, anbefaler vi, at du tager ét nummer større, end du normalt bruger".

Miks som du vil! - Du kan frit bestille blandt alle modeller og får selvfølgelig rabat på alt - bare du bestiller minimum 2 par. Tilbudet gælder til 15.07.2016 eller så længe lager haves. Fuld retur- og bytteret inden 30 dage.



Professional Footwear

### Nyhed hos Praxis

Professionelt fodtøj solgt til sundhedssektoren i flere år i en perfekt kombination af komfort, kvalitet og pris.

- CE-godkendt
- Udtagelige indersål
- Skridsikre såler
- Antistatisk
- Støtdabsorbering
- Cool Max

Model 920090  
**Maud**  
Kvalitet: Textil  
Farve: Lys grå - Fuchsia - Hvid - Navy  
Størrelse: 36 - 42



### GRATIS!

Ved bestilling af Oxyapas fodtøj får du et Oxywatch (værdi kr. 149,-) UDEN beregning. Oplys kode SY617

FRIT VALG

**499,-**

Inkl. moms

Model 920070

### Sunny

Kvalitet: Skind  
Farve: Fuchsia - Lilla - Lys grå - Lys blå  
Størrelse: 36 - 42



Model 920060

### Carin

Kvalitet: Skind  
Farve: Sort - Fuchsia - Hvid - Lilla - Gul - Lys blå  
Str. 36 - 42



Bestil på [www.praxiswear.dk](http://www.praxiswear.dk) - eller 97 12 82 82

Praxis  
Hammershusvej 16 i  
7400 Herning